

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Научная статья

УДК 618.17-008.8

doi: <https://doi.org/10.19163/1994-9480-2024-21-2-177-180>

## Хроническая болезнь вен нижних конечностей как фактор риска ТЭЛА при приеме комбинированных оральных контрацептивов: клинический случай

Влада Олеговна Тульчий ✉, Мария Алексеевна Чухарева, Алексей Владимирович Анохин

Поликлиника № 4, Кострома, Россия

**Аннотация.** Прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) является одним из факторов риска тромботических осложнений, в частности, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Несмотря на то, что клинические наблюдения свидетельствуют о том, что риск тромботических осложнений при приеме КОК невысок и снижается после нескольких месяцев приема, необходима медицинская консультация, как и в случае с любой другой гормональной терапией. Представлен клинический случай ТЭЛА у молодой пациентки, принимающей КОК. По причине ранней постановки диагноза тромболитическая терапия оказалась успешной, так как ретракция тромба еще не произошла. По окончании лечения основной патологии пациентке рекомендовано наблюдение у сосудистого хирурга с целью лечения болезни вен нижних конечностей. Исключение венозной патологии нижних конечностей критически важно перед назначением КОК, так как повышает риски ТЭЛА в любом возрасте.

**Ключевые слова:** ТЭЛА, комбинированные оральные контрацептивы, клинический случай

GUIDE FOR GENERAL PRACTITIONERS

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/1994-9480-2024-21-2-177-180>

## Chronic venous disease of the lower extremities as a risk factor for PE when taking combined oral contraceptives: a clinical case

Vlada O. Tulchiy ✉, Maria A. Chukhareva, Alexey V. Anokhin

Polyclinic No. 4, Kostroma, Russia

**Abstract.** The use of combined oral contraceptives (COCs) is one of the risk factors for thrombotic complications, particularly pulmonary embolism (PE). Although clinical observations suggest that the risk of thrombotic complications with OCs is low and decreases after several months of use, medical counseling is necessary as with any other hormonal therapy. A clinical case of PE in a young patient taking COCs is presented. In the context of early diagnosis, thrombolysis was successful because thrombus retraction had not yet occurred. After completion of treatment of the underlying pathology, the patient was recommended to be followed up with a vascular surgeon for treatment of lower limb venous disease. Exclusion of lower extremity venous disease is critical before prescribing COCs, as it increases the risk of PE at any age.

**Keywords:** PE, combined oral contraceptives, clinical case

Тромбоэмболия легочной артерии является грозным тромботическим осложнением с высокой летальностью. Частота встречаемости ТЭЛА (тромбоэмболии легочной артерии) составляет около 70 случаев на 100 000 населения ежегодно [1]. При этом летальность составляет 20–28 %. Вместе с этим, в структуре госпитальной летальности занимает всего около 10–11 % всех госпитализаций. А прижизненная диагностика находится на уровне 20 % [2].

В этиологии преобладает так называемый венозный тромбоз. Доказано, что до 90 % тромбозов образуются в глубоких венах бедра. В связи с этим, крайне актуально изучить структуру венозной патологии нижних конечностей, так как модификация

данного фактора, прежде всего, за счет увеличения выявляемости, значительно снизит частоту ТЭЛА [3].

Крайне актуальным является вопрос повышения факторов риска ТЭЛА в связи с приемом КОК (комбинированных оральных контрацептивов). В силу высокой доступности препаратов и высокой распространенности их самостоятельного назначения, а также низкой обращаемости лиц молодого возраста за медицинской консультацией есть опасность кратного увеличения рисков ТЭЛА у лиц с хронической болезнью вен нижних конечностей [4].

Отсюда актуальность работы – доклад о клиническом случае ТЭЛА у пациентки с хронической болезнью вен нижних конечностей, принимавшей КОК,

может обратить внимание на важность исключения венозной патологии и важность медицинского консультирования перед назначением КОК.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Представить клинический случай возникновения ТЭЛА у пациентки молодого возраста, принимающей КОК и имеющей в анамнезе варикозную болезнь вен нижних конечностей. Провести критический анализ сведений о встречаемости данной проблемы и о тактике в назначении КОК, важности многопрофильного медицинского подхода в оценке рисков тромботических осложнений при назначении КОК

### КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В данной работе представлен клинический случай возникновения тромбоэмболии легочной артерии у пациентки с варикозной болезнью нижних конечностей, принимавшей комбинированные оральные контрацептивы (КОК). Представлены клинические данные, а также данные визуализирующих методов инструментального исследования, полученные с согласия заведующего отделения.

**Анамнез заболевания.** Пациентка 24 лет обратилась в терапевтическое отделение городской поликлиники с жалобами на одышку, учащенное сердцеби-

ение, кашель. Симптомы возникли рано утром, резко, когда пациентка поднималась с кровати. Sp O<sub>2</sub> 90 %, при аускультации выявлено ослабленное дыхание с влажными незвучными хрипами.

В анамнезе – начало приема КОК «Регулон» в прошлом месяце, по назначению врача-гинеколога. Пациентка имеет нормостеническое телосложение, лишнего веса нет, предшествующих ТЭЛА не зарегистрировано.

