

тику без надобности. Поэтому любые потенциальные негативные последствия (например, кровотечение, связанное с приемом антикоагулянта) должны быть тщательно сбалансированы с ожидаемой выгодой профилактики тромбоэмболии. Альтернативный подход мог бы заключаться в выявлении только пациентов с высоким риском тромбоэмболии и назначения профилактической терапии. Это может значительно предотвратить большую часть тромбоэмболических

осложнений и избежать терапевтические риски для тех, у кого вряд ли разовьется тромбоэмболия. Антитромботическую профилактику гепарином следует рассматривать у пациентов с низким уровнем протеинов антикоагулянтов в плазме, из-за его эффективности в предотвращении венозного тромбоза и его безопасности при риске кровотечения.

Ведение больных детей с НС является одной из актуальных мультидисциплинарных проблем современной медицины.

Для определения адекватной терапии указанного заболевания необходимо объединение усилий специалистов различных областей медицины – кардиохирургов, нефрологов, педиатров, детских кардиологов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СИНДРОМ ЛЕМЬЕРА У БЕРЕМЕННОЙ 9–10 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Савчук О.В.*, **Сивохина Н.Ю.**, **Пронин А.Г.**,
Валова О.А., **Коровицина Н.Н.**

*Национальный медико-хирургический
Центр имени Н.И. Пирогова, Москва*

УДК: 618.177-089.888-11-005.6-055.2
DOI: 10.25881/BPNMSC.2018.75.43.033

Резюме. Представлены результаты обследования, наблюдения и лечения пациентки с тромбозом внутренней яремной вены и беременностью 9–10 недель.

Ключевые слова: венозные тромбоэмболические осложнения, беременность, диагностика.

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) являются актуальной проблемой в современном акушерстве и гинекологии. Это обусловлено тем, что смертность от ВТЭО и, в частности, от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) занимает лидирующие позиции в структуре материнской смертности. Частота тромбоэмболических осложнений во время беременности составляет 2–5 на 1000 родов, что в 5–6 раз больше, чем в общей популяции. В течение беременности наблюдается перестройка системы гемостаза с развитием прокоагулянтного состояния, что является одной из причин повышенной склонности к тромбозам и ТЭЛА при беременности. Источником тромботических масс являются в 70–90% случаев тромбоз глубо-

LEMIERRE'S SYNDROME IN A PATIENT WITH PREGNANCY OF 9–10 WEEKS AFTER IN VITRO FERTILIZATION

Savchuk O.V.*, **Sivohina N.YU.**, **Pronin A.G.**, **Valova O.A.**, **Korovicina N.N.**

Federal State Budgetary Institution «National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Abstract. The article presents the results of examination, observation and treatment of a patient with thrombosis of the internal jugular vein and pregnancy of 9–10 weeks.

Keywords: venous thromboembolic complications, pregnancy, diagnosis.

ких вен нижних конечностей, в 10–30% – вен верхних конечностей, шеи и полости правых отделов сердца. Диагностика ТЭЛА у беременных сопряжена с трудностями, так как у этих больных проведение КТ-ангиопульмонографии может выполняться только по жизненным показаниям, в связи с риском появления осложнений у плода.

Примером редкого случая ВТЭО может служить пациентка Ф., 30 лет, поступившая в ОРИТ для больных кардиологического профиля НМХЦ имени Н.И. Пирогова 30.10.2017 г. с правильным диагнозом ТЭЛА. При поступлении больная предъявляла жалобы на боли в области правого плеча, заднебоковой области шеи справа, усиливающиеся при движении, эпизодически

возникающую невыраженную кратковременную одышку. Повышение артериального давления, инсульт, инфаркт миокарда отрицает. Толерантность к физической нагрузке удовлетворительная. Любые хронические заболевания отрицает, пациентке 02.09.2017 г. выполнено экстракорпоральное оплодотворение, после чего были назначены Дюфастон и Курантил. За три недели до госпитализации перенесла острую респираторную вирусную инфекцию. В течение последних двух недель беспокоили боли в области правого плеча, умеренной интенсивности, а также боли в задне-боковой области шеи, появилась незначительная одышка при ходьбе. Обращалась в поликлинику по месту жительства к неврологу. Терапия не назначалась в виду

