

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

**А.И. Эльгали, Е.А. Крушинская, Н.В. Вострухин, И.О Бильчинко, Н.А.
Беличенко, А.В. Асеев**

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава
России*

Актуальность

По данным Всемирной Организации здравоохранения на сегодняшний день до 1/3 населения планеты инфицировано *Mycobacterium tuberculosis*. С каждой минутой это число людей увеличивается, что является глобальной проблемой. У ряда больных заболевание протекает в генерализованной форме, например с поражением костей, что требует оперативных методов лечения. Хирургическое лечение туберкулезного спондилита является весьма обширным и травматичным вмешательством, после которого возрастает риск тромбоэмболических осложнений со стороны вен таза, нижних конечностей и легочных артерий. При саркоидозе органов дыхания (СОД), который у подавляющего большинства больных протекает, как правило, благоприятно, осложнение в виде тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) нередко ошибочно расценивают, как рецидив или обострение основного заболевания. Ведущим элементом образования тромбов является гиперкоагуляция. В большинстве (70–80%) случаев причиной ТЭЛА является тромбоз глубоких вен нижних конечностей и таза. Значительно реже тромбы в системе верхней полой вены и правых камерах сердца. Массивная ТЭЛА (более 50% объема легочных артерий) - одна из частых причин смерти в стационарах различного профиля. Если пациент переносит острую ТЭЛА, сохраняется риск рецидива эмболии, развитие хроническая гипертензия малого круга кровообращения и прогрессирование сердечно-легочной недостаточности. По данным патологоанатомических исследований, прижизненная диагностика ТЭЛА не превышает в 20–50%.

Цель работы

Демонстрация клинического примера лечения больной туберкулезным спондилитом.

Материалы и методы

Больная И., 56 лет. Изменения в легких были выявлены при профосмотре в 2006 году. На фоне удовлетворительного самочувствия был поставлен диагноз: инфильтративный туберкулез легких. Проводился основной курс противотуберкулезной терапии с сомнительным эффектом. При очередном контроле в 2008 году отмечена отрицательная клинко-рентгенологическая динамика (рис. 1).

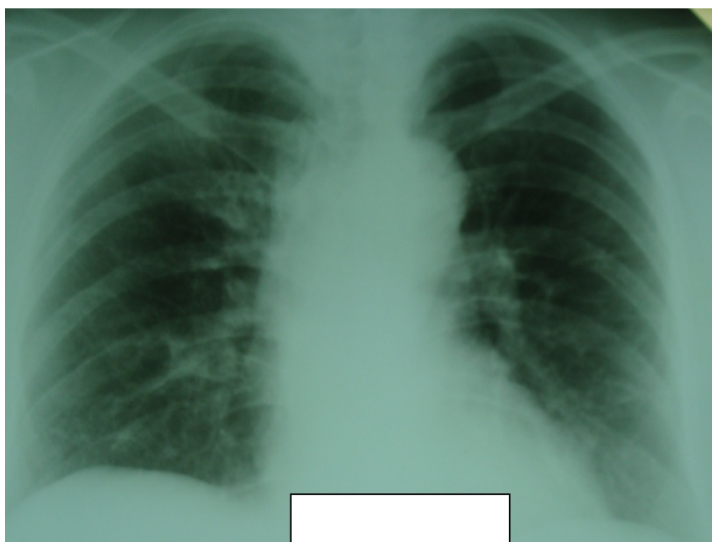


Рисунок 1. Прямая обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больной И., 2008 г.

Больная повторно госпитализирована в стационар. Проводилась противотуберкулезная терапия без эффекта. Была направлена в НИФП ММА им. Сеченова. После бронхоскопии и трансбронхиальной биопсии внутригрудных лимфатических узлов поставлен диагноз саркоидоз легких активная фаза, саркоидозный дакриoadенит. Проведено лечение с использованием кортикостероидных гормонов (2009). В 2014 году появилась боли в грудном отделе позвоночника. Лечилась самостоятельно, применяя нестероидные противовоспалительные средства с отрицательной динамикой. На фоне терапии у больной развилось желудочно-кишечное кровотечение (купировано консервативно). На МРТ выявлена деструкция Th8-Th9, формирование паравертебрального абсцесса (рис. 2).



