

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

Основное внимание в практике врача-пульмонолога уделено проблеме ТЭЛА, главным образом, ее последствиям. ТЕЛА является наряду с тромбофлебитами составной частью венозного тромбоза (ВТЭ).

Цель — изучить частоту и структуру тромбоемболии легочной артерии по данным работы кардиохирургического центра.

Материал и методы

Актуальность ВТЭ обусловлена ростом заболеваемости им. В Украине, по прогнозам, эта цифра со 120 тыс. вырастет до 230 тыс. человек. Согласно результатам обследования 246 больных, направленных в «Институт сердца» МЗ Украины за 2013–2014 гг. с учетом данных катетеризации сердца, компьютерной томографии, в ряде случаев радиоизотопного исследования, ультразвукового исследования сердца и сосудов, биохимической оценки маркеров тромбоза, получены следующие данные.

Результаты

Острая ТЭЛА диагностирована у 170 лиц (69 %), хроническая посттромбоэмболическая легочная гипертензия (ХПТЭЛГ) — 25 случаев (10 %), рецидивирующая ТЭЛА (РТЭЛА) (с длительностью от первого до следующего эпизода — от 2 недель до 4 лет) — 32 человека (13 %). Кроме того, сомнительным диагноз ТЭЛА был у 5 лиц (2 %). Летальность составила 3,7 %. У 4 больных (1,7 %) диагностированы ИБС и ИМ. Один пациент отказался от обследования (0,5 %). У 9 лиц диагноз ТЕЛА не был подтвержден. Сопутствующим диагнозом у 202 больных был тромбофлебит, у большинства из обследованных в стадии ремиссии с реканализацией тромба. Среди причин возникновения ТЭЛА наравне с тромбозом вен нижних конечностей у 73 пациентов в анамнезе были ИБС, гипертоническая болезнь, часто в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. Кроме того, ТЭЛА у обследованных больных часто возникала на фоне либо злокачественного новообразования (12; 4,8 %), либо оперативного вмешательства (5; 2,0 %), либо травм (9; 3,7 %), патологических родов (4; 1,6 %), фибромиомы матки (3; 1,2 %). Часто ТЭЛА была следствием фибрилляции предсердий — 8 (3,3 %), острого тромбофлебита — 13 (5,3 %). Характеристика обследованных больных: средний возраст ($53,3 \pm 0,9$) лет, мужчин — 121 (49,18%), женщин — 125 (50,9 %). В стационары института из 246 пациентов, поступивших с разными формами ВТЭ, доставлены каретами скорой помощью 6 человек, по направлению лечебных учреждений г. Киева и других областей (236), а также путем самообращения (4). Диагностические и лечеб-

ные мероприятия на этапе оказания помощи в Институте, согласно полученным данным, полностью соответствовали всем существующим консенсусам. Эффективность проведенных мероприятий при ТЭЛА (хирургические вмешательства (тромбэктомия у более 6,0 % при острой форме, медикаментозное лечение) согласно данным контрольной ЭхоКГ после проведенного лечения: (тромболизис, антикоагулянтная терапия, тромбэктомия) подтверждена снижением систолического давления в легочной артерии до ($47,8 \pm 1,5$) мм рт. ст. против ($61,2 \pm 1,5$) мм рт. ст. при поступлении, однако достичь полной нормализации его к моменту выписки пациентов из стационара не удалось, что требовало проведения длительной терапии с применением препаратов различных групп в амбулаторных условиях, с одной стороны, и определения лечебных учреждений данной направленности, поскольку кардиохирургические и хирургические учреждения не в состоянии заниматься этой проблемой в необходимом объеме. Из 5-6 групп препаратов, рекомендованных для лечения ЛГ, в Украине помимо мочегонных препаратов зарегистрированы только селективные ингибиторы ФДЭ 5 — силденафил и ингаляционный простагландин. Из 57 пациентов с ХПТЭЛГ и РТЭЛА только 19 больных (33,3 %) регулярно и длительное время получали в амбулаторных условиях, после эпизода ТЭЛА, терапию антикоагулянтами и препаратами, угнетающими агрегационную активность тромбоцитов (варфарин, синкумар, ацетилсалициловую кислоту), еще меньше — ксарелто в дозе 15-20 мг (6,67 %).

Выводы

Таким образом, можно сделать несколько выводов: выполнение современных протоколов оказания медицинской помощи у данной категории больных не позволяет добиться полной нормализации показателей гемодинамики малого круга кровообращения; существует необходимость проведения вторичной профилактики путем назначения на амбулаторном этапе после перенесенной ТЭЛА лекарственных препаратов с доказанной клинической эффективностью; в настоящее время практически отсутствует система этапного наблюдения за данным контингентом больных и окончательно не созданы и не определены лечебные учреждения, проводящие такой мониторинг, другими словами отсутствует этапность оказания медицинской помощи больным, перенесшим ТЭЛА; несмотря на имеющиеся диагностические возможности, практические врачи редко на амбулаторном этапе диагностируют ТЭЛА, не говоря о выделении различных патогенетических ее форм и проведении индивидуализированной терапии.