

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА

**Синюкова Анна Сергеевна**

*врач-кардиолог, ГБУЗ СК «Городская клиническая больница № 3»*

*г. Ставрополя, РФ, г. Ставрополь*

*E-mail: [Shekly@mail.ru](mailto:Shekly@mail.ru)*

**Купаева Виктория Александровна**

*врач-интерн кафедры терапии с курсом диетологии Ставропольского*

*государственного медицинского университета, РФ, г. Ставрополь*

*E-mail: [victoriakupaeva@gmail.com](mailto:victoriakupaeva@gmail.com)*

**Киселева Лилия Петровна**

*врач-интерн кафедры терапии с курсом диетологии Ставропольского*

*государственного медицинского университета, РФ, г. Ставрополь*

*E-mail: [alstiven@yandex.ru](mailto:alstiven@yandex.ru)*

## CLINICAL CASE OF RECURRENT PULMONARY EMBOLISM AND COMPLEXITY OF DIAGNOSTIC SEARCH

**Sinyukova Anna**

*cardiologist, Municipal clinical hospital № 3, Russia, Stavropol*

**Kupaeva Victoria**

*intern of the Department of therapy and dietetics course of the Stavropol State*

*Medical University, Russia, Stavropol*

**Kiseleva Lily**

*intern of the Department of therapy and dietetics course of the Stavropol State*

*Medical University, Russia, Stavropol*

## АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена проблеме тромбоэмболии легочной артерии. Эта патология является одной из самых актуальных в современной медицине. Описывается клинический случай рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии у мужчины 34 лет, которая длительное время протекала под маской внебольничной пневмонии. Первые симптомы тромбоэмболии и пневмонии практически не отличаются друг от друга, что затрудняет своевременную постановку диагноза.

## ABSTRACT

This article is about pulmonary embolism. This pathology is one of the most actual problems of modern medicine. We describe a clinical case of recurrent pulmonary embolism in a 34-years-old man, which is proceeded under the mask of

community-acquired pneumonia for a long time. Initial symptoms in pulmonary embolism don't differ from those in pneumonia almost, therefore it is difficult to diagnosis this disease in time.

**Ключевые слова:** пневмония; тромбоэмболия легочной артерии; диагностический поиск.

**Keywords:** pneumonia; pulmonary embolism; diagnostic search.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остается одним из наиболее угрожаемых и трудно диагностируемых заболеваний. Рецидивирующее течение заболевания наблюдается у 9,4—34,6 % больных с ТЭЛА. Число рецидивов тромбоэмболии у одного больного может составлять от 2 до 18—20, причем большинство из них носит характер микроэмболии.

Рецидивы ТЭЛА могут протекать под маской других заболеваний и проявляться следующим образом: повторными «пневмониями» неясной этиологии, часть которых протекает как плевропневмония; быстропреходящими (в течение 2—3-х суток) сухими плевритами, экссудативным плевритом, особенно с геморрагическим выпотом; повторными немотивированными обмороками, коллапсами, нередко сочетающимися с ощущением нехватки воздуха и тахикардией; внезапно возникающим чувством сдавления в груди, протекающим с затруднением дыхания и последующим повышением температуры тела; «беспричинной» лихорадкой, не поддающейся антибактериальной терапии; пароксизмальной одышкой с ощущением нехватки воздуха и тахикардией [4].

Основная проблема ТЭЛА — это гиподиагностика. Частота выявляемости в многопрофильных стационарах значительно отстает от реального количества случаев ТЭЛА как крупных, так и мелких ветвей [2].

Оценка вероятности ТЭЛА у конкретного пациента на основании клинической картины имеет ключевое значение. В 90 % случаев ТЭЛА подозревают при наличии у пациента одышки, тахипноэ, боли в груди,

тахикардии, кашля. Изолированно клинические симптомы малоинформативны, так как они характеризуются низкой чувствительностью и специфичностью, но их комбинация дает возможность предположить наличие ТЭЛА [5].