* e-mail: nmhc@mail.ru

беременности пациентки. За два дня до поступления в стационар боли в области шеи и правого плеча усилились, стали ограничивать объем дыхательных движений, что и послужило поводом для госпитализации.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, индекс массы тела 24. Кожные покровы обычного цвета, нормальной влажности. Отеков, пастозности голеней нет. Окружность нижних конечностей симметричная на всей уровнях. Симптомы Мозеса и Хоманса отрицательные с обеих сторон. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Болезненность и признаки мышечного напряжения при пальпации правого плеча и задне-боковой области шеи справа. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Сатурация кислорода артериальной крови без оксигенотерапии 97%. Тоны сердца звучные, ясные, шумов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из под края реберной дуги.

Анализ крови при поступлении: тропониновый тест – 0,001 нг/мл, Д-димер – более 5 мг/л. Пресепсин – 158 пмоль/мл. Лейкоциты – $14,03 \times 10^9$ /л; эритроциты $4,3 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 123 г/л; тромбоциты – 23×10^9 /л; гематокрит – 36,3%. Амилаза – 65 ЕД/л; хлориды – 106 ммоль/л; креатинин – 53,9 мкмоль/л; АСТ – 19,2 ЕД/л; калий – 3,65 ммоль/л; АЛТ 50,3 ЕД/л; натрий – 135,2 ммоль/л. Фибриноген – 3,2 г/л; протромбиновый индекс – 90%; АЧТВ – 30,4 с; МНО – 1,07; тромбиновое время – 13,5 с; протромбиновое время – 13,8 с.

ЭКГ: синусовый ритм, частота сердечных сокращений 75 в мин., нормальное положение электрической оси сердца, PQ 0,14, QRS 0,09, QT 0,34. Сегмент ST на изолинии во всех отведениях (Рис. 1).

ЭхоКГ: камеры сердца не расширены. Глобальная и региональная систолическая функция левого желудочка не нарушена. Фракция выброса – 68%. Патологии клапанного аппарата не выявлено. Систолическое давление в ЛА – 25–30 мм рт. ст.

Ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей: проходимость глубоких и подкожных вен обеих нижних конечностей сохранена.

Консультирована неврологом: болевой мышечно-тонический синдром в шее.

Проведенное скрининговое обследование по выявлению причин высокого уровня Д-димера было безрезультатным. Пациентка была направлена на консультацию к ЛОР-врачу по поводу сохраняющихся болей в области правой половины шеи после перенесенного ОРЗ, который предположил тромбоз яремной вены (синдром Лемьбера).

При ультразвуковом дуплексном сканировании внутренних яремных и подключичных вен: в правой внутренней яремной вене справа (1,3 см) отмечается выраженный стаз крови по типу «желе», пристеночные фиксированные тромботические массы. В просвете правой подключичной вены в дистальных отделах выраженный стаз крови по типу «желе» в проксимальном отделе подключичной вены фиксированные тромботические массы, занимающие 90% просвета вены. Внутренняя яремная (1,4 см) и подключичная (0,8 см) вены слева не

расширены. Вены плохо сжимаются при компрессии датчиком, ультразвуковые признаки выраженного стаза крови по типу «желе». Позвоночные вены с обеих сторон расширены, скорость кровотока повышена. Заключение: неокклюзивный тромбоз проксимального отдела подключичной и внутренней яремной вен справа. Ультразвуковые признаки выраженного стаза крови в просвете внутренней яремной и подключичной венах слева (Рис. 2).

Консультирована сосудистым хирургом: неокклюзивный тромбоз проксимального отдела подключичной и внутренней яремной вен справа. Показаний к хирургическому лечению нет. Показана антикоагулянтная терапия.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза: в полости матки визуализируется плодное яйцо размерами $43 \times 23 \times 52$ мм, средний диаметр 39,3 мм (соответствует 9 нед. 6 дн. беременности). Визуализирован один живой эмбрион, копчиково-теменной размер 32 мм (соответствует 10 нед. беременности). Определяются спонтанные движения эмбриона. Грубых пороков развития не визуализировано.

