

*V Международная (75 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

эффективности данной методики – полное удаление злокачественных клеток. Иначе вероятность рецидивирования повышается до 99,9%.

Поэтому наиболее эффективным методом является комбинированное лечение. Оно включает в себя хирургическое и лучевое лечение. Данный вид терапии проводился 21,88% мужчин. При данной методике отсутствие рецидивов наблюдалось у 46% пациентов.

У 18,75% пациентов проводилась комплексная терапия, она включает в себя одновременное использование лучевой и химиотерапии. Отсутствия рецидивов наблюдалось у 58,3% пациентов.

Выводы.

Сопоставление данных ПСА с гистологической формой аденокарциномы предстательной железы показало, что рецидивирование опухолевого процесса составило 5% от всех случаев, при балле 5-7 – количество рецидивов 80%. Для аденокарциномы предстательной железы с суммарным баллом 8-10, количество рецидивов составило 5% от всех случаев. Частота развития рецидива заболевания различалась в зависимости от степени дифференцировки опухоли, однако результаты лечения в группе брахитерапии не зависели от степени дифференцировки РПЖ и оказывались максимально эффективными.

Список литературы

1. Аль-Шукри С. Х., Ткачук В. Н. Опухоли мочеполовых органов: Руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. 309 с.
2. Sakr W. A., Billis A., Ekman P. et al. Epidemiology of high-grade prostatic intraepithelial neoplasia // Scand. J. Urol. Nephrol. 2000. Vol. 205, № 1. P. 11–18.

УДК 616.14 - 616-005.6:618.3

**Коваленко Е.Г., Онохина М.Е., ¹Обоскалова Т.А.,
²Бурлева Е.П., ³Лещинская А.Ю.**

ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ

¹Кафедра акушерства и гинекологии

²Кафедра хирургии, эндоскопии и колопроктологии

³Кафедра хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

**Kovalenko E.G., Onokhina M.E., ¹Oboskalova T.A.,
²Burleva E.P., ³Leshchinskaya A.Yu.**

VENOUS THROMBOSIS IN PREGNANT WOMEN

¹Department of Obstetrics and Gynecology

²Department of Surgery, Endoscopy and Coloproctology

³Department of Surgical Diseases and Cardiovascular Surgery

Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: katerina151298@gmail.com, ome98@mail.ru

Аннотация. В статье проведен ретроспективный анализ историй болезни беременных женщин (n=34) с венозным тромбозом с 2013 по 2020 годы. Выявлено, что клинические проявления тромбоза глубоких вен не отличаются от таковых у других пациентов, его частота не зависит от триместра беременности в выборке. Наиболее опасными факторами риска возникновения тромбоза глубоких вен у беременных являются наследственная тромбофилия и перенесенный тромбоз глубоких вен в анамнезе. Оклюзионный тромбоз зарегистрирован - 60% во II триместре беременности, неоклюзионный – 40 % в I и III триместрах, омываемый – 50% в I триместре.

Annotation. The article provides a retrospective analysis of the historical diseases of pregnant women (n = 34) with venous thrombosis from 2013 to 2020. It was revealed that the clinical manifestations of thrombosis are independent of those in other patients. The most dangerous risk factors for history of deep vein thrombosis are hereditary thrombophilia and history of deep vein thrombosis. Occlusive thrombosis is registered - 60% in the II trimester of pregnancy, non-occlusive thrombosis - 40% in the I and III trimesters, floating - 50% in the I trimester.

Ключевые слова: беременность, венозные тромбозы.

Key words: pregnancy, venousthrombosis.

Введение

Частота венозных тромбозмболических осложнений (ВТЭО) во время беременности составляет 2–5 на 1000 родов, что в 5–6 раз больше, чем в общей популяции.[3] В структуре материнской смертности в развитых странах мира ВТЭО составляют: в Великобритании — 18%, в США — 17%, в Швеции — 15%, в России — 9%, в Германии — 8%. [1] Вероятно, их истинная частота, связанных с беременностью, еще больше, так как почти в 40 % случаев они развиваются уже после выписки пациенток из акушерского стационара.[3] Каждый случай вне зависимости от локализации представляет собой серьезную проблему для акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов и сосудистых хирургов, что отражено и в множестве публикаций и руководств. [2]

Во время беременности необходимо учитывать ряд особенностей, связанных как с диагностикой, так и профилактикой и лечением. [2] Следует помнить, что некоторые группы женщин имеют более высокий риск развития ВТЭО (включая женщин старшего

возраста с ожирением; женщин с предшествующей ВТЭ; женщин с тромбофилией; женщин после кесарева сечения). [5]

