



З турботою  
про

**ЖІНКУ**

№5 (35) июль 2012

Научно-практический журнал для акушеров-гинекологов

**ЖЕНСКИЕ ПРАКТИКИ**  
**КОГДА ПРИЧИНЫ НЕ ОЧЕВИДНЫ**

**КОНСУЛЬТИРУЕМ ПАЦИЕНТА**  
**МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ**

**СПЕЦТЕМА**  
**ПРАВО НА**  
**ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДЫ**

## Випадок вагінальних пологів у жінки з кавальним фільтром

А. М. Бербець, О. А. Андрієць, Д. Б. Домбровський, І. Р. Ніцович, О. М. Албота, С. А. Маланчук, В. В. Пушкашу

Вагітна Л., 25 років. Вагітність друга, другі передбачувані пологи. З анамнезу відомо, що попередні пологи відбулися у 2007 році. Післяпологовий період ускладнився тромбозом глибоких вен правого стегна, у зв'язку з чим на 7 добу після пологів пацієнтці було встановлено кавальний фільтр (у нижній порожнистій вені). Операція проводилась у Луганську, де на той час мешкала жінка. Зі слів пацієнтки, після цього ангіохірурги рекомендували їй утриматись від вагітності та пологів у подальшому. Однак жодної медичної документації з описом цього випадку у вагітної на руках не виявилось (зі слів, втрачено у зв'язку зі зміною місця проживання).

Перебіг даної вагітності: дати останньої менструації жінка не пам'ятає. Термін вагітності при першому відвідуванні жіночої консультації (14.11.2011 р.) — 23–24 тижні. За результатами УЗ-обстежень встановлено передбачувану дату пологів: 20.03.2012 року. До терміну 36–37 тижнів вагітність перебігала без ускладнень. 10.02.2012 року в плановому порядку було виконано УЗД венозного кровотоку правої ноги. У висновку зазначено, що УЗ-сигнал з глибоких вен правої нижньої кінцівки знижений починаючи з рівня здухвинно-стегнового сегменту і слабо змінюється при проведенні компресійних проб.

21.02.2012 року жінка була госпіталізована до відділення патології вагітності пологового будинку №1 міста Чернівці в плановому порядку для підготовки до розродження. До пацієнтки було викликано консультанта-ангіохірурга, який визнав можливим ведення пологів через природні шляхи.

23.02.2012 року до жінки було зібрано консиліум у зв'язку з появою скарг на періодичні болі справа в паховій ділянці. Об'єктивно: стан хворої задовільний, свідомість ясна, шкіра та видимі слизові оболонки чисті, проте язик обкладений білим на шаруванням. Гемодинаміка стабільна. Матка в нормотонусі. При пальпації відмічається локальна болючість справа в паховій ділянці, живіт ригідний та напружений в гіпогастрії справа, де також відмічаються симптоми подразнення очеревини;  $t^{\circ}$  — 37,0°C, ЧСС — 90 уд./хв. У крові відмічено лейкоцитоз до  $13,0 \times 10^9 / л$  (для порівняння, при надходженні вагітної даний показник складає  $8,5 \times 10^9 / л$ ). Виставлено діагноз «гострий апендицит». У зв'язку з цим викликано ургентного хірурга, виконано апендектомію. Під час операції виявлено: червоподібний відросток довжиною до 15 см, з дещо потовщеною верхівкою, су-

дини ін'єковані, в його просвіті калові маси та калові камені, в черевній порожнині до 15–20 мл серозного випоту. Діагноз після операції — «гострий катаральний апендицит».

Протягом наступних днів післяопераційний період перебігав без ускладнень, однак 29.02.2012 року у жінки відновились болі в правій паховій ділянці, які не були пов'язані з післяопераційною раною після апендектомії, на тлі нормальної температури тіла та відсутності явних ознак гострого флеботромбозу правої нижньої кінцівки. Повторний огляд хірурга дозволив виключити гостру хірургічну патологію. У зв'язку з цим на консультацію до хворої було запрошено завідувача відділення хірургії судин Чернівецької обласної клінічної лікарні, д. м. н. Д. Б. Домбровського. За його участю 3.03.2012 року відбувся консиліум.

