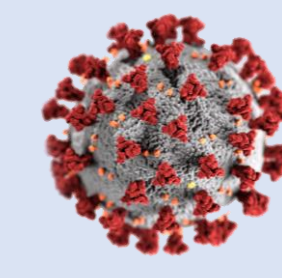


Благоприятный исход беременности и родов у женщины с тромбозом vena ovarica после перенесенного COVID-19



Зновец Т.В., Барановская Е.И.

УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В.Клумова», кафедра акушерства и гинекологии с курсом повышения квалификации и переподготовки УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение

COVID-19 вызывает повреждение эндотелия, застой крови и общее состояние гиперкоагуляции, что делает данное заболевание значимым фактором риска венозной тромбоэмболии. Коагулопатия, ассоциированная с COVID-19, является дополнительным фактором риска тромбоза вен яичников. Тромбоз яичниковых вен чаще всего проявляется болью в животе и лихорадкой, что затрудняет диагностику из-за сходства проявлений с множеством других патологий, может вызывать опасные для жизни осложнения в результате распространения тромба в системные вены или эмболизации легочной артерии. Поэтому своевременная диагностика и лечение имеют жизненно важное значение.

Цель исследования

Продемонстрировать случай тромбоза vena ovarica у беременной женщины после перенесенного COVID-19 с благоприятным исходом беременности и родов.

Материал и методы

Представлено описание клинического случая благоприятного исхода беременности и родов у женщины с тромбозом vena ovarica после перенесенного COVID-19, находящейся на стационарном лечении в родильном доме учреждения здравоохранения «3-я городская клиническая больница имени Е. В. Клумова» г. Минска (далее – роддом). Для публикации получено письменное согласие пациентки.

Результаты

Пациентка Л., 25 лет, госпитализирована в роддом 08.01.2024 с диагнозом: Беременность 259 дней. Вызванные беременностью отеки. ОАА (кесарево сечение в 2020 г.). Хронический гастрит, ремиссия. Хронический тонзиллит, ремиссия. Жалобы при поступлении не предъявляла. Настоящая беременность третья, первая беременность завершилась естественными срочными родами в 2017 году, родился ребенок массой 3800 г, с оценкой по Апгар 4/ИВЛ, врожденной пневмонией, осложнившейся асфиксией умеренной степени, дыхательной недостаточностью III степени, сердечной недостаточностью II степени и легочным кровотечением, в последующем ребенку установлена вторая группа инвалидности в связи со спастической формой детского церебрального паралича. Вторая беременность завершилась экстренным кесаревым сечением в 2020 году в связи с острой гипоксией плода, масса новорожденного 3480 г, оценка по Апгар 8/8 баллов. Настоящая беременность планированная, прегравидарная подготовка проведена в полном объеме. Вредные привычки отрицает. Замужем. Образование среднее. Не работает, осуществляет уход за ребенком-инвалидом.

В течение беременности пациентка регулярно наблюдалась в женской консультации. Имеет избыточную массу тела, при постановке на учет индекс массы тела 25,8 кг/м², в течение беременности прибавила 10 кг. Течение настоящей беременности осложнилось острой респираторной инфекцией в сроке 6 недель, получала симптоматическое лечение амбулаторно. С 12.12.2023 по 14.12.2023 находилась на стационарном лечении в роддоме с диагнозом: Беременность 234 дня. COVID-19, бессимптомная форма. ДН0. Угрожающие преждевременные роды. Кольпит. Анемия беременных I ст. При поступлении пациентка предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота и жидкие выделения из половых путей. Экспресс-тест на антиген SARS-CoV-2, выполненный в приемном отделении роддома, дал положительный результат. Из эпидемиологического анамнеза известно, что пациентка проживает в трехкомнатной квартире с мужем, двумя детьми и родителями. COVID-19 ранее болела дважды: среднетяжелая форма COVID-19 в декабре 2020 года и в апреле 2021 года. Не вакцинирована от COVID-19.

В период стационарного лечения назначены дротаверина гидрохлорид 80 мг внутривенно 1 раз в сутки и ректальные суппозитории папаверина гидрохлорид 20 мг 2 раза в сутки, микронизированный прогестерон 200 мг во влагалище 1 раз в сутки, дексаметазон 4 мг внутримышечно через 8 часов № 6, парацетам 2000 мг внутривенно медленно 1 раз в сутки, далтепарин натрия 5000 МЕ подкожно 1 раз в сутки. РНК SARS-CoV-2 обнаружена в назофарингеальном мазке беременной. При лабораторном исследовании крови выявлено содержание С-реактивного белка (СРБ) 7,55 мг/л, интерлейкина-6 0,5 пг/мл, лактатдегидрогеназы 268,74 Е/л, фибриногена 7,55 г/л, Д-димеров 810 нг/мл. Выписана в удовлетворительном состоянии домой по категорическому настоянию, рекомендовано продолжить прием микронизированного прогестерона 200 мг во влагалище 1 раз в сутки до 36 недель беременности, далтепарина натрия 5000 МЕ подкожно 1 раз в сутки 5 дней.

