

Случай успешного тромболизиса при массивной тромбоэмболии легочной артерии у беременной

Е.Ю.Шакурова, М.А.Ястребов[✉]

ГБУЗ Республиканский перинатальный центр Республики Карелия. 185003, Россия, Петрозаводск, ул. Л.Толстого, д. 36

Мы представляем случай успешного тромболизиса при массивной тромбоэмболии легочной артерии у беременной. При этом не наблюдалось тяжелых геморрагических осложнений. Тромболизис оказался эффективным и не повлиял на течение беременности и состояние плода.

Ключевые слова: беременность, массивная тромбоэмболия легочной артерии, тромболизис, геморрагические осложнения.

[✉]yastrebovmich@yandex.ru

Для цитирования: Шакурова Е.Ю., Ястребов М.А. Случай успешного тромболизиса при массивной тромбоэмболии легочной артерии у беременной. Гинекология. 2016; 18 (6): 61–62.

A case of successful thrombolysis in massive pulmonary embolism in pregnancy

E.Yu.Shakurova, M.A.Yastrebov[✉]

Republican Perinatal Center. 185035, Russian Federation, Petrozavodsk, ul. L.Tolstogo, d. 36

We present a case of successful thrombolysis in massive pulmonary embolism in pregnancy. No severe haemorrhagic complications were observed. Thrombolysis was effective and did not affect the pregnancy and the fetus.

Key words: pregnancy, massive pulmonary embolism, thrombolysis, haemorrhagic complications.

[✉]yastrebovmich@yandex.ru

For citation: Shakurova E.Yu., Yastrebov M.A. A case of successful thrombolysis in massive pulmonary embolism in pregnancy. Gynecology. 2016; 18 (6): 61–62.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является одной из основных причин материнской смертности в развитых странах мира [1]. По различным данным тромбоэмболические осложнения при беременности встречаются с частотой от 0,3 до 1 на 1 тыс. родов [2]. В мире накоплено очень мало опыта лечения данного состояния, в 2011 г. сообщалось о 18 случаях успешного применения тромболизиса при ТЭЛА у беременных [3]. На сегодняшний день известно о 28 случаях успешного тромболизиса у беременных, что, безусловно, не позволяет провести серьезное статистическое исследование и сделать определенные выводы относительно эффективности и безопасности этого метода [4].

Клинический случай

Беременная П., 28.01.1987 г.р., состояла на учете в консультативном отделении Республиканского перинатального центра (РПЦ) Петрозаводска с 10-й нед. Данная беременность 2-я, в 2014 г. имела место замершая беременность раннего срока. Обследована согласно приказу 572н от 1.11.2012 «Порядок оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных и репродуктивных технологий)». Выявлены остеохондроз шейного и поясничного отделов, хроническая герпетическая инфекция, миома матки небольших размеров. В 22 нед проведена коррекция истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) акушерским разгружающим пессарием. С 23-й нед жалобы на учащенное сердцебиение. Учитывая жалобы, обследована. На электрокардиограмме (ЭКГ) от 26.01, 01.02.16 синусовый ритм, синусовая тахикардия до 100 уд/мин. Эхокардиоскопия (ЭхоКС) – без патологии. Лабораторные тесты в норме. Осмотрена специалистами. Кардиологом рекомендован прием новопассита в связи с нейроциркуляторной дистонией, эндокринологом исключен тиреотоксикоз. Дважды осмотрена неврологом, диагностирован эссенциальный тремор на фоне беременности. Очередная явка на прием назначена на 04.03.2016 при сроке 27–28 нед.

04.03.2016 беременная П. на улице, перед входом в женскую консультацию РПЦ отметила резкую слабость, боль за грудной, выраженную одышку, упала. Осмотрена реанимационной бригадой и дежурным акушером-гинекологом, госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации РПЦ.

При поступлении у больной отмечалось тяжелое состояние в большей степени обусловленное острой дыхательной недостаточностью и гемодинамическими расстрой-

