



**Original Article: IL SUCCESSO DEL TRATTAMENTO DEL TROMBOEMBOLISMO
POLMONARE NELLA PRATICA OSTETRICA**

Citation

Prasmytsky O.T., Yalonetski I.Z., Grachev S.S. Il successo del trattamento del tromboembolismo polmonare nella pratica ostetrica. *Italian Science Review*. 2014; 10(19). PP. 240-243.
Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2014/october/Prasmytsky.pdf>

Authors

Oleg T. Prasmytsky, Belarusian State Medical University, Belarus.
Igor Z. Yalonetski, Belarusian State Medical University, Belarus.
Sergey S. Grachev, Belarusian State Medical University, Belarus.

Submitted: October 14, 2014; Accepted: October 20, 2014; Published: October 31, 2014

L'embolia polmonare (PE) - un blocco (occlusione) letto arterioso polmonare (tronco, a destra oa sinistra arteria polmonare e / o rami) masse trombotiche di vario calibro, formata nelle vene della circolazione sistemica trombosi venosa profonda (TVP) e piedi ileo segmento - kavalnogo del bacino, che è nel bacino della vena cava inferiore, raramente - nel pool di vena cava superiore), almeno - nell'atrio destro o il ventricolo destro del cuore. [6]. Di conseguenza, lo sviluppo di rami spasmo dell'arteria polmonare, cuore polmonare acuto, riducendo la gittata cardiaca, diminuzione della ossigenazione del sangue e broncocostrizione [3,4]. Di complicanze tromboemboliche e grave malattia caratterizzata da elevata mortalità.

Complicanze tromboemboliche sono il vero problema di ostetricia e ginecologia moderni come leader nella struttura della mortalità materna [5,8] e portare a gravi conseguenze a lungo termine [1,2,4,5]. Fino al 85% delle donne che hanno subito trombosi venosa profonda durante la gravidanza, in seguito soffrire di almeno uno dei segni della sindrome post-trombotica, ipertensione polmonare cronica, ulcere trofiche [2,4]. Gravidanza aumenta il

rischio di trombosi in 5-6 volte, come dimostra la presenza di tutti e tre i fattori della triade di Virchow: rallentamento del flusso sanguigno, danni alla parete del vaso, la variazione delle proprietà reologiche del sangue. Molti autori suggeriscono che il processo si crea di gestazione in prerequisiti corpo della madre per complicanze tromboemboliche. La gravidanza provoca cambiamenti nel flusso di sangue nelle vene del triangolo femoro-iliaca. La pressione dell'utero incinta porta alla rottura del deflusso venoso e aumento della pressione venosa da una media di 10 mm Hg

Acuta tromboembolia sintomatica appare chiara solo quando l'occlusione è superiore al 30-50% del letto arterioso polmonare. Il quadro clinico è determinato da disturbi emodinamici, insufficienza respiratoria e ipossia. Emboli grandi e / o multipli portano a un forte aumento della resistenza vascolare polmonare del canale, e aumenta significativamente il precarico sul cuore destro. In alcuni pazienti questo può portare a insufficienza cardiaca. Altro in questa situazione possono sviluppare sistemica ipotensione, shock e morte per insufficienza ventricolare destra acuta. In caso di adeguatezza dei meccanismi di

compensazione scatenanti il paziente muore immediatamente, ma se non trattata rapidamente progressiva disturbi emodinamici secondarie, soprattutto quando recidiva di tromboembolismo nelle prossime ore.

Il trattamento di embolia polmonare è sempre un compito difficile, che richiede gli sforzi di professioni sanitarie alleate. Si consideri un caso clinico.

