

ЛИТЕРАТУРА

1. Васюк Ю.А. Возможности и ограничения эхокардиографического исследования в оценке ремоделирования левого желудочка при ХСН// Серд. недостат. — 2003. — № 2. — С. 107—110.
2. Детская ультразвуковая диагностика /Под ред. М.И. Пыкова, К.В. Ватолина. — М.: Издательский дом Видар, 2001. — 278 с.
3. Левченко И.А., Фадеев В.В. Субклинический гипотиреоз.// Пробл. эндокринол. — 2002. — № 2. — С. 1—8.
4. Новицкая А.Б., Стронгин Л.Г., Некрасова Т.А. и др. Особенности перекисного окисления липидов и гемодинамики у больных субклиническим гипотиреозом.// Клин. тиреолог. — 2004. — № 4. — С. 27—31.
5. Панченкова Л.А., Трошина Е.А. Тиреоидный статус и сердечнососудистая система // Росс. мед. вести. — 2000. — № 1. — С.18—23.
6. Сыч Ю.П., Калашикова В.Ю. и др. Нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой системы при субклиническом гипотиреозе.// Клин. мед. — 2003. — № 11. — С. 4—9.
7. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз: руководство для врачей. — М.: РКИ Соверо пресс, 2002. — С. 147—170.
8. Biondi B., Palmieri E.A., Lombardi G. et al. Subclinical hypothyroidism and cardiac function// Thyroid. — 2002. — № 12. — P. 505—510.
9. Brenta G. Mutti L.A., Schnitman M. et al. Assessment of left ventricular diastolic function by radionuclide ventriculography at rest and exercise in subclinical hypothyroidism, and its response to L-thyroxine therapy // Am. J. Cardiol. — 2003. — Vol. 91(11). — P.1331—1332.
10. Cooper D.S., Halpern R., Wood L.C. et al. L-thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism. A doubleblind, placebocontrolled trial// Ann. Intern. Med. — 1984. — Vol.101. — P. 18—24.
11. Devereux R.B. Left ventricular geometry, pathophysiology and prognosis// Am. J. Cardiol. — 1995. — № 25. — P. 885—887.

12. Ganau A., Devereux R.B., Roman M.J. et al. Pattern of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension.// J. Am. Coll. Cardiol. — 1992. — № 199. — P. 1550—1555.
13. Klein I., Ojamaa K. Thyroid hormone and the cardiovascular system.// N. Engl. J. Med. — 2001. — № 344. — P. 5—12.
14. Schiller N.B., Shah P.M., Crawford M. et al. Recommendations for quantitation of the left ventricle by two-dimensional echocardiography. // J. Am. Soc. Echocardiogr. — 1989. — № 2. — P. 358—367.
15. Vitale G., Galderisi M., Lupoli G.A. et al. Left ventricular myocardial impairment in subclinical hypothyroidism assessed by a new ultrasound tool: pulsed tissue Doppler// J.Clin. Endocrinol.and Metabol. — 2002. — № 87. — P. 4350—4355.
16. Zoncu S., Pigliaru F., Putzu C. et al. Cardiac function in borderline hypothyroidism: a study by pulsed wave tissue Doppler imaging // Eur. J. Endocrinol. — 2005. — Vol. 152. — P. 527—533.

Поступила 18.05.09.

FUNCTIONAL CARDIAC DISORDERS IN WOMEN WITH SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM IDENTIFIED BY TISSUE DOPPLEROGRAPHY

A.Yu. Lukushkina

Summary

Conducted was an investigation of 50 women who appealed for medical aid due to goiter, of whom 25 were diagnosed with subclinical hypothyroidism. Remodeling of left ventricular with the development of hypertrophy was accompanied by deterioration of the contraction and relaxation processes. The earliest manifestations of functional disorders of the heart muscle was the segmental systolic and diastolic dysfunction, detected by tissue dopplerography.

Key words: hypothyroidism, systolic dysfunction, diastolic dysfunction, tissue dopplerography.

