

ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Гриб В.М., Панкратова Ю.Ю., Крючкова А.М.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
10-я городская клиническая больница г. Минска**

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – остается клинически значимой проблемой в практической медицине. Чаще всего с ней сталкиваются врачи терапевтического профиля, и прежде всего пульмонологи и кардиологи. Выявление ТЭЛА в последнее время значительно улучшилось благодаря появлению достаточно точных методов исследования: компьютерная томография, ангиопульмонография, радиоизотопное сканирование легких. Наиболее оптимальным методом исследования считается компьютерная томография органов грудной клетки с контрастированием. При этом диагностическая тактика выглядит следующим образом: клиническое предположение о ТЭЛА → оценка риска летальности. При высоком риске летальности (шок, гипотензия) – выполняется незамедлительно КТ или ЭХО-КТ (при отсутствии возможности для выполнения КТ). При невысоком риске летальности – оценивается степень клинической вероятности ТЭЛА. Высокая степень клинической вероятности также требует проведения КТ исследования (без учета уровня Д-димеров). Нормальный уровень Д-димеров при низкой (высокочувствительный или умеренночувствительный анализ) и средней (высокочувствительный анализ) степени клинической вероятности делает предположение о ТЭЛА маловероятным и дает основание для поиска других причин имеющейся клиники. Таким образом, в этой схеме отводится существенное место оценке клинической вероятности ТЭЛА. На сегодняшний день наиболее известными и валидизированными являются 2 шкалы: канадская (Wells et al) и пересмотренная Женевская шкала (G. le Gal с соавт.), включенные в международные стандарты обследования и лечения ТЭЛА (Таблица 1) [2,3,4]. Независимо от того, какая диагностическая шкала используется, считается, что распространенность ТЭЛА составляет 10% среди больных с низкой клинической вероятностью, 30% - при промежуточной и 65% - среди больных с высокой клинической вероятностью ТЭЛА [3,4].

Целью нашего исследования была оценка эффективности и точности критериев клинической вероятности ТЭЛА у больных, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении 10 ГКБ Минска.

Было выделено 119 больных (72 мужчин, 47 женщин, средний возраст 60,5 лет), которым проводилось КТ исследование для исключения ТЭЛА. У 69 была выявлена тромбоэмболия легочной артерии, у 50 – ТЭЛА не подтвердилась. Данные обеих групп по оценке клинической вероятности ТЭЛА представлены в таблице 2.

Таблица 1. Правила клинической вероятности ТЭЛА: шкала Wells и пересмотренная Женевская шкала

Пересмотренная Женевская шкала		Шкала Wells	
Параметр	Баллы	Параметр	Баллы
Предрасполагающие факторы			
Возраст > 65 лет	+1	ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	+1,5
ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	+3		
Хирургическая операция или перелом в течение 1 месяца	+2	Недавняя хирургическая операция или иммобилизация	+1,5
Злокачественное новообразование на активной стадии	+2	Рак	+1
Симптомы			
Односторонние боли в нижних конечностях	+3		
Кровохаркание	+2	Кровохаркание	+1
<i>Клинические признаки</i>		<i>Клинические признаки:</i>	
Частота сердцебиений		Частота сердцебиений	
74-94 удара/мин	+3	> 100 ударов/мин	+1,5
≥ 95 ударов/мин	+5		

Боли в глубоких венах нижних конечностей при пальпации и односторонний отек	+4	Клинические признаки ТГВ	+3
		Клиническая оценка: Альтернативный диагноз менее вероятен, чем ТЭЛА	+3
Клиническая вероятность	Итого	Клиническая вероятность 3 уровня	Итого
Низкая	0-3	Низкая	0-1
Средняя	4-10	Средняя	2-6
Высокая	≥ 11	Высокая	≥7
		Клиническая вероятность 2 уровня	
		ТЭЛА маловероятна	0-4
		ТЭЛА вероятна	>4

