СИНКОПА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ОСЛОПОВ ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ, докт. мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, тел. 8-905-316-25-35, e-mail: KPVBoI@yandex.ru

САДЫКОВА АИДА РИФГАТОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, тел. 8-960-032-55-49, e-mail: KPVBoI@yandex.ru

Реферат. Тромбоэмболия легочной артерии является наиболее коварным заболеванием в кардиологической практике. Спектр ее клинических проявлений очень широк, варьируя от бессимптомных случаев до шока и внезапной смерти.

Цель исследования – представить клинический случай прижизненной диагностики тромбоэмболии легочной артерии, главным клиническим проявлением которой явились повторяющиеся синкопальные состояния, что встречается достаточно редко. **Материал и методы.** Диагностика тромбоэмболии легочной артерии была проведена у 42-летней пациентки. Были проведены физикальное обследование, общий и биохимический анализ крови, исследование Д-димера, рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография, эхокардиография, мультиспиральная компьютерная ангиография легочной артерии. Состояние пациентки было прослежено в течение 2 лет с момента ее поступления в клинику. **Результаты и их обсуждение.** Особенностью клинического течения были повторяющиеся синкопальные состояния. Стандартные диагностические методы показали пограничные значения диагностических критериев: значения Д-димера не соответствовали распространенности и массивности тромбоэмболии, изменения электрокардиограммы были незначительными. Диагноз был надежно верифицирован методом мультиспиральной компьютерной ангиографии легочной артерии. **Выводы.** Данный случай показывает относительную ценность стандартных диагностических методов, несоответствие полученных значений диагностических критериев степени и массивности эмболии. Современные инновационные методы диагностики, внедренные в клиниках Республики Татарстан, позволили надежно диагностировать тромбоэмболию легочной артерии, протекавшую с повторными синкопальными состояниями.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии, синкопальное состояние, миома матки.

Для ссылки: Ослопов, В.Н. Синкопа как проявление тромбоэмболии легочной артерии / В.Н. Ослопов, А.Р. Садыкова // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 5. – С. 159–163. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).159-163.

SYNCOPE AS A MANIFESTATION OF PULMONARY EMBOLISM

OSLOPOV VLADIMIR N., D. Med. Sci., professor of the Department of introduction to internal diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: KPVBoI@yandex.ru

SADYKOVA AIDA R., C. Med. Sci., associate professor of the Department of introduction to internal diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: KPVBoI@yandex.ru

Abstract. Pulmonary embolism is the most insidious disease in cardiology practice. The variety of its clinical manifestations is very wide, ranging from asymptomatic cases to shock and sudden death. **Aim** – to report the intravital diagnosed case of pulmonary embolism. Recurrent syncope was the leading manifestation of disease, which is met rarely in clinical practice.

Material and methods. Pulmonary embolism has been diagnosed in 42 y.o. Caucasian woman. Physical examination, complete blood count, biochemical blood test, D-dimer determination, chest X-ray examination, electrocardiography, echocardiography, multidetector-row helical computed tomographic angiography of the pulmonary artery were performed. Patient's condition was observed during 2 years from the date of admission. **Results and discussion.** Disease coursed with recurrent episodes of syncope. Standard diagnostic methods demonstrated borderline values of the diagnostic criteria: D-dimer values did not correspond to severity and extent of embolism, electrocardiograms showed insignificant changes. Diagnose was verified by helical multidetector-row computed tomographic angiography of the pulmonary artery. **Conclusion.** This case shows relative value of standard diagnostic methods, discrepancy of embolism extent and meanings of diagnostic criteria. Contemporary innovative diagnostic methods introduced in the Tatarstan Republic hospitals allowed to diagnose case of pulmonary embolism manifested with recurrent syncopal states.

Key words: pulmonary embolism, syncope, myoma of uterus.

For reference: Osloпов VN, Sadykova AR. Syncope as a manifestation of pulmonary embolism. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (5): 159–163. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).159-163.

Введение. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является наиболее коварным заболеванием в кардиологической практике. Спектр ее клинических проявлений очень широк, варьируя от бессимптомных случаев (около 70% случаев ТЭЛА не диагностируются прижизненно по данным аутопсии [1]) до шока и внезапной смерти [2]. Синкопа (обморок) встречается лишь в 14–19% верифицированных случаев ТЭЛА [3, 4].

