

УДК 618.3:616.24

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ
И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ
С ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ
НА ФОНЕ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ
ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ**

Чернобай Елена Георгиевна – к.м.н.

*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Непсо Юлия Рамазановна

*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Сергиенко Юлия Сергеевна

*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Шонус Татьяна Даниловна

*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье продемонстрирован редкий случай развития у беременной легочного кровотечения на фоне внегоспитальной полисегментарной пневмонии, рассмотрены особенности ведения и родоразрешения пациентки с возникшей патологией.

Ключевые слова: БЕРЕМЕННОСТЬ,
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ, ЛЕГОЧНОЕ
КРОВОТЕЧЕНИЕ, ВНЕГОСПИТАЛЬНАЯ
ПОЛИСЕГМЕНТАРНАЯ ПНЕВМОНИЯ,
ЭМБОЛИЗАЦИЯ БРОНХИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

UDC 618.3:616.24

**THE CLINIC CASE OF MANAGMENT
AND DELIVERY OF PREGNANT WITH
PULMONARY HEMORRHAGE AGAINST
THE BACKGROUND OF OUT-OF-HOSPITAL
POLY-SEGMENTAL PNEUMONIA**

Chernobay Elena Georgievna – MD

*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Nepso Yulia Ramazanovna

*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Sergienko Yulia Sergeevna

*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Shonus Tat'yana Danilovna

*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

The article demonstrates the rare case of development a pulmonary hemorrhage against the background of out-of hospital poly-segmental pneumonia in pregnant. The features of management and delivery of this patient were discussed.

Key words: PREGNANCY, DELIVERY,
PULMONARY HEMORRHAGE,
OUT-OF-HOSPITAL POLYSEGMENTAL
PNEUMONIA, EMBOLIZATION OF BRONCIAL
ARTERIES

Перинатальный центр ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) Министерства здравоохранения Краснодарского края является ведущим учреждением родовспоможения на Кубани, который специализируется на ведении беременных с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией.

С 2014 года в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения многопрофильного лечебного учреждения ГБУЗ «ККБ № 2» выполняется весь спектр диагностических ангиографических вмешательств, в том числе рентгенэндоваскулярная окклюзия бронхиальных артерий

Наиболее частой причиной возникновения легочных кровотечений являются острые и хронические гнойные заболевания легких, туберкулез легких, реже – злокачественные опухоли легких, эхинококк, актиномикоз [1].

Легочное кровотечение – тяжелое, нередко смертельное осложнение ряда заболеваний [10]. Во всем мире и в Российской Федерации проблема возникновения легочного кровотечения на фоне гнойно-воспалительных заболеваний легких на сегодняшний день остается актуальной. Частота встречаемости пневмонии – 1,5:1000 или 1:660 беременных. Пневмонии составляют 4–5 % всех случаев госпитализации беременных по поводу экстрагенитальной патологии и являются наиболее частой причиной материнской смертности от экстрагенитальной инфекции [2].

В широком литературном доступе данных о частоте встречаемости легочного кровотечения как осложнения пневмонии во время беременности нами не найдено.

Во время беременности возникают определенные изменения в организме женщин, которые могут способствовать развитию различных воспалительных заболеваний. Беременность, как правило, связана со сложными иммунологическими изменениями, которые могут подвергнуть

женщину более высокому риску возникновения тяжелой инфекции. Во время беременности абсолютное число Т-лимфоцитов, особенно Т-хелперов, уменьшено. Функция Т-клеток, оцениваемая по их колониобразующей активности и пролиферативному ответу на стимуляцию антигеном, снижается. В-клеточный ответ и продукция иммуноглобулинов тоже оказываются подавленными. Более того, гормональные изменения, происходящие во время беременности, также обладают иммуносупрессивным эффектом. Повышающиеся во время беременности прогестерон и кортизол обладают способностью подавлять клеточный иммунитет [13].

В свою очередь тяжелая инфекция в организме беременной пациентки неблагоприятно может воздействовать на маточно-плацентарно-плодовый кровоток (МППК).

