

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В.Н. ОСЛОПОВ, А.Р. САДЫКОВА, А.А. ГИЛЬМАНОВ, М.Г. ТРЕГУБОВА

Казанский государственный медицинский университет

УДК 616.131-005.6/.7+618.14-006.36-036.1

Случай полного выздоровления пациентки с тромбоэмболией обеих ветвей легочной артерии, обусловленной гигантской миомой матки

Садыкова Аида Рифатовнакандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней,
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. 8-960-032-55-49, e-mail: aida.sadykova@kazansmu.com

В статье описана динамика состояния пациентки с диагностированной и леченой тромбоэмболией легочной артерии на фоне гигантской миомы матки.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии, миома матки, эмболизация маточных артерий.

V.N. OSLOPOV, A.R. SADYKOVA, A.A. GILMANOV, M.G. TREGUBOVA

Kazan State Medical University

Case full recovery patients with thromboembolism both pulmonary artery branches, caused by gigantic uterine myoma

The paper describes the dynamics of the patient's condition with diagnosed and treated pulmonary embolism on the background of gigantic myoma of uterus.

Keywords: pulmonary embolism, myoma of uterus, uterine arteries embolization.

На страницах журнала «Практическая медицина» (2010, №5) нами был описан случай тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациентки с гигантской миомой матки [1]. В апреле 2010 г. больная Ш., 42 лет, была доставлена в клинику в тяжелом состоянии после повторного синкопального приступа. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени пациентка, будучи сама медработником, наблюдалась по поводу миомы матки, однако не лечилась. В клинике произошел еще один приступ потери сознания. После проведенной мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии легочной артерии был подтвержден поставленный клинически диагноз ТЭЛА: был выявлен протяженный тромб толщиной до 15 мм в области бифуркации правой ветви легочной артерии, распространяющийся на долевые артерии и сегментарные артерии нижней и средней доли. В области бифуркации легочной артерии был выявлен тромб размерами

до 28 мм, также определялись тромботические массы в области бифуркации левой ветви легочной артерии. Причиной ТЭЛА послужила гигантская миома тела матки, достигавшая размеров, соответствовавших 20 неделям беременности. Миома определялась как визуально, так и пальпаторно на уровне пупка. Она вызвала стаз крови и тромбообразование в левой общей и внутренней подвздошных венах. Со дня поступления пациентка получала гепарин внутривенно, затем подкожно. Для дальнейшего лечения, через неделю после поступления в клинику, больная была переведена в ангиохирургическое отделение БСМП № 2, где больной был установлен кава-фильтр в инфраренальном отделе нижней полой вены и начато лечение варфарином. Тяжесть состояния больной не позволила прибегнуть к полостной операции и в гинекологическом отделении той же клиники больной была проведена эмболизация маточных артерий.

Эмболизация маточных артерий выполняется ангиохирургом в рентгенооперационной путем пункции правой или левой бедренной артерии на ангиографе, суперселективной катетеризации маточной артерии с использованием гидрофильного проводника и ангиографического катетера. Контраст вводится с одновременной покадровой съемкой. На полученных ангиограммах оцениваются диаметр маточных артерий, контрастируемые размеры миоматозных узлов и характер архитектоники артерий в узлах, а также сообщение с артериальной системой яичника. Для эмболизации используются микроэмболы [2]. Ангиографическими критериями эффективности процедуры являются признаки прекращения кровотока в маточной артерии и накопление контраста в матке. После эмболизации маточных артерий пациенты находятся на стационарном лечении в гинекологическом отделении для динамического наблюдения и лечения постэмболического синдрома. Результаты оцениваются нормализацией менструальной функции и исчезновением симптомов заболевания. Уменьшение миоматозных узлов и общих размеров матки активно происходит в первые 6-8 месяцев после использования этого метода.