Цель исследования – представить клинический случай прижизненной диагностики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), главным клиническим проявлением которой явились повторяющиеся синкопальные состояния, что встречается достаточно редко.

Материал и методы. 42-летняя женщина поступила в казанскую городскую больницу с жалобами на сильные давящие боли в теменной области, возникшие после повторной потери сознания в день поступления.

Пациентке за 2 нед до поступления удалили папиллому верхнего века. За 5 дней до поступления она почувствовала стреляющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. На следующий день по этому поводу она вызвала бригаду скорой помощи, врач диагностировал межреберный миозит. В день поступления пациентка дважды теряла сознание в присутствии дочери, последняя подтвердила, что у матери не определялся пульс и не было дыхания, в связи с чем дочь провела легочно-сердечную реанимацию, которая была эффективной. Бригадой скорой помощи пациентка была доставлена в дежурную гинекологическую клинику, где не нашли показаний для неотложного удаления гигантской миомы матки. Также она была осмотрена хирургом, который произвел диагностическую пункцию левой плевральной полости. Было добыто небольшое количество серозной жидкости, после чего пациентка была направлена в терапевтическое

отделение по месту жительства с диагнозом «левосторонний экссудативный плеврит».

Было известно, что у пациентки имеется гигантская миома матки. В анамнезе – холелитиаз, железодефицитная анемия в последние 8 лет, варикозная болезнь вен нижних конечностей. У пациентки был регулярный менструальный цикл с длительностью кровотечения 5–6 дней, 4 беременности (2 срочных родов и 2 аборта). Последняя менструация была за неделю до поступления в клинику.

Результаты и их обсуждение. При объективном обследовании: состояние пациентки тяжелое, в сознании, кожные покровы бледные, выраженная капиллярная сеть на нижних конечностях. Было выявлено укорочение перкуторного звука и ослабленное везикулярное дыхание над нижнебоковыми отделами левой половины грудной клетки. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС – 150 уд/мин, АД – 130/80 мм рт.ст. При пальпации брюшной полости было выявлено округлое безболезненное образование, исходящее из малого таза, с верхним полюсом на 2–3 см ниже пупка.

Общий анализ крови (ОАК): гемоглобин – 91 г/л; эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$; СОЭ – 55 мм/ч; лейкоциты – $9,0 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 3%; сегментоядерные нейтрофилы – 86%; лимфоциты – 6%; моноциты – 5%; эозинофилы – 0%. Маркер повреждения миокарда – тропонин-Т (тест был слабо положителен).

Рентгенография органов грудной клетки выявила левую границу сердца по левой срединно-ключичной линии, усиление легочного рисунка, небольшой выпот над левым куполом диафрагмы. **ЭКГ:** синусовая тахикардия с ЧСС 120 уд/мин, горизонтальное положение электрической оси сердца (угол $\alpha +18^\circ$) (рис. 1).

Пациентка была госпитализирована в палату интенсивной терапии, где ей были назначены антибиотики, гепарин в/в, аспирин, β -блокаторы, препараты железа.

При гинекологическом обследовании была обнаружена миома матки, соответствующая 20 неделям беременности. Матка была плотной и безболезненной.

Эхокардиография выявила уплотнение восходящего отдела аорты и умеренную митральную регургитацию. **УЗИ матки** показало наличие значительного увеличения матки ($155 \times 116 \times 136$ мм) с неровными контурами, неомогенную структуру миометрия, субсерозные узлы от 32 до 72 мм.

Со дня поступления проводилась дифференциальная диагностика между острым коронарным синдромом и синкопальным состоянием неясного происхождения (ТЭЛА?). Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC, 2008), вероятность ТЭЛА у нашей пациентки была промежуточной по шкале Wells и по скорректированной Женевской шкале [3].

