

STRESZCZENIE

Ostra zatorowość płucna jest schorzeniem obarczonym ryzykiem zgonu, które zależy od stanu hemodynamicznego pacjenta, a u chorych hemodynamicznie stabilnych od czynników klinicznych oraz cech uszkodzenia i przeciążenia prawej komory serca. Nie jest poznana wartość prognostyczna białka CRP, które potencjalnie bardziej niż klasyczne czynniki ryzyka może przewidywać odległy przebieg zatorowości płucnej w dużym stopniu zależny od ujawniających się wtedy przewlekłych schorzeń układu krążenia, zapalnych czy nowotworowych.

Badaniem objęto grupę 48 kolejnych losowo dobranych chorych hospitalizowanych w latach 2009-2011 w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu z rozpoznaniem ostrej zatorowości płucnej (APE). U 47 z nich rozpoznano stabilną hemodynamicznie APE, z tego u 40 chorych była to APE ryzyka pośredniego, u 7 ryzyka niskiego, 1 osoba miała APE wysokiego ryzyka. U 17 chorych rozpoznano zatorowość prowokowaną, u 31 nieprowokowaną. Wszyscy pacjenci byli leczeni przeciwzakrzepowo przez co najmniej 12 miesięcy. Ocenę chorych przeprowadzono w 4 odstępach czasowych: przy przyjęciu, przy wypisie ze szpitala, po 12 miesiącach oraz po 24-48 miesiącach, średnio 36 miesiącach po APE odnotowując zgony, nawroty choroby, rozwój przewlekłego zakrzepowo zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH) oraz krwawienia. Oznaczano stężenie CRP, a także klasycznych laboratoryjnych markerów ryzyka jak troponina I i BNP oraz echokardiograficzne parametry dysfunkcji prawej komory (RVD) i prawdopodobieństwa nadciśnienia płucnego (PH) w badaniu wstępnym, przy wypisie oraz po 12 miesiącach obserwacji.

W trakcie obserwacji zmarło 5 pacjentów, z jednym nie udało się nawiązać kontaktu. Dwa zgony wystąpiły w 2-gim roku po APE z powodu choroby nowotworowej, trzy w 3-cim roku obserwacji – dwa z nich w przebiegu ciężkiego krwawienia w trakcie stosowania profilaktycznej dawki heparyny drobnocząsteczkowej (LMWH), jeden w przebiegu ciężkiej niewydolności krążenia. Stwierdzono dwa nawroty APE w 2-gim roku obserwacji: jeden w trakcie pobierania profilaktycznej dawki heparyny drobnocząsteczkowej, drugi po zaprzestaniu antykoagulacji. Ponadto wystąpiły dwa nawroty DVT: jeden w 1-szym roku, drugi w 2-gim roku obserwacji po APE, oba w trakcie zażywania pochodnych kumaryny (VKA). Krwawienie wystąpiło u 6 osób, w tym u dwóch chorych poważne i było przyczyną

ich zgonu. Po 12 miesiącach obserwacji prawdopodobieństwo przewlekłego zakrzepowozatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH) na podstawie badania echokardiograficznego stwierdzono u 2 pacjentów.

W czasie obserwacji wykazano istotne obniżanie się poziomu CRP, które ostatecznie uległo normalizacji u większości chorych. Oceniając wartość prognostyczną CRP oraz porównywanych parametrów laboratoryjnych i echokardiograficznych nie stwierdzono, aby któryś z tych parametrów w badaniu wstępnym lub w czasie wypisu ze szpitala mógł prognozować wystąpienie zgonu, nawrotu zatorowości płucnej czy wystąpienia CTEPH. Prawdopodobnie znaczenie CRP w ocenie rokowania długoterminowego mogłaby ustalić dłuższa obserwacja większej grupy pacjentów. Stosunkowo dobre rokowanie w badanej grupie chorych mogło mieć związek z losowym doбором kolejnych pacjentów z APE oraz z przedłużeniem ponadstandardowo leczenia przeciwzakrzepowego u wszystkich pacjentów do co najmniej 12 miesięcy.