Научная статья

Original article

УДК 616.131-005.755+616.127-005.8

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПОД МАСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

PULMONARY EMBOLISM UNDER THE MASK OF ISCHEMIC HEART DISEASE: CASE REPORT

Захарьян Елена Аркадьевна, кандидат медицинских наук, доцент, Медицинская академия (МА) имени С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет (КФУ) имени В.И. Вернадского Россия, Республика Крым, г. Симферополь

Шатов Дмитрий Викторович, кандидат медицинских наук, доцент, Медицинская академия (МА) имени С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет (КФУ) имени В.И. Вернадского Россия, Республика Крым, г. Симферополь

Воробьёва Анастасия Витальевна, студент, Медицинская академия (МА) имени С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет (КФУ) имени В.И. Вернадского Россия, Республика Крым, г. Симферополь

Смедлаев Сабри Расимович, студент, Медицинская академия (МА) имени С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет (КФУ) имени В.И. Вернадского Россия, Республика Крым, г. Симферополь

Русских Екатерина Сергеевна, студент, Медицинская академия (МА) имени С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет (КФУ) имени В.И. Вернадского Россия, Республика Крым, г. Симферополь

Zakharyan Elena Arkad'evna, Cand . Sci. (Med.), Associate Professor, Medical Academy named after S.I. Georgievsky, V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic of Crimea, Russian Federation

Shatov Dmitrij Viktorovich, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Medical Academy named after S.I. Georgievsky, V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic of Crimea, Russian Federation

Vorob'jova Anastasija Vital'evna, student, Medical Academy named after S.I. Georgievsky, V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic of Crimea, Russian Federation

Smedlaev Sabri Rasimovich, student, Medical Academy named after S.I. Georgievsky, V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic of Crimea, Russian Federation

Russkih Ekaterina Sergeevna, student, Medical Academy named after S.I. Georgievsky, V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic of Crimea, Russian Federation

Аннотация: Диагностика тромбоэмболии лёгочной артерии представляет большие трудности не ввиду высокой специфичности симптоматики, а вследствие частого наличия у больного тяжёлых фоновых заболеваний и патологии сердечнососудистой системы. В нижеизложенной статье приводится клинический случай течения тромбоэмболии под маской ишемической болезни сердца.

Abstract: Diagnosis of pulmonary embolism is complicated because of high specificity symptoms are absent. Besides, patients often have severe background disease and pathology of the cardiovascular system. The article gives a clinical case of thromboembolism under the mask of coronary artery disease.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, тромбоэмболия легочной артерии, тромболизис, ангиография коронарных сосудов, ангиопульмонография.

Key words: coronary artery disease, pulmonary embolism, thrombolysis, coronary angiography, pulmonary angiography.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи. **Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии источника финансирования при проведении исследования.

ВВЕДЕНИЕ

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), в силу отсутствия клинической специфичности, является одним из заболеваний, требующих полноценной дифференциальной диагностики, в том числе с острым коронарным синдромом (ОКС). Особенно сложным является лечение пациентов с сочетанием данных нозологических единиц [1]. Ниже изложен пример успешного применения интервенционной тактики ведения пациента с массивной тромбоэмболией легочной артерии, ассоциированной с острым коронарным синдромом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент, 64 года, был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в кардиологический диспансер с диагнозом «ИБС. Прогрессирующая стенокардия». Считал себя больным в течение 10 лет, когда стал отмечать повышение АД (максимально - до 180/110 мм.рт.ст), систематически гипотензивные препараты не принимал. В 2015 г. перенес острый инфаркт миокарда, после курса госпитального лечения в течении 5 лет также не принимал лекарственные препараты. Приступы стенокардии при ходьбе беспокоили в течении последних нескольких лет. С января текущегогода отмечает ухудшение состояния в виде снижения толерантности к физической нагрузке. За несколько дней до госпитализации отмечает появление тянущей боли в ноге (от правой паховой области), которая усиливалась при ходьбе. Госпитализирован в связи с появлением и усилением одышки, дискомфортом в грудной клетке, давяще-пекущих болях в межлопаточной области и шее, тянущих болях в области правой нижней конечности, общей слабости.