УДК 616.127—005.4+616.33/.34—008.17] —07—08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ольга Поликарповна Алексеева, Игорь Валентинович Долбин,
Дмитрий Владиславович Пикулёв

Кафедра № 16 (зав. — проф. О.П. Алексеева) факультета №2 Института ФСБ, г. Нижний Новгород,
email: AL_OP@mail.ru

Реферат

Изучалась распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с патологией пищевода у больных ишемической болезнью сердца. Дана оценка результатов эндоскопического исследования пищевода и желудка у этих пациентов. Показана их взаимная отягощенность. Использование в лечении больных данного контингента ингибиторов протонной помпы приводит к уменьшению у них клинических проявлений стенокардии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, протонная помпа, ингибиторы.

Проблема сочетания заболеваний пищеварительной и сердечно-сосудистой систем представляет значительный интерес. В подобных случаях возможны запуск патогенетических механизмов

возникновения и прогрессирования каждой из сочетанных патологий, их взаимотягущающее влияние на клинические проявления друг друга [1]. Значительная распространенность симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) обуславливает частое сочетание ГЭРБ и ишемической болезни сердца (ИБС). Патология гастроэзофагеальной зоны у больных ИБС встречается в 35% случаев и занимает второе место после эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки [2].

При изучении патологии пищевода при ИБС основное внимание уделялось вопросам дифференциальной диагностики болевого синдрома в груди [7–10]. Особенности сочетанного течения ИБС и ГЭРБ, их взаимное влияние друг на друга изучены гораздо менее подробно. Для диагностики в подобных случаях большинство авторов отдают приоритет инструментальным методам, а клиническим проявлениям сочетанной патологии уделяется меньше внимания или признается отсутствие достоверных клинических критериев у пациентов этой категории [3, 4].

В последние годы появились сообщения о тесной связи ИБС с неизменёнными коронарными сосудами (кардиального синдрома X) и ГЭРБ, в том числе предполагается наличие общих патогенетических механизмов, лежащих в основе как неэрозивной формы рефлюксной болезни (НЭРБ), так и кардиального синдрома X (КСХ) [5].

Цель исследования: выявить распространенность ГЭРБ у больных ИБС, показать вклад патологии пищевода в клиническую симптоматику у лиц с сочетанием обоих заболеваний, оценить результаты эндоскопического исследования пищевода и желудка у этих пациентов, продемонстрировать особенности суточной рНметрии у больных КСХ и результаты пробы с ингибиторами протонного насоса (ИПП) у них.

В основу работы были положены результаты обследования 119 больных ИБС, находившихся на стационарном лечении по поводу стабильной стенокардии напряжения различных функциональных классов (ФК). Больных с острыми формами ИБС (впервые возникшая или прогрес-

сирующая стенокардия, острый инфаркт миокарда) в исследование не включали. Диагноз стенокардии устанавливали на основании общепринятых клинических и инструментальных критериев в соответствии с современной классификацией ИБС (Комитет экспертов ВОЗ, ГКНЦ РАМН, 1994). Для характеристики тяжести стенокардии напряжения у обследованных использовали функциональную классификацию Канадской ассоциации кардиологов [7]. Объективизация анамнестических данных о переносимости физических нагрузок у пациентов осуществлялась при помощи велоэргометрической пробы. Селективную коронарографию (СКГ) выполняли по методике Judkins на аппарате Angioscop D33 («Siemens», Германия), при этом результаты интерпретировались как одно-, двух- и трехсосудистое поражение коронарного русла.

Диагноз «кардиальный синдром X» был верифицирован на основании критериев R. Bugiardini: 1) приступы стенокардии напряжения (возможно в сочетании с приступами в покое); 2) типичные ишемические изменения на ЭКГ при проведении пробы с физической нагрузкой или суточном мониторингировании ЭКГ; 3) отсутствие признаков атеросклероза в субэпикардиальных коронарных артериях при СКГ [6].

Диагностика ГЭРБ проводилась в соответствии с международными клиническими критериями (Генваль, Бельгия, 1997; Рим II, 1999): наличие изжоги 2 раза в неделю и более на протяжении не менее 3 месяцев. Всем больным с диспептическими жалобами проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У больных, не имевших эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита, для уточнения диагноза проводилась суточная внутрипищеводная рН-метрия с использованием аппарата «Гастроскан-24» (ГНПП «Исток-Система», г. Фрязино, Россия).