В период дородовой госпитализации выполнено клинико-лабораторное и инструментальное обследование, результаты в пределах нормы. Выполнены ультразвуковое исследование (УЗИ) плода и доплерометрия, плод соответствует возрасту гестации 37 недель, маточно-плацентарно-плодовый кровоток не нарушен, толщина миометрия в области предполагаемого рубца 1,5-1,9 мм. План родоразрешения – кесарево сечение в плановом порядке.

Результаты

11.01.2024 беременную начали беспокоить постоянные боли тупого характера в верхних отделах живота. В крови СРБ 2,76 мг/л, фибриноген 4,42 г/л, Д-димеры 980 нг/мл. Лабораторные показатели функции почек без патологических изменений. Выполнено УЗИ органов брюшной полости (ОБП) и почек, выявлена гепатоспленомегалия, признаки портальной гипертензии, линейные размеры обеих почек увеличены, признаки острого пиелонефрита справа. Пациентка консультирована врачом-хирургом, острая хирургическая патология не выявлена. К лечению добавлен дротаверина гидрохлорид 80 мг внутривенно 1 раз в сутки. Боль в верхних отделах живота сохранялась в течение суток, затем интенсивность болевого синдрома снизилась. Боль полностью прекратилась 16.01.2024.

19.01.2024 развилась регулярная родовая деятельность, выполнено кесарево сечение в сроке гестации 270 дней, родился живой доношенный ребенок женского пола массой 4050 г с оценкой по Апгар 8/9 баллов. После операции родильнице назначена симптоматическая и синдромная терапия, в т. ч. далтепарин натрия 5000 МЕ подкожно 1 раз в сутки, антибактериальная терапия.

На 4-е сутки после родоразрешения повторно выполнено УЗИ ОБП, почек и малого таза, сохраняется гепатоспленомегалия, выявлен неокклюзивный тромбоз нижней полой вены (НПВ) с признаками флотации (в просвете НПВ на уровне устьев почечных вен лоцируется эхогенная структура 32x9 мм на основании 7,3 мм с признаками флотации). Состояние родильницы удовлетворительное, жалобы не предъявляла. Выполнена компьютерная томография (КТ) ОБП и малого таза с контрастным усилением, имеются признаки тромба в дистальных отделах НПВ (в печеночном сегменте НПВ на уровне впадения почечных вен по задней стенке дифференцируется дефект наполнения размерами 38x15x22 мм с сохранением заполненного просвета до 8 мм, проксимальнее дефекта НПВ и подвздошная вена контрастировались слабо, депонирование венозной крови идет через почечные вены и далее через портокавальные анастомозы в расширенные ворота и селезеночную вену), вторичной портальной гипертензии (воротная вена до 16 мм), увеличение линейных размеров печени и селезенки. В крови фибриноген 4,96 г/л, Д-димеры 2870 нг/мл, СРБ 97,61 мг/л, антитромбин 101,6%, протеин С 60,8%, протеин S 42,5%. Обследована на антифосфолипидный синдром, получен отрицательный результат. Увеличена доза низкомолекулярного гепарина – далтепарин натрия 7500 МЕ подкожно 2 раза в сутки, продолжена антибактериальная терапия.

На 7-е сутки после родоразрешения пациентка переведена для дальнейшего лечения в ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», продолжено лечение далтепарином натрия 7500 МЕ подкожно 2 раза в сутки. По данным УЗИ вен 30.01.2024 окклюзивный тромбоз правой яичниковой вены, неокклюзивный тромбоз НПВ. В НПВ, несколько выше впадения правой почечной вены, лоцируется умеренно флотирующая головка тромба размерами 30x7,8 мм, исходящая из окклюзивно тромбированной правой яичниковой вены (диаметр 5-6 мм), правая почечная вена проходима. Назначен ривароксабан внутрь 15 мг 2 раза в сутки 21 день, затем 20 мг внутрь 1 раз в сутки 6 месяцев. Родильница на 13-е сутки выписана на амбулаторный этап лечения. Новорожденный ребенок выписан из роддома домой в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки.

Заключение

Представлен клинический случай благоприятного исхода беременности и родов у женщины с окклюзивным тромбозом правой яичниковой вены, неокклюзивным флотирующим тромбозом НПВ при доношенной беременности после перенесенной в 33 недели бессимптомной формы COVID-19. Клиническими проявлениями были внезапно возникшие постоянные боли тупого характера в верхних отделах живота. По результатам УЗИ диагностирована гепатоспленомегалия, признаки портальной гипертензии, острого пиелонефрита справа, увеличение линейных размеров обеих почек при отсутствии патологических изменений в показателях крови и мочи. Заключительный диагноз установлен лишь на 4-е сутки после родоразрешения на основании результатов КТ ОБП и малого таза с контрастным усилением, повторного УЗИ ОБП и малого таза. Трудность диагностики тромбоза vena ovarica обусловлена сходством клинических проявлений с другими заболеваниями, имитирующими острые абдоминальные симптомы, а также ограниченную разрешающую способность УЗИ ОБП и забрюшинного пространства в III триместре беременности.