Беременность провоцирует возникновение факторов риска ТГВ: снижение скорости кровотока (компрессия подвздошной вены увеличенной маткой, гормонально обусловленная дилатация вен, ограниченная подвижность), повреждение эндотелия сосудов (васкулярная компрессия в родах, сосудистые заболевания, преэклампсия, болезни почек, повреждения при акушерских пособиях и операциях), гиперкоагуляция (рост уровня прокоагулянтных факторов – фибриногена, факторов V, IX, X, VIII; снижение антикоагулянтной активности – дефицит протеина S, повышение устойчивости к активированному протеину C, снижение фибринолитической активности). [4]

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) очень редко приводит к летальному исходу, но в случае отрыва части тромба может возникнуть тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).[5] Венозные тромбозы магистральных вен приводят к тромбированию сосудов плаценты, ухудшают маточно-плацентарное кровообращение и внутриутробное состояние плода, что создает реальную угрозу жизни и здоровью матери и плода, и определяют рост материнской и перинатальной смертности.[3]

Цель исследования - охарактеризовать венозные тромбозы в зависимости от срока беременности.

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование историй болезни 34 пациенток (беременных женщин) с ТГВ, лечившихся в отделении сосудистой хирургии МАО ГКБ №40 с 2013 г. по 2020 г. Средний возраст пациенток составил 32 года. Выборка материалов из истории болезни включала следующие данные: жалобы на момент поступления, срок беременности, клинический диагноз, локализация и протяженность тромба + характер его проксимальной части, акушерский анамнез, сопутствующие заболевания, структура консервативной терапии, средний койко-день. Данные были обобщены и подвергнуты структурно-логическому анализу. Статистическая обработка материала проведена с использованием программы MS Excel – 2007

Результаты исследования и их обсуждение

Характерными клиническими проявлениями ТГВ у беременных являются: боль (100%), цианоз кожных покровов (79%), отек конечности(94%) и ограничение подвижности(67%).

Распределение пациенток по возрастным группам следующее: 20-29 лет (41,2%), 30-39 лет (55,9%), 40-49 лет (2,9%). Старше 35 лет было 68% исследуемых женщин. Средний возраст – $31 \pm 5,3$.

В 1 триместре беременности тромбоз выявлен у 38,2% пациенток, во 2 триместре у 29,4 %, в 3 триместре у 32,4%. Средний срок беременности 21 неделя \pm 9,6.

Анализ сопутствующей патологии показал, что наиболее распространенным заболеванием среди беременных является железодефицитная анемия (53%). На втором месте патология сердечно-сосудистой системы (23,5%), на третьем – ортопедическая патология (8,8%). Заболевания щитовидной железы и мочевыводящей системы составляют по 2,9%.

Тромбофилию в анамнезе имеют 4 женщины (12%). Выявлены: мутация генов PAI-1-675, ITGA2; полиморфизмы низкой степени риска. У остальных исследуемых не проведен генетический анализ, каждой женщине при выписке были выданы рекомендации к прохождению данного исследования.

Экстракорпоральное оплодотворение проведено у 3 пациенток (9%).

ТГВ в анамнезе наблюдался у 3 исследуемых (9%), у 31 пациентки (91%) сосудистая патология выявлена впервые.

При анализе локализации тромбов в нижних конечностях были выделены следующие группы:

1. в бедренно-подвздошном сегменте наблюдался тромбоз у 26 пациенток (76,5%);

2. в подколенно-бедренном сегменте тромбоз был выявлен у 4 пациенток (11,8%);

3. тромбозы голенно-подколенного сегмента имели 3 пациентки (8,8%);

4. синдром Педжетта-Шреттера диагностирован у 1 пациентки (2,9%).

Преимущественная локализация тромбоза в системе нижней полой вены, ниже пупартовой связки – 97,1 %. ТЭЛА, как осложнение ТГВ, обнаружена у 4 женщин (11,7%). Кроме того, по данным ультразвукового доплеровского сканирования (УЗДС) у пациенток в просвете сосудов были выявлены гетерогенные окклюзирующие/неокклюзирующие массы с определением проходимости данных вен и проксимальной границы тромба.

