

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

<sup>1</sup>Алексеев С. А., <sup>1</sup>Бовтюк Н. Я., <sup>2</sup>Дудко А. А., <sup>1</sup>Казачёнок Я. А.

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Проблемы профилактики и лечения венозных тромбоэмболических осложнений являются острыми проблемами современной хирургии. Они могут возникать, как у женщин-носительниц большого количества генов наследственной тромбофилии, так и у женщин без генетических мутаций, но имеющих определенные факторы риска, распространенность которых в последние годы неуклонно растёт. Большинство из таких мутаций и некоторые факторы риска довольно тяжело поддаются ранней диагностике, что затрудняет своевременную профилактику названных состояний. Наряду с некоторыми ограничениями терапевтических методик, которые могут быть обусловлены беременностью, хроническим заболеванием, сопутствующей острой патологией женщины, предотвращение развития и эффективное лечение ВТЭО может быть крайне затруднительным.

**Цель.** Изучить результаты лечения беременных и небеременных женщин репродуктивного возраста при обращении их за медицинской помощью. Определить возможности профилактики и сравнить возможности лечения ВТЭО у беременных и небеременных женщин репродуктивного возраста.

**Материал и методы.** В ходе исследования проведен ретроспективный анализ 97 стационарных карт пациенток репродуктивного возраста, проходивших лечение в хирургическом отделении УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова» г. Минска (городской центр для беременны с подозрением на неотложную хирургическую патологию) по поводу развившихся венозных тромбоэмболических осложнений в период с 2014 по 2021 год.

**Результаты.** В исследование включены материалы лечения 5328 женщин репродуктивного возраста (с 16 до 49 лет) и 357 беременных женщин. Из них 97 (1,7%) женщин обратились за медицинской помощью по поводу развившихся ВТЭО. Средний возраст всех обратившихся за медицинской помощью пациенток составил 34 года. Среди пациенток с развившимися ВТЭО 39 (40,2%) женщин были беременны и 58 (59,8%) не были беременны.

Лечение беременных пациенток до 2018 года и небеременных пациенток проводилось согласно клиническому протоколу «Лечение и профилактика венозной тромбоэмболии» № 150 [2]. При этом применялись:

1. Антикоагулянты прямого действия: нефракционированный гепарин (5000 МЕ 1 раз/сутки) или низкомолекулярный гепарин (*дальтепарин* натрия 2500-10000 МЕ/сут за 2 раза с интервалом 12 часов или *надропарин* кальция 2850-11400 МЕ/сут подкожно за 2 раза) – 10 дней.

2. Антикоагулянты непрямого действия: *Варфарин* по 2,5-5,0 мг в сутки.

3. Неспецифическая терапия ВТЭО (ранняя активизация; пневмокомпрессия; холод, гепарин и/или НПВС на пораженную конечность; нестероидные противовоспалительные внутрь 7-10 дней; вентонические и вазодилатирующие препараты; коротковолновая диатермия, магнитотерапия, электрофорез гепарина или трипсина (химопсина), йодистого калия и др).

Лечение беременных пациенток, начиная с февраля 2018 года, с развившимися венозными тромботическими осложнениями проводилось согласно клиническому протоколу МЗ РБ «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» № 17 [3] и включало в себя:

1. Антикоагулянты прямого действия: нефракционированный гепарин (7500 МЕ 2 раза/сутки или 5000 МЕ 4 раза/сутки) или низкомолекулярный гепарин (*дальтепарин* натрия 200 МЕ/кг в сутки (до 10 000 МЕ подкожно 2 раза в сутки с интервалом 12 часов или *надропарин* кальция 86 МЕ/кг 2 раза в сутки (0,1 мл/10 кг)) – 10 дней.

2. Неспецифическую терапию венозных тромботических осложнений (ранняя активизация; массаж, лечебная физкультура, пассивное сгибание стоп; компрессионный трикотаж; холод, гепарин на пораженную конечность; ангиопротекторы; дезагреганты; иглорефлексотерапия, гипербарическая оксигенотерапия).