В течение следующих 2–3 дней дежурные реаниматологи наблюдали у пациентки повторные переходящие синкопальные состояния, сопровождавшиеся судорогами. Состояние пациентки ухудшилось: появилась смешанная одышка с ЧДД 24–26 в мин, цианоз губ и языка, приглушение в правой подлопаточной области, где также определялось ослабленное везикулярное дыхание и крепитация, появилось раздвоение и акцент II тона на легочной артерии. На серии рентгенограмм грудной клетки было выявлено усиление легочного рисунка в обеих нижних долях, их уплотнение, наличие выпота в левом костальном синусе, появление затемнения в правой нижнебоковой области. В динамике на ЭКГ были зарегистрированы признаки перегрузки правого желудочка в виде углубления зубцов S в левых грудных отведениях (V_4 , V_5 , V_6) (рис. 2).

Принимая во внимание все выявленные жалобы и симптомы, наличие факторов риска ТЭЛА (опухоль матки, варикозная болезнь вен нижних конечностей, предшест-

Рис. 1. ЭКГ пациентки в день поступления

Рис. 2. ЭКГ пациентки на 3-й день пребывания в больнице

вующая хирургическая операция), динамику клинических данных, был выставлен диагноз ТЭЛА. Было необходимо подтвердить наше заключение современными лабораторными и инструментальными методами.

Определение D-димера – продукта деградации фибрина – в настоящее время является стандартным методом диагностики ТЭЛА. Его уровень немедленно повышается при активации фибринолиза сразу же после возникновения тромба в сосудистом русле. Метод чувствительный (96%), но неспецифичный [2]. Уровень D-димера составил 249 мг/л (при норме 63,8–246,4 мг/л).

При последующем ЭхоКГ-исследовании: расширение ствола легочной артерии и ее ветвей (правой ветви в большей степени), тромб размерами 3,7×1,6 см, средней эхогенности, в правой легочной артерии (из субкостального доступа), который распространяется до бифуркации, один из фрагментов тромба смещается с током крови, расширение правых отделов сердца, легочная гипертензия средней степени, умеренная трехстворчатая регургитация, перикардиальный выпот.

Компрессионная венозная ультрасонография нижних конечностей и тазовых вен: v. cava inferior и правая подвздошная вена не визуализируются. Левая общая подвздошная вена плохо визуализируется и не прокрашивается при ЦДК, возможно, из-за окклюзии тромбом.

В настоящее время мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) является ведущим методом в диагностике ТЭЛА, ее разрешение – менее 1 мм [2]. Мультиспиральная компьютерная томографическая ангиография легочной артерии и тазовых органов: в правой легочной артерии в зоне бифуркации определяется протяженный тромб толщиной до 15 мм, распространяющийся на долевые и сегментарные артерии нижней и средней долей. В зоне бифуркации легочной артерии определяется тромб размером 11×26 мм. В левой легочной артерии определяются тромботические массы размером 14×32 мм

в зоне бифуркации с распространением на отдельные сегментарные ветви нижней доли и язычковые артерии. В VIII, IX и X сегментах правого легкого определяется инфарктпневмония размером 85×41 мм, прилегающая к плевре широким основанием. Меньшая по размерам треугольной формы инфарктпневмония размером 17×20 мм определяется в левом IX сегменте. Левая плевральная полость содержит около 50 мл жидкости. Определяется объемное образование с неровными бугристыми контурами размером 114×156×147 мм, наиболее вероятно локализующееся в полости матки, неоднородной структуры, 24–48 единиц плотности. После в/в контрастирования были выявлены усиливающие контраст некротические зоны внутри образования. Распространенный тромбоз левой общей подвздошной и внутренней подвздошной вен. Заключение: признаки ТЭЛА обеих ветвей легочной артерии в зоне бифуркации с распространением на отдельные сегментарные артерии правых средней и нижней долей и левых язычковой и нижней долей. Инфарктпневмония правых VIII, IX, X и левого IX сегментов легких. Тазовое образование (миома матки?). Признаки тромбоза общей и внутренней подвздошных вен.

После подтверждения диагноза пациентка была немедленно переведена в отделение сосудистой хирургии с диагнозом: ТЭЛА обеих ветвей легочной артерии в зоне бифуркации с распространением на отдельные сегментарные артерии правых средней и нижней долей и левых язычковой и нижней долей; инфарктпневмония правых VIII, IX, X и левого IX сегментов легких; тромбоз общей и внутренней подвздошных вен; гигантская миома матки; железодефицитная анемия средней степени тяжести.

