

Sudarytos naujos plaučių embolijos gydymo ir profilaktikos rekomendacijos



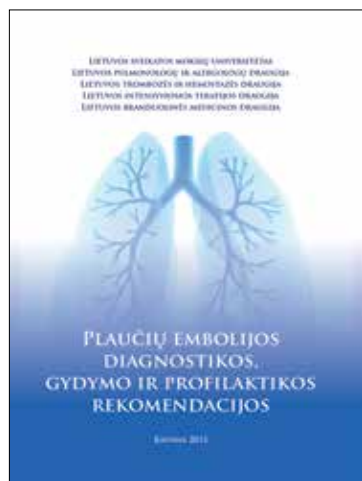
Plaučių embolija (PE) – didžiulė šiuolaikinės medicinos problema. Staiga atsiradusi plaučių arterijos šakų okliuzija gali sąlygoti ūminį, gyvybei grėsmingą, bet potencialiai grįžtamą dešiniojo skilvelio nepakankamumą. Vien JAV per metus nuo PE miršta apie 600 tūkst. žmonių. Taikant adekvatų gydymą krešėjimo sistemą veikiančiais vaistais, didžioji dalis pacientų po įvykusios plaučių embolijos visiškai pasveiksta. Tačiau ne iki galo ištirpdytas trombas gali sąlygoti ilgalaikes komplikacijas: plautinę hipertenziją ar nesinormalizuojančią plaučių kraujotaką, kas labai ženkliai padidina sergamumą. Diagnozę nustatyti gana sunku, dalis atvejų lieka neatpažinti. Visa tai sąlygojo būtinybę išleisti naujas PE diagnostikai, gydymui ir profilaktikai skirtas rekomendacijas. Apie šių gairių atnaujinimą ir svarbą diagnozuojant bei gydant PE kalbamės su atnaujintų gairių redaktoriumi LSMU Pulmonologijos ir imunologijos klinikos **profesoriumi Skaidriumi Miliausku**.

Kas paskatino sudaryti naujas PE embolijos ir gydymo gaires?

Pastaraisiais metais daugelyje pasaulio šalių iš esmės pasikeitė PE diagnostikos ir gydymo algoritmai. Sukurti saugesni ir patogesni vartoti naujieji geriamieji antikoaguliantai, kurie efektyvumu nenusileidžia anksčiau į klinikinę praktiką įdiegtiems ir vartojamiems vaistams. Iki šiol Lietuvoje tarp įvairių specialybių gydytojų nemažai painiavos sukeldavo PE diagnozės formulavimas bei skir-

tingų diagnostinių terminų vartojimas. Visa tai sąlygojo būtinybę išleisti naujas PE diagnostikai, gydymui ir profilaktikai skirtas rekomendacijas.

O šiaip dirbant klinikinį darbą didelėje daugiaprofilinėje ligoninėje pastebėjome, kad per pastaruosius dešimt metų gerokai padaugėjo ligonių, kuriems buvo diagnozuota plaučių embolija ir į pulmonologijos ir alergologijos skyrių jie stacionarizuoti jau diagnozę nustačius skubiosios pagalbos skyriuje. Tai yra labai gerai. Pagerėjusią PE diagnostiką lemia ne tik labiau prieinami diagnostikos tyrimai, bet ir šios ligos rizikos veiksnių vertinimo pokyčiai.



Naujos plaučių embolijos diagnostikos, gydymo ir profilaktikos rekomendacijos

Diagnostikai palengvinti bei optimaliai gydymo taktikai numatyti sukurtos ir išleistos naujos PE diagnostikos, gydymo ir profilaktikos rekomendacijos. Plačiau jas galima peržvelgti interneto puslapyje <http://www.pulmoalerg.lt/leidiniai.htm>

Autoriai dėkoja visiems, pateikusiems vertingų pastabų ir pasiūlymų sudarant leidinį, ir tikisi, kad šios rekomendacijos atliks savo vaidmenį ir padės veiksmingiau diagnozuoti bei gydyti plaučių embolija sergančius pacientus.

Klinikinėje praktikoje vis dar mažai naudojami įvairūs PE rizikos vertinimo klausimynai. Kokia Jūsų nuomonė apie juos?

Klinikinis objektyvus ligonio tyrimas įtariant PE būtinas ir svarbus diagnostikos metodas. Kiekvienas gydytojas, remdamasis asmenine patirtimi, anamnezės ir objektyvaus tyrimo duomenimis, atlikęs rutininius (pirmos eilės) tyrimus (EKG, krūtinės ląstos rentgenogramą, o jeigu įtariamas kvėpavimo nepakankamumas, arterinio kraujo dujų tyrimą), įvertina PE klinikinę tikimybę (PE tikėtina arba PE mažai tikėtina). Ambulatorinėmis sąlygomis, skubiosios pagalbos skyriuose visais atvejais klinikinę PE tikimybę siūlome vertinti naudojantis Vello klausimynu. Galima naudoti ir kitus patvirtintus klausimynus (pvz., modifikuotą Ženevos). Klausimynai yra paprasti, lengvai naudojami. Pagal Vello klausimyno balų sumą PE klinikinė tikimybė vertinama taip: PE tikėtina arba PE mažai tikėtina. Tinka tik ambulatoriniams ligoniams. Apibendrinant galima teigti, kad atskiri klinikiniai požymiai ir rutininiai diagnostiniai tyrimai leidžia įtarti diagnozę ir pradėti gydymą antikoagulantais. Tačiau reikia nepamiršti, kad vėliau PE diagnozė turi būti patvirtinta arba atmesta kitais tyrimais. Esant tikėtina PE, gydymas turi būti pradėtas nedelsiant.