Лечение считалось нами эффективным, если уменьшились клинические признаки тромбоза и УЗИ-признаки эмболоопасного тромба, не понадобилось проведение срочной операции после консервативного лечения, не было повторных госпитализаций по поводу ВТЭО в течение года. Эффективное лечение было проведено у 35 (89,7%) беременных пациенток и 51 (87,9%) небеременных пациенток репродуктивного возраста. Среди беременных две пациентки были повторно госпитализированы в течение года по поводу рецидива ВТЭО, двум пациенткам понадобилось проведение срочной операции в связи с мигрирующим тромбофлебитом подкожных вен бедра («операция Троянова-Тренделенбурга»). Всем беременным пациенткам была пролонгирована беременность и все находились под наблюдением акушера-гинеколога на протяжении всего периода лечения. Шесть небеременных пациенток были оперированы по поводу ВТЭО («операция Троянова-Тренделенбурга») и одна пациентка была повторно госпитализирована по поводу ВТЭО в течение года.

Профилактика ВТЭО была проведена 621 небеременной пациентке (11,8%) перед операцией после оценки риска возникновения ВТЭО по схеме:

Группе низкого риска показана ранняя активизация после операции.

Группе умеренного и высокого риска:

- компрессионный трикотаж;
- дозированная или перемежающаяся пневмокомпрессия;
- нефракционированный гепарин (5000 ЕД через 8 или 12 часов) или низкомолекулярный гепарин (дальтепарина натрия 2500 и 5000 МЕ или надропарин кальция 2850 МЕ).

Группе очень высокого риска: рекомендации такие же, как и группе высокого риска должны выполняться длительно, если невозможно выполнить раннюю активизацию – варфарин в стартовой дозе 5 мг в сутки.

57 беременным пациенткам (17,9%), которым планировалось проведение операции были определены группы материнского риска по тромботическим осложнениям по шкале RCOG Green-top Guideline No. 37a (2009) [1]. Согласно группам риска проводилась профилактика ВТЭО следующим образом:

Пациенткам с низким риском развития ВТЭО было рекомендовано применение компрессионного трикотажа;

Пациенткам с умеренным риском развития ВТЭО были назначены профилактические дозы надропарина кальция (Фраксипарин) – 5700 МЕ/24 ч;

Пациенткам с высоким риском развития ВТЭО были назначены высокие профилактические дозы надропарина кальция – 5700 МЕ/12 ч.

С учетом рекомендаций производителей препаратов к их применению и данных литературных источников беременным не назначались: Варфарин, Ривароксабан и др. оральные антикоагулянты, НПВС, тромболитики, магнитотерапия, диатермия в области таза.

### **Выводы.**

1 Лечение ВТЭО может быть эффективным у 89,7% беременных и 87,9% небеременных женщин репродуктивного возраста.

2 Оценка риска развития ВТЭО и определение группы риска должны проводиться всем пациенткам перед операцией. Исходя из этой оценки необходимо проводить профилактические мероприятия. Наиболее сложной для профилактики ВТЭО группой пациенток являются беременные, которым необходима операция по поводу неотложной хирургической патологии.

3 Возможности профилактики и лечения беременных женщин с ВТЭО по сравнению с такими же небеременными ограничено.

### **Литература.**

1. Доброхотова, Ю.Э. Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерстве / Ю.Э. Доброхотова [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 176 с.

2. Клинический протокол лечения и профилактики венозной тромбоэмболии : принят пост. Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.02.2011 г. № 150. – Минск, 2011. – 38 с.

3. Клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» : принят пост.

«Новое в хирургии: наука, практика, обучение»  
Республиканская научно-практическая конференция с международным участием,  
посвященная 100-летию кафедры общей хирургии БГМУ  
Минск, 24 сентября 2021 г.

Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 г. № 17. –  
Минск, 2018. – 203 с.