Из анамнеза: повышенный риск по сердечно-сосудистым заболеваниям в связи с гипертонической болезнью (максимально- до 180/110 мм.рт.ст), сахарный диабет 2 типа (инсулиннезависимый), гипогликемические препараты не принимает. По данным объективного осмотра при поступлении: больной в сознании, адекватен, некритичен к своему состоянию. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела 36,4 С. Живот мягкий, безболезненный, перистальтика выслушивается. Периферические отеки отсутствуют. Дыхание самостоятельное, адекватное, с частотой 18 движений в минуту. Аускультативно в легких жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах, небольшое количество влажных хрипов, SpO2 98% при дыхании обычным воздухом. Тоны сердца ритмичны, приглушены, частота сердечных сокращений 79 в минуту. Артериальное давление на обеих руках 100/70 мм. рт. ст. Нижний край печени – у края реберной дуги. При осмотре других органов и систем – без патологических отклонений. Уровень глюкозы крови 19,2 ммоль/л, введено 10 ЕД инсулина подкожно с контролем гликемии через 2 часа.

Лабораторно при поступлении тропонин I – 044 нг/мл, креатининкиназа-104 ЕД/л, ЛДГ- 267 ЕД/л. На электрокардиограмме: ритм синусовый, синусовая тахикардия с ЧСС 104 уд/мин. ЭОС отклонена вправо. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Нарушение процессов реполяризации передней и нижней стенки левого желудочка. Рубцовые изменения нижней стенки левого желудочка. Снижение вольтажа комплекса QRS. (рис. 1).

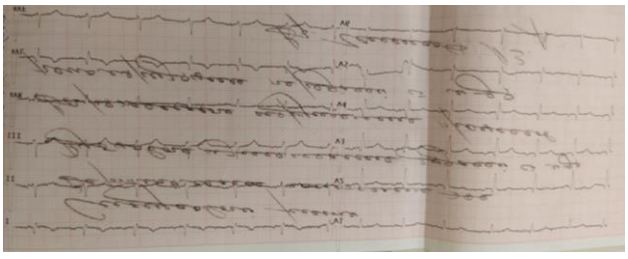


Рисунок 1. Электрокардиограмма больного при поступлении: скорость 25 мм/с; вольтаж 10 мм

На второй день госпитализации, на фоне проводимой терапии (нитраты, антиаггреганты, антикоагулянты, статины) состояние больного резко ухудшилось, наросла одышка, появился холодный липкий пот, чувство нехватки

воздуха, пекущие боли за грудиной с иррадиацией в шею, затылок и между лопатками. Уровень сознания - умеренное оглушение с эпизодами психомоторного возбуждения. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичные, влажные, лицо и шея багрового цвета. Температура тела 36,8 С. Дыхание самостоятельное, адекватное, с частотой 16 движений в минуту. При аускультации дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах, хрипы не выслушивались, SpO2 96% на фоне инсуффляции увлажненного О2. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Шумы не выслушивались. Артериальное давление на обеих руках 90/70 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 80 в минуту. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния больной был переведен в ПРИТ стационара.

На фоне явного несоответствия клинических проявлений и данных электрокардиографии направительному диагнозу была проведена компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) с внутривенным контрастным усилением. По данным КТ ОГК: КТ-картина массивной ТЭЛА с поражением главных, долевых, сегментарных и субсегментарных ветвей (рис. 2).

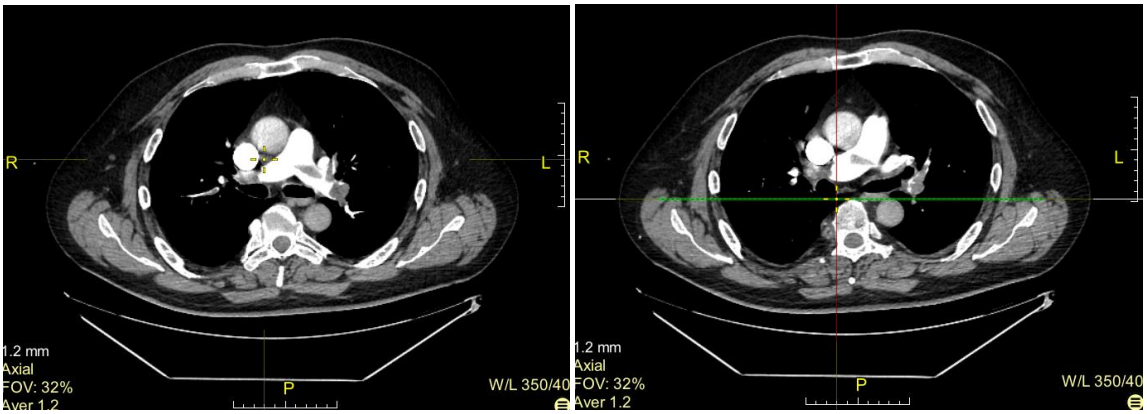


Рисунок 2. Изображения, полученные при проведении КТ ОГК с внутривенным контрастированием.