Данные объективного осмотра и обследования пациента. С точки зрения дифференциальной диагностики, была исключена молниеносная пневмония и острая коронарная патология (инфаркт бассейна правой коронарной артерии): уровень D-димера 454 нг/мл, прием КОК, ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца с легочной гипертензией без признаков ишемии миокарда, признак S1Q3T3.

При осмотре нижних конечностей выявлены варикозные изменения поверхностных вен. Пациентке проведено ультразвуковое исследование вен нижних конечностей. В глубокой вене бедра выявлен флотирующий тромб (рис. 1 а), поверхностные вены расширены (рис. 1 б), кровоток в коммуникантах инверсирован.

С учетом вышеописанного клинико-диагностического набора, пациентка экстренно была госпитализирована с диагнозом «ТЭЛА».

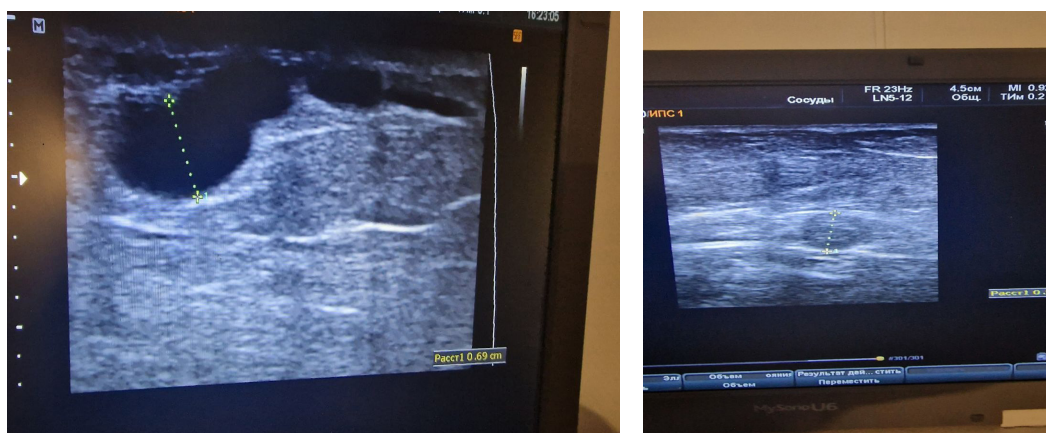


Рис. 1. Данные УЗИ вен нижних конечностей. Флотирующий тромб в системе глубокой бедренной вены: а – варикозно расширенные поверхностные вены нижней конечности; б – источник ТЭЛА, глубокая венозная система ноги (пристеночная часть тромба, оставшаяся после случившейся эмболии)

**Лечение.** В рентгенэндоваскулярной операционной экстренно проведена ангиопульмонография (рис. 2). Была проведена попытка селективного тромболизиса с учетом наличия флотирующего тромба в глубокой бедренной артерии. По данным прямого измерения давления в легочной артерии легочная гипертензия регрессировала, по данным контрастирования проходимость легочной артерии восстановлена. Системный тромболизис не применялся с целью высокого риска повторной тромбоэмболии. Также с целью защиты от

повторной тромбоэмболии проведена установка съемного кава-фильтра.

**Результаты лечения.** Послеоперационный период протекал без особенностей, не было геморрагических осложнений в силу применения именно селективного тромболизиса.

Через 4 дня удален кава-фильтр, исследованы глубокие вены нижних конечностей. Отмечается пристеночный тромб в системе глубокой бедренной вены, имеющий начальные признаки реканализации.

С учетом недостаточной гемодинамики по системе глубоких вен, было принято решение отказаться от ранней флебэктомии с целью профилактики тяжелой венозной недостаточности нижней конечности. В условиях недостаточной реканализации глубокой бедренной вены поверхностная венозная система является единственным

способом кровотока, в связи с чем удаление ее может привести к тяжелому венозному застою. Пациентке рекомендована консультация сосудистого хирурга, ношение компрессионного трикотажа, по выписке КОК были отменены, назначен пероральный антикоагулянт апиксабан в дозе 5 мг 2 раза в день в течение 6 месяцев.