В последние годы были разработаны несколько алгоритмов для количественной оценки различных симптомов. Наиболее распространенными являются канадский алгоритм, предложенный Wells и соавт., и пересмотренный Geneva алгоритм. Это стандартизированные методы, включающие показатели, доступные для любого клинициста.

Электрокардиографию (ЭКГ), рентгенографию грудной клетки проводят, прежде всего, с целью исключения заболеваний, сходных по своим клиническим проявлениям с ТЭЛА [1].

В 85 % случаев ТЭЛА на ЭКГ регистрируются изменения в виде синусовой тахикардии, глубокого S в  $V_5$ — $V_6$ , блокады правой ножки пучка Гиса. Несмотря на то, что эти признаки не являются специфичными, их появление при наличии риска развития ТЭЛА является основанием для проведения более углубленного обследования [3].

Рентгенография органов грудной клетки имеет свои диагностические возможности. Частота появления рентгенологических признаков достаточно низкая и составляет от 2 % (симптом Вестермарка) до максимальных 37,5 % (инфаркт, пневмония при эмболизации мелких ветвей легочной артерии). В настоящее время в рекомендациях и алгоритмах диагностики ТЭЛА данный метод исследования отсутствует.

Такие инструментальные методы обследования, как вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких, спиральная компьютерная (СК) томография с ангиографией, ангиопульмонография обладают высокой чувствительностью и специфичностью и позволяют установить диагноз ТЭЛА с высокой степенью достоверности.

### **Клинический случай**

Пациент Г., 34 лет, первично госпитализирован в терапевтическое отделение №2 ГБУЗ СК «ГКБ № 2» г. Ставрополя в мае 2014 г.

При поступлении больной предъявлял жалобы на кашель с выделением мокроты желтого цвета с прожилками крови, боль в грудной клетке, преимущественно слева, под лопаткой, усиливающуюся при кашле, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, при ходьбе, потливость, повышение температуры тела до 38 °С в вечернее время, выраженную общую слабость.

Из анамнеза заболевания известно, что с 2008 г. пациент отмечает появление мокроты ржавого цвета. За медицинской помощью не обращался и самостоятельно периодически принимал ацетилцистеин и бронхikum. 26.03.2014 г. к выделению «ржавой» мокроты присоединились выраженная боль в грудной клетке слева, под лопаткой, и повышение температуры тела до фебрильных значений. Больной вызвал скорую помощь, была введена литическая смесь, от госпитализации отказался. Обратился к участковому терапевту поликлиники, поставлен диагноз «Пневмония», назначены антибактериальные и отхаркивающие препараты. На контрольном рентген-снимке без динамики, в связи с чем направлен на стационарное лечение по месту жительства. За время госпитализации выполнены компьютерная томография органов грудной полости, бронхоскопия. Фтизиатр исключил туберкулез легких. Выписан 30.04.2014 г., но состояние не улучшалось, увеличилось кровохарканье, сохранялись боль в грудной клетке и лихорадка до 38,3 °С. 13.05.2014 г. самостоятельно обратился в ГБУЗ СК «ГКБ № » г. Ставрополя.

Данные объективного осмотра: кожные покровы и видимые слизистые бледные, гипергидроз, периферические лимфатические узлы не увеличены, суставы визуально не изменены, перкуторно над легкими ясный легочной звук, притупление слева от угла лопатки, аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах слева, хрипы единичные сухие с обеих сторон, ЧДД 20 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 98 в минуту, при пальпации живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, диспептических и дизурических явлений не выявлено.

Лабораторно-инструментальные исследования: общий анализ крови (ОАК): лейкоциты —  $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$ , скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — 33 мм/час. Ревмопробы: С-реактивный белок  $> 35$  мг/л, фибриноген — 7,8 г/л. Общий анализ мокроты: красного цвета, смешанная флора, лейкоциты 0-10-13 в поле зрения, эритроциты 2—3, атипичные клетки (АК) и БК не обнаружены. На рентгенографии органов грудной полости признаки левосторонней полисегментарной пневмонии. Через две недели рентген-динамика стабильна. Больной консультирован фтизиатром и торакальным хирургом, которые не выявили данных за профильную патологию.

