

УДК 618.2-06:616.14-002-031.38]-07-08—84(045)

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Турлупова Т.И., Артеменко К.В., Геляхова З.А.

Саратовский государственный медицинский университет

Подробная информация об авторах размещена на сайте

«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

На основании литературных данных и собственных наблюдений авторами выделены факторы риска тромбоза глубоких вен нижних конечностей при беременности, в родах и в послеродовом периоде. Описаны современные методы консервативного, хирургического лечения и акушерской тактики при этой патологии в зависимости от срока беременности.

По литературным данным последних лет частота тромбоза глубоких вен нижних конечностей при беременности составляет примерно 0,5 на 1000 [4]. Эта патология значительно осложняет течение гестационного и послеродового периодов, создавая угрозу для здоровья женщины и плода, нередко вызывает необходимость оперативных вмешательств, ведет к росту материнской и перинатальной смертности. Большинство случаев тромбоза глубоких вен нижних конечностей встречается во второй половине беременности, а у родильниц - в первые 2 недели после родов. Большие требования, предъявляемые к организму во время беременности, и перестройка, происходящая в нем за короткое время, связанная с эндокринными сдвигами, эмоциональным напряжением, гемодинамическими нарушениями, изменениями обменных процессов, состоянием физиологической гиперкоагуляции, создают благоприятный фон для возникновения тромбозов. В послеродовом периоде даже в физиологических условиях имеются предпосылки к тромбозу: застойные явления в обширной сосудистой системе малого таза после родоразрешения, замедление кровотока в венах нижних конечностей в связи с снижением подвижности в первые дни после родов [3,6,7]. В большой степени угроза развития тромбозов во время беременности, родов и в послеродовый период возрастает у женщин с акушерской патологией и экстрагенитальными заболеваниями. Принято выделять группы риска развития тромботических

осложнений [7,10]. Группу высокого риска составляют беременные с наследственными и приобретенными формами тромбофилии [1]. Степень риска повышается при сочетании нарушений гемостаза с предшествующим тромбозом глубоких вен, при повторных выкидышах в связи с антифосфолипидным синдромом, при предшествующих рецидивирующих тромбозах. В этой группе беременных проводится противотромботическая терапия во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. Группу среднего риска тромботических осложнений составляют беременные с одним случаем предшествующего тромбоза при отсутствии внешних факторов риска, а также беременные без тромботических осложнений в анамнезе, но с дополнительными факторами риска. К последним относятся осложнения беременности и экстрагенитальная патология приводящие к гиперкоагуляции – поздний гестоз, ревматические пороки сердца, гипертония, нефротический синдром, системные заболевания, ожирение, варикозное расширение вен нижних конечностей, хронические инфекции и интоксикации, острые бактериальные и вирусные заболевания, родоразрешение путем операции кесарева сечения, патологическая кровопотеря. Эти женщины нуждаются в гемостазиологическом мониторинге и часто в назначении противотромботических препаратов в послеродовом периоде.

В случае развившегося тромбоза при компенсации и субкомпенсации венозного оттока и отсутствии тромбоэмбо-

лии легочной артерии, заболевание расценивается как протекающее в легкой форме. При декомпенсации венозного оттока и отсутствии клиники тромбоэмболии легочной артерии, а также других ранних осложнений венозного тромбоза- венозной гангрены, восходящего тромбоза нижней полой вены - констатируется среднетяжелая форма болезни. В случае присоединения ранних осложнений венозного тромбоза или развития нарушений жизненно важных функций (сердечно-легочная недостаточность, почечная недостаточность и т.д.) форма заболевания расценивается как тяжелая. Данное деление на формы определяет тактику врача [5] - при легкой форме заболевания больная может находиться в общехирургическом стационаре, при среднетяжелой форме показана госпитализация в специализированное сосудистое отделение, а тяжелая форма определяет необходимость пребывания больной в реанимационном отделении. В любом случае участие акушера в ведении такой пациентки обязательно. Клиническая диагностика тромбоза глубоких вен нижних конечностей во время беременности более сложна из-за исходной венозной гипертензии в нижних конечностях с лимфопатической недостаточностью ног, особенно с левой стороны, а также перераспределения болевой импульсации в связи с беременностью. Наиболее часто больные жалуются на диффузные боли внизу живота и/или в ноге [5,6]. Дополнительные сложности возникают, если сосудистая патология развивается на фоне других осложнений беременности – гестоза, многоводия, угрозы прерывания беременности. В диагностике сосудистой патологии отдается предпочтение неинвазивным методикам – импедансной плетизмографии, дуплексному исследованию, сочетанию импедансной плетизмографии и доплерографии вен нижних конечностей. К ангиографии прибегают лишь в тех случаях, когда после применения неинвазивных методик остаются сомнения в диагнозе [5]. Тактика лечения тромбоза глубоких вен нижних конечностей у беременных зависит не только от характера тромбоза, его локализации, степени активности тромботического процесса и наличия тромботических ос-

