

Д.А. КАПСУЛТАНОВА, Г.Б. ПОЛЗИК, К.М.КЕДЕЛБАЕВА, Н.Е. БАЛАЖАНОВА, К.Ш. МУСТАФАЕВ,  
Л.А.НИЯЗБЕКОВА, А.А. ТУРСЫНОВА, К.Р. ХАМАРДИНОВА, М.К.ЕШМЕТОВА

Казахский Национальный медицинский университет

и.м. С.Д. Асфендиярова

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом смежных дисциплин

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Статья посвящена клиническому случаю тромбоэмболии легочной артерии. При своевременной диагностике и терапии тромболитическими и антикоагулянтными препаратами, можно снизить риск развития осложнений и летальности у больных с тромбоэмболией легочной артерии.

**Ключевые слова:** тромбоэмболия легочной артерии, антикоагулянты, тромболитики.

**Актуальность темы:** Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — окклюзия артериального русла лёгких тромботическими массами различного размера, сформированными в венах большого круга кровообращения (в бассейне нижней полой вены, реже — в бассейне верхней полой вены) либо в правом предсердии или правом желудочке сердца и сопровождающаяся рефлекторным спазмом артериол, что приводит к резкому ограничению кровотока в лёгких [1]. Тромбоэмболия легочной артерии – одно из наиболее распространенных и грозных осложнений многих заболеваний, в том числе заболеваний послеоперационного и послеродового периодов, неблагоприятно влияющее на их течение и исход. ТЭЛА становится третьей по частоте причиной смерти в высокоразвитых странах, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям [2].

Трудности своевременной диагностики этого осложнения связаны с полиморфизмом развивающихся клинических синдромов. В 50–80% случаев ТЭЛА не диагностируется вообще, а во многих случаях ставится лишь предположительный диагноз [3]. Многие больные умирают в первые часы от начала заболевания, не получая адекватного лечения. При этом летальность среди нелеченых пациентов достигает 40%, тогда как при проведении своевременной терапии она не превышает 10% [4].

**Клинический случай:** Пациентка Ф., 86 лет, поступила 27.09.16, с жалобами на давящие, сжимающие боли в области сердца, с иррадиацией в левую подлопаточную область, продолжительностью более 20 мин, чувство нехватки воздуха, одышку при незначительной физической нагрузке, головную боль, тошноту, рвоту, общую слабость.

Анамнез заболевания: Со слов больной ИБС с 14.08.2016, когда впервые перенесла первичный передне-боковой инфаркт миокарда с зубцом Q. Коронароангиография не проводилась, больная отказалась. Артериальная гипертония в течение многих лет. Максимальное повышение АД до 200/100 мм рт.ст. АД, при котором чувствует себя удовлетворительно 120/80 мм рт.ст. Состоит на «Д» учете в ГП №2. Базисной терапии придерживается. Данное ухудшение в течение недели, когда начали беспокоить вышеуказанные жалобы, к врачам не обращалась, принимала изокет спрей, с временным эффектом, 26.09.2016 утром боли участились, усилились; одышка narosла, в связи, с чем вызвала бригаду СМП. По бригаде СМП: АД 100/70 мм рт.ст.; оказана помощь: изомик 0,1%-10,0 + NaCl 0,9%-200,0 в/в кап, морфин 1,0 + NaCl 0,9%-10,0 в/в кап в/в стр, аспирин 0,5 мг. В приемном покое АД 130/80 мм рт.ст. Доставлена в приемный покой ГКЦ. Госпитализирована в 2 кардиологическое отделение с диагнозом: ИБС. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST от 27.09.16. По шкале Grace 165 баллов. Постинфарктный (08.16) кардиосклероз. ХСН IIА, 3 ФК. (NYHA). Артериальная гипертония III ст, Р4. Ожирение I ст.

