

антиаритмических средств, и определении показаний к интервенционным методам лечения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Прединдикторы желудочковых аритмий высоких градаций у пациентов, направленных на коронарографию / В. А. Кузнецов [и др.] // Кардиология. — 2014. — Т. 54, № 8. — С. 44–48.
2. Эффективность и безопасность аллапинина при краткосрочном и длительном лечении больных с доброкачественной желудочковой экстрасистолией / С. Ф. Соколов [и др.] // Кардиология. — 2014. — Т. 54, № 1. — С. 20–26.
3. Терещенко, С. Н. Урежение частоты сердечных сокращений. Зачем, как и насколько — все ли мы знаем о проблеме? /

С. Н. Терещенко, И. В. Жиров, Н. Г. Чуич // Кардиология. — 2014. — Т. 54, № 2. — С. 47–54.

4. Василевич, Н. В. Лечение сложных нарушений ритма сердца и проводимости методом электрокардиостимуляции / Н. В. Василевич // Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы. 15 лет спустя: материалы Междунар. науч.-практ. конф. / Гомельский гос. мед. ин-т. — Мозырь: Белый Ветер, 2001. — С. 55–57.

5. Василевич, Н. В. Применение постоянной электрокардиостимуляции в комплексном лечении мерцательной аритмии / Н. В. Василевич // Неотложная медицина: материалы Междунар. науч.-практ. конф.: сб. ст. / Гомельский гос. мед. ин-т.; под ред. проф. А. Н. Лызикова. — Гомель: КИПУП «Союз», 2003. — С. 30–31.

Поступила 23.10.2015

618.3/5:616.131-005.6

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Ю. А. Лызикова¹, Т. Н. Захаренкова¹, С. Е. Мальцева², С. Н. Коваль², Т. Н. Лукьяненко²

¹Гомельский государственный медицинский университет
²Гомельская областная клиническая больница

Пациентка с доношенной беременностью, жалобами на одышку была доставлена в родильное отделение. На амбулаторном этапе диагноз тромбоза легочной артерии установлен не был. Проведенные мероприятия позволили установить диагноз, выбрать лечебные мероприятия, а также провести родоразрешение пациентке с тромбозом легочной артерии.

Ключевые слова: тромбоз легочной артерии, беременность, роды.

THE EXPERIENCE OF MANAGING PREGNANCY AND LABOR IN A PATIENT WITH PULMONARY THROMBOEMBOLISM

Yu. A. Lyzikova¹, T. N. Zakharenkova, S. E. Maltseva², S. N. Koval², T. N. Lukyanenko²

¹Gomel State Medical University
²Gomel Regional Clinical Hospital

A patient with full-term pregnancy complaining of dyspnoea was brought to the maternity ward. She had been not diagnosed with pulmonary thromboembolism during the in-patient observation. The conducted examinations made it possible to confirm the diagnosis, to choose therapeutic measures, as well as to hold delivery in the patient with pulmonary thromboembolism.

Key words: pulmonary thromboembolism, pregnancy, delivery.

Введение

Эмболия легочных артерий — окклюзия легочного ствола, ветвей легочных артерий разного калибра эмболом, первично образовавшихся в венах большого круга кровообращения или в правых полостях сердца. Широкое распространение тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) обусловлено большим числом заболеваний и состояний, являющихся факторами риска развития эмболического поражения легочного артериального русла [1]. «Замедленность» диагностики ТЭЛА, определяющая несвоевременное начало эффективного лечения, наряду с быстрым развитием патологического процесса приводит к значительно более высокой вероятности возникновения опасных для жизни осложнений и летального исхода в первые часы и сутки заболевания. Чем раньше ус-

тановлен топический диагноз, тем более эффективным может быть лечение [2]. Следует подчеркнуть, что ТЭЛА у беременных женщин встречается относительно нечасто, однако по-прежнему является причиной материнской смертности [3]. Таким образом, проблема тромбоза легочной артерии остается одной из важнейших в акушерско-гинекологической практике.

Цель работы

Представить клиническое описание собственного наблюдения пациентки с доношенной беременностью и тромбозом легочной артерии.