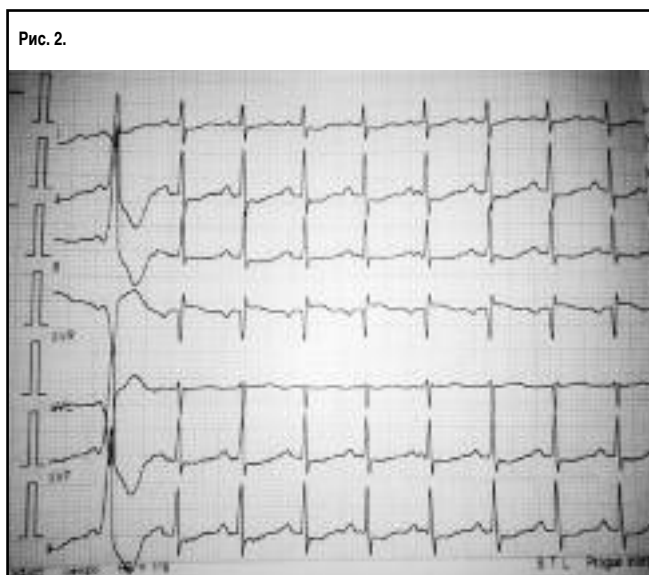
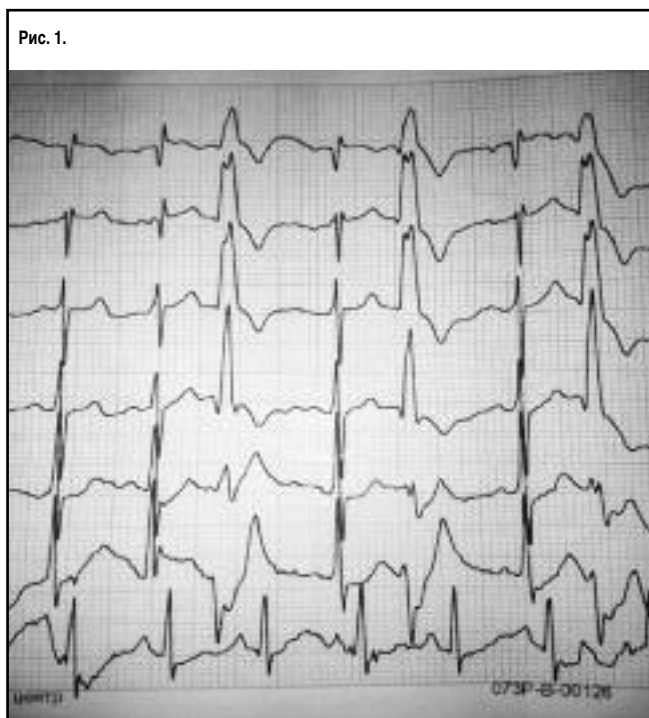
ствами, обращал на себя внимание выраженный диффузный цианоз и тахипноэ до 40 в минуту, аритмия с дефицитом пульса (частота сердечных сокращений 130 в минуту с пульсом 36–40 в минуту) на фоне нормальных цифр артериального давления (120/80 мм рт. ст.). При аускультации грудной клетки тоны сердца были аритмичные и глухие, выслушивалось жесткое дыхание без хрипов. В срочном порядке выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) плода, острая акушерская патология была исключена, плод не страдал. Клинических признаков тромбоза глубоких вен нижних конечностей не было.

Начата оксигенотерапия через лицевую маску и инфузия кристаллоидов. Определялось низкое насыщение гемоглобина кислородом, на уровне 84–86% во время ингаляции кислорода и до 76–78% без оксигенотерапии.

По данным ЭКГ была диагностирована тахикардия с желудочковой экстрасистолией по типу бигеминии (рис. 1). После внутривенного введения кордарона в дозе 300 мг, количество желудочковых комплексов значительно уменьшилось (рис. 2), кроме того, клинически отмечалось улучшение показателей гемодинамики, исчез дефицит пульса, уменьшились цианоз и одышка (тахипноэ уменьшилось до 24–28 раз/мин). На рентгенограмме органов грудной клетки никаких катастрофических изменений, которые могли бы привести к такой тяжелой дыхательной недостаточности, не было. Решено продолжить диагностический поиск в направлении подтверждения или исключения ТЭЛА. С этой целью пациентка была переведена транспортом Территориального центра медицины катастроф в многопрофильный стационар – Республиканскую больницу им. В.А.Баранова (РБ).

Диагноз при переводе: беременность 27–28 нед. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА). ТЭЛА? Нарушение сердечного ритма по типу желудочковой экстрасистолии. ИЦН 1-й степени, корригированная акушерским разгружающим пессарием.

В РБ при дуплексном сканировании вен нижних конечностей был диагностирован острый окклюзирующий флөботромбоз подколенной и поверхностной бедренной вен левой нижней конечности. По данным ЭхоКС отмечалась перегрузка правых отделов сердца с легочной гипертензией 4-й степени (систолическое давление в легочной артерии – 81 мм рт. ст.). По данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастированием легочной артерии, диагностирована массивная ТЭЛА. Был



определен прогностический индекс по шкале PESI, соответствующий IV классу риска летального исхода.