Анамнез жизни: Хронические заболевания - отрицает. Наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает. Операции - отрицает.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание ясное. Питание повышенное. ИМТ-36 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледной окраски, сухие, чистые. Цианоз губ умеренный. Пастозность голеней. Дыхание свободное. ЧДД 19/мин. Дыхание ослабленное везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижне-боковых отделах. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. На момент осмотра АД 125/80 мм рт.ст. ЧСС-80 ударов в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

ОАК от 27.09.16: Эритроциты  $3,9 \cdot 10^{12}/л$ , Hb 117 г/л, Ht 33%, Лейкоциты  $10,1 \cdot 10^9/л$ , Тромбоциты  $280 \cdot 10^9/л$ , п/я-3%, с/я-68%, м-8%, лимфоциты-21%, СОЭ –30 мм/ч.

Кардиомаркеры от 27.09.16: тропонин I (hsTnI) 0,180 ng/mL, в динамике через 6 часов 0,237 ng/mL.

Биохимический анализ от 27.09.16: общий белок 60 г/л, мочевины 8,5 ммоль/л, креатинин 67 ммоль/л, глюкоза 10,7 ммоль/л, АЛТ 64 Ме/л, АСТ 67 Ме/л, билирубин общий 16,4 мкмоль/л, холестерин 5,52 ммоль/л, клубочковая фильтрация 75 мл/мин. Высокочувствительный СРБ-21,0 мг/л.

Электролиты от 27.09.2016: К+ 4,67 ммоль/л, Na+ 128,8 ммоль/л. Са+1.13 ммоль/л,

Липидный спектр от 27.09.2016: холестерин- 5,52 ммоль/л, холестерин ЛПВП- 0,87 ммоль/л холестерин ЛПНП- 4,34 ммоль/л, триглицериды-1,57 ммоль/л, КОА-5,2, риск ИБС-4,9.

Коагулограмма от 27.09.16: АПТВ-25,4 сек, ПВ-13,1 сек, Фибриноген А – 4,0 г/л; ТВ-12,8 сек, В нафтоловый 2+, РФМК 15,0 мг/%.

ЭКГ при поступлении: Синусовая тахикардия с ЧСС 110 в мин. Вертикальное положение ЭОС. Рубцовые изменения по передней, верхушечной стенке. Гипертрофия ЛЖ. Зубцы Т отрицательные в V1-V3 отведениях.

27.09.2016 проведена коронароангиография со стентированием ПМЖВ (1 стент). По результатам коронарографии: Тип коронарного кровотока- правый. ЛКА: ПМЖВ: стеноз (99%) проксимальной трети, кровотока удовлетворительный, TIMI, III. Стеноз (40%) устья ДВ. ОВ: стенозы (40%) устья и (до 80%) дистальной трети, кровотока удовлетворительный, TIMI, III. ПКА: стенозы (30%) средней трети, кровотока удовлетворительный, TIMI, III. Имплантирован лекарственно-покрытый стент Resolute Integrity 3,5x18 мм под давлением 14 атм в течение 15 сек.

Всего имплантирован 1 стент.

После стентирования при переключении пациентки на каталку у больной отмечается реперфузионный синдром в виде останова сердечной деятельности по типу фибрилляции желудочков, после однократной дефибрилляции (150Дж) синусовый ритм восстановлен. Больная переведена в ОРИТ, где находилась до стабилизации гемодинамики, затем переведена во 2 кардиологическое отделение с диагнозом: ИБС. Повторный без з Q передне-септальный инфаркт миокарда от 27.09.16. Тип I. КТ IV. Постинфарктный (08.2016) кардиосклероз. Реваскуляризация миокарда путем стентирования ПМЖВ от 27.09.16. Фибрилляция желудочков от 27.09.16. ХСН IIА 3 ФК. (NYHA). Артериальная гипертензия III ст, Р4. Внебольничная пневмония в нижних долях обоих легких. ДН I. ЭКГ в динамике от 28.09.2016: Ритм синусовый с ЧСС 88 в 1 мин. Вертикальное положение ЭОС. Рубцовые изменения по передней, верхушечной стенке. Гипертрофия ЛЖ. Динамика без з Q передне-септального инфаркта миокарда. 29.09.16 появились жалобы на выраженную одышку в покое, упорный сухой кашель, отмечалось снижение АД до 80/50 мм рт.ст. и в связи с нестабильностью гемодинамики больная переведена в ОРИТ.

Кардиомаркеры от 29.09.16: тропонин I (hsTnI) 0,407 ng/mL

Газы крови: pH 7,249, pO<sub>2</sub> 31,2 мм рт ст, pCO<sub>2</sub> 42,7 мм рт ст.

