

Шалыпина А.Д., Шуя Ю.Д.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОДЫШКОЙ

*Научные руководители: ст. преп. Крумкачева А.Ю.,
канд. мед. наук, доц. Панкратова Ю.Ю.*

*Кафедра внутренних болезней, гастроэнтерологии и нутрициологии с курсом повышения
квалификации и переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остается одной из ключевых причин острой одышки у пациентов, особенно в условиях стационара и после хирургических вмешательств. Ее актуальность обусловлена высоким риском летальности при несвоевременной диагностике, а также схожестью симптомов с другими кардиореспираторными заболеваниями. Ранняя диагностика и антикоагулянтная терапия значительно улучшают прогноз, что подчеркивает важность настороженности врачей в отношении ТЭЛА.

Цель: оценить особенности течения ТЭЛА у пациентов с одышкой в анамнезе.

Материалы и методы. На базе 10 ГКБ г. Минска было проведено ретроспективное исследование клинических, лабораторных и инструментальных показателей у пациентов с одышкой в анамнезе. В исследование было включено 100 пациентов. В зависимости от результатов спиральной компьютерной томографии с ангиографией (СКТА) лёгких они были разделены на 2 группы: 1-я – с подтвержденной на СКТА ТЭЛА (n=49) и 2-я – без ТЭЛА (n=51).

Результаты и их обсуждение. Обе анализируемые группы были сравнимы по полу ($\chi^2=0,35$, $p=0,5535$) и возрасту ($t=0,43$, $p=0,1535$). Средний возраст пациентов в 1-й группе составил 68,2 лет ($Me=67$ [61-74]), во 2-й группе 67,2 лет ($Me=66$ [59-77]).

Основными жалобами пациентов при поступлении в обеих группах была одышка (87,8% в 1-й группе, 90,2% во 2-й группе) и общая слабость (71,4% в 1-й группе, 60,8% во 2-й группе). Тромбофлебит в анамнезе заболевания значимо чаще встречался у пациентов в группе с ТЭЛА ($\chi^2=23,55$, $p=0,0000$), фибрилляция предсердий, напротив, значимо чаще была во второй группе, среди других причин, вызвавших одышку ($\chi^2=15,37$, $p=0,0001$).

В клинической картине ТЭЛА значимо чаще встречались такие признаки, как бледность кожных покровов ($\chi^2=7,93$, $p=0,0049$), жесткое дыхание при аускультации ($\chi^2=24,36$, $p=0,0000$), тахипноэ ($Me=18$ [18-20]) ($U=2,15$, $p=0,0316$) и систолическое АД ($Me=130$ [125-150] мм рт. ст.) ($U=2,35$, $p=0,0194$). Пациенты с ТЭЛА значимо чаще нуждались в респираторной поддержке увлажненным кислородом ($\chi^2=16,01$, $p=0,0001$).

По лабораторным показателям статистически значимая разница обнаружена в биохимическом анализе (холестерин ($t=2,45$, $p=0,0162$), амилаза ($U=646,5$, $p=0,0387$), СРБ ($U=798,5$, $p=0,0043$)), общем анализе крови (лейкоциты ($U=903,5$, $p=0,0172$), палочкоядерные ($U=769,0$, $p=0,0051$) и сегментоядерные лейкоциты ($U=929,0$, $p=0,0274$), моноциты ($U=960,0$, $p=0,0463$), PDW ($U=366,5$, $p=0,0125$)), коагулограмме (Д-димеры ($U=575,0$, $p=0,00004$), МНО ($U=901,5$, $p=0,0242$), протромбиновое время ($U=852,5$, $p=0,0094$), активность по Квику ($t=2,66$, $p=0,0092$)) и КЩС (HCO_3 ($t=2,26$, $p=0,0276$), BE_{scf} ($t=2,40$, $p=0,0197$), BE_b ($t=2,40$, $p=0,0194$)).

Из инструментальных показателей выявлена статистически значимая разница по данным Эхо-КГ (передне-задний размер левого предсердия) ($t=-3,56$, $p=0,0007$).

Выводы. Полученные данные подтверждают необходимость активного исключения ТЭЛА у пациентов с острой одышкой, особенно при наличии факторов риска и характерных лабораторно-инструментальных изменений.