Следующим этапом нашей работы стало исследование характера проксимальной части тромба и распределение пациенток в I, II, III триместре беременности по группам в зависимости от данного критерия. Характеристика проксимальной части тромба представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика проксимальной части тромба

	N=34 (100%)		
	I триместр	II триместр	III триместр
Окклюзионный тромбоз	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)
Неокклюзионный тромбоз	10 (40%)	5 (20%)	10 (40%)

Омываемый (флотирующий) тромбоз	I триместр	II триместр	III триместр
	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)

Исходя из данных таблицы, можно сделать вывод, что в большинстве случаев преобладают неокклюзионные тромбозы (25 пациенток, 73,5%). Окклюзионный и омываемый тромбоз были выявлены у 5 (14,7%) и 4 (11,7%) соответственно. Неокклюзионный тромбоз наиболее часто (40 %) обнаруживается в I и III триместрах. Окклюзионный тромбоз у большего количества исследуемых выявлен во II триместре (60%), омываемый - в I триместре (50%).

Первобеременными были 14 (41%) женщин. Беременность, закончившаяся абортom имели 7 (21%) пациенток, выкидышем – 3 (9%). Беременности и роды в анамнезе были у 10 (29%) исследуемых.

ТГВ у всех пациенток лечился консервативно. В 100% случаев был назначен эноксапарин натрия в дозе 1,5 мг/кг 2 раза в сутки подкожно (60 мг 2 раза в сутки, подкожно). Эластическая компрессия нижних конечностей рекомендована всем исследуемым. С целью профилактики дефицитных состояний 100% женщин принимали фолиевую кислоту (400 мкг 1 раз в сутки, внутрь) и йодомарин (200 мкг 1 раз в сутки, внутрь). Сорбифер (120 мг 1 раз в сутки, внутрь) для лечения железодефицитной анемии был назначен 18 (53%) пациенткам. Беременные женщины с угрозой выкидыша (4, 12%) принимали утрожестан (100/200 мкг 1 раз в сутки, интравагинально) и дюфастон (10 мг 3 раза в сутки, внутрь).

Выводы:

1. Наиболее опасными факторами риска возникновения тромбоза глубоких вен у беременных являются наследственная тромбофилия (мутация генов PAI-1-675, ITGA2; полиморфизмы низкой степени риска), а также перенесенные ТГВ в анамнезе;

2. Частота венозных тромбозов не зависит от триместра беременности, паритета – 41% женщин с ТГВ были первобеременными;

3. Характерными клиническими проявлениями венозного тромбоза у беременных являются: боль, цианоз кожных покровов, отек конечности и ограничение подвижности;

4. Окклюзионный тромбоз зарегистрирован - 60% во II триместре беременности, неокклюзионный – 40 % в I и III триместрах, омываемый – 50% в I триместре.

Список литературы:

1. Бегимбекова Л.М. Опыт выявления факторов и степени риска развития тромбоза глубоких вен во время беременности/ Л.М. Бегимбекова, И.К. Былантиева//Вестник КазНМУ.-2015.-№4.-С.10-12.

2. Куликов А.В. Особенности тромбопрофилактики в акушерстве/ А.В. Куликов, С.Р. Беломестнов, Н.Н. Кузнецов, Е.М. Шифман//РМЖ. Мать и дитя.- №23.-2013.-С.1142.3.

3. Макацария А.Д. Тромбопрофилактика у беременных с тромбофилией и тромбозами в анамнезе/ А.Д. Макацария, В.О.Бицадзе, Д.Х. Хизроева, В.Б. Немировский, З.К. Гадаева, С.В. Акиньшина//БЮЛЛЕТЕНЬ СО РАМН.- 2013.-№6.-С.99-109.1.

4. Сушков С.А. Тактика ведения тромбоза глубоких вен системы нижней полой вены у беременных. А.С.Сушков, Т.С. Дивакова, Ю.С. Небылицин, М.П. Фомина, Н.В. Ридлевич//Российский медико-био логический вестник имени академика И.П. Павлова.-2016.-№3.-С.92-102.5.

5. VainE. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy andtheearlypostnatalperiod// A.Wilson, R. Tooher, Gates S, Davis LJ, Middleton P //Cochrane DatabaseofSystematicReviews.-2014,-№ CD001689.4.

УДК 616-001.31

Куркубет Н.Ю., Сакович А.В.
**ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ
ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ**

Кафедра детской хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Kurkubet N.Y., Sakovich A.V.
**TRAUMATIC BRAIN INJURY IN CHILDREN OF THE FIRST
SIX MONTHS OF LIFE**

Department of pediatric surgery
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: nkurkubet@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрена проблема своевременной и точной диагностики черепно-мозговой травмы у детей первых шести месяцев жизни. Представлены результаты проведённого анализа 519 обращений детей в приёмный покой с травмой головы. Выбраны методы наиболее качественной диагностики и лечения.

Annotation. The article describes the problems of timely and accurate diagnosis of traumatic brain injury in children of the first six months of life. The results of the analysis of 519 cases of children in admission room with a head injury are presented. The methods of the highest quality diagnosis and treatment were chosen.