ЭХОКГ от 29.09.16: Заключение: Створки АК кальцинированы. Дилатация правых отделов и левого предсердия. Гипертрофия МЖП в базальном отделе. Дискинез передне-перегородочных, верхушечных сегментов. Акинез передних сегментов. Сократительная функция обоих желудочков значительно снижена, (по Симпсону 31%). Значительная легочная гипертензия ( max ДЛА 102 мм рт. ст).

Регургитация на ТК до II степени.

Рентгенография органов грудной клетки от 29.09.16: Гемодинамика малого круга кровообращения – признаки выраженной легочной венозной и артериальной гипертензии. В легких: 2-х сторонняя нижнедолевая, застойная пневмония. Корни легких обрублены – не исключается ТЭЛА обоих легких, синусы четко не визуализируются.

Учитывая вышеуказанные жалобы, объективное состояние и данные лабораторно-инструментальных исследований пациентки был выставлен предварительный диагноз ТЭЛА. Для уточнения диагноза, было назначено проведение МСКТ.

Д-димер от 29.09.2016: 3000 нг/мл.

30.09.16 проведена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной полости: Тромботические массы в правой и левой легочной артериях и их верхних и нижних ветвях. Хронический бронхолегочный процесс. Фиброзные тяжи в нижних долях обоих легких. 2-сторонний плеврит в незначительном объеме.

Дуплексное сканирование сосудов вен нижних конечностей от 30.09.16: ВРВ нижних конечностей в бассейне МПВ. На момент осмотра признаков тромбоза не выявлено.

На основании данных МСКТ и повышения Д-димера выставлен диагноз: ИБС. Повторный передне-септальный инфаркт миокарда без зубца Q от 27.09.2016. Тип I. КТ IV. Реваскуляризация миокарда путем стентирования ПМЖВ от 27.09.14. Фибрилляция желудочков от 27.09.16. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии. Постинфарктный (08.16) кардиосклероз. ХСН II А, 3 ФК. (NYHA). Артериальная гипертензия III ст. Риск 4. Внебольничная пневмония в нижних долях обоих легких. ДН I. ХБП 1ст. Хронический пиелонефрит, обострение.

30.09.16 в условиях ОРИТ проведена ТЛТ – урокиназа медак 1 000 000 в/в кап.

Газы крови: pH 7,247, pO<sub>2</sub> 30,1 мм рт ст, pCO<sub>2</sub> 45,5 мм рт ст.

Проведенное лечение: Калия хлорид 7,5%+ инсулин 4Ед+ глюкоза 5%-200,0 в/в кап., биспролол 2,5мг х 2р, фозикард Н 20 мг ½ таб., грандоксин 50мгх2р, квамател 20мгх2р, гепарин 20тыс Ед/сут на дозаторе в течение 5 дней с переходом на ксарелто 15мг х 2р.

В динамике Д-димер от 04.10.16: - 1241 нг/мл.

Антикоагулянтная терапия проводилась под постоянным контролем свертывающей системы крови (АЧТВ, коагулограмма).

Объективно: Общее состояние на фоне лечения улучшилось. Одышка уменьшилась, кашель прошел. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферических отеков нет. ЧДД-19 в мин. В легких перкуторно – легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, ослабленное в н/о, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-78 в мин. АД-120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

ЭКГ при выписке от 10.10.16: Ритм синусовый с ЧСС 85 в 1 мин. Положительная динамика без з Q передне-септального инфаркта миокарда.

Рентгенография органов грудной клетки от 10.10.16: В легких: 2-х сторонняя нижнедолевая, застойная пневмония в стадии разрешения. Тень сердца увеличена влево, интенсивная. Аорта: склерозирована, тень аорты умеренно расширена. Заключение: положительная динамика.

Больная выписалась в относительно удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового врача терапевта и врача-кардиолога. Рекомендовано: 1) клопидогрель 75 мг х 1 раз утром 12 месяц, 2) Ксарелто 15 х 2 раз в течение последующих 2-х недель, с переходом на 20 мг х 1 раза в день в течение 6 мес, 3) повторить анализ крови на Д-димер через месяц, 4) периндоприл 5 мг х 1 раз/сут, и биспролол 5 мг ½ табл ежедневно постоянно.