Діагноз пацієнтки: «Вагітність II/II, 38–39 тижнів. Головне передлежання. 9 доба після апендектомії. Посттромбофлебична хвороба правої ноги. Стан після встановлення кавального фільтру (2007)». Було визначено наступний план ведення пологів: враховуючи наявність кавальних фільтрів у нижній порожнистій вені, конструкція якого невідомо (відсутня медична документація), та можливість травмизації під час пологів нижньої порожнистої вени або матки, показано розродження шляхом кесарського розтину, під час якого обов'язково присутність в операційній судинного хірурга.

**Коментар 1.** Не можна було виключити наявність у пацієнтки металевих кавальних фільтрів, що має конструкцію, подібну до «зонтика», та який міг становити небезпеку під час потужного періоду.

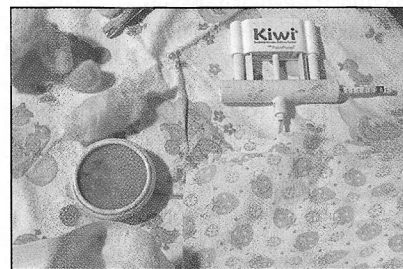
Операцію було призначено на 7.03.2012 р. Однак пізно ввечері 6.03.2012 року у жінки почалася спонтанна пологова діяльність. У 00:30 7.03.2012 відбулося відходження навколоплідних вод. У зв'язку з цим о 00:45 7.03.2012 було зібрано повторний консиліум за участю акушерів-гінекологів та ангіохірурга д. м. н. Д. Б. Домбровського. План ведення пологів було переглянуто: враховуючи активну пологову діяльність, задовільний прогрес розкриття шийки матки, правильне вставлення голівки в малий таз, було визнано можливим вести пологи через природні статеві шляхи з виключенням потужного періоду — накладанням вакуум-екстрактора у вузькій частині порожнини малого тазу, з постійним моніторингом АТ і пульсу жінки та серцебиття плода.

Пологи велися в положенні жінки на боці. Повне відкриття шийки матки встанов-

лено о 1:45 7.03.2012 р. Пізня фаза II періоду пологів наступила о 2:10 7.03.2012 р. У зв'язку з цим жінка була переведена в положення для літотомії, після чого під знеболенням (промедол 2% — 1 мл в/в) на голівку плода, яка була розташована у вузькій частині порожнини малого тазу, було накладено вакуум-екстрактор системи KIWI з ручним накачуванням та силіконовою чашечкою OptiCup (див. фото).

Позиція чашечки — на 2 см від малого тім'ячка. За 2 тракції голівку плода було виведено, після чого чашечку вакуум-екстрактора було знято.

Пологи відбулися 07.03.2012 р. о 2:15. Народився живий доношений хлопчик з оцінкою за Апгар 7–8 балів, масою 3760 г, довжиною 52 см.



Третій період пологів та післяпологовий період перебігали без ускладнень. Жодних ознак травмизації нижньої порожнистої вени чи порушення гемодинаміки у жінки відмічено не було. Післяпологовий період перебігав без ускладнень, болі у правій паховій ділянці не турбували. Виписана на 5 добу після пологів додому з дитиною.

**Коментар 2.** Не виключено, що болі в правій паховій ділянці були викликані частковим тромбозом глибоких вен здухвинно-стегнового сегменту правої нижньої кінцівки, що могло симулювати клінічну картину апендициту. Після пологів, з ліквідацією застійних явищ у венах малого тазу, вказані зміни частково компенсувалися, чим пояснюється зникнення скарг.

**Коментар 3.** Ведення пологів вагінальним шляхом дозволило уникнути лапаротомної операції і пов'язаних з нею ускладнень. Потужні зусилля пацієнтки були мінімізовані, що забезпечило її від травмизації нижньої порожнистої вени і матки встановленим раніше кавальним фільтром. Крім того, неможна було виключити ймовірність травмизації нижньої порожнистої вени при вилученні плода під час кесаревого розтину. Тому акушерську тактику в даній ситуації слід вважати правильною. Однак вона не є універсальною для ведення всіх подібних випадків, оскільки для вибору методу розродження важливим є тип встановленого кавального фільтру і матеріал, з якого він виготовлений.

*Відеофрагмент використання вакууму у даної пацієнтки можна переглянути за наступним посиланням: <http://www.youtube.com/watch?v=LrWw-sCRAdc>*