Проведение рентгенэндоваскулярной окклюзии бронхиальных артерий позволяет пациентам избежать оперативного вмешательства на высоте кровотечения. Этот эффективный малоинвазивный метод лечения легочных кровотечений различной этиологии является методом выбора у пациентов с легочными кровотечениями на фоне диффузного поражения легких, благодаря которому успешно купируются рецидивы легочных кровотечений [6, 14].

Клинический случай

20.03.2014 в пульмонологическое отделение ГБУЗ «ККБ № 2» из АРО МБУЗ «Городская больница № 1» г. Новороссийска была переведена беременная Ч., 29 лет, с диагнозом «Беременность 36–37 недель. Внегоспитальная правосторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение. Состоявшееся кровотечение из нижнедолевого бронха справа».

Из анамнеза у данной пациентки выявлено, что с детства часто переносила респираторные инфекции, ангину, как правило, с обострениями.

При оценке гинекологического и акушерского анамнеза у пациентки выяснилось, что менструальная функция не была нарушена (менархе с 13 лет, менструальный цикл установился в течение одного года). Половая жизнь с 19 лет, настоящая беременность, вторая по счету, наступила самостоятельно в естественном цикле без проведения предгравидарной подготовки.

Данная беременность осложнилась в сроке 13 недель угрожающим самопроизвольным абортom, по поводу чего проводилось лечение в условиях стационара (магнезиальная терапия, гормональная поддержка утрожестаном – 200 мг/сут).

В сроке беременности 36 недель впервые в данную беременность возникли клинические признаки воспалительного заболевания органов дыхания, а именно – жалобы на повышение температуры до 38,5 °С, сухой кашель.

Из эпидемиологического анамнеза было выяснено, что пациентка находилась в контакте с мужем и ребенком, заболевшими острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ). На следующий день у пациентки после появления вышеизложенных жалоб началось обильное кровохарканье в объеме 300 мл, сопровождающееся свистящим дыханием, нехваткой воздуха. В экстренном порядке она была госпитализирована в терапевтическое отделение с последующим переводом в АРО МБУЗ «Городская больница № 1» г. Новороссийска. При поступлении общее состояние оценивалось как тяжелое. Артериальное давление (АД) составляло 110/70 мм рт. ст., наблюдалась умеренная тахикардия – 90 в минуту, пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, сатурация кислорода в пределах 94–96 %. С целью уточнения источника кровотечения была произведена фибробронхоскопия (ФБС), в результате которой выявлено состоявшееся кровотечение из бронхов справа. На основании клинических данных и результатов обследования выставлен

диагноз «Внегоспитальная правосторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение. Состоявшееся кровотечение из нижнедолевого бронха справа». В отделении больной проводилась антибактериальная (ровамицин), гемостатическая, симптоматическая терапия. На второй день госпитализации для дальнейшего ведения пациентка была переведена в г. Краснодар.

Беременная поступила в пульмонологическое отделение ГБУЗ «ККБ № 2», где были проведены общее лабораторно-клиническое обследование, а также компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, по результатам которой выявлены признаки инфильтративно-очагового поражения правого легкого, правосторонней нижнедолевой пневмонии. КТ-данных по тромбоэмболии легочной артерии не получено. По результатам диагностической ФБС обнаружены признаки состоявшегося кровотечения из артерии бронхов справа, диффузный катаральный эндобронхит II ст. У больной взят общий анализ мокроты и проведено микробиологическое исследование отделяемого из трахеобронхиального дерева. После проведенного обследования пациентка доставлена в рентген-операционную, где на аппарате Simens Artis Zee под местной анестезией выполнена ангиография. С целью предотвращения повторного эпизода кровотечения была произведена эмболизация правой ветви бронхиальной артерии (рисунок 1).



Рисунок 1. Бронхиальная артерия с признаками легочного кровотечения справа

Благодаря проведению контрольной ангиографии определялась полная редукция кровотока (рисунок 2). В течение суток пациентка соблюдала постельный режим. Эпизодов повторного легочного кровотечения не наблюдалось.