ложений, но и от сроков беременности, состояния матери и плода. В тех случаях, когда после проведенного комплексного обследования, установлено, что угрозы возникновения тромбоэмболии легочной артерии и венозной гангрены - нет, лечение должно быть консервативным. Многие годы лидером в консервативной терапии считался гепарин[5,6]. Этот препарат не проходит через плацентарный барьер, не обладает тератогенными свойствами. Рекомендуется внутривенное введение полных доз гепарина (20-30 тыс. ЕД ежедневно) на растворе реополиглокина, физиологическом растворе или растворе глюкозы в течение первых 5-10 суток острого венозного тромбоза с последующим переходом на подкожное введение низких доз гепарина. Контроль за гепаринотерапией возможен при анализе времени свертывания крови. В настоящее время многие отдают предпочтение низкомолекулярным гепаринам [2,3,7,11]. Разработки последних лет [8,9] свидетельствуют о высокой эффективности в профилактике и лечении тромботических осложнений препарата Вессел Дуэ Ф (сулодексид). Это натуральный продукт представляет собой естественную смесь гликозаминогликанов, состоящую из средненизкомолекулярной гепариноподобной фракции и дерматан сульфата. Двойной механизм действия сулодексида обусловлен его двухкомпонентным составом. Быстротекущая средненизкомолекулярная гепариноподобная фракция имеет сродство к антитромбину III, а дерматановая фракция сродство к кофактору гепарина II. Таким образом, двойной состав этого препарата обеспечивает его высокий антитромботический потенциал и умеренно-слабую антикоагулянтную активность. Препарат обладает высокой степенью тропности к эндотелию сосудов, 90% его абсорбируется именно там. Под действием сулодексида восстанавливается физиологическая функция и тромборезистентный потенциал эндотелия и стенок сосудов, нормализуются реологические свойства крови за счет снижения уровня триглицеридов. Препарат усиливает венозный тонус и снижает венозную растяжимость, улучшает венозный кровоток, что делает его эффективным у больных с хрониче-

ской венозной недостаточностью нижних конечностей. Существенным достоинством сулодексида, применяемого в акушерской практике, является его благоприятное воздействие на маточно-плацентарный кровоток. Сулодексид может оказать существенную помощь больным с сочетанием таких осложнений беременности как гестоз, фето-плацентарная недостаточность, угроза невынашивания при АФС с венозной патологией. Несомненным преимуществом препарата по сравнению с гепарином и низкомолекулярными гепаринами является его эффективность не только при парентеральном введении, но и при приеме внутрь. Лечение начинается с ежедневного внутримышечного введения содержимого 1 ампулы препарата (600ЛЕ) в течение 20 дней, затем в течение 30 дней терапия продолжается путем приема внутрь по 1 капсуле (250ЛЕ) 2 раза в сутки. Препарат не показан в 1 триместре беременности. В начале и конце курса терапии необходим контроль АЧТВ (препарат увеличивает этот показатель, приблизительно, на 25-30%), уровня фибриногена, тромбинового времени, вязкости крови, времени свертывания крови. В послеродовом и послеоперационном периодах антикоагулянтная терапия должна быть возобновлена ввиду высокого риска развития тромбозомболических осложнений. Из других препаратов, применяемых в лечении венозного тромбоза, должны быть отмечены антиагреганты [6,7,11] Чаще используются низкомолекулярные декстраны, пентоксифиллин, курантил, реже – салицилаты. В комплексную терапию беременным с тромбозом глубоких вен целесообразно включать лечебный плазмаферез [5]. Применение этого метода позволяет нормализовать реологические свойства крови, снизить гиперкоагуляцию, уменьшить дозу медикаментозных препаратов. Коррекция реологических свойств происходит путем влияния на все звенья системы гемостаза: плазменное, клеточное, сосудистое. В случаях возникшей угрозы тромбозомболических осложнений кроме проводимой консервативной терапии выполняются хирургические вмешательства. Чаще всего производят установку в нижнюю полую вену кава-фильтров с доступом через верхнюю