Точность полученных результатов оценивали с использованием программ Ms Excel, MegaStat с вычислением средней арифметической величины (M), моды (M_o), среднего квадратичного отклонения (σ), относительных величин (процентов). Достоверность различий между показателями определяли с помощью

Таблица 1
Распределение больных по возрасту и полу

Больные ИБС без ГЭРБ (n=860)							
35–50 лет		50–60 лет		60–70 лет		70–80 лет	
7 (8,1%)		27 (31,4%)		28 (32,6%)		24 (27,9%)	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
5	2	19	8	15	13	11	13
Больные ИБС + ГЭРБ (n=33)							
35–50 лет		50–60 лет		60–70 лет		70–80 лет	
3 (9,1%)		8 (24,2%)		10 (30,3%)		12 (36,4%)	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
3	0	3	5	4	6	4	8

критерия Стьюдента. Сопоставление клинических признаков и инструментальных данных среди различных групп больных проводилось с использованием точного критерия Фишера – Ирвина.

Диагноз ГЭРБ по клиническим симптомам был установлен у 33 человек. Они составили группу, условно названную «сочетанная ИБС», остальные больные были отнесены к группе «изолированная ИБС». По данным СКГ все больные ИБС были дополнительно подразделены на 2 группы. 1-ю группу составили 37 больных со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий (средний возраст – $62,7 \pm 7,6$ года) – их условно обозначили «группа атеросклеротической стенокардии (АСС)». Во 2-ю группу вошли 82 пациента с кардиальным синдромом Х, условно обозначенные, как «группа КСХ» (средний возраст – $54,1 \pm 7,1$ года). По клиническим признакам ГЭРБ была диагностирована у 24% больных КСХ (20 чел.) и у 36% с АСС (13). С возрастом сочетание ИБС и ГЭРБ встречалось чаще, причем среди женщин (табл. 1). Корреляционный анализ выявил умеренную связь наличия симптомов ГЭРБ с женским полом ($r=0,38$; $p=0,008$) и возрастом больных ИБС ($r=0,24$; $p=0,03$).

Всех обследованных нами больных беспокоили типичные ангинозные приступы во время физической нагрузки соответственно тому или иному ФК стенокардии. Кроме того, в обеих группах выявлена значительная частота появления болей в груди, не связанных с физической нагрузкой. Подобные боли среди больных ИБС в сочетании с ГЭРБ встречались значительно чаще, чем у больных без ГЭРБ (90,9% против 67,4%; $p<0,05$). При анализе причин возникновения этих болевых

ощущений были выявлены следующие особенности. Для больных группы «изолированная ИБС» была характерна связь их появления с эмоциональным напряжением (47,7% против 27,3% в группе «сочетанная ИБС»; $p<0,05$). Среди больных с сочетанием обоих заболеваний преобладали другие причины: в 60,6% случаев боли в груди у них появлялись при наклонах (у 43% больных с «изолированной ИБС»; $p<0,05$) и в 66,7 % – в положении лежа (у 45,3% больных из группы «изолированная ИБС»; $p<0,05$).

Зависимость возникновения болей в грудной клетке от приема пищи отмечали 66,6% больных группы «сочетанная ИБС» и только 24,4% лиц без симптомов ГЭРБ ($p<0,05$). Особое значение имело время появления этих болей. Для больных сочетанной ИБС было характерно возникновение болевых ощущений в груди во время приема пищи или сразу после него (51,5% против 14%, $p<0,05$). Среди больных изолированной ИБС наблюдалась обратная картина: у большинства из них (64%) боли возникали спустя 30 минут и позже после приема пищи (против 21,2%; $p<0,05$).

Среди пациентов с сочетанной ИБС чаще отмечалась загрудинная локализация боли (54,3% против 20%; $p<0,05$), преимущественно в нижней ее трети (44%). Болевые ощущения у большинства этих больных носили жгучий характер (54,5% против 26,7% больных; $p<0,05$) и имели более симметричную иррадиацию, чем у больных изолированной ИБС (в спину – у 45,6%, в обе руки – у 15,1%).

Специфичными условиями облегчения атипичных болей в груди для больных группы «сочетанная ИБС» было изменение ими положения тела – выпрямление после наклонов или переход в вертикальное из горизонтального (у 27,3% против 7%; $p<0,05$), а также питье воды или прием антацидов (у 9% и ни у одного больного с изолированной ИБС). Кроме того, у больных сочетанной ИБС при атипичных болях в груди прием нитроглицерина оказался более эффективным, чем у больных ИБС без ГЭРБ (45,5% против 24,4%; $p<0,05$).