Клинический случай

Пациентка Б., 29 лет, беременность вторая, первая завершилась в 2014 г. прерыванием беременности в сроке 17 недель в связи с множественными врожденными пороками одного плода

из двойни. Из перенесенных заболеваний: атопический дерматит в детстве, миопия высокой степени, лазерблокирование разрывов сетчатки в 2015 г., простудные заболевания. Из гинекологических заболеваний: псевдозрозия шейки матки. На учет по беременности взята в сроке 9 недель. Беременность осложнилась начавшимся самопроизвольным выкидышем в сроке 9 недель, угрожающими преждевременными родами в сроке 31 неделя, анемией беременных в сроке 32 недели. Ультразвуковое исследование выполнено в сроках 12 недель, 21 неделя 4 дня, 31 неделя 1 день в Гомельском областном диагностическом центре с консультацией «Брак и семья». При проведении ультразвукового исследования в сроке 31 неделя 1 день диагностировано нарушение МПК 1А степени справа. Результаты других клинико-лабораторных исследований находились в пределах физиологических норм.

28.09.15 г. в сроке 38 недель 5 дней пациентка Б. доставлена в Гомельскую областную клиническую больницу бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом «Роды первые». При первичном осмотре предъявляет жалобы на выраженную одышку, которую отмечает с вечера 27.09.15 г. При поступлении: пульс — 88 в минуту, АД — 120/80 мм рт. ст. на обеих руках, частота дыхания — 19 в минуту. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Status per speculum: Слизистая влагалища чистая, шейка матки цилиндрической формы, выделения слизистые. *Status per vaginam:* влагалище нерожавшей, шейка матки центрирована, длиной 1,0 см, мягкая, цервикальный канал на всем протяжении 2,0 см. Плодный пузырь цел, предлежит головка, над входом в малый таз.

В приемном покое пациентка осмотрена терапевтом. Диагноз: «Одышка неясной этиологии». Рекомендована госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии, дообследование.

Учитывая жалобы на одышку, тахипноее, установлен диагноз: «Беременность 38 недель 5 дней. Тромбоэмболия легочной артерии? Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез». Пациентка госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии.

При поступлении в экстренном порядке 28.09.15 г. выполнены:

В 09.50: ультразвуковое исследование вен нижних конечностей. Заключение: Сегментарный флеботромбоз задней большеберцовой вены справа без флотации.

В 10.00: ультразвуковое исследование сердца. Заключение: Глобальная систолическая функция левого желудочка сохранена. Незначительная дилатация правого предсердия. Умеренная легочная гипертензия (давление в легочной артерии 48 мм рт. ст.). Регургитация на трикуспидальном клапане 3 степени.

В 10.10: ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Заключение: Расширение чашечно-лоханочной системы слева.

В 10.15: ЭКГ. Ритм синусовый. Тахикардия. ЧСС — 100 ударов в минуту. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

В 11.00: ультразвуковое исследование: В полости матки определяются один плод, в головном предлежании, предполагаемая масса плода — 3600 г. Заключение: Доношенная беременность.

Данные лабораторного мониторинга 28.09.15 г.: Уровень Д-димеров: 1,5 мл/л.

Биохимический анализ крови: общий белок — 69,9 г/л, мочевины — 4,1 моль/л, креатинин — 61,3 мкмоль/л, С-реактивный белок — 24 г/л, АлАт — 4,2 ЕД/л, АсАт — 19,0 ЕД/л, тропонины — 01 мкг/л, ЛДГ1 — 182 ЕД/л, КК-МВ — 8 ЕД/л.

Рентгенография органов грудной клетки 28.09.15 г.: без видимой патологии.

Консультация ангиохирурга 28.09.15 г. Заключение: Острый флеботромбоз правой голени.

28.09.15 в 12.00 пациентка осмотрена консилиумом врачей. Диагноз: «Беременность 38 недель 5 дней. Тромбоз задней большеберцовой вены правой голени. ТЭЛА, умеренный риск. Легочная гипертензия. Недостаточность ТК 3 степени. Миопия высокой степени. ПДС, лазеркоагулированная. ОАГА». Рекомендовано лечение: над-ропарин 0,8 п/кожно 2 раза в сутки, инфузионная терапия, дезагреганты, антибактериальная терапия.

План ведения родов

Учитывая удовлетворительное состояние плода, решено роды вести через естественные родовые пути в случае развития регулярной родовой деятельности. В случае возникновения осложнений со стороны матери или плода — роды путем операции кесарево сечение.

В таблице 1 представлены динамические изменения показателей коагулограммы у пациентки с тромбоэмболией легочной артерии.