В связи с наличием показаний к тромболизису проведено лечение Актелизе 10 мг болюсным введением и инфузионным введением 90 мг в течении двух часов. На фоне тромболитической терапии состояние больного улучшилось: одышка прекратилась, кожные покровы физиологического цвета,

сознание ясное; показатели частоты сердечных сокращений – 66 уд/мин, АД-120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Частота дыхательных движений 20 в минуту, аускультативно в легких жесткое дыхание, без хрипов.

По данным коронарографии: атеросклероз коронарных артерий. ПМЖВ - стеноз- 45-50% в проксимальной трети, стеноз 35-40% в проксимальной трети. ОВ- стеноз 60-65% в проксимальной трети, стеноз 45-50% на границе проксимальной и средней трети. ВТК1- стеноз 40-45% в проксимальной трети. ВТК2- стеноз 40% в устье. ПКА- окклюзия от проксимальной трети, заполнение дистального русла происходит через внутри- и межсистемные анастомозы.(рис. 3)



Рисунок 3. Изображение правой коронарной артерии, полученное при проведении коронарографии.

По данным УЗИ сердца: Дилатация правых камер сердца. Остальные полости сердца не расширены. Умеренные АС изменения АК в МК. Структура других клапанов сердца не нарушена. Начальная концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Перегородки представляются непрерывными. Умеренный гипокинез задненижнего сегмента ЛЖ. В проекции модераторного пучка изоэхогенные включения до 10 мм, нельзя исключить наличие

тромботических масс. Вторичная легочная гипертензия 1 стадии (САД в ЛА 40 мм.рт.ст.). Сократительная способность миокарда снижена (ФВ- 44 %).

По данным ультразвуковой допплерографии вен нижних конечностей: В просвете правой бедренной вены и подколенной вены определяются гетерогенные тромботические массы, без признаков реканализации. Головка тромба расположена в общей бедренной вене выше слияния с глубокой бедренной веной на 2,5-3,0 см, фиксирована, без признаков флотации. В просвете глубоких вен голени определяются гетерогенные тромботические массы с признаками реканализации до 20%.

В связи с наличием показаний к тромболизису проведено лечение Актелизе 10 мг болюсным введением и инфузионным введением 90 мг в течении 2 часов. На фоне тромболитической терапии состояние больного улучшилось: одышка прекратилась, кожные покровы физиологического цвета, сознание ясное; показатели частоты сердечных сокращений – 66 уд/мин, АД- 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Частота дыхательных движений 20 в минуту, аускультативно в легких жесткое дыхание, без хрипов.

По данным повторного УЗИ сердца (десятый день госпитализации): Дилатация правых камер сердца. Остальные полости сердца не расширены. Умеренные АС изменения АК и МК. Структура других клапанов сердца не нарушена. Начальная концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Нарушений сегментарной сократимости не выявлено. Сократительная способность миокарда сохранена. САД в ЛА- 37 мм.рт.ст.

Дальнейший период стационарного лечения протекал без особенностей. Выписан для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях на 14-е сутки с рекомендацией продолжить прием антикоагулянтов (ривароксабан, варфарин) под контролем МНО раз в неделю до достижения целевых значений 2-3. Инсулинотерапия с приемом гипогликемических средств (Глимепирид), прием гипохолестеринемических средств (Розувастатин), с обязательным наблюдением кардиолога, сосудистого хирурга, эндокринолога, терапевта по месту жительства.

ОБСУЖДЕНИЕ

Вне зависимости от возраста, пола и расы ТЭЛА является жизнеугрожающим состоянием с высокой смертностью. Клиническая картина ТЭЛА весьма разнообразна, что затрудняет своевременную диагностику [2].