Таким образом, для больных ИБС в сочетании с ГЭРБ характерно наличие атипичного болевого синдрома в грудной клетке со следующими особенностями:

Таблица 2

Основные клинические проявления у больных сочетанной ИБС в зависимости от наличия рефлюкс-эзофагита (абс./%)

Симптомы	ИБС + НЭРБ (n=1)	ИБС + ЭРБ (n=18)
Боли в груди, не связанные с физической нагрузкой	10 /66,6	16 /88,9
Ежедневная изжога	4 /29,3	7 /38,9
Отрыжка	9/60	12 /66,7
Дискомфорт в эпигастрии	7 /46,7	14 /77,8

загрудинная локализация болей жгучего характера, возникающих во время или сразу после еды, при наклонах и в горизонтальном положении, проходящих после приема нитроглицерина, питья воды или при перемене положения тела.

Поражение слизистой оболочки пищевода оценивали в соответствии с эндоскопической классификацией Савари—Миллера. Полученные данные можно резюмировать следующим образом. Во-первых, среди больных сочетанной ИБС отмечалось преобладание эрозивной формы ГЭРБ (ЭРБ) над НЭРБ как в группе АСС (53,8% и 46,2% соответственно), так и у больных КСХ (55% и 45% соответственно). Эрозивный рефлюкс-эзофагит I степени был диагностирован у 14 человек, II — у 3, III — у одного. Во-вторых, у больных ИБС в сочетании с эрозивным рефлюкс-эзофагитом наблюдались более выраженные клинические проявления, чем при ИБС в сочетании с НЭРБ (табл.2): интенсивная изжога, частое возникновение других диспептических симптомов, а также большая частота атипичного болевого синдрома в грудной клетке. Подобная зависимость симптоматики от степени воспаления слизистой оболочки пищевода нехарактерна для классического течения изолированной ГЭРБ.

Возникновение рефлюкс-эзофагита у обследованных было связано с характером течения у них ИБС. Об этом свидетельствуют полученные нами данные о более тяжелом или осложненном течении ИБС у больных с ЭРБ (табл.3). Среди больных с НЭРБ преобладали лица со II ФК стенокардии; у больных с ЭРБ отмечался более тяжелый ФК стенокардии. Инфаркт миокарда в анамнезе у больных ИБС в соче-

Таблица 3

Распределение больных сочетанной ИБС по степеням рефлюкс-эзофагита в зависимости от тяжести течения ИБС

Признаки	ИБС+НЭРБ (n=15)	ИБС+ЭРБ (n=18)
ФК стенокардии		
I	2 (13,3%)	1 (5,5%)
II	10 (66,6%)*	6 (33,3%)*
III	2 (13,3%)*	9 (50%)*
IV	1(6,7%)	2 (11%)
Коронарный атеросклероз:		
односудистое поражение	3	1
двухсудистое	3	3
трехсудистое	—	3
Инфаркт миокарда в анамнезе	3 (20%)*	9 (50%)*

* p<0,05 — между подгруппами.

тении с НЭРБ регистрировался в 2,5 раза реже, чем у больных с сопутствующим рефлюксэзофагитом.

У 36 больных КСХ рандомизировано, независимо от наличия у них клинических проявлений ГЭРБ, была проведена суточная рН-метрия пищевода. Полученные результаты оценивали по показателю De Meester, который позволяет количественно определять степень отклонения рН у данного пациента от показателей здоровых лиц, т.е. дифференцировать физиологические и патологические гастроэзофагеальные рефлюксы. Нормальным считается показатель De Meester < 14,72, если же он больше, то это свидетельствует о наличии ГЭРБ [9]. Выявленные особенности клинического течения КСХ в зависимости от результатов 24-часовой рН-метрии пищевода представлены в табл.4.

Проведенные клинико-инструментальные сопоставления свидетельствуют о взаимоотношениях влиянии ИБС и ГЭРБ на течение друг друга. Наличие эрозивного РЭ у больных стенокардией ассоциируется с более тяжелым и/или осложненным течением у них ИБС и, в свою очередь, сопровождается более выраженной клинической симптоматикой ГЭРБ. У больных КСХ патологический гастроэзофагеальный рефлюкс чаще наблюдается при более тяжелом ФК стенокардии, рефрактерности к антиангинальной терапии и наличии перенесенного ИМ в анамнезе, но при этом не всегда сопровождается характерными диспептическими симптомами.