полую вену. Показанием для установки кава-фильтра может быть не только диагностированный флотирующий характер тромбоза, но и «свежий» илиофemorальный тромбоз за 1-2 неделю до родов, а также невозможность продолжать или вообще проводить антикоагулянтную терапию. При отсутствии технических возможностей для установки кава-фильтра, необходимо прямое хирургическое вмешательство на вене. [5]

Тактика ведения беременности у женщин, которым проводилось консервативное лечение тромбоза глубоких вен нижних конечностей, зависит от срока беременности [6]. Если тромбоз возник в первом триместре и потребовалось выполнение ангиографического исследования, то беременность целесообразно прервать, учитывая перенесенное плодом рентгеновское облучение. При беременности сроком более 12 недель вопрос о ее прерывании очень сложен и тактика избирается индивидуально. Методом выбора прерывания беременности в случае серьезных для этого показаний должен быть тот, который является наиболее бережным в данном конкретном случае с учетом состояния беременной, подготовленности ее родовых путей, наличия других экстрагенитальных заболеваний или осложнений беременности. Тактика ведения родов у женщин, перенесших тромбоз глубоких вен, в основном консервативная и диктуется в большей степени акушерскими показаниями. Однако в тех случаях, когда острые явления тромбоза к моменту родов купировались не полностью, безопаснее выполнить операцию кесарева сечения с последующей пликацией вены выше проксимальной границы тромбоза. [5] Такая позиция обусловлена необходимостью выключить активную родовую деятельность, которая может привести к фрагментации тромба и его проксимальной миграции.

Проведен анализ 40 случаев сочетания беременности и тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Все пациентки входили в группу среднего риска по возможности развития тромбоза – варикозное расширение вен и хроническая венозная недостаточность имели место у 20 беременных, пятеро страдали гипертонической

болезнью, у троих был поздний гестоз с умеренными изменениями гемостаза, у троих – ожирение 2–3 степени, двое страдали сахарным диабетом первого типа. У 11 беременных гинекологический анамнез был отягощен длительно существующим воспалительным процессом гениталий. Пациентки разделены на 3 группы в зависимости от срока гестации, имевшемся в момент заболевания тромбозом. У 11 тромбоз развился в первом триместре беременности, у 8 – во втором, у 21 – в третьем триместре беременности. У 5, заболевших в ранние сроки беременности, тромб локализовался ниже коленного сустава. Эти пациентки получали консервативную терапию, основным компонентом которой были низкомолекулярные гепарины. Беременности были пролонгированы до доношенного срока. Роды проведены через естественные родовые пути и закончились благополучно. При локализации тромба выше подколенной вены у 6 пациенток этой группы была выполнена диагностическая ангиография, что явилось показанием к прерыванию беременности в связи с перенесенным рентгеновским облучением плода. Флотирующий тромбоз ни в одном случае выявлен не было и пациенткам проведено консервативное лечение с хорошим эффектом. У 8 пациенток тромбоз развился во втором триместре беременности и локализовался выше колена. Пятеро беременных этой группы с обтурирующим тромбозом получили консервативную терапию с назначением сулодексида и включением 1-2 сеансов плазмафереза. У этих пациенток беременность была сохранена и закончилась в срок рождением живых детей. В 3-х случаях выявлен флотирующий характер тромбоза, что послужило показанием к оперативному вмешательству – пункции вены выше места тромбоза. Две пациентки в послеоперационном периоде получили терапию сулодексидом в сочетании с одним сеансом плазмафереза, доносили беременность и были успешно родоразрешены операцией кесарева сечения. В третьем случае на 6-ые сутки после сосудистой операции, выполненной на фоне инфарктной пневмонии, произошел поздний выкидыш. Из 21 беременной с тромбозом, возникшем в