Таблица 1 — Динамика показателей коагулограммы

Дата	АЧТВ (с)	ПВ (с)	ПТИ	МНО	Фибриноген (г/л)	Д-димеры (г/л)
28.09.15	30,1	13,7	0,87	1,14	4,9	1,5
29.09.15	30,1	13,7	0,87	1,1	5,3	0,7
30.09.15	30,2	13,6	0,88	1,13	5,0	0,4
04.10.15	31,0	12,5	0,96	1,1	5,1	—

Окончание таблицы 1

Дата	АЧТВ (с)	ПВ (с)	ПТИ	МНО	Фибриноген (г/л)	Д-димеры (г/л)
06.10.15	30,8	13,5	0,96	1,12	5,1	0,3
09.10.15	24,6	14,0	0,85	1,16	4,8	—
13.10.15	23,5	12,9	0,93	1,07	4,6	0,3
15.10.15	30,0	12,0	1,0	1,0	4,5	—
16.10.15	33,9	18,9	0,63	1,6	4,6	—
17.10.15	30,1	40,5	0,29	3,72	4,4	—
18.10.15	30,7	27,1	0,44	2,25	4,4	—
19.10.15	30,9	41,2	0,32	3,4	4,4	—
20.10.15	31,9	29,6	0,40	2,62	3,9	—

В процессе лечения проводилось динамическое ультразвуковое исследование вен нижних конечностей, диагностированы признаки реканализации задней большеберцовой вены справа, признаки тромботической окклюзии поверхностной бедренной вены без флотации тромба. 05.10.15 г. при проведении ультразвукового исследования вен нижних конечностей диагностирован уровень тромбоза слева: слияние глубокой и поверхностной бедренной вены. Признаков флотации нет. Глубокие вены левой голени, глубокие и поверхностные вены правой нижней конечности проходимы. Последующие исследования не показали динамических изменений.

05.10.15 г. осмотрена консилиумом врачей. Учитывая доношенную беременность, маловодие, решено прибегнуть к плановой родоиндукции. Выработан план ведения родов: 07.10.15 г. выполнена амниотомия, в случае развития регулярной родовой деятельности роды вести через естественные родовые пути, в случае возникновения осложнений родостимуляцию исключить, прибегнуть к операции кесарево сечение.

Течение родов

07.10.15 г. в 8.00 произведена амниотомия, излилось скудное количество светлых околоплодных вод.

Пациентка осмотрена консилиумом врачей 07.10.15 в 9.00: общее состояние удовлетворительное, схватки через 4–5 минут по 25–30 с. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту. *Status per vaginam*: шейка матки сглажена, края маточного зева податливые, раскрытие акушерского зева 6,0 см головка плода прижата ко входу в малый таз. Мыс крестца не достигается. Диагноз: «Первый период первых срочных родов. Тромбоз задней большеберцовой вены правой голени. ТЭЛА мелких ветвей (28.09.15). Недостаточность ТК 3 степени. Миопия высокой степени. ПДС (лазерблокированная). ОАГА. Маловодие. Амниотомия».

Роды велись под непрерывным мониторным КТГ-наблюдением. 07.10.15 г. в 10.05. началась потужная деятельность, в 10.10 родился

ребенок мужского пола весом 3980 г, длиной 59 см, с однократным обвитием пуповины вокруг шеи плода, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Послед выделился самостоятельно, через 10 минут. Под внутривенной анестезией ушит разрыв промежности. Пациентка переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии 07.10.15 г. в 12.30.

Ультразвуковое исследование вен нижних конечностей в динамике в послеродовом периоде: при проведении дальнейшего динамического наблюдения 09.10.15 г. диагностированы признаки реканализации. В последующих исследованиях динамических изменений не было.

Ультразвуковое исследование сердца в динамике в послеродовом периоде: 08.10.15 г. — глобальная систолическая функция левого желудочка сохранена, незначительная дилатация правого предсердия. Регургитация на трикуспидальном клапане 3 ст., давление в легочной артерии — 25 мм рт. ст. При дальнейшем динамическом ежедневном наблюдении давление в легочной артерии постепенно снижалось до 17 мм рт. ст.

ЭКГ в динамике: 12.10.15 г. ритм синусовый, ЧСС — 60 в минуту. На вдохе синусовая брадикардия, ЧСС — 45–50. 19.10.15 г. — ритм синусовый. ЧСС — 63 в минуту. Брадикардия.

