

РЕФЕРАТ

на тему:

Тромбоемболія легеневої артерії. Інфаркт легень

Тромбоемболія легеневої артерії — закупорка тромбом, або емболом, судин у системі легеневої артерії. Гостра тромбоемболія легеневої артерії трапляється досить часто і є однією з причин раптової смерті.

Етіологія і патогенез. Найчастіше тромбоемболія легеневої артерії виникає внаслідок відриву венозного емболу, який спричиняє закупорку судин у розгалуженні легеневої артерії. Здебільшого емболи утворюються у венах ніг, таза, порожнинах серця, рідше — у венах рук, що спостерігається при тромбофлебитах, гінекологічних захворюваннях, оперативних втручаннях (особливо на органах черевної порожнини, нирках), у післяпологовому періоді, при захворюваннях серця (кардіоміопатія, інфаркт міокарда, вади серця), артеріальній гіпертензії, переломах кісток. Проте у багатьох випадках причину емболії з'ясувати не вдається.

Утворенню тромбів сприяють гіперкоагуляція, підвищена агрегаційна активність формених елементів крові, а також гіподинамія, особливо в післяопераційному періоді.

Причиною відриву тромбу від місця його утворення є фізичне напруження, психоемоційний стрес. Тяжкість захворювання залежить від калібру судин, у які потрапив ембол, від розмірів власне емболу, стану судинних анастомозів, темпу розвитку вторинного тромбозу, величини легенево-судинної obturaції.

Патологічна анатомія. При тромбоемболії морфологічні зміни більш виражені, ніж при інфаркті легені, який виникає внаслідок порушення кровообігу в тій чи іншій ділянці легені. Зона інфаркту в деяких випадках нагадує трикутник, вершина якого напрямлена до кореня легені, але частіше зона некрозу має неправильну форму. Макроскопічно зона некрозу легеневої тканини забарвлена в темно-вишневий колір.

Клінічна картина. Масивна емболія стовбура і головних розгалужень легеневої артерії перебігає блискавично. Хворому раптово гостро бракує повітря, іноді він скрикує, може сказати кілька слів, після чого настає смерть.

При обтурації дрібних судин клінічна картина тромбоемболії легеневої артерії складається з гострого асфіктичного абдомінального синдромів, проявів кардіогенного колапсу. При гострому асфіктичному синдромі у хворих з'являються відчуття нестачі повітря, задишка, збудження, ціаноз. Гострий абдомінальний синдром характеризується болем в спігастральній ділянці живота, напруженістю черевної стінки, іноді блюванням. Кардіогенний колапс виявляється вираженою артеріальною гіпотонією, різким болем за грудиною.

Закупорка середніх і дрібних судин легеневої артерії призводить до інфаркту відповідної ділянки легені, який характеризується крім вище згаданої симптоматики кровохарканням, легеневою кровотечею, гострою правошлуночковою недостатністю, гарячкою.

При обширному інфаркті легені над його ділянкою іноді відзначається укорочення перкуторного звуку, можуть вислуховуватися послаблене везикулярне дихання, вологі хрипи, шум тертя плеври.

У периферичній крові виявляються лейкоцитоз, прискорена ШОЕ, гіперкоагуляція. При інфаркті легені рентгенологічне обстеження дає змогу виявити затемнення різних розмірів. Тінь інфаркту може мати трикутну форму, вершина якого напрямлена до кореня легені. Слід пам'ятати, що рентгенологічні зміни можуть ³ являтися через 48 год після емболії.

Діагностика тромбоемболії легеневої артерії — надзвичайно складне завдання для медичного працівника будь-якого рангу. Вона базується на таких симптомах, як різкий біль у грудній клітці, задишка, кашель, клінічна картина кардіогенного колапсу. Важливими є дані рентгенологічного обстеження хворого, ангіопульмонографії, сканування легень.

При тромбоемболії легеневої артерії виявляються також характерні зміни на ЕКГ: глибокі S_I і Q_{III} (симптом $S_I—Q_{III}$); поява від'ємних зубців T_u у відведеннях III, aVF, V_1 і V_2 і підйом сегмента $RS—T$ у відведеннях III, aVF, V_{1-2} і дискордантне зниження сегмента $RS—T_u$ у відведеннях I, aVC, V_{5-6} ; збільшення зубця R у III відведенні, V_{1-2} ; поява ознак перевантаження правого передсердя $R-pulmonale$ (загострені високоамплітудні зубці P) у відведеннях II, III, aVF.

Лікування. При тромбосмболії легеневої артерії, інфаркті легені застосовують анти коагулянти у терапію. З цією метою призначають гепарин, який блокує утворення тромбіну, перехід фібріногену у фібрин. Протягом першої доби гепарин вводять внутрішньовенно струминно 10—15 тис. ОД або крапельно 20—30 тис. ОД. Надалі гепарин вводять підшкірно або внутрішньом'язово по 5— 10 тис. ОД. У перших 2—4 дні добова доза гепарину становить 40—60 тис. ОД. Поступово протягом тижня її знижують до 20 тис. ОД. Перед зниженням добової дози гепарину хворим призначають непрямі антикоагулянти (фенілін, син кумир, фспромарон тощо). Широко використовують фібринолізин для внутрішньовенного введення (добова доза не менше 100 тис. ОД) у комбінації з гепарином, стрептодказу, стрептокіназу, яка викликає лізис фібрину, розпад тромбу. В останні роки здійснюють лікувальне зондування легеневої артерії з метою введення тромболітиків безпосередньо в артерію та її гілки.

Хворим слід призначати антиагреганти: курантил, трентал, ацетилсаліцилову кислоту, тиклід.

При лікуванні тромбосмболії легеневої артерії застосовують анальгетики: анальгін, баралгін, трамал, максігам, промедол, які можна призначати в комбінації з димедролом, дроперидолом, аміназином; бронхолітики: еуфілін, дипрофілін, платифілін, атровент, беротек; препарати, що знижують тиск у малому колі кровообігу: нітрогліцерин, нітронг, сустак, пентамін, дроперидол.

Для поліпшення скоротливої функції міокарда, при явищах правошлуночкової недостатності призначають серцеві глікозиди: 0,06% корглюкон — 0,5—1,0 мл або 0,05% строфантин — 0,3— 0,5 мл внутрішньовенно на ізотонічному розчині натрію хлориду.

При зниженні артеріального тиску хворим призначають 1% розчин мстазону (0,3—1,0 мл) внутрішньовенно повільно на фізіологічному розчині натрію хлориду, під контролем артеріального тиску, норадреналін 1—2 мл на 500 мл 5% розчину глюкози крапельно внутрішньовенно, кордіамін, кофеїн підшкірно. Крім цього, використовують стероїдні гормони, анти гістамін н і

препарати, оксигенотерапію.

Прогноз. При тромбоемболії головних стовбурів легеневої артерії смерть настає блискавично. За сприятливих умов інфаркт легені може завершуватися рубцюванням, повним розсмоктуванням. Інфаркт легені ускладнюється плевритом, пневмонією, абсцесом або гангrenoю легені.

Профілактика полягає у попередженні утворення тромбів, емболії* у хворих після операцій, пологів, при захворюваннях серця, тромбофлебітах нижніх кінцівок. Особам, схильним до гіперкоагуляції, слід призначати антикоагулянти, дезагреганти.