

УДК 616.151.511
ББК 54.1

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛОКАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ТЭЛА*

И.М. КОЧЕГАРОВА, интерн кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии, общей физиотерапии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и военно-полевой терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России

Аннотация

Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) по праву считается одним из тяжелейших и катастрофически протекающих острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся высокой летальностью. С легочной эмболией неизбежно сталкиваются представители как хирургических, так и терапевтических специальностей, поскольку она может возникнуть в самых различных клинических ситуациях. В Европе 500 000 смертей от ТЭЛА ежегодно.

Ключевые слова: Тромбоэмболия легочных артерий, тромболизис, ангиография легких.

Актуальность. АКТИЛИЗЕ - альтеплаза, является рекомбинантным человеческим тканевым активатором пламиногена, гликопротеином, который непосредственно активизирует превращение пламиногена в пламин.

Приводим клинический случай эффективного применения актилизе для лечения ТЭЛА. Больная Р., 21.05.1946 г.р. поступила в отделение неотложной кардиологии с БРИТ ГБУЗ РОКБ с жалобами на дискомфорт за грудиной, чувство онемения в ногах, общую слабость.

Ан.мorbі: Считает себя больной, в течение многих лет, когда стало повышаться АД (max цифры АД – 190/100 мм.рт.ст). Постоянно принимает экватор, др.препараты не помнит, в течении последних лет поставлен диагноз ИБС: стенокардия напряжения II ФК.

Ухудшение самочувствия отмечает в течение последних 2 дней, когда стала появляться одышка в покое. Находилась на стационарном лечении, в РОПБ, где сняли ЭКГ. На ЭКГ отмечалось изменения – инверсия з.Т в V4-V6. Больная переведена в ОКБ с подозрением на ОКС без подъема с.СТ.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, ПЖК развита умеренно. Кожные покровы обычной окраски. Лф узлы не увеличены. Отеков нет. Область сердца расширена влево на 1 см. тоны сердца ослабленные, ритм правильный. ЧСС 85 уд в мин, АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не пальпируется. Мочиспускание свободное. Симптом поколачивания над областью обоих почек отрицательный.

Данные дополнительных обследований: 1) ОАК 5.02.13 эритроциты $3,5 \cdot 10^{12}/л$

2) Маркеры некроза миокарда 5,11.02.13 КФК: 105-138 ЕД/л; КФК-МВ: 2-7,6 ЕД/л. КАГ. Тропонин количественный 6.02.13 меньше 50 нг/л. D димер 6, 7, 11.02.13 – 0,5-2,0-0,1 мг/л

3) УЗИ сердца 5.02.13: Дилатация правых отделов сердца. Относительная недостаточность ТК. Признаки легочной гипертензии. Нарушение диастолической функции ЛЖ. увеличение ЛП. Умеренная регургитация МК. Не значительная регургитация АК признаки атеросклероза восходящего отдела аорты.

4) ЭКГ 5.02.13 Ритм синусовый, вертикальное положение ЭОС. Изменения миокарда переднее-перегородочной области ЛЖ.

* Научный руководитель: доцент, к.м.н. Панфилов Ю.А.

5) Илеокаваграфия 6.02.13 деконтрастирование в подвздошных венах не отмечается с обеих сторон.

6) Ангиопульмография 6.02.13 справа сегментарные ветви легочной артерии с неровными и деформированными контурами, в нижней доли периферических отделах обеднение сосудистого рисунка. Слева в нижнедолевой ветви определяется значительный дефект контрастирования (кровоток пристеночный). Заключение: ТЭЛА в стволе ЛА оставлен катетер для проведения локального тромболитика. После тромболитика 6.02.13 на контрольной АПГ отмечается значительная положительная динамика: справа отмечается улучшение контрастирования сосудистого рисунку по всем полям. Слева дефекта контрастирования нижнедолевой ветви не определяется (тромб лизировался). Катетер удален.

7) Рентгенограмма легких 5.02.13 Легочный рисунок значительно усилен, сгущен. Корни умеренно расширены. Синусы свободны. Сердце значительно увеличено влево. Рентгенограмма легких 7.02.13 Теней инфильтративно-очагового характера не обнаружено. Корни не расширены. Справа дисковидный ателектаз. Синусы прослеживаются справа. Слева не обнаруживаются за тенью сердца. Рентгенограмма легких 11.02.13 Теней инфильтративно-очагового характера не обнаружено. Корни малоструктурны. Синусы прослеживаются. Диафрагма слева стоит высоко. Рентгенограмма от 18.02.13 легочный рисунок деформирован. Корни фиброзы. Синусы прослеживаются. Сердце увеличено влево.

8) УЗИ вен нижних конечностей 6.02.13: ОБВ, ПБВ подкожные вены: проходимы, полностью сжимаются при компрессии. Кровоток реагирует на пробу Вальсальвы с обеих сторон. ЗБВВ проходимы с обеих сторон.

9) ХМ-ЭКГ 13.02.13: синусовый ритм с ЧСС 57-97 уд в мин. Единичные одиночные ЖЭС и НЖЭС. Единичные эпизоды парных ЖЭС и НЖЭС. Эпизоды групповых НЖЭС. Удлинение скорректированного QT интервала ишемические изменения не выявлены.

10) Консультации специалистов – сосудистый хирург 5.02.13(Д-з: не исключается ТЭЛА), пульмонолог 18.02.13.