Рисунок 2. Состояние после эмболизации бронхиальных артерий

Далее в пульмонологическом отделении была продолжена антибактериальная, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия. В динамике была произведена КТ органов грудной клетки, по результатам которой выявлена положительная динамика правосторонней пневмонии, а также выполнена диагностическая ФБС, согласно полученным данным, продолжающегося кровотечения не выявлено.

В сроке беременности 39 недель беременная была переведена из пульмонологического отделения ГБУЗ «ККБ № 2» в наблюдательное отделение Перинатального центра для выбора срока и метода родоразрешения. При поступлении активно жалоб не предъявляла, общее состояние оценивалось как удовлетворительное. При лабораторном обследовании выявлена анемия легкой степени (Hb109 г/л; эр. $3,4 \times 10^{12}/л$), остальные показатели были в пределах нормы.

В результате обследования плода получены следующие результаты: по данным УЗИ плода плацента по передней стенке матки III ст. зрелости, толщиной – 35 мм, предполагаемый вес плода – 3800 г, индекс

амниотической жидкости – 10,4 см. По данным доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока нарушений гемодинамики не выявлено; по данным кардиотокографии – нормоксическое состояние плода. В динамике пациентка была осмотрена пульмонологом, торакальным хирургом, неврологом и окулистом, при этом значимой патологии не выявлено. В Перинатальном центре были продолжены антибактериальная, гемостимулирующая терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений. С целью контроля состояния плода проводилась кардиотокография (КТГ) в динамике.

Пациентка осмотрена консилиумом врачей с целью определения сроков и метода родоразрешения. При выборе метода родоразрешения консилиум, взвесив риски оперативных и консервативных родов, а именно – возникновение мощного гемодинамического удара по малому кругу кровообращения в результате резко возрастающего объема циркулирующей крови (ОЦК) в связи с быстро сокращающейся маткой после отделения и выделения последа при кесаревом сечении в противовес постепенному возврату ОЦК к сердцу и легким при каждой потуге, при отделении и выделении последа, что обеспечивает стабильное состояние пациентки и плода во время родов, отдал предпочтение родам через естественные родовые пути.

Через 5 дней после госпитализации у беременной развилась регулярная родовая деятельность. Роды велись через естественные родовые пути при учете контакта с веной и оценкой родовой деятельности в течение 6–8 часов в присутствии анестезиолога под мониторным контролем витальных функций роженицы и состояния плода. При этом проводились максимальное обезболивание (длительная эпидуральная анестезия), профилактика кровотечения в начале второго периода родов окситоцином 5 МЕ и динамический контроль показателей общего анализа крови и коагулограммы, все показатели соответствовали норме.

Роды протекали без особенностей. На высоте одной из потуг родился живой доношенный ребенок мужского пола весом 4220 г, ростом 56 см, с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов.

Так, I период родов составил 4 ч 10 мин; II период – 20 мин; III период – 10 мин, общая продолжительность родов – 4 ч 50 мин. В послеродовом периоде инволюция матки соответствовала норме, отсутствовали признаки гнойно-воспалительных осложнений, геморрагии и тромбозов. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии домой с ребенком на 5-е сутки.

Нами приведено редко встречающееся клиническое наблюдение тяжелой формы внегоспитальной пневмонии, осложнившейся легочным кровотечением.

В приведенном случае своевременная диагностика и назначенное лечение, компенсаторные возможности маточно-плодово-плацентарного кровотока (МППК) у беременной в сроке гестации 36 недель с возникшим легочным кровотечением на фоне внегоспитальной пневмонии позволили пролонгировать беременность до естественного начала родовой деятельности в доношенном сроке. Кроме того, возникновение данного заболевания в тяжелой форме во время беременности несло в себе угрозу развития таких осложнений, как повторный эпизод легочного кровотечения, объем которого мог быть непредсказуем, а также тромбозы и тромбоэмболии.

Поэтому своевременная диагностика, выбор оптимальной тактики лечения, преемственность, последовательность действий пульмонологов и ангиохирургов способствовали компенсации состояния пациентки и плода, что в дальнейшем позволило акушерам-гинекологам грамотно провести консервативные роды и послеродовый период. Таким образом, совместно выбранная тактика ведения данной пациентки обеспечила благоприятный исход беременности как для пациентки, так и для плода.

