

УДК 616
ББК 54.1
В35

Аркадий Львович Вёрткин — руководитель Региональной общественной организации содействия развитию догоспитальной медицины «Амбулаторный врач» и Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ) имени А.И. Евдокимова

Прохорович Елена Адамовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Владимирова Надежда Николаевна — доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Грицанчук Александр Михайлович — к.м.н., ассистент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова, руководитель регионального сосудистого центра

Вёрткин, Аркадий Львович.

В35 ТЭЛА / А. Л. Вёрткин. — Москва : Издательство «Э», 2016. — 160 с. — (Врач высшей категории. Амбулаторный прием).

В России произошла беспрецедентная модернизация в плане оснащения поликлиник, но как-то оказалась забытой личность врача, прежде всего терапевта, хотя он всегда является ключевой фигурой. Вот и сложилось, что теперь у нас есть отличная материально-техническая база, а образование врача отстало. Но все заняты, работают, некогда учиться...

Много лет тому назад среди наших врачей была очень популярна серия книг «Библиотека практического врача», и вот сегодня ей на смену пришла серия книг «Амбулаторный прием». Ее авторы — авторитетные интернисты, способные помочь разобраться в самых распространенных симптомах и дать конкретные рекомендации по ведению больных на амбулаторном этапе.

УДК 616
ББК 54.1

ISBN 978-5-699-85317-5

© Вёрткин А.Л. и соавт., 2016
© ООО «Издательство «Э», 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Рецензия	7
Ключевые слова и список сокращений	9
ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ: больной с ТЭЛА на амбулаторном приеме у терапевта	11
ТЭЛА: что мы знаем сегодня, а что нам кажется, что знаем	16
Оценка клинической вероятности наличия у больного ТЭЛА	22
<i>Одышка</i>	23
<i>Кровохарканье</i>	29
<i>Обморок</i>	36
<i>Боль в грудной клетке</i>	49
Значение факторов риска ТЭЛА	65
Критерии оценки вероятности тромбоза глубоких вен	70
Оценка прогноза	76
Лечение ТЭЛА	80
Легочная эмболия и злокачественные опухоли	113
Интрига поликлиники-2016. Путеводитель по ТЭЛА	117
Клинические случаи	121
Заключение	143
Литература	144
Приложение	146

ВВЕДЕНИЕ

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является третьей после инфаркта миокарда и инсульта причиной сердечно-сосудистой смерти. И вместе с тем это самое частое нераспознанное осложнение у госпитализированных больных.

Точные статистические данные по заболеваемости и смертности от ТЭЛА неизвестны, однако примерно ее распространенность, по данным 25-летнего популяционного исследования M.D. Silverstein et al. (1998), проведенного в штате Миннесота (США), оценивается как 1 случай на тысячу населения в год. Во Франции распространенность ТЭЛА составляет 0,6 на тысячу населения (E. Oger, 2000), в Швеции — 2,08 (M. Nordstorn, B. Lindblad, 1998). В США ежегодно от 100 000 до 180 000 человек умирают от ТЭЛА и ее осложнений. В России обобщенных данных нет.

Наряду с этим установить точное количество нефатальных асимптомных ТЭЛА не представляется возможным. Многие случаи тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии протекают бессимптомно и не оказывают непосредственного влияния на клиническое состояние больных. В этих случаях ТЭЛА далеко не всегда легко можно заподозрить и подтвердить, а надежные диагностические методы требуют времени и финансовых затрат. Вместе с тем у больных с факторами риска венозных тромбозов ТЭЛА во многих случаях развивается стремительно и ведет к жизнеугрожающему состоянию или смерти.

К сожалению, только менее 10% умерших от диагностированной ТЭЛА получали антитромботическую терапию. При этом в подавляющем большинстве у лиц, умерших от недиагностированной при жизни ТЭЛА, данная терапия также не назначалась. Все это свидетельствует о том, что только от своевременной и быстрой диагностики, вовремя назначенной адекватной терапии зависит судьба пациента.

Мы надеемся, что эта книга позволит привлечь внимание терапевтов к проблеме высокой распространенности ТЭЛА, ее негативному прогнозу и послужит наглядным пособием для бо-

лее ранней своевременной диагностики и патогенетического лечения.

Авторы приносят благодарность заведующей отделением патологической анатомии городской клинической больницы (ГКБ) им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения (ДЗ) города Москвы О.И. Астаховой, а также всем сотрудникам кардиореанимационных отделений ГБ №3 и ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого за неоценимую помощь в подготовке данной книги.