Пациент выписан 31.05 2014 г. с диагнозом: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония, затянувшееся тяжелое течение. Кровохарканье. Дыхательная недостаточность 1 ст. Интоксикационный синдром.

После выписки из стационара соблюдал рекомендации, обследовался у аллерголога-иммунолога. В июне выполнялась рентгенография легких в динамике, на которой остаточные изменения перенесенной левосторонней пневмонии в виде плотных очаговых теней и плевро-диафрагмальных сращений.

Ухудшение состояния отметил с 09.07.2014 г., когда внезапно утром появился кашель с отхождением мокроты с кровью, боли в правой половине грудной клетке. 11.07.2014 г. госпитализирован в терапевтическое отделение № 2 ГБУЗ СК «ГКБ № 2» г. Ставрополя.

На момент госпитализации субъективные и объективные данные не отличались от предыдущих. За исключением, перкуторного укорочения звука книзу от 8-ого ребра по лопаточной, задней, средней подмышечным линиям справа.

Лабораторно-инструментальные исследования: ОАК: лейкоциты —  $14,4 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ — 32 мм/час. Ревмопробы: С-реактивный белок  $> 30$  мг/л, фибриноген — 7,4 г/л. Общий анализ мокроты: красного цвета, гнойного характера, флора смешанная, лейкоциты 17—15 в поле зрения, эритроциты 6-8-11, АК и БК не обнаружены. Ультразвуковое исследование грудной клетки: свободная жидкость визуализируется в незначительном количестве в правой

плевральной полости — в виде тонкой линейной анэхогенной зоны толщиной 2,5 мм (объемом около 5 мл). ЭКГ: Синусовая тахикардия, горизонтальное положение электрической оси сердца (ЭОС), нарушение внутрижелудочковой проводимости. Протокол лучевого исследования: дифференцировать двустороннюю полисегментарную деструктивную (слева — S<sub>2</sub>) плевропневмонию с фиброзно-кавернозной формой тbc. В последующем рентгенологическая динамика слабо положительная.

Фибробронхоскопия: Двусторонний катаральный бронхит, взята аспирационная биопсия нижней доли левого легкого. Аспирационная биопсия из нижней доли левого легкого: слизь, нейтрофилы, большое количество альвеолярных макрофагов, мерцательный эпителий, часть клеток с выраженными дегенеративными изменениями. АК не обнаружены.

СК томография легких: СКТ картина больше соответствует правосторонней сегментарной (S8) плевропневмонии. Левосторонняя нижнедолевая пневмония в стадии неполного разрешения. Спирография: значительное нарушение вентиляционной функции легких по смешанному типу.

Консультация фтизиатра: клинико-рентгенологически у больного внебольничная правосторонняя пневмония, осложненная экссудативным плевритом.

Пациенту был выставлен диагноз: Внебольничная правосторонняя сегментарная (S8) плевропневмония, тяжелое затянувшееся течение, левосторонняя нижнедолевая пневмония в стадии неполного разрешения. Кровохарканье. Дыхательная недостаточность 1 ст. Интоксикационный синдром. Остаточные явления перенесенной внебольничной левосторонней пневмонии в виде плотных очаговых теней и плевро-диафрагмальных сращений.

Больной был выписан 11.08.2014 г. с улучшением в виде уменьшение кашля, уменьшение одышки, исчезновение болей в грудной клетки, кровохарканья, инфильтрации в легких по данным рентгенографии, нормализовалась гемограмма.

27.12.2014 г. отметил появление отека и распирающей боли в левой нижней конечности. Обратился в травматологический пункт, где был поставлен диагноз «Тендовагинит», получал лечение без положительного эффекта. В конце января 2014 г. возникли боли в грудной клетке и кровохарканье.

02.02.2015 г. поступил в терапевтическое отделение № 2 ГБУЗ СК «ГКБ № 2» г. Ставрополя. При объективном осмотре левый голеностопный сустав гиперемирован, горячий на ощупь, движения в нем болезненны, ахиллово сухожилие безболезненно при пальпации.