Рисунок 2. МРТ грудного отдела позвоночника, туберкулезный спондилит Th8-Th9 с развитием паравертебрального натечника

После купирования язвенной болезни и противотуберкулезной терапии в НИФП ММА им Сеченова проведена резекция тел Th7-Th8, с декомпрессией спинного мозга, и передне боковой спондилодез Th7-Th10 позвонков титановым имплантом SynMech с костным трансплантатом. Вторым этапом произведен транспендикулярный остеосинтез Th7-Th10 четырьмя винтами системы ХЕА. Проводилось бинтование нижних конечностей эластичным бинтом. В послеоперационном периоде без особенностей. Выписана в удовлетворительном состоянии.

В последующем антикоагуляционная терапия не проводилась ввиду индивидуальной непереносимости аспиринов. Несмотря на ограничение физической активности и малоподвижный образ жизни, компрессионный трикотаж больная использовала не постоянно. Через год после операции на позвоночнике состояние больной значительно ухудшилось за счет рецидивирующей тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии до субмассивная ТЭЛА с формированием постэмболической легочной гипертензии и правожелудочковой сердечной недостаточности.

Заключение

Выраженный полиморфизм клинических симптомов ТЭЛА, отсутствие специфических признаков заболевания при общедоступных исследованиях (ЭКГ, рентгенография, лабораторные показатели) свидетельствуют о необходимости проведения дифференциальной диагностики с целым рядом патологических состояний: инфарктом миокарда, пневмонией, раком легких, первичной легочной гипертензией, расслаиванием грудного отдела аорты,

застойной сердечной недостаточностью, пневмотораксом, перикардитом, миалгиями. Клинические проявления ТЭЛА многообразны и могут скрываться под масками обострения ишемической болезни сердца, пневмонии, септического состояния. Наиболее информативным и безопасным методом подтверждения диагноза сегодня является КТ органов грудной клетки с контрастным усилением.

Основная задача в отношении ТЭЛА – это определение пациентов с высоким риском тромбоэмболий и разработка необходимой тактики их ведения для профилактики развития этой патологии. Планируя хирургическое вмешательство при инфекционных спондилитах, необходимо четко понимать те факторы риска, которые могут привести к послеоперационным осложнениям. Что касается ТЭЛА, как осложнения послеоперационного периода, выделяют общие, или неспецифические, факторы риска, к которым относят: пожилой возраст пациента, наличие кардиологической патологии, обусловленной атеросклерозом, варикозное расширение вен, ожирение, онкологические заболевания, генерализованные инфекции. К специфическим факторам риска относят продолжительность операции, неустойчивость гемодинамики во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде, эмоциональный стресс до операции, интраоперационную кровопотерю, наличие катетеров в сосудах. Для профилактики тромбообразования, в соответствии со стандартами используются механические средства (компрессионный трикотаж), а также медицинские препараты, замедляющие процесс свертывания крови (непрямые и прямые антикоагулянты) под контролем показателей свертываемости крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.В. Асеев Актуальные проблемы фтизиатрии, ТГМУ Тверь - 2011.
2. А.А. Вишневский Анализ случаев немассивных и субмассивных ТЭЛА у больных, оперированных по поводу инфекционных спондилитов // Трудный пациент № 3, Т. 13, 2015.
3. О. Баранова Особенности диагностики и течения тромбоэмболии легочной артерии у больных саркоидозом органов дыхания // Врач.- 2012, №2.
4. Kumarihamy, K. W. M. P. P., Ralapanawa, D. M. P. U. K., & Jayalath, W. A. T. A. A rare complication of pulmonary tuberculosis: a case report // BMC research notes.- 2015.- V.8(1), P.39.
5. K. SKOGLUND et al ABC om Akut lungemboli Läkartidningen http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/6/6456/LKT0714s1145_1153.pdf