09.10.2015 г. пациентке была выполнена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) органов грудной полости и КТ-ангиография. На серии рентгеновских компьютерных томограмм после внутривенного болюсного контрастирования с обеих сторон в крупных ветвях легочной артерии визуализировались множественные пристеночные тромбы (справа — в нижнедолевой артерии с распространением в сегментарные ветви 8–9 сегментов; слева — с уровня бифуркации левой легочной артерии с распространением в нижне-, верхнедолевую ветви и далее в сегментарные артерии верхней и нижней долей). Максимальная протяженность тромбирования отмечалась в нижнедолевой артерии слева — до 50 мм, в нижнедолевой артерии справа — до 23 мм. В базальных сегментах нижних долей легких, преимущественно

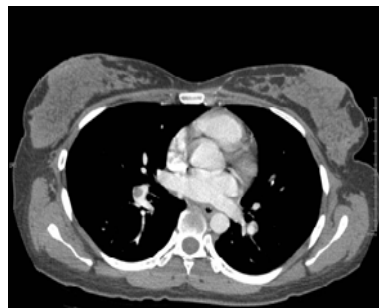
венно слева, визуализировались зоны снижения пневматизации легочной ткани типа «матового стекла». Патологических очаговых и инфильтративных теней в легких не выявлено. Просвет трахеи, главных и долевых бронхов

свободен. Увеличенных внутригрудных лимфатических узлов не определялось.

Заключение: КТ-картина ТЭЛА (тромбоэмболия крупных ветвей легочной артерии с обеих сторон) (рисунки 1, 2, 3).



Рисунок 1 — РКТ органов грудной полости, обзорная локализующая топограмма органов грудной полости



Рисунки 2, 3 — РКТ органов грудной полости, постпроцессинговая обработка, режим мультипланарной реконструкции

В послеродовом периоде пациентка находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии, с 16.10.15 г. под контролем МНО лечение продолжено с помощью антагонистов витамина К, переведена в кардиологическое отделение для дальнейшего лечения 20.10.15 г.

Заключение

Данный случай демонстрирует сложность диагностики тромбоэмболии легочной артерии у беременных женщин на амбулаторном этапе. У данной пациентки ведущим клиническим симптомом являлась одышка, которая была неверно оценена врачом скорой медицинской помощи как признак родовой деятельности. При поступлении в экстренном порядке проведены все необходимые исследования, допустимые во время беременности. Низкую чувствительность продемонстрировали рентгенография органов грудной клетки и электрокардиограмма, которые не показали характерных для ТЭЛА изменений у данной пациентки. При проведении ультразвукового исследования сердца выявлены характерные для тромбоэмболии легочной артерии признаки перегрузки правых отделов сердца, легочная гипертензия, подтвердил диагноз повышенный уровень Д-димеров. Ульт-

развуковое исследование вен нижних конечностей позволило выявить тромб глубоких вен нижних конечностей, что дало возможность начать антикоагулянтную терапию до окончательного подтверждения диагноза тромбоэмболии. Осложняла ведение данной пациентки необходимость родоразрешения, так как хирургическое вмешательство увеличивает риск тромбообразования, а применение антикоагулянтов в терапевтических дозах может увеличить кровопотерю в родах. Для данной пациентки выбран способ ведения родов через естественные родовые пути, без применения усиливающих сократительную деятельность матки средств. Выбранная тактика позволила успешно завершить роды, что способствовало благополучному течению послеродового периода.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Тромбоэмболические осложнения в интенсивной терапии: проблемы, ошибки и их решение / А. Ф. Лопатин [и др.] // Клинические исследования. — 2010. — № 1. — С. 36–41.
2. Вёрткин, А. Л. Тромбоэмболия легочной артерии: эпидемия, о которой все молчат / А. Л. Вёрткин, А. М. Грицанчук // Архив внутренней медицины. — 2014. — № 1(15). — С. 33–39.
3. Тромбоэмболические осложнения в акушерско-гинекологической практике / В. Ф. Беженарь [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2004. — Том LIII, Выпуск 1. — 2004. — С. 55–72.

Поступила 21.12.2015

УДК 618.19-089.87-089.5-032:611.829

ПРИМЕНЕНИЕ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МАСТЭКТОМИИ

В. В. Яскевич¹

¹Бобруйский межрайонный онкологический диспансер

Описан клинический случай выполнения паллиативной мастэктомии с санитарной целью у пациентки (III класс ASA) с применением в качестве анестезиологического обеспечения паравертебральной блокады с внутривенной седацией. Это позволило обеспечить безопасное анестезиологическое пособие при оператив-