

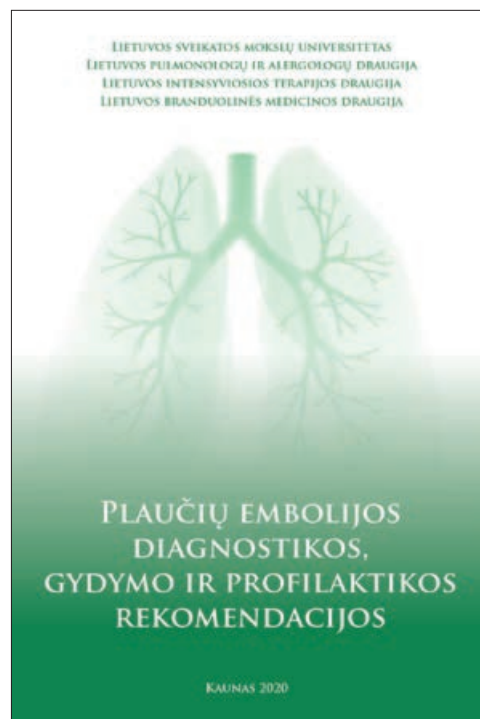
Naujosios plaučių embolijos diagnostikos ir gydymo rekomendacijos

SKAIDRIUS MILIAUSKAS
LSMU MA Pulmonologijos klinika

Turbūt būtų sudėtinga atsiminti ir įvardyti kitą tokią ligą, kaip plaučių embolija, su kuria susidurtų daugumos medicinos specialybių gydytojai: ne tik internistinės krypties (daugiausia gydytojai pulmonologai, gydytojai kardiologai, vidaus ligų ir skubiosios medicinos gydytojai), bet ir gydytojai chirurgai, gydytojai anesteziologai-reanimatologai bei, savaime suprantama, gydytojai radiologai. Plaučių embolija – tai didžiulė šiuolaikinės medicinos problema. Kaip žinia, staigi plaučių arterijos šakų okliuzija embolais gali sukelti ūminį, gyvybei grėsmingą dešiniojo skilvelio nepakankamumą. Po miokardo infarkto ir insulto, venų trombinė embolija yra trečias pagal dažnį išeminis širdies ir kraujagyslių sindromas. Įvairių tyrimų duomenimis, per metus giliųjų venų trombine embolija ir plaučių embolija suserga atitinkamai 53–162 ir 39–115 iš 100 tūkst. gyventojų. Negydant, mirštamumas siekia 30 proc., o nustačius diagnozę ir skyrus tinkamą gydymą antikoagulantais, jis sumažėja iki 2–8 proc. Naujų diagnostikos ir gydymo galimybių atsiradimas, veiksminga prevencija žymiai sumažino mirštamumą nuo plaučių embolijos. Žinant šios ligos svarbą, kasdienius praktinius medikų iššūkius, nuo 2013 m. publikuojame Lietuvos sveikatos mokslų universiteto bei Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugijos „Plaučių embolijos diagnostikos, gydymo ir profilaktikos rekomendacijas“. Pirmoji mokomoji knyga išleista prieš septynerius metus, o antroji – prieš penkerius. Mums labai svarbūs ir ypač mus skatino atnaujinti rekomendacijas ne tik atsirandantys nauji duomenys bei skelbiamos tarptautinės gairės, bet ir palankūs atsiliepimai apie ankstesnius leidimus, išskylantys neatsakytą klausimą. Autoriai dėkingi visiems kolegoms, kurie ankstesniuose leidimuose neradę jiems reikalingos informacijos, apie tai mums pranešė. Autorių komandą

sudaro gydytojai pulmonologai, gydytojai kardiologai, vidaus ligų gydytojai, gydytojai radiologai, gydytojai anesteziologai-reanimatologai.