**Заключение:** Вне зависимости от возраста, пола и расы ТЭЛА является жизнеугрожающим состоянием с высокой смертностью. Клиническая картина ТЭЛА весьма разнообразна, что затрудняет своевременную диагностику [5]. Летальность при нераспознанной ТЭЛА составляет около 30 %, при распознанной — 2–8 %. В представленном клиническом случае, ТЭЛА осложнила течение инфаркта миокарда на ранних сроках и её диагностика была затруднена в связи с тем, что жалобы и лабораторно-инструментальные данные маскировались под диагнозом инфаркта миокарда. Клинически заподозренная ТЭЛА и проведенная МСКТ дали возможность установить диагноз и своевременно провести тромболитическую и антикоагулянтную терапию. Необходимо отметить, что основу лечебной стратегии у подавляющего большинства больных должна составлять длительная антикоагулянтная терапия [6], а следование современным рекомендациям международных экспертов может обеспечить существенное улучшение прогноза у лиц, перенесших ТЭЛА [7].

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А. Л. Верткин , А. М. Груцанчук . Тромбоэмболия легочной артерии // Архив внутренней медицины. -2014. - №1(15). – С. 33-40.
- 2 Мостовой Ю.М., Константинович Т.В. Тромбоэмболия легочной артерии. – Винница: 2012. – 294 с.
- 3 В. А. Круглов, Е. С. Колосова, М. Ш. Гургенидзе, М. И. Лукашов. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) // Журнал современной медицины. -2013. - №2. – С. 28-34.
- 4 В. Б. Яковлев. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) // Российский медицинский журнал. - 2014. - №1. – С. 44-48.
- 5 Goldhaber S.Z. Echocardiography in the Management of pulmonary embolism // Ann inter Med. – 2002. - №136. – P. 169-178.
- 6 И.В.Абдульянов, И.И.Вагизов, А.С.Омеляненко // Практическая медицина. - 2015. - Том 2. – С. 246-251.
- 7 Рекомендации по диагностике и ведению пациентов с острой эмболией системы легочной артерии. – М.: 2014. – 108 с.

**Д.А. КАПСУЛТАНОВА, Г.Б. ПОЛЗИК, К.М.КЕДЕЛБАЕВА, Н. Е. БАЛАЖАНОВА, К. Ш. МУСТАФАЕВ,  
Л.А. НИЯЗБЕКОВА, А. А. ТУРСЫНОВА, К. Р. ХАМАРДИНОВА. М.К. ЕШМЕТОВА**  
*С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университетінің  
№2 ішкі аурулар кафедрасы аралас пәндер курсымен*

#### **ӨКПЕ ЭМБОЛИЯСЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ**

**Түйін:** Тромбоэмболия өкпе артериясының клиникалық жағдайларына мақала арналады. Дер кезінде диагностикалау және тромболитикалық терапия және антикоагулянтты препараттармен жай-күйін жақсартуға болады және даму қаупін төмендетуге асқынулар мен өлім-жітім науқастарда тромбоэмболия өкпе артериясы.

**Түйінді сөздер:** Өкпе артериясының тромбоэмболиясы, антикоагулянттар, тромболитиктер.

**D.A. KAPSULTANOVA, G.B. POLZIK, K.M. KEDELBAEVA, N. E. BALAZHANOVA, K. SH. MUSTAFAEV,  
L.A. NIYAZBEKOVA, A. A. TURSINOVA, K. R. HAMARDINOVA, M.K. ESHMETOVA**  
*Asfendiyarov Kazakh National medical university*

#### **CLINICAL CASE TROMBOEMBOLISM OF PULMONARY ARTERY**

**Resume:** The article is sanctified to the clinical case of тромбоэмболии of pulmonary artery. At timely diagnostics and therapy by thrombolysis and anticoagulating facilities, it is possible to improve the state and bring down the risk of development of complications and lethality for patients with тромбоэмболией of pulmonary artery.

**Keywords:** ТЕРА, Tromboembolizm of a pulmonary artery, anticoagulants, trombolitiks