Диагноз: ТЭЛА крупных ветвей от 3.02.2013г неуточненной этиологии. Ангиопульмография, илеокаваграфия (6.02.13). ТЛТ актилизе (6.02.2013).

Сопутствующее: ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК. Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск 4. ХСН I ст ФК I (клинически). ГЭРБ. ГПОД. Железодефицитная анемия.

Лечение: актилизе, аспаркам, абактал, актовегин, цефтриаксон, феррум лек, аспирин кардио, варфарин, верошпирон, лизиноприл, самкард. На фоне лечения состояние пациента с положительной динамикой, АД 120/70 мм рт. ст., ритм правильный, ЧСС 60-64 уд в мин. Выписана 19.02.13 с улучшением.

Выводы:

1. Тромбоэмболия легочной артерии – сложная клиническая проблема, которая нередко является причиной острой сердечной недостаточности и смерти больного (смертность достигает 30%)
2. Частота диагностических ошибок, по данным разных авторов, достигает 50 - 75%.
3. Диагностика тромбоэмболии легочной артерии должна строиться не только на оценке клинической симптоматики, но и последовательном применении традиционных и специальных методов исследования легочного кровотока, сердца и глубоких вен нижних конечностей.
4. Тромболитическая терапия, проведенная даже после 48 ч от начала заболевания, способна существенно улучшить течение тромбоэмболии легочной артерии.
5. Селективная тромболитическая терапия является предпочтительным методом тромболитической терапии

Приведенный клинический случай подтверждает высокую эффективность актилизе при ангиопульмографии у больных с ТЭЛА для лечения основного заболевания и осложнений.

Список литературы

1. Geerts WH, Code KI, Jay RM, Chen E, Szalai JP (December 1994). "A prospective study of venous thromboembolism after major trauma". *N. Engl. J. Med.* 331 (24): 1601–6. DOI:10.1056/NEJM199412153312401. PMID 7969340. Проверено 2011-09-19.
2. А.И.Кириенко, А.А.Матюшенко, В.В.Андрияшкин, Д.А.Чуриков. Тромбоэмболия легочных артерий: диагностика, лечение и профилактика (рус.) (14-06-2006). Архивировано из первоисточника 19 марта 2012.
3. Horlander KT, Mannino DM, Leeper KV (July 2003). "Pulmonary embolism mortality in the United States, 1979-1998: an analysis using multiple-cause mortality data". *Arch. Intern. Med.* 163 (14): 1711–7. DOI:10.1001/archinte.163.14.1711. PMID 12885687. Проверено 2011-09-19.
4. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Stiell I, Dreyer JF, Barnes D, Forgie M, Kovacs G, Ward J, Kovacs MJ (2001). "Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer". *Ann Intern Med* 135 (2): 98–107. PMID 11453709.
5. А. Карташева Тромбоэмболия легочной артерии. Новые рекомендации ESC (2008) // *Medicine Review*. – В. 04. – Т. 4. – С. 56-64.
6. Schrecengost JE, LeGallo RD, Boyd JC, et al. (September 2003). "Comparison of diagnostic accuracies in outpatients and hospitalized patients of D-dimer testing for the evaluation of suspected pulmonary embolism". *Clin. Chem.* 49(9): 1483–90. DOI:10.1373/49.9.1483. PMID 12928229.
7. В.С. Савельев, Е.И. Чазов, Е.И. Гусев и др. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (рус.). – Москва: Медиа Сфера, 2010. – В. 2. – Т. 4. – С. 1-37. – ISSN 1997-697.
8. Rodger M, Makropoulos D, Turek M, et al. (October 2000). "Diagnostic value of the electrocardiogram in suspected pulmonary embolism". *Am. J. Cardiol.* 86 (7): 807–9, A10. DOI:10.1016/S0002-9149(00)01090-0. PMID 11018210.
9. McGinn S, White PD (1935). "Acute cor pulmonale resulting from pulmonary embolism". *J Am Med Assoc* 104: 1473–80.
10. А. В. Струтынский Электрокардиограмма. Анализ и интерпретация. – М: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 120-123. – 224 с. – 10 000 экз. – ISBN 5-98322-542-1
11. Come PC (April 1992). "Echocardiographic evaluation of pulmonary embolism and its response to therapeutic interventions". *Chest* 101 (4 Suppl): 151S–162S. PMID 1555480.
12. Пол Л. Марино Интенсивная терапия. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 770 с. – ISBN 978-5-9704-1399-9
13. Dong BR, Hao Q, Yue J, Wu T, Liu GJ (2009). "Thrombolytic therapy for pulmonary embolism". *Cochrane Database Syst Rev* (3): CD004437. DOI:10.1002/14651858.CD004437.pub3. PMID 19588357. Проверено 2011-09-18.

CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL LOCAL THROMBOLYSIS FOR PULMONARY EMBOLISM

I.M. KOCHEGAROVA

Abstract

Thromboembolism of the pulmonary artery (pulmonary embolism (PE)) is considered to be one of the hardest and catastrophically flowing acute vascular diseases accompanied by high mortality. Pulmonary embolism inevitably face the representatives of both surgical and therapeutic professions, because it can occur in a variety of clinical situations. In Europe 500 000 deaths from pulmonary embolism each year. Given clinical case confirms the high efficiency of actilyse when

angiography in patients with pulmonary embolism (PE) for the treatment of the underlying disease and complications.

Keywords: Thromboembolism of pulmonary artery, Thrombolysis, angiography light.