третьем триместре, у 8 тромб локализовался в венах голени. Этим пациенткам проведена терапия, основным компонентом которой были сулодексид и 1-2 сеанса плазмафереза, что привело к ликвидации тромботического состояния гемостаза и предотвратило распространение тромбоза по венам проксимальнее. Хороший эффект лечения позволил родоразрешить 7 женщин этой группы консервативно. В одном случае выполнена операция кесарева сечения по акушерским показаниям. У 13 беременных в третьем триместре был диагностирован илиофemorальный флеботромбоз. При обследовании в 7 случаях выявлен флотирующий характер тромбоза, что потребовало срочного выполнения пункции вены выше места локализации тромба. Поскольку у 5 беременных этой группы срок гестации превышал 35 недель, одновременно с сосудистым этапом операции было произведено кесарево сечение. Состояние рожденных детей было удовлетворительным. В 2-х других случаях срок беременности был 28 и 31 неделя, поэтому была выполнена только пункция вены с последующей антикоагулянтной терапией и двумя сеансами плазмафереза. Плановое кесарево сечение этим беременным произведено в 37 недель беременности на фоне удовлетворительного состояния гемостаза. Остальные 6 беременных с высоким обтурирующим тромбозом лечились консервативно до 37-39 недель беременности, после чего были родоразрешены абдоминально. Всем пациенткам в послеоперационном периоде были назначены антикоагулянты, в том числе 6 родильниц продолжили лечение сулодексидом по общепринятой схеме. Рецидива тромбоза у родильниц этой группы не было. Таким образом, предупредить материнскую и перинатальную смертность при тромбозе глубоких вен нижних конечностей у беременных можно при дифференцированном подходе к ведению таких больных в зависимости от срока гестации и особенностей сосудистой патологии. Использование современных методов терапии – плазмафереза, сулодексида, оказывающего антитромботическое, антикоагулянтное, профибринолитическое и вазопротективное воздействие, своевременное и адекватное хирург-

гическое вмешательство, позволяют, кроме того, избежать и серьезных осложнений, возможных при данной сосудистой патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агаджанова А.А.// Современные подходы к лечению антифосфолипидного синдрома при невынашивании беременности. Вестн. Росс.ассоц.акуш.-гин. - 1999.- №2, С. 40-45.

2. Баркаган З.С. с соавт.// Применение низкомолекулярных гепаринов при беременности (Международное многоцентровое исследование) Клин. фарм. и тер. - 1998.-№ 7, С. 21-24.

3. Бицадзе В.О., Макацария А.Д.// Патогенетическое обоснование и возможности применения низкомолекулярных гепаринов в акушерской практике. Акуш. и гин.-1999.-№2,С.37-41.

4. Кириенко А.К.// Лечение венозного тромбоза и легочной эмболии. Точка зрения хирурга. Клин. фарм. и тер.-2001.- №10, С. 82-86.

5. Лосев Р.З., Львович В.Л., Зинатуллин Х.К.// Современные подходы к лечению тромбозов глубоких вен нижних

конечностей. Изд-во Саратовского медицинского университета -2003.

6. Макаров О.В.,Озолия Л.А.// Венозные тромбозы в акушерстве и гинекологии. М: Медицина- 2001.

7. Макацария А.Д., Бицадзе В.О.// Тромбоэмболические состояния в акушерской практике. М: Медицина -2001.

8. Мозговая Е.В., Павлова Н.Г., Хохлов П.Г. и др.// Влияние препарата Вессел-Дуэ (сулодексид) на эндотелий и кровообращение в функциональной системе мать-плацента-плод у беременных с сочетанным гестозом Регионарное кровообращение и микроциркуляция-2002.- №1, С. 4.

9. Насонов Е.Л.// Антифосфолипидный синдром. М: Литера –2004- С. 414-424

10. Озолия Л.А., Мищенко А.Л., Пархоменко Т.В., Соколова К.В. //Коррекция изменений в системе гемостаза у беременных группы риска тромбоэмболических осложнений. Вест.Росс. ассоц.акуш.-гин.- 1998- №4,С. 93-97.

11. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии в акушерской практике Информационное письмо Министерства Здравоохранения Российской Федерации М.2002.

SOME ASPECTS OF CONDUCTING PREGNANCY IN WOMEN WITH DEEP VEINS THROMBOSIS OF LOW EXTREMITIES

Turlupova T.I., Artemenko K.V., Gelyakhova Z.A.
Saratov state medical university

According to data available in practice and literature the authors describe the risk factors of thrombosis in gestation and postpartum period. Opinions of modern therapeutic and surgical treatment and obstetrical management depending on the period of gestation in women with deep veins thrombosis of lower extremities are studied.