В отделении сосудистой хирургии пациентке установили кава-фильтр в нижнюю полую вену, после чего пациентка была переведена в гинекологическое отделение для удаления миомы матки. Тяжесть состояния пациентки не позволила провести большую полостную

операцию. Было принято решение провести эмболизацию маточных артерий. После эмболизации маточных артерий пациентка наблюдала «рождение» нескольких отмерших злобных миоматозных узлов, после их выделения состояние пациентки и температура постепенно нормализовались: восстановился нормальный менструальный цикл, хотя длительность кровотечения была нестабильной. УЗИ показало, что кава-фильтр располагается в инфраренальной части нижней полой вены и свободен от тромботических масс.

Год спустя после ТЭЛА пациентка не предъявляла жалоб, вышла на работу. При объективном исследовании определяются с обеих сторон области притупления с ослабленным везикулярным дыханием в нижнебоковых отделах грудной клетки. При пальпации живота образование не определяется. Рентгенография органов грудной клетки выявила зоны пневмосклероза в левом легком и плевральные спайки – в правом. УЗИ матки показало значительное уменьшение размеров матки (88×90 см). При трансторакальной ЭхоКГ тромботические массы в легочной артерии не выявлены, признаки умеренной

легочной гипертензии и умеренной трехстворчатой регургитации сохранялись. ОАК: гемоглобин – 112 г/л; эритроциты – $5,05 \times 10^{12}/л$; гематокрит – 32,2%; СОЭ – 31 мм/ч; лейкоциты – $8,1 \times 10^9/л$; гранулоциты – 66,9%; лимфоциты – 30,5%; моноциты – 2,6%; тромбоциты – $323 \times 10^9/л$. АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) – 38,1 с; МНО (международное нормализованное отношение) – 2,72.

ЭКГ (рис. 3) демонстрирует регулярный синусовый ритм с ЧСС 90 уд/мин, горизонтальное положение электрической оси сердца (угол $\alpha +9^\circ$), замедление внутрипредсердной проводимости (зубец Р – 0,12 мс). Признаки перегрузки правого желудочка (зубцы S в отведениях V_4, V_5, V_6), наблюдавшиеся при ТЭЛА, исчезли. В настоящее время пациентка принимает варфарин и β -блокаторы из-за тахикардии, наблюдается участковым терапевтом и гинекологом.

Выводы. Этот случай интересен тем, что пациентка выжила после массивной ТЭЛА обеих ветвей легочной артерии, их сегментарных ветвей с развитием инфарктпневмонии и клиническими проявлениями в виде повторных

Рис. 3. ЭКГ пациентки через год после ТЭЛА

синкопальных состояний. Причиной же этого угрожающего жизни состояния явилась гигантская миома матки, о наличии которой пациентка знала, но не предпринимала попыток по ее удалению. Стандартные диагностические методы показали пограничные значения диагностических критериев, диагноз был надежно верифицирован методом мультиспиральной компьютерной ангиографии легочной артерии. Правильная диагностика и соответствующее диагнозу ведение больной позволило разрешить эту драматическую ситуацию, когда пациентка балансировала на грани жизни и смерти. Сейчас пациентка работает и ведет здоровый образ жизни на фоне постоянного приема антикоагулянтов с кава-фильтром в нижней полой вене. Данный случай показывает относительную ценность стандартных диагностических методов, несоответствие полученных значений диагностических критериев степени и массивности эмболии. Современные инновационные методы диагностики, внедренные в клиниках Республики Татарстан, позволили надежно диагностировать атипично протекающую тромбоэмболию легочной артерии.

Статья основана на наших предыдущих публикациях [5, 6].