Paziente N., 27 anni, è stato ricoverato al reparto di patologia della diagnosi di gravidanza Gravidanza 235 giorni. Minacciando parto pretermine. Pielonefrite gestazionale. Gastrite cronica. Laboratorio: OAM: ud. peso - 1015, aspro, L-2-3, urati ++.; KLA: WBC - 11.39×10^9 , RBC - 4.32×10^{12} , HGB - 120 g / l, PLT - 191×10^9 , ESR - 32 mm / ora. Entro 10 giorni dal ricevimento di una soluzione al 3% di bromo a 1 cucchiaino da tavola 3 volte al giorno, 20 ug ginepral 1 volta al giorno per via endovenosa veropamil 80 mg per via orale una volta al giorno, desametasone 8 mg 3 volte intramuscolare giornaliera (3 giorni), cefotaxime 1 g 3 volte al giorno per via intramuscolare Urolesan. In base clinica, dati di laboratorio e strumentali (CTG, ecografia), stato del paziente e il feto era considerato soddisfacente, con dinamiche positive. Il 10 ° giorno di ricovero del paziente improvvisamente si ammalò (caduto sotto la doccia): le denunce di sentimento di paura e di mancanza d'aria. Il paziente è stato immediatamente portato in terapia intensiva. Nella coscienza, adeguatezza, segni neurologici non sono presenti. C'è una cianosi moderata della metà superiore del tronco, viso, collo, falangi unghie, acrocianosi. BP = 96/62 mm Hg, toni cardiaci sono ovattati, ritmico, HR = Ps = 118 giri / min, SpO₂ in un contesto di insufflazione ossigeno -. 96-98%. Nei polmoni, respirando affannosamente da entrambi i lati, senza affanno, BH 18 min. ECG: ritmo sinusale, ha segnato la tachicardia, EOS verticale, pronunciato cambi di vertice del miocardio e della regione postero-laterale. Radiograficamente, aerei leggeri, modello

polmonare è arricchita in alto a sinistra, i seni sono liberi, cuore della vita lisciato determinato sporgenti secondo arco. L'ecografia dell'utero, le dimensioni corrispondono feto a 37 settimane di gravidanza, PMP - 3140, violazione MFWD bis dell'art. L'emostasi: APTT - 23,3 sec, fibrinogeno - 9,8 g / L D-dimero - 3066 ng / ml. CBS: Ph - 7348, pCO₂ - 36,8 mmHg, pO₂ - 53,8 mmHg, SO₂ - 86,3%. KLA: WBC - $14,8 \times 10^9$, RBC - 4.35×10^{12} , HGB - 126 g / l, PLT - 292×10^9 , ESR - 32 mm / ora.; BAC: Urea - 2.63 mmol / L, creatinina - 0,069 mmol / l, Proteina - 62g / l, albumina - 35,6 g / l, ed altri parametri - normale. In base clinica, dati di laboratorio e strumentali al paziente diagnosticato: Gravidanza 244 giorni. La minaccia di interruzione della gravidanza (coppa). Violazione Art FPC Ia. Stato compensata del feto. PATE piccoli rami di una fonte non identificata. HI, CHF FC II. Trattamento prescritto: eparina ev in bolo di 10 000 con il passaggio alla titolazione di 1000 U / h, cefotaxime 1.0 due volte al giorno, diazepam 10 mg una volta al giorno, aktovegin 10 ml per via endovenosa 1 volta al giorno, 500 mg per via endovenosa emoksipin 1 volta al giorno, metprezon 250 mg per via endovenosa una volta, ranitidina 50 mg per via endovenosa 1 volta al giorno, veropamil 80 mg per via endovenosa ogni 8 ore, la terapia di infusione sotto il controllo di emodinamica e la diuresi. Il paziente è stato esaminato da un neurologo, oculista, chirurgo. Le condizioni del paziente si è stabilizzato. APTT - 55.2, PV - 15.5, PTI - 0,903, D-dimeri - 4865. Dopo 10 ore, il lavoro paziente, in mezzo a scontri PA 110/67 mm Hg, frequenza cardiaca 130, CVP 12 sm.vod.st., ritmo sinusale sul monitor. È stato deciso che il taglio cesareo per motivi di salute, il rischio di anestesia-VII da AAA, lo stato somatico - IV "è" di ASA, in termini di anestesia - anestesia generale con ventilazione meccanica, prolungato nel periodo postoperatorio. In connessione con la preparazione per operazioni discontinue titolazione eparina e 0,3 mg di atropina previsto trasfusione FFP

