

Успешное хирургическое лечение массивной тромбоэмболии легочной артерии у беременной

РНПЦ «Кардиология», РНПЦ «Мать и дитя»

Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) считается одним из тяжелейших острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся высокой летальностью [1, 2]. Практическая значимость проблемы в настоящее время определяется нарастанием частоты легочных эмболий при самых разнообразных заболеваниях. Увеличением частоты послеоперационных и посттравматических эмболий, чаще возникающих при сложных хирургических вмешательствах. Сегодня ТЭЛА становится третьей по частоте причиной смертности в высокоразвитых странах, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям.

Сложность проблемы ТЭЛА обусловлена трудностью своевременной диагностики в связи с полиморфизмом развивающихся клинических синдромов. Факторами риска возникновения ТЭЛА являются: тромбофлебит глубоких вен, пожилой возраст, гиподинамия, хирургические операции и связанная с ними длительная иммобилизация, злокачественные новообразования, хроническая сердечная недостаточность, варикозное расширение вен нижних конечностей, беременность и роды, травмы, некоторые заболевания (болезнь Крона, эритремия, нефротический синдром, системная красная волчанка) и др.

Наиболее неблагоприятный прогноз при ТЭЛА у беременных, как правило, почти всегда приводящая к материнской смертности. В мировой медицине известны единичные случаи, когда женщина с таким диагнозом вынашивала беременность и рожала [3, 4]. Первый успешный случай в отечественной медицине зарегистрирован 28 апреля 2006 года благодаря сотрудничеству белорусских акушер-гинекологов и кардиохирургов в проведении точного и быстрого обследования беременной пациентки и оказания своевременной высококвалифицированной хирургической помощи.

Приводим собственное наблюдение.

Больная Х., 37 лет заболела остро на 16-ой неделе беременности и 20.12.05 г. была госпитализирована в роддом с «легочными» симптомами – одышкой, кашлем, нехваткой воздуха. Учитывая данные лабораторного и клинического обследования и ухудшение состояния на фоне проводимого лечения акушер-гинекологами 29.12.05 г. был выставлен диагноз: Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии, подострое легочное сердце на фоне объемного образования правого желудочка (микрома, тромб правого желудочка), Н 2А. Беременность 18-19 недель.

По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) определялось объемное образование в полости правого желудочка, дилатация правых отделов сердца, признаки легочной гипертензии, регургитация на трехстворчатом клапане 4 степени.

По согласованию с кардиохирургами для дальнейшего обследования и определения лечебной тактики 29.12.05 г. в 23.50 минут переведена в РНПЦ «Кардиология». При поступлении общее состояние больной тяжелое, в сознании, контактна, постоянно находится на ингаляции кислорода. PS-89 ударов в

минуту, АД-100.60 мм рт ст. Жалобы на слабость, одышку, чувство нехватки кислорода. Кожа и слизистые, бледные с сероватым оттенком. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

По данным повторной Эхо КГ расширение правых отделов сердца, увеличение давления в легочной артерии до 90 мм рт ст. ЭКГ-синусовый ритм, 90 ударов в минуту, гипертрофия обоих предсердий, обоих желудочков с перегрузкой правого желудочка. УЗДГ глубоких вен нижних конечностей: магистральные поверхностные и глубокие вены проходимы, в дистальной части левой поверхностной бедренной вены пристеночное образование небольших размеров – склерозированная створка клапана. Клапанный аппарат вен без особенностей. Достоверных признаков тромбоза вен нижних конечностей нет.

Узи плода, сделанное перед консилиумом в РНПЦ «Кардиология» показало, что беременность, несмотря на тяжелое состояние матери, протекает нормально. Кровотечения, отеков, схваток не наблюдалось. После осмотра консилиума в составе акушер-гинекологов и кардиохирургов 30.12.05 г. в 04.10 минут принято решение о проведении ангиопульмонографии с целью решения тактики дальнейшего лечения.

Данные ангиопульмонографии: правая подвздошная вена, правое предсердие, правый желудочек без признаков тромбоза. Ствол легочной артерии проходим, без признаков тромбоза. Массивный тромбоз правой и левой ветвей легочной артерии с антеградным кровотоком. Давление в легочной артерии 80 мм рт ст.

В 06.00 минут 30.12.05 г. выполнена операция тромбэктомия из ветвей легочной артерии в условиях искусственного кровообращения. Произведено извлечение свежих и организованных тромбов из ветвей легочной артерии с использованием техники массажа обоих легких. После отключения аппарата искусственного кровообращения сердечная деятельность восстановилась самостоятельно. При контрольном интраоперационном измерении давления в стволе легочной артерии средний показатель составил 25 мм рт ст. Размеры правых отделов сердца не увеличены. С целью исключения повторной тромбоэмболии легочных вен произведена имплантация кавафилтра (Trap Ease) в нижнюю полую вену (на 1,5 см ниже почечных вен). Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 9-е сутки. В послеоперационном периоде пациентка получала: фацид, аналгетики, антибактериальную терапию, фрагмин, кардилапин, препараты железа, фурасемид, эритроцитную массу.

При контрольном исследовании на ЭКГ: ритм синусовый, 78 ударов в минуту. ЭхоКГ-аорта 31 мм, аортальный клапан не изменен, ЛП-37 мм, ЛЖ-47/28 мм, ФВ-65%, МК – не изменен, давление в ЛА 41 мм рт ст. ТК-регургитация 1-2 степени, перикард и плевральные полости без особенностей.

Для оценки состояния плода проведено контрольное Узи-исследование-плод живой, положение продольное, предлежит головка, первая позиция, передний вид. ЧСС плода 152 удара в минуту, ритмичная. Плод активен. Плацента по передней стенке матки, околоплодных вод достаточное количество, видимых участков отслойки плаценты не выявлено.

Через 3 недели после операции пациентка переведена в РНПЦ «Мать и дитя» где в 35 недель беременности была благополучна родоразрешена.

Литература

1. Полонецкий, Л.З., Островский, Ю.П., Суджаева, С.Г. и др. Тромбоэмболи легочной артерии. Минск. 2004г., 122с.
2. Воробей, А.В. Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений в хирургической практике. «Медицинская панорама», Минск, 2005г, № 2, С.90-95.
3. Кириенко, А.И., Дубровский, А.Д., Леонтьев, С.Г и др. Миниинвазивная хирургия в профилактике массивной тромбоэмболии легочной артерии у беременных. Грудная и серд.-сосуд. хирургия, 2004г., № 4, С. 40-42.
4. Task Force of Pulmonary Embolism. European Society of Cardiology. Guidelines of diagnosis and management of acute pulmonary embolism //Eur.Heart.J.-2000,-V. 21.- P. 1301-1336.