После проведенной эмболизации маточных сосудов у пациентки в течение нескольких недель наблюдалось «рождение» нескольких некротизированных, по словам больной, зловонных, миоматозных узлов различных размеров, после отхождения которых у пациентки постепенно нормализовалась температура и общее состояние. В настоящее время восстановилась менструальная функция яичников, хотя длительность кровотечения нестабильна, колеблется на 2-4 дня ежемесячно; первые 2 дня кровотечения обильное, затем 3-4 дня меньшей интенсивности и в течение 2 дней наблюдаются мажущие выделения. Кровопотеря умеренная, хотя наблюдается выделение желеобразных сгустков крови, иногда напоминающих некротизированные миоматозные узлы. Перед менструацией отмечает набухание молочных желез, ноющие боли внизу живота, появление «приливов».

Больная Ш., 43 лет, была повторно осмотрена нами через 6 месяцев и 1 год после описанной острой ситуации. В течение этого времени она отмечала постепенное уменьшение слабости, одышки при физической нагрузке. В октябре 2010 г. пациентка приступила к работе. При последнем осмотре пациентку беспокоили перебои в работе сердца. Однократно ночью беспокоили боли в поясничной области по типу

почечной колики.

ЭКГ: регулярный синусовый ритм с ЧСС=90 уд./мин., горизонтальное положение электрической оси сердца (угол α +9), замедление внутрипредсердной проводимости (длительность зубца P = 0,12 сек). Обращает на себя внимание уменьшение глубины зубцов S в правых грудных отведениях и их отсутствие в левых грудных отведениях, которые наблюдались в разгар болезни в апреле 2010 г. и были ЭКГ-признаками перегрузки правых отделов сердца. При эхокардиоскопии выявлены нормальные размеры правых камер сердца, отсутствие тромботических масс в стволе легочной артерии, наличие умеренной трикуспидальной регургитации и умеренной легочной гипертензии.

В настоящее время пациентка полностью восстановила свою трудоспособность. Постоянно принимает варфарин и небольшие дозы β -адреноблокаторов (в связи с небольшим сердцебиением), наблюдается участковым гинекологом и терапевтом.

Данный случай интересен тем, что у больной произошла массивная эмболия в обе ветви легочной артерии, сегментарные ее ветви с развитием инфаркт-пневмонии и клинической манифестацией в виде повторных синкопальных состояний. Причиной этого угрожающего жизни состояния была гигантская миома тела матки, по поводу которой пациентка в течение длительного времени наблюдалась в лечебном учреждении, но никаких шагов по устранению этой ситуации предпринято не было. Правильно установленный диагноз и профессиональные лечебные мероприятия привели к разрешению этой драматической ситуации, в которой больная балансировала на грани жизни и смерти. Пациентка приступила к работе, ведет образ жизни обычного человека, имея установленный кава-фильтр в нижней полой вене и принимая постоянно антикоагулянты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ослопов В.Н., Садыкова А.Р., Ахметзянова Е.Ф. и др. Трудности диагностики тромбоза легочной артерии у пациентки с гигантской миомой тела матки // Практическая медицина. — 2010. — № 5 (44). — С. 136-138.
2. Эмболизация маточных артерий (ЭМА). — <http://www.mioma.ru/3.html>.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

НЕДОСЫПАНИЕ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ДИАБЕТ

Результатом недосыпания могут стать не только дневная усталость и раздражительность, но и в долгосрочной перспективе ожирение и диабет второго типа. Это серьезные предостережения ученых, которые провели ряд исследований в данном направлении. Их результаты показали, что продолжительность нашего сна может влиять на уровень сахара и гормонов, контролирующих аппетит. Так, одно из последних исследований подтвердило гипотезу, что недостаток сна снижает способность жировых клеток организма реагировать на инсулин – гормон, регулирующий процесс обмена веществ, нарушение выработки которого приводит к диабету.

После четырех дней недосыпания общая чувствительность к инсулину снижается в среднем на 16%, а чувствительность непосредственно у жировых клеток к инсулину — на 30% , т.е. до уровня, который обычно наблюдается у страдающих от ожирения или диабета людей.

"Такие показатели — эквиваленты метаболическому старению за 10 лет", — сообщил Мэтью Брэй — профессор медицины в Университете Чикаго.

Источник: MIGnews.com