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и написании рукописи. Окончательная версия рукописи одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазур, Н.А. Практическая кардиология / Н.А. Мазур. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2009. – 616 с.
2. Шпектор, А.В. Кардиология: клинические лекции / А.В. Шпектор, Е.Ю. Васильева. – М.: АСТ; Астрель, 2008. – С.688–700.
3. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). / A. Torbicki, A. Perrier,

S. Konstantinides [et al.] // European Heart Journal. – 2008. – Vol. 29. – P.2276–2315.

4. Goldhaber, S.Z. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER) / S.Z. Goldhaber, L. Visani, M. De Rosa // Lancet. – 1999. – Vol. 24, № 353. – P.1386–1389.
5. Трудности диагностики тромбоэмболии легочной артерии у пациентки с гигантской миомой тела матки / В.Н. Ослопов, А.Р. Садыкова, Е.Ф. Ахметзянова [и др.] // Практическая медицина. – 2010. – № 5 (44). – С.136–138.
6. Случай полного выздоровления пациентки с тромбоэмболией обеих ветвей легочной артерии, обусловленной гигантской миомой матки / В.Н. Ослопов, А.Р. Садыкова, А.А. Гильманов, М.Г. Трегунова // Практическая медицина. – 2012. – № 9 (65). – С.175–179.

REFERENCES

1. Mazur NA. Prakticheskaya kardiologiya [Practical cardiology]. Moskva: ID «Medpraktika-M» [Moscow: PH «Medpraktika-M»]. 2009; 616 p.
2. Shpektor AV, Vasil'eva EYu. Kardiologiya; Klinicheskie lektsii [Cardiology; Clinical lectures]. Moskva: AST; Astrel' [Moscow: AST; Astrel]. 2008; 688-700.
3. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism; The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC); European Heart Journal. 2008; 29: 2276–2315.
4. Goldhaber SZ, Visani L, De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER). Lancet. 1999; 24 (353): 1386-1389.
5. Oslopov VN, Sadykova AR, Ahmetzyanova EF, Krivonosova SSh. Trudnosti diagnostiki tromboembolii legochnoi arterii u pacientki s gigantskoi miomoi matki [Difficulties in the diagnosis of pulmonary embolism in patient with gigantic myoma of the uterus]. Prakticheskayya medicina [Practical medicine]. 2010; 5 (44): 136-138.
6. Oslopov VN, Sadykova AR, Gilmanov AA, Tregubova MG. Sluchai polnogo vyzdorovleniya pacientki s tromboemboliei oboih vetvei legochnoi arterii, obuslovlennoi gigantskoi miomoi matki [Complete recovery of a patient with pulmonary embolism of both branches of pulmonary artery, caused by gigantic myoma of the uterus]. Prakticheskayya medicina [Practical medicine]. 2012; 9 (65): 175-179.

© Л.Ю. Пальмова, А.А. Подольская, В.А. Поздняк, Г.Р. Габдрахманова, 2018

УДК 616.24-002-039.35:616.13/.16-002-031.81

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).163-169

КЛИНИЧЕСКИЙ СЦЕНАРИЙ ПОВТОРНОЙ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ В ДЕБЮТЕ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОГО ВАСКУЛИТА

ПАЛЬМОВА ЛЮБОВЬ ЮРЬЕВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: palmova@bk.ru

ПОДОЛЬСКАЯ АЛЛА АНАТОЛЬЕВНА, канд. мед. наук, зав. терапевтическим отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани; доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

ПОЗДНЯК ВАЛЕРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ, студент ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

ГАБДРАХМАНОВА ГУЗЕЛЬ РАВИЛЕВНА, ординатор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

Реферат. Цель исследования – акцентировать внимание врачей общей терапевтической практики на повторных пневмониях, как возможных легочных проявлениях системных заболеваний соединительной ткани. **Материал и методы.** Приводится клиническое наблюдение АНЦА-ассоциированного васкулита, протекающего под маской повторной двусторонней пневмонии у женщины в постменопаузальном периоде. Проведен анализ клинических, лабораторно-инструментальных показателей и данных медицинской документации. **Результаты и их обсуждение.** Повторная пневмония за довольно короткий временной период (около 2 мес) у женщины 53 лет явилась серьезным поводом для анамнестического возврата к началу болезни и переоценке всех выявленных признаков и симптомов. Привлекало внимание отсутствие факта переохлаждения, наличие контакта с лицом, имеющим признаки острой респираторной вирусной инфекции, малый временной интервал после первого случая инфильтрации в легких, сохранение на момент выписки высокой скорости оседания эритроцитов. На фоне клинического ухудшения (повторное появление одышки и лихорадки) регистрировалась отрицательная динамика в легких по данным рентгеновской компьютерной томографии.