Коллектив авторов

РЕЦЕНЗИЯ

Тромбоэмболия легочной артерии — одна из самых распространенных во всем мире патологий, имеющих неблагоприятный прогноз. С подобными больными встречаются многие специалисты, но в большей мере выявлением факторов риска ТЭЛА, а, следовательно, и назначением профилактических мероприятий должны заниматься терапевты. Поэтому для амбулаторного врача имеет большое значение алгоритм выявления, правильной сортировки и длительного наблюдения больных с целью профилактики рецидивов ТЭЛА.

Это книга уже девятая в серии «Библиотека амбулаторного врача», которую на протяжении почти двух лет готовят сотрудники кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова под руководством профессора А.Л. Верткина. В предыдущих книгах рассматривались также

социально значимые болезни, с которыми часто обращаются пациенты в поликлинику. Среди них «Фибрилляция предсердий», «Остеопороз», «Постинфарктный кардиосклероз», «Сахарный диабет», «Коморбидный пациент», «Анемия», «Болезни щитовидной железы» и «Внебольничная пневмония».

Эта серия книг должна стать настольным пособием амбулаторного терапевта и помогать разобраться с наиболее частыми ситуациями на приеме больных в поликлинике. Во всяком случае, мы на это надеемся.

Президент Российского научного
медицинского общества терапевтов,
академик РАН
Мартынов А.И.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА И СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД — артериальное давление
- АКШ — аорто-коронарное шунтирование
- ВТ — венозные тромбозы
- ВТЭ — венозная тромбоэмболия
- ДН — дыхательная недостаточность
- ИБС — ишемическая болезнь сердца
- ИВЛ — искусственная вентиляция легких
- ЛП — лекарственные препараты
- ЛЭ — легочная эмболия
- МНО — международное нормализованное отношение
- МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография
- НМГ — низкомолекулярный гепарин
- НОАК — новые оральные антикоагулянты
- НФГ — нефракционированный гепарин
- ОАК — общий анализ крови
- ОКС — острый коронарный синдром

- ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция
- ОРИТ — отделение реанимации и интенсивной терапии
- СД — сахарные диабет
- СМП — скорая медицинская помощь
- СРБ — С — реактивный белок
- ТГВ — тромбоз глубоких вен
- ТЛТ — тромболитическая терапия
- ТП — трепетание предсердий
- ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии
- ФП — фибрилляция предсердий
- ФР — факторы риска
- ХАИ — хроническая алкогольная интоксикация
- ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких
- ХСН — хроническая сердечная недостаточность
- ЦВБ — цереброваскулярная болезнь
- ЧД — частота дыхания
- ЧСС — частота сердечных сокращений

3.10.82. Телескоп
наклон на +30 ± 5°. Днищу, тени и
краевые излучения флуоресцентны.
Время 2.00 час
Состояние флуоресценции
Величина излучения флуоресцент
излучения 10-1500 мк
Внутренний излучение флуоресцент
Величина 0.1777
Рассеивание, излучение флуоресцент
излучения, +
излучения излучения
3) излучения 17.1777
излучения флуоресцент

В анамнезе — повышение АД до 150–60/90–100 мм рт. ст. АД измеряет редко, постоянной гипотензивной терапии не получает. Страдает ожирением II степени. Пациент не курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает программистом, физические нагрузки в быту минимальные. На диспансерном учете не состоит. Эпиданамнез не отягощен.

от ред.: в осмотре не указано ожирение, в диагноз не вынесена артериальная гипертония, объективно не оценена тяжесть состояния, не назначены необходимые клинические исследования и флюорография легких, отсутствует настороженность в отношении ТЭЛА.

В случаях подозрения на ОРВИ алгоритм осмотра больного должен содержать эпиданамнез: в каком населенном пункте проживает пациент, как давно, откуда приехал, каким видом транспорта, не было ли в доме гостей из других регионов, пребывание в организованном коллективе (школы, детские сады), проживание в общежитии, воинской части и др., контакт с больными ОРВИ, был ли вакцинирован пациент. Далее следует указать позднее обращение (начиная со 2-х суток), отсутствие стартовой противовирусной терапии, сопутствующие заболевания, в том числе: заболевания сердца и легких, сахарный диабет, ожирение, заболевания почек с нарушением функции, иммунодефицит (алкоголь, наркоманы, ВИЧ-инфицированные, онкологические пациенты, больные на кортикостероидной терапии). При каж-



дом осмотре обязательно отразить наличие или отсутствие следующих симптомов: выраженный интоксикационный синдром (гектическая или стабильно высокая лихорадка более 3 суток, головная боль, тошнота, рвота, снижение цифр АД); нейротоксический синдром (адинамия или возбуждение, угнетение сознания, судороги, менингеальные знаки, очаговые симптомы); признаки развития острой дыхательной недостаточности (приступы непродуктивного кашля, одышка, боль в грудной клетке, цианоз кожи и слизистых, появление прожилок крови в мокроте, снижение SaO_2). Обязательным является определение сатурации кислорода при помощи пульсоксиметрии ($N SaO_2$: 96–98%), выполнение общего анализа крови, рентген грудной клетки, мазок из ротоглотки и носа).

