

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Первобеременная 32 лет, срок беременности 11 недель.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

Данная беременность первая. В 2012 г. на фоне приема оральных контрацептивов (3 по счету таблетка) развился тромбоз глубоких вен левой голени, обследована, выявлена гомозиготная мутация протромбина, носительство гетерозиготного полиморфизма ингибитора активатора плазминогена (PAI) и метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR). Уровень гомоцистеина 9,0 мкмоль/л (норма).

Анамнез жизни

Соматически в остальном здорова.

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

Данная беременность первая, наступила самопроизвольно.

Наследственность: отец перенес тромбоз глубоких вен в 50 лет.

Объективный статус

ИМТ 28 кг/м².

Неврологической симптоматики нет.

Пульс 82, АД правая рука 110/80 мм рт.ст., левая рука 112/72 мм рт.ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные.

Молочные железы мягкие, соски не изменены.

Живот не увеличен, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Биохимический анализ крови

Параметр	Значение	Ед. измерения	Норма
Общий белок	41.1	г/л	62 - 83
Глюкоза (в сыворотке)	4.0	ммоль/л	3,9 - 6,4
Мочевина	4.0	ммоль/л	1,7 - 8,3
Креатинин	93.1	мкмоль/л	53 - 97
Билирубин общий	16.8	мкмоль/л	3,4 - 21
Билирубин прямой	3.9	мкмоль/л	0 - 5,5
АЛТ	10.2	Ед/л	0 - 40
АСТ	10.6	Ед/л	0 - 40
Щелочная фосфатаза	72.0	Ед/л	30 - 120
ЛДГ	189.2	Ед/л	207 - 414

Клинический анализ крови

Параметр	Результат	Ед изм	Норма
Лейкоциты / WBC	11.76	10 ⁹ /L	3,8 - 9,7
Эритроциты / RBC	4.38	10 ¹² /L	3,8 - 4,7
Гемоглобин / HGB	125	g/L	117 - 145
Гематокрит / HCT	0.369	L/L	0,34 - 0,45
Средний объём эритроцита / MCV	84.2	fL	78 - 100
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците / MCH	28.5	pg	27 - 34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците / MCHC	33.9	g/dL	31 - 37
Анизоцитоз эритроцитов SD / RDW-SD	41.3	fL	35,1 - 46,3
Анизоцитоз эритроцитов CV / RDW-CV	13.6	%	11,5 - 14,5
Тромбоциты / PLT	225	10 ⁹ /L	150 - 400
Анизоцитоз тромбоцитов / PDW	15.4	fL	5 - 30
Средний объём тромбоцита / MPV	11.9	fL	9,4 - 12,3
Platelet-Large Cell Ratio / P-LCR	37.9	%	13 - 43
Тромбокрит / PCT	0.23	%	0,1 - 0,4
Незрел. гран. (отн) / IG%	0.2	%	0 - 0,9
Нейтрофилы (отн) / NEUT%	81.6	%	42 - 75
Лимфоциты (отн) / LYMPH%	11.8	%	18 - 42
Моноциты (отн) / MONO%	5.6	%	2 - 11
Эозинофилы (отн) / EO%	0.7	%	0 - 5
Базофилы (отн) / BASO%	0.3	%	0 - 1
Незрел. гран. (абс) / IG#	0.02	10 ⁹ /L	0 - 0,1
Нейтрофилы (абс) / NEUT#	9.60	10 ⁹ /L	1,8 - 7,7
Лимфоциты (абс) / LYMPH#	1.39	10 ⁹ /L	1 - 4
Моноциты (абс) / MONO#	0.66	10 ⁹ /L	0,09 - 0,8
Эозинофилы (абс) / EO#	0.08	10 ⁹ /L	0,03 - 0,45
Базофилы (абс) / BASO#	0.03	10 ⁹ /L	0 - 0,15

Исследование системы гемостаза

Параметр	Значение	Норма	Ед.измерения
Протромбиновое время по Квику	12	11-15	сек
МНО	0,9	0,82-1,18	
АЧТВ	28	22,5-35,5	сек
Протромбиновый индекс	114	73-122	%
Тромбиновое время	17	14-21	сек
Растворимые фибрин-мономерные комплексы	0,6	0,355-0,479	ЕД
Антитромбин III	80	75,8-125,6	%
Д-димер	480	250,10-500,55	нг/мл

Риск тромбозэмболических осложнений

Заключение: Риск развития тромбозэмболических осложнений высокий

ВОПРОСЫ

1. Необходимыми лабораторными методами обследования в данном случае являются (выберите 3)

- клинический анализ крови
- анализ мочи по Нечипоренко
- исследование системы гемостаза
- определение количества белка в суточной моче
- уровень общих желчных кислот
- биохимический анализ крови

2. Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки необходимо оценить

- риск тромбозэмболических осложнений
- риск развития преэклампсии
- состояние органов брюшной полости с помощью ультразвукового исследования
- состояние сердца с помощью ультразвукового исследования

3. С учетом того, что пациентка имеет тромбоз глубоких вен в анамнезе, при стратификации риска ее можно отнести к пациенткам, имеющим тромбозэмболические осложнения, ассоциированные с

- Уровнем гомоцистеина
- Наследственной или приобретенной тромбофилией высокого риска
- Гетерозиготной мутацией PAI
- Полиморфизмом генов фолатного цикла

4. Критерием для определения, нуждается ли данная пациентка в назначении НМГ-профилактики, является только

- уровень фибриногена
- уровень Д-димера
- срок беременности
- тромбогенный риск

5. При наличии нормального уровня Д-димера у пациентки с высоким тромбогенным риском оправдано

- воздержаться от назначения НМГ
- назначить дипиридамо
- повторно исследовать Д-димер
- назначить НМГ профилактику

6. При наличии венозного тромбоза в анамнезе у пациентки с гомозиготной мутацией протромбина оправдано назначение гепаринопрофилактики

- после скрининга на преэклампсию в 12 недель
- после зарегистрированного повышения Д-димера
- с момента подтверждения беременности
- за 6 месяцев до планирования беременности

7. Препаратами выбора для тромбопрофилактики, в данном случае, являются

- новые оральные антикоагулянты
- антагонисты витамина К
- нефракционированные гепарины
- низкомолекулярные гепарины

8. В данном случае диагноз наследственной тромбофилии высокого риска установлен на основании

- высокого уровня гомоцистеина
- гомозиготной мутации протромбина G20210A
- множества полиморфизмов генов гемостаза
- наличия полиморфизма генов фолатного цикла

9. Пациенткам с тромбозом в анамнезе после родов следует рекомендовать назначение НМГ или

- ацетилсалициловой кислоты
- антагонистов витамина К
- сулодексида и аналогов
- двойной антиагрегантной терапии

10. Гепарины или антагонисты витамина К после родов назначаются на 6 недель

- при дополнительных факторах риска
- независимо от способа родоразрешения
- только после оперативных родов
- только после естественных родов

11. При назначении после родов антагонистов витамина К необходимо подбирать дозу под контролем МНО с целевыми значениями

- 1,5-2,0
- 4,0
- 2,0-3,0
- 3,0-4,0

12. Сразу после родоразрешения данной пациентки из методов механической профилактики обоснованным методом является

- пневмокомпрессия
- компрессионный трикотаж
- лимфодренажный массаж
- дыхательная гимнастика