

ТРОМБОЗЫ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Кошевский П.П. , Чижик Н.Н.** , Бовтюк Н.Я.* , Гинюк В.А.* ,
Попков О.В.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет, кафедра
общей хирургии», г. Минск, Республика Беларусь*

*** УЗ «Минский городской клинический диагностический центр», г.
Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Проблеме тромбозов вен нижних конечностей уделяется большое внимание в научной литературе и практической деятельности организаций здравоохранения. В настоящее время приняты новые протоколы лечения тромбозов глубоких вен. Однако проблеме тромбофлебита и флеботромбоза у беременных посвящены единичные публикации в научной литературе [1,2]. Наличие на базе УЗ «3-я ГКБ имени Е.В. Клумова» г. Минска центра по лечению экстренной хирургической патологии у беременных позволяет изучать особенности лечения пациенток с данной патологией.

Цель. Провести анализ результатов лечения беременных с тромбофлебитом и флеботромбозом нижних конечностей и сравнить показатели гемостазиограмм у беременных и небеременных пациенток с флеботромбозом и тромбофлебитом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 25 медицинских карт беременных пациенток с диагнозом тромбофлебит и флеботромбоз нижних конечностей, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «3-я ГКБ имени Е.В. Клумова» в 2017 - 2019 гг. Предметом исследования были особенности клинической картины, диагностики и лечения, результаты гемостазиограмм, результаты ультразвуковой доплерографии вен нижних конечностей. Проведено сравнение гемостазиограмм беременных и небеременных пациенток (группа сравнения, n=30) с диагнозом тромбофлебит и флеботромбоз нижних конечностей. Статистическая обработка данных производилась программой IBM SPSS v.20.

Результаты. За период с 2017 по 2019 год на базе хирургического отделения УЗ «3-я ГКБ имени Е.В. Клумова» проходило лечение 25 беременных пациенток с диагнозом тромбофлебит и флеботромбоз нижних конечностей. Средний возраст составил $32,4 \pm 0,9$ лет. Длительность лечения составила $7,1 \pm 0,9$ дней. Распределение по очередности беременности было следующим: 1-я беременность – 9 пациенток, 2-я беременность – 14 пациенток, 3-я беременность – 2 пациентки. Распределение беременных пациенток с флеботромбозом и тромбофлебитом в зависимости от срока беременности было следующим: 1-й триместр – 6 пациенток (24%), 2-й триместр – 8 пациенток (32%), 3-й триместр – 11 пациенток (44%).

Тромбофлебит поверхностных вен был выявлен у 19 женщин. У 5 из этих 19 пациенток наблюдался тромбоз ствола большой подкожной вены (БПВ) с

наиболее частой локализацией на уровне средней и нижней трети бедра, из них у 3-х пациенток имел место восходящий тромбофлебит с переходом на верхнюю треть бедра. У 14 пациенток имел место тромбоз притоков БПВ. Во всех случаях флотации тромба выявлено не было. В 100% случаев тромбофлебит поверхностных вен развивался на фоне варикозной болезни нижних конечностей. Пациенткам с тромбофлебитом БПВ на голени и в нижней трети бедра и тромбофлебитом притоков БПВ проводилось консервативное лечение, включавшее низкомолекулярные гепарины (фрагмин), венотоники (троксерутин), антибиотики (цефтриаксон) в среднетерапевтических дозировках. 3-м пациенткам с восходящим тромбофлебитом БПВ было выполнено хирургическое вмешательство (кроссэктомия) под местной анестезией.

У 6 женщин был выявлен флеботромбоз глубоких вен. По данным УЗДГ у всех пациенток был выявлен окклюзирующий флеботромбоз. У 4-х пациенток процесс локализовался в наружной подвздошной и общей бедренной венах, у 2-х – в бедренно-подколенно-берцовом сегменте. Флотации тромбов выявлено не было. У всех беременных отмечался тромбоз глубоких вен левой нижней конечности. В ходе исследования было выявлено, что у трех пациенток флеботромбоз развился в первом триместре беременности, у трех – в третьем. У беременных с флеботромбозом проводилось определение D-димеров, уровень которых превышал верхнюю границу нормы в 2-3 раза. Развитие ТЭЛА у пациенток не наблюдалось. Лечение пациенток с флеботромбозом заключалась в назначении низкомолекулярных гепаринов (фрагмин), венотоников (троксерутин). Хирургическое лечение пациенткам с флеботромбозом не проводилось.

При сравнении гемостазаграмм беременных и небеременных пациенток были выявлены статистически значимые различия по таким показателям как АЧТВ ($p=0,034$) и тромбиновое время ($p=0,003$).

Имеются данные об исходе беременности у 16 женщин, перенесших флеботромбоз и тромбофлебит. 12 беременностей закончилась родами через естественные родовые пути, 4 беременности – с помощью операции кесарево сечение. Беременность и роды проходили для ребенка благоприятно.

Выводы. Риск развития флеботромбозов и тромбофлебитов нижних конечностей у беременных увеличивается согласно сроку гестации и паритету родов (среди исследуемой выборки повторнородящие составили 60%). Преобладание пациенток с тромбозом в 3 триместре беременности, говорит о необходимости осторожности в поздних сроках беременности. Тромбофлебит поверхностных вен у всех пациенток развивался на фоне варикозной болезни, что свидетельствует о необходимости оперативной коррекции варикоза в качестве прегравидарной подготовки. Выявлены статистически значимые различия между беременными и небеременными пациентками с флеботромбозом и тромбофлебитом по таким показателям гемостазиограммы как АЧТВ и тромбиновое время.

Литетатура.

1. Тактика ведения тромбоза глубоких вен в системе нижней полой вены у беременных / А.С. Сушков и др. // Российский медико биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2016. Т.24. №3. С. 92-102.
2. McLintock C. Councils of the Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand; Australasian Society of Thrombosis and Haemostasis. Recommendations for the prevention of pregnancy-associated venous thromboembolism // Aust. N Z J. Obstet. Gynaecol. 2012. Vol. 52(1). P. 3-13.