Лабораторно-инструментальные методы исследования: ОАК: лейкоциты —  $10,4 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ — 31 мм/час. ЭКГ: Синусовая тахикардия, вертикальное положение ЭОС, нарушение внутрижелудочковой проводимости. Протокол лучевого исследования легких: в правом лёгком в области IV межреберья определяется локальный участок неоднородного затемнения (площадью менее сегмента), возможно фокус инфильтрации. Протокол лучевого исследования суставов: Артрозо-артрит 2-й степени левого голеностопного сустава.

Пациенту выполнено дуплексное сканирование вен нижней конечности, по результатам которого выявлены эхографические признаки распространенного окклюзирующего тромбоза поверхностной бедренной, подколенной, задних большеберцовых и малоберцовых вен, медиальных суральных вен с пролонгированной флотацией верхушки тромба на уровне дистального отдела общей бедренной вены, без признаков реканализации, сегментарного пристеночного неокклюзирующего тромбоза начального сегмента основного ствола МПВ.

На основании клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований использованы алгоритмы оценки вероятности ТЭЛА. При применении Женевской шкалы (14 баллов) и шкалы Wells (22 балла) пациент отнесен к группе респондентов с высокой вероятностью наличия ТЭЛА.

Выполнена консультация ангиохирурга, установлен диагноз острого окклюзирующего тромбоза общей бедренной вены слева с флотирующей головкой тромба.

Больной экстренно переведен в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ СК «СККБ» для определения дальнейшей тактики лечения. 06.02.2015 г. выполнена операция: Пликация общей бедренной вены. Послеоперационный период протекал без осложнений.

**Заключительный клинический диагноз:**

Основное заболевание: Острый окклюзирующий тромбоз общей бедренной вены слева с флотирующей головкой тромба. Посттромботическая болезнь левой нижней конечности. Пликация общей бедренной вены от 06.02.2015 года.

Осложнение основного заболевания: Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии на фоне окклюзирующего тромбоза глубоких вен левой нижней конечности. Правосторонняя инфаркт-пневмония. Дыхательная недостаточность 1—2 ст.

### **Обсуждение**

Приведенный клинический случай подтверждает общеизвестную гипотезу о сложности проведения дифференциальной диагностики в рамках рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии, несмотря на наличие современных методов диагностики.

Своевременную верификацию диагноза затруднили вялотекущее развитие заболевания, отсутствие факторов риска, неспецифичность клинических проявлений и недостаточная информативность лабораторно-инструментальных исследований.

Отсутствие у пациента адекватного ответа на проводимую антибактериальную терапию и рецидивирующий характер течения заболевания натолкнули на мысль о возможности ТЭЛА и необходимости расширить и углубить диагностический поиск с целью верификации патологического процесса. Применение современных алгоритмов количественного анализа различных симптомов позволило оценить вероятность тромбоэмболии.

ТЭЛА является междисциплинарной проблемой. Привлечение врачей других специальностей, помимо терапевтических, является неотъемлемым атрибутом успешности установки правильного диагноза.



## Список литературы:

1. Котельников М.В. Тромбоэмболия легочной артерии: совершенствование диагностики и подходы к антикоагулянтной терапии / М.В. Котельников, Н.Ю. Котельникова, Ю.К. Новиков [и др.] // Клиницист. — 2010. — № 1. — С. 38—46.
2. Станиченко Н.С. Современные возможности диагностики и лечения тромбоэмболии легочной артерии / Н.С. Станиченко, Б.И. Загидуллин, Р.А. Якубов // Практическая медицина. — 2012. — № 5 (60). — С. 128—132.
3. Хондкарян Э.В. Частота встречаемости электрокардиографических признаков при тромбоэмболии легочной артерии / Э.В. Хондкарян // Бюллетень медицинских Интернет конференций. — 2014. — Т. 4, — № 4. — С. 391.
4. Яковлев В.Б. Тромбоэмболия легочной артерии. Диагностика, лечение, профилактика / В.Б. Яковлева // Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 6, — № 16.
5. Konstantinides S. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC) / S. Konstantinides, A. Torbicki, G. Agnelli [et al.] // Eur. Heart J. — 2014. — Vol. 35. — P. 3033—3080.