Kada reikia įtarti PE ir atlikti visus diagnostinius tyrimus?

PE klinikinė išraiška gali būti labai įvairi: nuo besimptomės ligos iki staigos mirties. Kaip ir giliųjų venų trombozė (GVT), PE negali būti diagnozuojama remiantis tik klinikiniais duomenimis, nes simptomai ir požymiai nėra pakankamai specifiški ir jautrūs. Įtariant PE iš turimų klinikinių duomenų, labai svarbu teisingai interpretuoti tyrimų rezultatus ir pasirinkti tolesnę diagnostikos taktiką. Visiems ligoniams atliekami rutininiai diagnostiniai instrumentiniai tyrimai (krūtinės ląstos rentgenograma, elektrokardiograma (EKG), arterinio kraujo dujų tyrimas įtariant kvėpavimo funkcijos nepakankamumą) negali nei patvirtinti, nei paneigti PE diagnozės.

Didelės rizikos PE – gyvybei grėsminga būklė. Dažniausiai tokioje klinikinėje situacijoje atliekant diferencinę diagnostiką PE reikia atskirti nuo kardiogeninio šoko, ūminės vožtuvų disfunkcijos, širdies tamponados, aortos atsiskuksniavimo ir kt. Rekomenduojama skubi krūtinės ląstos KT, jei ligonio būklė sunki – echokardiografija prie ligonio lovos. Echokardiografija gali atskleisti netiesioginius ūminės plautinės hipertenzijos požymius ar dešiniojo skilvelio perkrovą, jei hemodinamiką sutrikdė ūminė PE (kartais transtorakalinės echokardiografijos metu galima pamatyti trombus dešiniojoje širdyje). Esant nestabiliai ligonio būklei, PE diagnozė gali būti patvirtinama remiantis vien tik netiesioginiais PE echokardiografiniais požymiais.

Įtariant nedidelės (vidutinės arba mažos) rizikos PE, diagnozuojant remiamasi:

- Anamnezės ir objektyvaus tyrimo duomenimis;
- Rutininiais diagnostiniais tyrimais (EKG, arterinio kraujo dujų tyrimu, krūtinės ląstos rentgenograma);
- Klinikinės tikimybės įvertinimu (PE tikėtina ir PE mažai tikėtina);
- D-dimero tyrimu ambulatoriniams ligoniams esant mažai tikėtina PE.

Pokalbio pradžioje teigėte, kad iki šiol Lietuvoje tarp įvairių specialybių gydytojų nemažai painiavos sukeldavo PE diagnozės formulavimas bei skirtingų diagnostinių terminų vartojimas. Pakomentuokite šį teiginį.

Kad būtų išvengta painiavos formuluojant PE diagnozę, reikia nesinaudoti iki dabar buvusia PE klasifikacija, pagal kurią buvo diagnozuojama masyvi, submasyvi (su dešiniojo skilvelio perkrova be šoko) ir smulkiųjų plaučių arterijos šakų (nemasyvi arba mikro) trombinė embolija. Formuluodami diagnozę pagal šią klasifikaciją, įvairių specialybių gydytojai ją suvokdavo skirtingai, pavyzdžiui: masyvią PE gydytojai diagnozuodavo esant šokui arba hipotenzijai, o gydytojai radiologai – esant masyviems arba dauginiams plaučių arterijų trombiniams embolams, nustatytiems krūtinės ląstos kompiuterine tomografija.

Dabar PE diagnozė formuluojama atsižvelgiant ir į ankstyvos mirties nuo PE riziką. Jeigu embolija yra trombinė, diagnozėje to papildomai rašyti nereikia. Nurodoma, ar PE yra didelės ar nedidelės rizikos. Pavyzdžiui: *embolia pulmonalis, periculum majus; embolia pulmonalis, periculum non magnum ir kt.*

Kas naujo gydant PE bei taikant antrinę profilaktiką?

Po PE epizodo gydymas netiesioginio veikimo antikoagulantais (NVA) arba mažos molekulinės masės hepariniais (MMMh), arba geriamuoju Xa faktorius inhibitoriumi rivaroksabanu turi būti tęsiamas toliau, kad ligonis būtų apsaugotas nuo mirtinos ir nemirtinos VTE kartojimosi. Dažniausiai vartoti skiriama NVA, išskyrus onkologine liga sergančius pacientus, nėščiąsias, jiems geriau skirti MMMh. NVA dozuojami taip, kad TNS būtų palaikomas tarp 2,0 ir 3,0 arba protrombino indeksas su SPA – 15–25 proc. Antrinės profilaktikos trukmė konkrečiam ligoniui priklauso nuo VTE kartojimosi ir kraujavimo rizikos. Didelio kraujavimo rizikos veiksniai yra šie: vyresnis amžius, ypač nuo 75 metų; buvęs kraujavimas iš virškinimo trakto, ypač esant nuolatinei kraujavimo priežastčiai; neembolinės kilmės insultas, lėtinė inkstų arba kepenų liga; kartu vartojami antiagregantai (reikėtų vengti, jeigu įmanoma); kitos svarbios ūminės ar lėtinės ligos; bloga gydymo antikoagulantais kontrolė. Gydymo NVA trūkumas – būtinybė nuolat tikrinti TNS.

Daugeliu atvejų antrinės profilaktikos tęsti ilgiau kaip tris mėnesius neprireikia.

Dėkojame už pokalbį.
Kalbėjosi R. Nutautienė