Учитывая высокую летальность при таком заболевании и соотношение рисков и пользы для матери и плода, было решено провести системный тромболитический альтеплазой. В результате очень быстро был достигнут терапевтический эффект – клинические проявления острой дыхательной недостаточности полностью исчезли, по данным ЭхоКС признаков перегрузки правых отделов не было, давление в легочной артерии нормализовалось – 30 мм рт. ст. Тромболитический осложнился формированием постпункционных гематом верхних конечностей, компрессионно-ишемической невропатией. В первые 4 сут после проведенного тромболитического проводился дважды в день контроль УЗИ плода, ежедневный осмотр гинеколога. Осложнений беременности не выявлено. Беременная выписана 24.03.16 в стабильном состоянии. Продолжено введение клексанапо 1,2 мл/сут.

Клинический диагноз: острый окклюзирующий флелотромбоз поверхностной бедренной вены справа, под-

коленной и поверхностной бедренной вен слева, осложненный массивной ТЭЛА. Легочная гипертензия 3-й стадии (систолическое давление в легочной артерии – 80 мм рт. ст.). Трикуспидальная регургитация 3-й степени. Успешный системный тромболитический от 04.03.16. Посттравматические гематомы обеих верхних конечностей. Компрессионно-ишемическая невропатия локтевого, срединного, лучевого нервов на уровне нижней трети правого и левого плеча. Контрактуры локтевого, лучезапястного суставов справа.

Сопутствующий диагноз: Беременность 30 нед. ОАГА. Миома матки небольших размеров. ИЦН 1-й степени, корригированная акушерским разгружающим пессарием. Остеохондроз шейного и поясничного отделов. Хроническая герпетическая инфекция, ремиссия.

После выписки из стационара беременная наблюдается акушером-гинекологом в консультативном отделении РПЦ, сосудистым хирургом, неврологом по месту жительства. В динамике УЗИ плода без патологии, по данным доплерометрии гемодинамических нарушений нет.

При сроке беременности 35 нед 3 дня беременная госпитализирована в ФБГУ «ФМИЦ им. В.А.Алмазова», где у нее произошли самостоятельные срочные роды через естественные родовые пути при сроке гестации 37 нед живой доношенной девочкой весом 3 кг. В послеродовом периоде перевод на прием оральных антикоагулянтов (варфарин, подбор дозы относительно целевого международного нормализованного отношения), наблюдение врачом акушером-гинекологом, неврологом, сосудистым хирургом.

Выводы

Беременность не влияет на клинические проявления ТЭЛА. Спорной можно назвать необходимость использования МСКТ у беременных с подозрением на ТЭЛА, когда уже после выполнения ультразвуковых методов диагностики удается выявить тромбоз глубоких вен нижних конечностей и перегрузку правых отделов сердца с легочной гипертензией в сочетании с клиникой острой дыхательной недостаточности.

Системный тромболитический является методом выбора при лечении больных с ТЭЛА высокого риска. Скромный мировой опыт тромболитической терапии у беременных пациенток в настоящее время не выявил различий в частоте осложнений по сравнению с небеременными пациентами [4]. Также не было замечено отрицательного влияния на плод.

В нашем случае системный тромболитический осложнился формированием постпункционных гематом верхних конечностей, что не может считаться серьезным поводом для отказа от данного вида лечения. Тромболитический не повлиял на течение беременности и состояние плода. Для оценки эффективности тромболитической терапии могут быть использованы ультразвуковые методы диагностики (ЭхоКС), что еще больше обезопасит плод от нежелательных воздействий.

Литература/References

1. Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G et al. Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the ESC. Endorsed by the ERS. Eur Heart J* 2014; 35 (43): 3033–73.
2. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S et al. ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 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. Eur Heart J* 2008; 29: 2276–315.
3. Fasullo S, Maringhini G, Terrazzino G et al. Thrombolysis for massive pulmonary embolism in pregnancy: a case report. *J Emerg Med* 2011; 4: 69.
4. Leonhardt G, Gaul C, Nietsch HH et al. Thrombolytic therapy in pregnancy. *J Thromb Thrombolysis* 2006; 21: 271–6.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Шакурова Елена Юрьевна – канд. мед. наук, зам. гл. врача по медицинской части ГБУЗ РПЦ РК

Ястребов Михаил Александрович – зав. отд-нием анестезиологии и реанимации ГБУЗ РПЦ РК. E-mail: yastrebovmich@yandex.ru