Самочувствие больного в последующие дни ухудшилось: нарастали одышка, боли в грудной клетке при дыхании, кашле, появились эпизоды кровохарканья. Повторно осмотрен терапевтом на дому, после чего был госпитализирован в инфекционный стационар с подозрением на грипп.

При обследовании в инфекционной больнице диагноз гриппа и ОРВИ был исключен, и больного перевели в терапевтический стационар с диагнозом «двусторонняя внебольничная пневмония».

При поступлении состояние тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью. Больной повышенного питания. Кожа теплая, влажная. Температура

тела 37,4° С. Цианоз губ, ЧД 32 в мин, дыхание везикулярное, над переднебоковыми, задними отделами легких выслушиваются мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС — 112 ударов в мин, АД — 120/60 мм рт. ст. Пальпируется нижний край печени, ровный, безболезненный. Дизурических симптомов нет.

В анализе крови умеренный лейкоцитоз ($12\,000 \times 10^9/\text{л}$), глюкоза — 7,6 ммоль/л, SO_2 — 90% при дыхании комнатным воздухом. На ЭКГ — ритм синусовый, правильный, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Учитывая имеющиеся данные анамнеза (факторы риска венозного тромбоза — от. ред.: более подробно будет изложено ниже), наличие в клинике симптомов остро возникшей и прогрессирующей дыхательной недостаточности, боли в грудной клетке, кровохарканье, а также выявленные на ЭКГ изменения, свидетельствующие о перегрузке правых отделов сердца, было выказано предположение о развитии ТЭЛА. Больной госпитализирован в ОРИТ.

В ОРИТ тест на Д-димер оказался положительным. При ЭхоКГ выявлена легочная гипертензия (давление в легочной артерии 42 мм рт. ст.). Больному выполнена МСКТ органов грудной клетки с болюсным контрастированием сосудов грудной клетки, при которой размеры легочного ствола составили 35 мм в диаметре, правой легочной артерии — 24 мм, а левой — 24 мм. В дистальных отделах легочной арте-

рии визуализируются тромбы, распространяющиеся во все долевые артерии, сегментарные и практически во все субсегментарные. В обоих легких полисегментарно, преимущественно в субплевральных отделах, определяются множественные участки неравномерной инфильтрации, на фоне которых сохранены просветы бронхов. В заключение МСКТ органов грудной клетки с болюсным контрастированием сосудов грудной клетки констатировано: ТЭЛА, двусторонняя полисегментарная инфаркт-пневмония (рис. 1).

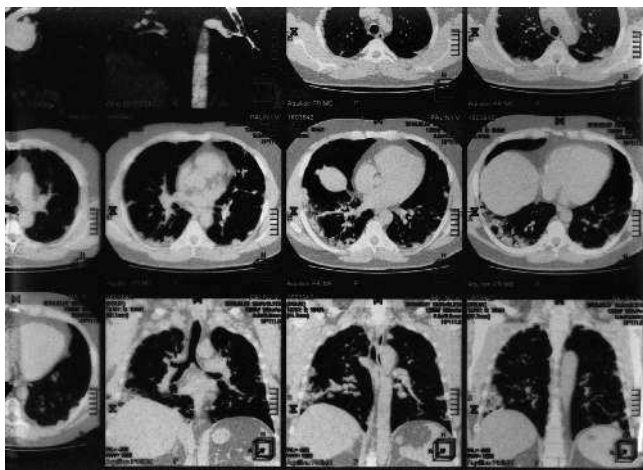


Рис. 1. МСКТ больного П.

Больной был переведен в сосудистый центр.

ТЭЛА: ЧТО МЫ ЗНАЕМ СЕГОДНЯ, А ЧТО НАМ КАЖЕТСЯ, ЧТО ЗНАЕМ

Венозные тромбозы и эмболии (ВТЭ) включают в себя тромбоз глубоких вен (ТГВ) и легочную эмболию (ЛЭ). Ежегодная встречаемостью ВТЭ составляет 100–200 на 100 000 человек. Острая ТЭЛА — самое серьезное проявление ВТЭ и основная причина смертности, заболеваемости и госпитализаций. По оценкам, проведенным на основе эпидемиологических моделей, в 2004 году в шести странах Евросоюза с общим населением 454,4 миллиона человек, более 317 000 смертей были связаны с ВТЭ, в том числе 34% — с внезапно развившейся фатальной ТЭЛА. Причем в 59% этот диагноз был поставлен посмертно и только в 7% — при жизни.

ТЭЛА чаще возникает у пожилых. Так, в США в год венозная тромбоэмболия возникает