

А. І. Ячник, Н. В. Пендальчук
**ХРОНІЧНА ПОСТТРОМБОЕМБОЛІЧНА ЛЕГЕНЕВА ГІПЕРТЕНЗІЯ:
МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ**

ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

В останні роки в багатьох країнах світу спостерігається тенденція до зростання частоти патології вен та крупних судин — тромбофлебітів, ураження судин легень.

Мета — оцінка частоти хронічної ТЕЛА серед хворих на венозний тромбоемболізм.

Частота характерних клінічних ознак хронічної правошлуночнової недостатності у осіб, які перенесли ТЕЛА, досягає в Україні 17,29 %. Провідним діагностичним методом ХПТЕЛГ є селективна ангіопульмонографія, у деяких випадках ураження судин може бути встановлено за допомогою ультразвукового ангіосканування.

Матеріал і методи

КТ, особливо мультиспіральна, нині признана експертами ESC найбільш прийнятним методом підтвердження наявності тромбу в легеневицях судинах, який рекомендований для рутинної клінічної практики. ЕхоКГ має переваги як один із першочергових методів діагностики, вона виконує роль «сортувального» методу обстеження, однак рутинне використання ЕхоКГ у гемодинамічно стабільних, нормотензивних пацієнтів останнім керівництвом не рекомендується. Якщо це можливо, у деяких хворих може бути проведена трансезофагеальна ЕхоКГ, яка дозволяє безпосередньо побачити тромби в легеневицях судинах.

Єдиним на сьогодні радикальним методом лікування ХПТЕЛГ є операція ТЕЕ (тромбendarтеректомія) в умовах штучного кровообігу, яка дозволяє механічно звільнити ЛА від тромботичних мас та знизити легенево-судинний опір, щонайменше на 50 %. Внутрішньосудинний інтраопераційний матеріал являє собою фіброзну тканину, яка щільно контактує із інтимою, яку неможливо видалити методами простої тромбектомії і дилатацією враженої судини. Все більшої поширеності набуває метод ендоскопічної легеневої ТЕЕ. Покращання стану пацієнта відбувається протягом кількох місяців після операції. ТЕЕ показана при ураженні стовбура та дольових гілок ЛА.

При лікуванні ХПТЕЛГ застосовують трансплантацію

легень, однак кількість таких операцій є набагато меншою за кількість трансплантацій печінки, нирок або серця. Є поодинокі повідомлення щодо застосування методу транслюмінальної балонної ангіопластики при ХПТЕЛГ. Показом до нього є наявність стенозу мембранозного типу на рівні головних і дольових ЛА при відсутності тяжких гемодинамічних розладів в малому колі кровообігу. Ендоваскулярна балонна ангіопластика легеневицях артерій знаходиться на стадії клінічних розробок. Гемодинамічну корекцію хронічного легеневого серця при ХПТЕЛГ здійснюють методом трансвенозної катетерної артеріосептостомії. Зазначена операція дозволяє здійснити гемодинамічну декомпресію правих відділів серця при міокардальній недостатності, рефрактерній до медикаментозної терапії. Метод є паліативним і єдино можливим методом хірургічного лікування хворих з термінальною ЛГ, який дозволяє подовжити життя хворим за рахунок зниження тиску в правих відділах серця.

Можливості медикаментозного лікування ХПТЕЛГ незначні. Ускладнює лікування той факт, що перші симптоми з'являються вже в розгорнутій стадії захворювання, коли в судинах МКК вже превалюють незворотні зміни. Відсутність чіткої стратегії ведення хворих після епізоду гострої ТЕЛА є ще одним важливим моментом пізньої діагностики захворювання. Стратегія медикаментозного лікування ХПТЕГ подібна тій, що використовують для лікування первинної ЛГ.

Серцеві глікозиди у осіб з симптомами СН при ХПТЕЛГ призначають з обережністю. Сечогінні препарати використовують у всіх випадках розвитку СН, а також при їх відсутності. Доза сечогінних підбирається "титруванням", під контролем системного АТ. Оксигенотерапія показана лише тоді, коли розвивається гіпоксемія с парціальним тиском кисню менше 60(55) мм рт. ст. або показниками насичення киснем менше 93(90) %.

В останні роки для лікування ЛГ стали застосовувати антагоністи рецепторів нгдотеліну. Серед перспективних напрямків в лікуванні ХПТЕЛГ можна виділити використання тривалої інгаляційної терапії оксидом азоту.