Приведенный клинический случай наглядно демонстрирует необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики даже при наличии высокоспецифичной клинической картины. Описаны случаи ТЭЛА, протекающей в симптоматическом варианте ишемической болезни сердца, при которых может наблюдаться боль в грудной клетке ишемического происхождения [3]. Результаты проведенных исследования позволяют считать, что причиной ангинозных болей при тромбоэмболии легочной артерии может быть сдавление ствола левой коронарной артерии дилатированным стволом легочной артерии, а предпосылкой появления компрессионного стеноза левой коронарной артерии служит ее анатомическая близость к стволу легочной артерии [4]. Однако для возникновения одышки в данном случае необходимо возникновение ишемии миокарда в объеме не менее 10%[5]. Вышеизложенный клинический случай исключает подобный вариант и в сочетании с симптоматикой (жалобы на нетипичные тянущие боли в нижней конечности, признаки легочной гипертензии) позволяет направить диагностический поиск прежде всего в сторону ТЭЛА. 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].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При подозрении на ТЭЛА диагноз устанавливается на основании комплексной оценки клинических симптомов, данных неинвазивных и инвазивный инструментальных, а также лабораторных методов исследований.

При их сомнительной информативности диагноз должен быть верифицирован с помощью ангиопульмонографии. Медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений показана всем больным с острым нарушением коронарного кровообращения, особенно при наличии факторов риска. Наиболее оптимальным является дифференцированный подход при назначении антикоагулянтов (нефракционированных гепаринов, низкомолекулярных гепаринов, непрямых антикоагулянтов) и тромбоцитарных антиагрегантов больным с подтвержденными артериальными и венозными тромбозами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Omar H.R., Mangar D., Camporesi E.M. Acute pulmonary embolism masquerading as inferior myocardial infarction. Am. J. Emerg. Med. 2015; 33 (4): 580–581. DOI: 10.1016/j. ajem.2014.11.036
2. Pesavento R, Piovella C, Prandoni P. Heart disease in patients with pulmonary embolism. Curr Opin Pulm Med. 2010 Sep;16(5):415-8. doi: 10.1097/MCP.0b013e32833b6581. PMID: 20531195.
3. Miniati M., Prediletto R., Formichi B. et al. Accuracy of clinical assessment in the diagnosis of pulmonary embolism // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 1999. - Vol. 159. - P. 864-871.
4. Galiè N, Saia F, Palazzini M, Manes A, Russo V, Bacchi Reggiani ML et al. Left Main Coronary Artery Compression in Patients With Pulmonary Arterial Hypertension and Angina. Journal of the American College of Cardiology. 2017;69(23):2808–17. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.03.597
5. Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial 5. Revascularization of the European Society of Cardiology and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery // Eur. Heart J. 2010. - Vol. 31. - P. 2501-2555.
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.

REFERENCES

1. Omar H.R., Mangar D., Camporesi E.M. Acute pulmonary embolism masquerading as inferior myocardial infarction. Am. J. Emerg. Med. 2015; 33 (4): 580–581. DOI: 10.1016/j. ajem.2014.11.036
2. Pesavento R, Piovella C, Prandoni P. Heart disease in patients with pulmonary embolism. Curr Opin Pulm Med. 2010 Sep;16(5):415-8. doi: 10.1097/MCP.0b013e32833b6581. PMID: 20531195.
3. Miniati M., Prediletto R., Formichi B. et al. Accuracy of clinical assessment in the diagnosis of pulmonary embolism // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 1999. - Vol. 159. - P. 864-871.
4. Galiè N, Saia F, Palazzini M, Manes A, Russo V, Bacchi Reggiani ML et al. Left Main Coronary Artery Compression in Patients With Pulmonary Arterial Hypertension and Angina. Journal of the American College of Cardiology. 2017;69(23):2808–17. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.03.597
5. Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial 5. Revascularization of the European Society of Cardiology and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery // Eur. Heart J. 2010. - Vol. 31. - P. 2501-2555.
6. I.V.Abdulyanov, I.I.Vagizov, A.S.Omelianenko // Practical medicine. - 2015. - Volume 2. - pp. 246-251
7. Recommendations for the diagnosis and management of patients with acute pulmonary embolism. - M.: 2014. -108 p.

© Захарьян Е.А., Шатов Д.В., Воробьёва А.В., Смедлаев С.Р., Русских Е.С. 2022 Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №7/2022.

Для цитирования: Захарьян Е.А., Шатов Д.В., Воробьёва А.В., Смедлаев С.Р., Русских Е.С. ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПОД МАСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ// Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №7/2022.