per la correzione del sistema emostatico, per stabilizzare le membrane cellulari - 250 mg metprezona. Dopo l'induzione rapida sequenza (Dormicum 15 mg, 0,05 mg di fentanil, succinilcolina 160 mg) - intubazione tracheale (tubo №7,5), senza caratteristiche, il respiratore MC-1-2 (VCV: Vd - 500ml, BH - 12 min, I: E = 1: 2, FO₂ 4 litri / min). Emodinamica era stabile: BP-120/85 mmHg, la frequenza cardiaca al minuto 95, CVP-13 sm.vod.st., fiato sospeso in tutti i reparti, SpO₂ -99%, EtCO₂-30-32. 3 minuti dall'inizio della chirurgia rimosso un ragazzo dal vivo del peso di 2.600, 48 cm., 6 punteggi Apgar. L'anestesia è incassato (Dormicum 20 mg, 40 mg dilitin fentanil 0,2 mg). Con l'obiettivo di ossitocina uterotonico infusione iniziato 10 U e Prostin 0,75 mg. Quando si verifica l'addome ha rivelato un pronunciato vene varicose del segmento uterino inferiore.

A 20 min. operazioni durante l'utero tuffo nella cavità addominale, le condizioni del paziente si deteriorano rapidamente. Fulmine si è evoluta cianosi marcata di viso, collo e zona sovraclaveare, e il pallore marmoreo della pelle e delle membrane mucose. BP-90/50 mm Hg, frequenza cardiaca. 110 al minuto, CVP - 30 sm.vo.st. La respirazione è stata condotta in tutti i reparti rigide, basso-lato - indebolito, SpO₂ - 99%, EtCO₂ sceso bruscamente a 20. Il paziente è stato avviato immediatamente dopamina infusione alla dose di 4 mg / kg / min, somministrati 250 mg metprezona. Il forte deterioramento del paziente è stato considerato ricorrenti embolia polmonare diagnosticata e gravidanza 244 giorni, complicata da embolia polmonare piscina varici uterina destra dell'arteria. Il primo parto prematuro con parto cesareo con devascularizzazione chirurgico a causa di ipossia fetale acuta con l'inizio del lavoro. Ricorrenti PE submassiva. Scossa cardiopolmonare 2-3. Cuore polmonare subacuta. NAM III. Date le attività continuative di trombolisi sistemica ha deciso di astenersi, per via endovenosa somministrato 5000 U di eparina seguita da

una titolazione del suo 1000 unità / ora sullo sfondo della trasfusione in corso di FFP, sono presi prove di laboratorio. CBS: Ph - 7083, pCO₂ - 62,3 mmHg, pO₂ - 54,4 mmHg, SO₂ - 71,3%, SBE - -11,7. Emostasi: APTT - 35.2, fibrinogeno, 6,8 g / L D-dimero - 2780 ng / ml. Il grave sovraccarico ventricolare destro ECG. Radiograficamente senza altoparlanti. Per correggere l'acidosi è stato trattato con 200 ml di 4% di soda, lo scopo di sollievo di ipertensione polmonare intravenously con 10 mg di morfina e 40 mg di furosemide con finalità cerebroprotective sono stati somministrati per via endovenosa aktovegin 10 ml vitamina B₁ e B₆, 20 mg, scopo antibatterico - 0 5 g di imipenem con tsillastatinom. Data la gravità della condizione e instabilità emodinamica era regolata dopamina titolazione alla dose di 7 mg / kg min., La dose noradrenalina di 0,05 mg / kg min. morfina e 2 mg / h. Considerando la gravità della condizione della donna, si è deciso di continuare la rianimazione in sala operatoria. Dopo l'operazione il paziente è stato trasferito all'unità di ventilazione modalità Rafael P-SIMV: PSUP = Pcont = 15 sm.vod.st., PEEP = 6 sm.vod.st., f = 10 min, I: E = 1: 2, FiO₂ = 0,5 - 0,35, tr 4 l / min. Questo offre: Vd = 800 ml, SpO₂ - 100%, EtCO₂ - 25-32, C_{stat}- 42-92 ml / cm di colonna d'acqua Sedazione assicurata titolazione Dormicum una dose di 5-15 mg / ora di fentanil in una dose di 0,05 mg / h, così come la morfina di 1-2 mg / ora. Segni di sanguinamento fuori, diuresi era di circa 200 ml / ora. Eparina, insieme con lo schema di ematologi è stato sviluppato (1200Ed / h) e l'utilizzo di alteplase in accordo con il deterioramento del paziente, e per la prevenzione delle complicanze della trombolisi sono stati riservati adeguate quantità di FFP e oktapleksa. Appena stato rafforzato terapia antibiotica (imipenem con tsillastatinom 0.5 per via endovenosa dopo 6 ore. La terapia Cerebroprotective, ha deciso di sopprimere l'allattamento (dostineks a 2 giorni), glucocorticoidi vengono assegnati un tasso di 1 mg / kg al