Таблица 4
Особенности клинического течения КСХ в зависимости от результатов 24-часовой рН-метрии пищевода (абс./%)

Показатели	Показатели	
	De Meester<14,72 (n=28)	De Meester>14,72 (n=8)
ФК стенокардии		
II	5 /17,8	—
III	15 /53,6	5 /62,5
IV	8 /28,6	3 /37,5
ИМ в анамнезе	10 /35,7*	8 /100*
Наличие типичных клинических проявлений ГЭРБ	4 /14*	4 /50*
Рефрактерность к антиангинальной терапии	3 /11*	5 /62,5*

* $p < 0,05$ — между подгруппами.

В связи с выявленной диссоциацией между клиническими проявлениями ГЭРБ и результатами инструментального обследования (данные внутрипищеводного рН-мониторинга, ЭГДС) всем больным КСХ была выполнена проба с ИПП. Антисекреторный тест для диагностики ГЭРБ по своей чувствительности не уступает внутрипищеводной суточной рН-метрии [8]. В качестве ИПП использовали омепразол в суточной дозе 60 мг (40 мг утром и 20 мг вечером). Уменьшение частоты возникновения клинических симптомов (изжоги, боли в груди) более чем на 50%, позволявшее считать пробу положительной, было зафиксировано у 27 (33%) пациентов с КСХ.

На заключительном этапе исследования нами проводилось лечение ИПП 23 больных сочетанной ИБС с III–IV ФК стенокардии, у которых наблюдалась рефрактерность к антиангинальной терапии, включавшей нитраты, бета-блокаторы, у части пациентов — аспирин, ингибиторы АПФ и статины. Целью назначения ИПП была оценка влияния антисекреторной терапии на клинические проявления стенокардии. Больные получали омепразол (40 мг в сутки) в течение 8 недель с последующим переходом на поддерживающую терапию. Прием ИПП привел к урежению приступов стенокардии и уменьшению суточной потребности в нитроглицерине (НГЛ) у 77,3% больных сочетанной ИБС (рис.1). У больных с эрозивной формой ГЭРБ клинический эффект ИПП в от-

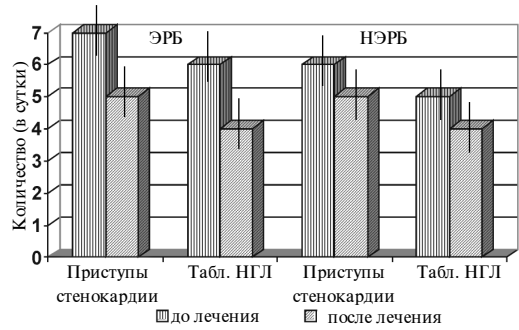


Рис. 1. Динамика проявлений стенокардии на фоне терапии ингибитором протонной помпы (Мо).

ношении проявлений стенокардии был более выражен, чем у пациентов с НЭРБ (80% и 69% больных соответственно). Эффективность применения антисекреторного препарата в отношении клиники стенокардии у больных ИБС в сочетании с ГЭРБ подтверждает наше предположение о том, что подобное сочетание проявляется не простым суммированием симптомов, а во взаимном влиянии обоих заболеваний на течение друг друга.

Таким образом, сочетание ИБС и ГЭРБ характеризуется взаимным отягощением, что выражается в более частом возникновении у больных ИБС эрозивной формы ГЭРБ и зависимости ее появления от тяжести течения коронарной болезни, в более частом развитии у больных с сочетанием обоих заболеваний инфаркта миокарда, более тяжелом ФК стенокардии и частом появлении у них рефрактерности к антиангинальной терапии. Наиболее безопасным и информативным способом для диагностики ГЭРБ у больных ИБС является проведение пробы с ингибиторами протонной помпы. Использование в лечении больных с сочетанием ИБС и ГЭРБ ингибиторов протонной помпы дополнительно приводит к уменьшению у них случаев клинических проявлений стенокардии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. —М: Медицина, 1981. — 344 с.
2. Звенигородская Л.А., Таранченко Ю.В. Дифференциальная диагностика загрудинных болей при сочетании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с ишемической болезнью сердца// Consil. med. Приложение. — 2002. № 2. — С. 3–4.
3. Логинов С.В., Козлова И.В., Шварц Ю.Г. Пока-

затели реполяризации миокарда и вариабельности сердечного ритма у пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни// Росс. кардиол. журн. — 2003. — № 5. — С. 18–21.