Norėtume išskirti keletą aspektų apie naujas rekomendacijas. Dar kartą primename, kad nebėra „masyvios“, „submasyvios“ embolijos terminų. Plaučių embolija klasifikuojama pagal mirties per 30 dienų riziką. Skatiname naudoti sukurtus ir patvirtintus supaprastintus plaučių embolijos klinikinės tikimybės įvertinimo klausimynus. Yra patikslintos D-dimero koncentracijos normos, atsižvelgiant į amžių ir klinikinę ligos tikimybę. Pastarosiose rekomendacijose pateikiamas tikslus didelės rizikos plaučių embolijos apibrėžimas, atsirado „hemodinaminio nestabilumo“ samprata. Išskiriama dešiniojo skilvelio disfunkcijos reikšmė (jai esant, visada diagnozuojama vidutinės rizikos plaučių embolija). Kita naujovė – tai vis aiškesnė



naujųjų geriamųjų antikoagulantų vieta ne tik pradiniam, bet ir tęstiniame bei ilgalaikiame gydyme. Šiuo metu naujieji geriamieji antikoagulantai yra pirmo pasirinkimo vaistai pacientams, kuriems jie gali būti skiriami. Šie vaistai veiksmingumu ir ypač saugumu nenusileidžia anksčiau į klinikinę praktiką įdiegtiems ir vartojamiems vaistams. Jau aišku, kad rivaroksabaną ir edoksabaną galima ir saugu skirti sergantiesiems tam tikromis vėžio formomis (vietoje mažos molekulinės masės heparinų). Jau turime sukurtus ir į klinikinę praktiką įdiegtus antidotus, kurie skiriami perdozavus naujųjų antikoagulantų. Kol kas neturime galimybės skirti andeksaneto, tačiau, esant poreikiui, daugelyje ligoninių yra galimybė skirti dabigatraną antidotą idarucizumabą. Savo leidinyje pateikėme rekomendacijas, kokių priemonių reikia imtis ir kaip elgtis perdozavus naujųjų ir senųjų antikoagulantų. Dar viena naujovė – tai patvirtinta galimybė ligonius su plaučių embolija anksti išrašyti iš stacionaro ir gydyti namuose, jeigu išpildomos tam tikros sąlygos: plaučių embolija yra mažos rizikos, echokardiografijos arba kompiuterinės tomografijos duomenimis nėra patvirtintos dešiniojo skilvelio disfunkcijos, taip pat jeigu nėra kitų priežasčių gydyti stacionare, galima šeimos arba socialinė parama, geras medicininės priežiūros prieinamumas. Rekomendacijose taip pat aptariamas ilgalaikis ir tęstinis gydymas,

atsižvelgiant į venų trombinės embolijos pasikartojimo riziką, patvirtinta galimybė tęstiniam gydymui skirti naujuosius antikoagulantus sumažintomis dozėmis. Norėtume atkreipti dėmesį į tai, kad, esant antifosfolipidiniam sindromui, ilgalaikiam ir tęstiniam gydymui skiriami netiesioginio veikimo antikoagulantai (varfarinas). Taip pat naujųjų antikoagulantų negalima skirti nėščiosioms bei maitinančioms krūtimi moterims. Mūsų leidinyje patikslinome nėščiųjų plaučių embolijos diagnostikos ir gydymo algoritmą, sugertos ir saugios spinduliuotės dozes. Pažymime, kad šiuo metu visais atvejais rekomenduojamas pakartotinas persirgusiojo plaučių embolija ištyrimas praėjus 3–6 mėn., kai sprendžiama dėl lėtinės tromboembolinės plautinės hipertenzijos diagnostikos bei gydymo. Ši liga nustatoma vis dažniau, todėl paskyrėme atskirą rekomendacijų skyrių. Norėtume atkreipti dėmesį į vis plačiau lėtinės tromboembolinės plautinės hipertenzijos metu, esant vidutinio dydžio plaučių arterijų pažaidai, taikomą veiksmingą balioninės angioplastikos procedūrą. Ji papildė operacinio gydymo – endarterektomijos ir medikamentinio gydymo tirpriosios guanilatciklazės stimulatoriumi riociguatu (esant atitinkamai stambiųjų ir smulkiųjų plaučių arterijų pažaidai) galimybes.

Šias rekomendacijas galima rasti, skaityti ir atsispausdinti mūsų draugijos tinklalapyje www.pulmoalerg.lt.