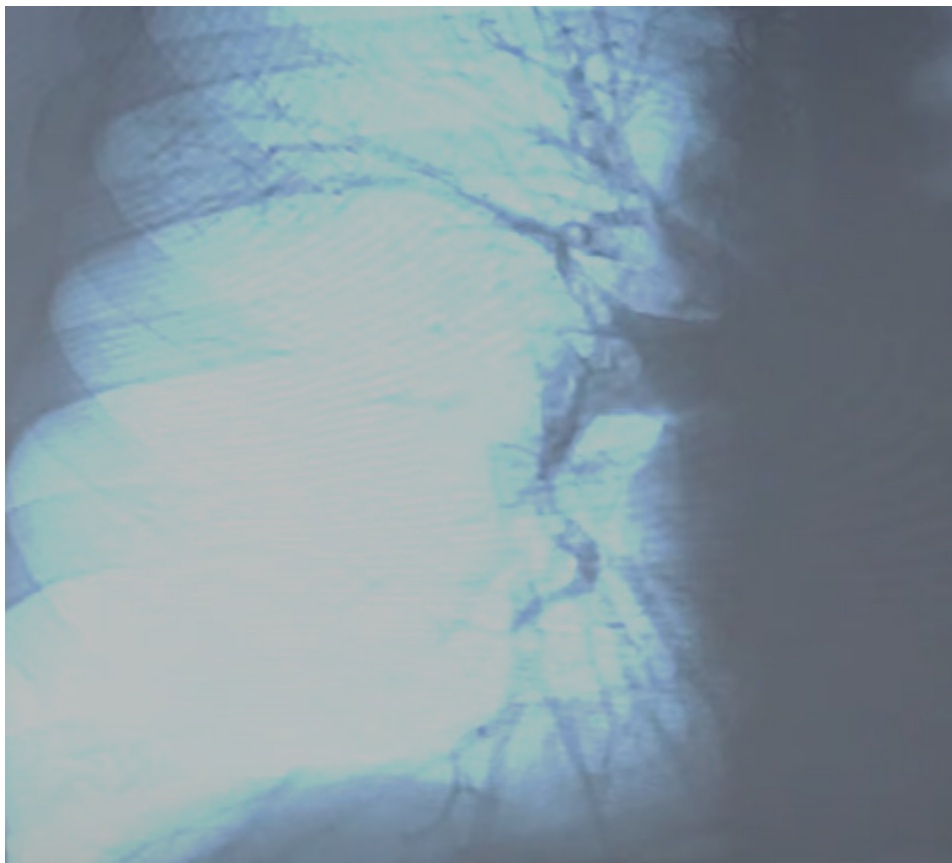


Рис. 2. Ангиопульмонография, картина среднедолевой эмболии в системе правой легочной артерии

Данный клинический случай демонстрирует опасность назначения КОК пациенткам без комплексного исследования и исключения всех факторов риска. В старшем возрасте это онкологические заболевания и хронические заболевания вен нижних конечностей, в то время как в молодом – диагностическим минимумом может являться исключение варикозной болезни ног.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ангиопульмонография является вариантом выбора в диагностике ТЭЛА на госпитальном этапе, так как позволяет проводить селективный тромболитис (и снижать риски повторной тромбоэмболии из существующего эмбологенного русла), устанавливать кава-фильтр, и лучше диагностировать ТЭЛА (МСКТ, будучи более простой и быстрой процедурой, в большинстве случаев не позволяет выявить тромбоз дистальнее сегментарных ветвей). Несмотря на

отсутствие драматичной клинической картины, при ТЭЛА есть большой риск смертности вследствие повторной эмболии. Прием пациенткой КОК – значимый фактор риска ТЭЛА, вследствие чего правильный сбор анамнеза на догоспитальном этапе может вовремя натолкнуть на мысль о тромбоэмболии и начать диагностический поиск. Регресс легочной гипертензии является одним из важных факторов эффективной реперфузии малого круга.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Essien E.O., Rali P., Mathai S.C. Pulmonary Embolism. *Medical Clinics of North America*. 2019;103(3):549–564. doi: 10.1016/j.mcna.2018.12.013. PMID: 30955521.
2. Giordano N.J., Jansson P.S., Young M.N. et al. Epidemiology, Pathophysiology, Stratification, and Natural History of Pulmonary Embolism. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology*. 2017;20(3):135–140. doi: 10.1053/j.tvir.2017.07.002.

3. Becattini C., Agnelli G. Risk stratification and management of acute pulmonary embolism. *Hematology the American Society of Hematology Education Program*. 2016; 2016(1):404–412. doi: 10.1182/asheducation-2016.1.404.

4. Campello E., Spiezia L., Adamo A., Simioni P. Thrombophilia, risk factors and prevention. *Expert Review of Hematology*. 2019;12(3):147–158. doi: 10.1080/17474086.2019.1583555.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Информация об авторах**

*В.О. Тульчий* – участковый терапевт, поликлиника № 4, Кострома, Россия; <sup>✉</sup> nauka-msk@yandex.ru

*М.А. Чухарева* – участковый терапевт, поликлиника № 4, Кострома, Россия; chusmariia@gmail.com

*А.В. Анохин* – заведующий кардиохирургическим отделением, Областная больница, Тверь, Россия; u.kazakov1@tvgmu.ru

Статья поступила в редакцию 02.04.2024; одобрена после рецензирования 01.06.2024; принята к публикации 06.06.2024.

**Competing interests.** The authors declare that they have no competing interests.

**Information about the authors**

*V.O. Tulchiy* – district therapist, polyclinic No. 4, Kostroma, Russia; <sup>✉</sup> nauka-msk@yandex.ru

*M.A. Chukhareva* – district therapist, polyclinic No. 4, Kostroma, Russia; chusmariia@gmail.com

*A.V. Anokhin* – Head of the Cardiac Surgery Department, Regional Hospital, Tver, Russia; u.kazakov1@tvgmu.ru

The article was submitted 02.04.2024; approved after reviewing 01.06.2024; accepted for publication 06.06.2024.