4. Таранченко Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных ишемической болезнью сердца: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2003.

5. Borjesson M., Albertson P., Dellborg M. et al. Esophageal dysfunction in Syndrome X// Am. J. Cardiol. — 1998. — Vol. 82. — P. 1187–1191.

6. Bugiardini R., Borghi A., Biagetti L. et al. Comparison of verapamil versus propranolol therapy in Syndrome X// Am. J. Cardiol. — 1989. — Vol. 63. — P. 286–290.

7. Campeau L. Grading of angina pectoris. Circulation. — 1976. — Vol. 54.3 — P. 522–523.

8. Castell D.O., Katz P.O. The acid suppression test for unexplained chest pain// Gastroent. — 1998. — Vol. 1. — P. 222–224.

9. De Meester T.R., Wany C.L., Wernly J.A. Technique Indications and clinical use of 24hour esophageal pHmonitoring// J. Thor. Cardiovasc Surg. — 1980. — Vol. 79. — P.656–667.

10. Dickman R., Mattek N., Holub J. et al. Prevalence of upper gastrointestinal tract findings in patients with noncardiac chest pain versus those with gastroesophageal reflux disease (GERD)related symptoms// Am. J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 102. — P. 1173–1179.

Поступила 29.10.08.

THE PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF CORONARY HEART DISEASE IN COMBINATION WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

O.P. Alekseeva, I.V. Dolbin, D.V. Pikulev

Summary

Studied was the prevalence of gastroesophageal reflux disease in combination with the pathology of the esophagus in patients with coronary heart disease. Given was an estimation of results of endoscopic examination of the esophagus and stomach in these patients. The usage of proton pump inhibitors in treatment of this contingent leads to a decrease in clinical manifestations of angina.

Key words: ischemic heart disease, gastroesophageal

УДК 616.24–008.331.1+616.131–005.6]–079.4

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ МЕЛКИХ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Рустем Валентинович Юнусов, Салават Зарифович Габитов,
Марина Викторовна Кореева*

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. И.Г. Салихов) Казанского государственного медицинского университета, Республиканская клиническая больница (главрач — М.В. Кормачев) МЗ РТ, г. Казань

Реферат

На клиническом примере показано, что причиной значительного повышения давления в легочной артерии может быть рецидивирующая тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, которая протекает под маской первичной легочной гипертензии.

Ключевые слова: тромбоэмболия, гипертензия, сцинтиграфия, ангиопульмонография.

Рецидивирующая тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии (ТЭЛА) с развитием вторичной легочной гипертензии является отнюдь не редким заболеванием в клинической практике. Чрезвычайно важны диагностика ТЭЛА и своевременное выявление прогрессирующей легочной гипертензии с целью её эффективного лечения.

Приводим описание случая ТЭЛА, клиническая картина которой симулировала первичную лёгочную гипертензию.

Б. заболела в возрасте 46 лет. Появились слабость, одышка при физической нагрузке, сердце-

биение, пастозность, а затем отеочность нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Симптомы заболевания нарастали постепенно. В течение двух лет больная неоднократно находилась на стационарном лечении по месту жительства с различными диагнозами: ХОБЛ, кардиомиопатия, ИБС.

Болезнь исподволь прогрессировала, и больная для уточнения диагноза и лечения спустя два года от начала заболевания в феврале 2007 г. была госпитализирована в пульмонологическое отделение РКБ с диагнозом: хроническая правожелудочковая недостаточность IIБ ст.; ФК III неуточнённой этиологии, сердечный фиброз печени; асцит.

Объективно: состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, акроцианоз. По всем легочным полям прослушивается умеренное притупление перкуторного звука. Дыхание в нижних отделах левого лёгкого жёсткое, по другим полям ослабленное. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо на 2 см. При аускультации акцент II тона над легочной артерией.