В В-режиме и в режимах ЦДК визуализирована сердечная деятельность эмбриона, в спектральном доплеровском режиме регистрируется сердцебиение, ЧСС = 168 ударов в минуту. Заключение: признаков патологии органов брюшной полости не выявлено. Маточная беременность 9–10 недель (Рис. 3).

Консультирована гинекологом: данных за угрозу прерывания беременности нет. Противопоказаний к назначению лечебной дозы антикоагулянтов нет.

По результатам обследования установлен диагноз: неокклюзивный

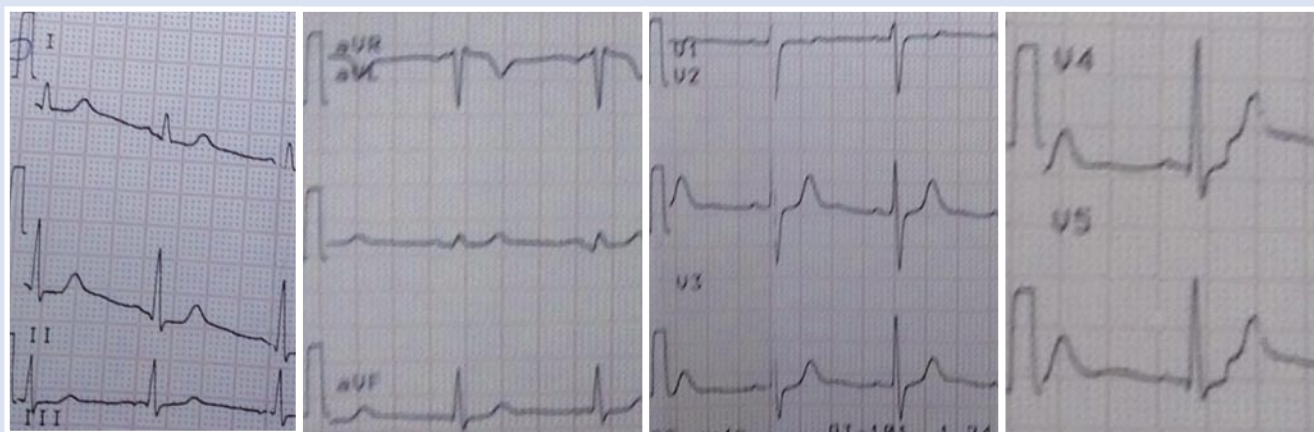


Рис. 1. ЭКГ больной Ф, 30 лет, с подозрением на ТЭЛА



Рис. 2. Ультразвуковая визуализация неокклюзивного тромбоза подключичной вены справа



Рис. 3. Ультразвуковая визуализация плода в полости матки

тромбоз проксимального отдела подключичной и внутренней яремной вены справа на фоне беременности 9–10 нед. после экстракорпорального оплодотворения. Проведение контрастной КТ-ангиопульмонографии для исключения возможности ТЭЛА больной было противопоказано. Была назначена терапия клексаном 0,6 мл 2 раза в сутки подкожно под динамическим контролем акушера-гинеколога в амбулаторных условиях.

Данный клинический случай интересен редкостью локализации неокклюзивного тромбоза в подключичной и внутренней яремной венах справа (синдром Лемьера).

Выводы

1. При выявлении высокого уровня Д-димера у беременных пациенток, необходимо несколько расширять область поиска венозного тромбоза, и не стоит списывать его повышение на беременность.
2. Описанная в данном клиническом примере локализация венозного тромбоза, зачастую является осложнением воспалительных заболеваний головы и шеи, патологии зубов, заболеваний ЛОР-органов, что требует более тщательного сбора анамнеза у беременных пациенток с высоким уровнем Д-димера, а также привлечения к обследованию пациенток

врачей других специальностей, а не только кардиологов и гинекологов.

3. Патология свертывающей системы крови – тромбофилия, врожденная или приобретенная, встречается у 5% населения, может протекать скрыто и манифестировать под действием предрасполагающих факторов, таких как беременность или прием оральных контрацептивов, что в дальнейшем требует дообследования для выявления этого патологического состояния крови.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.