Список литературы

1. *Андреев В.Г., Чернеховская Н.Е., Коржева И.Ю.* Этиопатогенез легочных кровотечений // Пульмонология. – 2010. – № 4. – С. 106–110.
2. *Гурьев Д.Л., Охалкин М.Б., Хитров М.В.* Ведение и родоразрешение беременных с заболеваниями легких: учеб. пособие. Ярославль: Изд-во ЯГМА, 2007 – 44 с.
3. *Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Боровский С.П.* Пути снижения летальности при легочных кровотечениях // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2000. – № 3. – С. 53–56.
4. *Киргинцев А.Г.* Хирургическая тактика при легочных кровотечениях с учетом прогноза асфиксии кровью // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2001. – № 3. – С. 34–36.
5. *Марченков Ю.В., Яковлев В.Н., Коржева И.Ю., Алексеев В.Г., Мороз В.В.* Алгоритмы диагностики и лечения легочных кровотечений // Общая реаниматология. – 2013. – № 2. – С. 45–54.
6. *Молодцова В.П., Яблонский П.К., Некласов Ю.Ф.* Легочное кровотечение – отдаленный результат эмболизации бронхиальных артерий // Вестник хирургии. – 2003. – № 5. – С. 88–91.
7. *Палеев И.Р.* Болезни органов дыхания. – М.: Медицина, 2000. – 728 с.
8. *Симаненков В.И., Лутаенко Е.А.* Внебольничная пневмония // Лечащий врач. – 2014. – № 11. – С. 66–71.
9. *Федоров В.Э., Новиков Д.С., Харитонов Б.С.* Нарушение гемостаза у больных с кровохарканьем и легочным кровотечением, диагностированным при фибробронхоскопии // Медицинский альманах. – 2013. – № 5. – С. 152–154.
10. *Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Рачина С.А., Синопальников А.И.* Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Инфекционные болезни: новости, мнение, обучение. – 2013. – № 2. – С. 91–123.
11. *Чучалин А.Г.* Затяжная пневмония // Пульмонология. – 2014. – № 3. – С. 5–14.
12. *Шаров Ю.К., Тарасов В.А., Побегалов Е.С.* Легочные кровотечения. – СПб.: МАПО, 2004. – 24 с.
13. *Шехтман М.М.* Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Триада-Х, 2011. – 892 с.
14. *Яковлев В.Н., Марченков Ю.В., Коржева И.Ю., Алексеев В.Г., Мороз В.В.* Современные методы диагностики и лечения легочных кровотечений // Пульмонология. – 2013. – № 4. – С. 5–12.
15. *Antonelli M., Midulla F., Tancredi G. et al.* Bronchial artery embolization for the management of nonmassive hemoptysis in cystic // Chest. – 2002. – Vol. 121, No 3. – P. 408–415.
16. *Barben J., Robertson D., Olinsky A. et al.* Bronchial artery embolization for hemoptysis in young patients with cystic fibrosis // Radiology. – 2002. – Vol. 224, No 1. – P. 124–130.
17. *Corr P., Blyth D., Sanyika C. et al.* Efficacy and cost-effectiveness of bronchial arterial embolisation in the treatment of major haemoptysis // S. Afr. Med. J. – 2001. – Vol. 91, No 10. – P. 861–865.
18. *Cowling M.G., Belli A.M.* A potential pitfall in bronchial artery embolization // Clin. Radiol. 1995. – Vol. 50, No 2. – P. 105–107.
19. *Dweik R.A., Stoller J.K.* Role of bronchoscopy in massive hemoptysis // Clin. Chest Medicine. – 1999. – Vol. 20, No. 1. – P. 300–315.
20. *EurviLaichit C., Supasinsathit T., Saenghiruvattana S.* Bronchial artery embolization for hemoptysis // J. Med. Assoc. Thai. – 2000. – Vol. 83, No 6. – P. 590–600.
21. *Fernando H.C., Stein M., Benfield J.R.* Role of bronchial artery embolization in the management of hemoptysis // Arch. Surg. – 1998. – Vol. 133, No 8. – P. 862–868.