giorno in prednisolone. Sullo sfondo dello stato stabilizzato dopo 16 ore il paziente è stato trasferito in terapia intensiva, dove ha continuato la terapia intensiva e il monitoraggio. CBS: Ph - 7,4, - 36 mmHg pCO₂, pO₂ - 98,6 mm Hg, SO₂ - 71,3%, SBE = -0,1. Emostasi: APTT - 50.7, 15.9 PTV-, fibrinogeno, 4,9 g / L D-dimero - 1350 ng / ml. Ecocardiografia: la cavità del cuore destro è moderatamente ingrandita, la relativa insufficienza della valvola tricuspide (rigurgito 3-4 sec.) Con un gradiente di 40 mm Hg, PMK Ist. 4,8 millimetri lembo anteriore con rigurgito mitralico I st., diastolica ventricolare sinistra di tipo erettile I, ipertensione polmonare (PAP = 60 mmHg), la vena più basso Vienna esteso inspiratorio non kollabiruet. In connessione con l'anemia (HGB = 85 g / L), il secondo giorno ha preso lavati eritrociti trasfusione di 600 ml. Il terzo giorno sono stati cancellati agenti inotropi, la dose di eparina è stata ridotta a 1000 unità / ora nominato Heptral e pentossifillina in dosi terapeutiche, il volume di infusione ridotto a 1200 ml e trenikovki respiratoria iniziato prima che il paziente è stato trasferito alla respirazione spontanea e estubato. Con 5 giorni era invertito titolazione eparina e Fragmin nominati alla dose di 100 UI / kg, seguito dalla selezione della dose di warfarin (a partire da 5 mg al giorno) sotto il controllo di INR. Stabilizzazione clinica e di laboratorio del paziente ha permesso per 11 giorni ha ridotto significativamente l'aggressività della terapia intensiva,

limitando le sue anticoagulanti scopo (Fragmin e warfarin), farmaci anti-ulcera (omeprazolo 40 mg al giorno), antiaritmici (etatsizin 25 mg al giorno) e diazepam 10 mg di notte . TC del torace, fatta per stabilizzare le condizioni del paziente, confermato PE piccoli rami S4,5,8. Il giorno 12 il paziente è stato trasferito al reparto di ostetricia. Il giorno 21, che è stato dimesso dall'ospedale e continua a ricevere warfarin (già 11 mesi) alla dose di 7,5 - 5 mg al giorno con INR nel range 1,8-2,2. Il bambino cresce e si sviluppa normalmente.

References:

1. V.I. Medved, V.A. Benyuk, S.D. Koval. 2010. Venous complications in pregnancy. Medical aspects of women's health. p. 29-33.
2. S.G. Sudzhaeva, Yu.P. Ostrowski, O.A. Sudzhaeva, N.A. Kazaeva. 2010. National guidelines for diagnosis and treatment of acute pulmonary embolism. p.4-12, 14-22, 39-42, 57-66.
3. Peresada O.A. 2009. Actual problems of obstetrics and gynecology. p.66-96.
4. Peresada O.A. 2009. Reproductive Health of Women: A Guide for physicians. p.460-508.
5. ed. Makatsariya A.D. 2011. Thrombohemorrhagic complications in obstetric practice: a guide for physicians. p.91-142.
6. Grishchenko O.V., Korovay S.V. 2011. Thromboembolism in obstetric practice. Medicine of Emergency Conditions. p.33-43.