Таблица 2. Сравнительная оценка клинической вероятности у больных с тромбозом легочной артерии и отсутствием таковой

Клинич. вероятность	Пересмотренная Женевская шкала			Шкала Wells				
	Низкая	Средняя	Высокая	Низкая	Средняя	Высокая	Маловероятно	Вероятно
Больные с ТЭЛА n=69 (%)	8 (11,6)	49 (71,01)	12 (17,4)	22 (31,9)	37 (53,6)	10 (14,5)	44 (63,8)	25 (36,2)
Больные без ТЭЛА n=50 (%)	13 (26)	35 (70)	2 (4)	35 (70)* **	14 (28)**	1 (2)*	44 (88)* *	6 (12)**

* - статистически достоверное различие (p<0,05), ** - (p<0,01), *** - (p<0,0001)

Таблица 3. Эффективность критериев клинической вероятности в общей группе больных

Клинич. вероятность	Пересмотренная Женевская шкала			Шкала Wells				
	Низкая	Средняя	Высокая	Низкая	Средняя	Высокая	Маловероятно	Вероятно
Общее кол. Больных n=119	n=21	n=84	n=14	n=57	n=51	n=11	n=88	n=31
Больные с ТЭЛА n=69 (%)	8 (38,1)	49 (58,3)	12 (85,7)	22 (38,6)	37 (72,5)	10 (90,9)	44 (50)	25 (80,6)

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало хорошую эффективность предположения ТЭЛА у больных с высокой степенью клинической вероятности (85,7-90,9%). Правда, с одной стороны, число таких больных (с высокой вероятностью) было очень невелико (14 (11,8%) и 11 (9,2%) в соответствии с каждой шкалой) и с другой, при средней клинической вероятности выявление ТЭЛА было также высоким (58,3-72,5%), при этом достоверных различий между этими группами не было. Что касается категорий с низкой клинической вероятностью, то в общей группе больных ТЭЛА выявлялась у 38% больных. Полученные данные существенно отличаются от опубликованных ранее результатов[1]. Хотя такое сравнение является не совсем корректным, так как для исследования выделялись больные с уже вероятной ТЭЛА. Сравнение двух систем оценки вероятности ТЭЛА – Канадских критериев (Wells) и пересмотренной Женевской шкалы показало явное преимущество критериев Wells. В сравнении групп больных с ТЭЛА и без ТЭЛА по критериям Wells статистические различия были отмечены во всех сравниваемых группах, в то время как по Женевским критериям достоверных статистических различий не было. На наш взгляд пока делать рано вывод о неэффективности Женевских критериев, данный факт нуждается в дополнительной проверке и анализе возможных причин.

Заключение. Полученные результаты показали хорошую эффективность системы оценки клинической вероятности ТЭЛА прежде всего у больных с высокой степенью вероятности. Сравнение двух систем критериев клинической вероятности показало неэффективность Женевских критериев в предположении ТЭЛА, что нуждается в дополнительном анализе и проверке. С другой стороны критерии Wells показали себя хорошо как с предположением вероятной ТЭЛА, так и с исключением данной патологии.

Литература

1. Comparison of the revised Geneva score with the Wells rule for assessing clinical probability of pulmonary embolism//F.A. Klok, E. Kruisman, J. Spaan, M. Nijkeuter, M. Righini, D. Aujesky, P.M. Roy, A. Perrier, G. Le Gal and M.V. Huisman J Thromb Haemost 2008; 6:40-4
2. 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). Eur Heart J. 2008 Sep;29(18):2276-315.
3. Le Gal G, Righini M, Roy PM, Sanchez O, Aujesky D, Bounameaux H, Perrier A. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. Annals of internal medicine 2006, Vol 144,3:165-171
4. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Ginsberg JS, Kearon C, Gent M, Turpie AG, Bormanis J, Weitz J, Chamberlain M, Bowie D, Barnes D, Hirsh J. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism: increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. Thromb Haemost. 2000 Mar;83(3):416-20.