

УДК 616'147+147.3-007.64-036.11-089.1 (575.2) (04)

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН
С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Э.М. Носинов – канд. мед. наук, доцент,
А.С. Эшалиева – аспирант,
А.С. Жанбаев – соискатель

The tactics of management of pregnancy, labor and postpartum period at women with venous thrombosis of the lower limbs are presented.

У беременных женщин частота венозных тромбоэмболических осложнений в 5–6 раз выше по сравнению с небеременными женщинами. Венозные тромбозы (ВТ) нижних конечностей нередко осложняются тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), в том числе со смертельным исходом. В экономически развитых странах ТЭЛА стоит на 1–3 месте среди причин материнской смертности. В России смертность от венозных тромбоэмболических осложнений в структуре материнской смертности составляет 2,8–6,3%. Поэтому проблема тактики ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ВТ продолжает оставаться актуальной [1–5].

Цель исследования – определить тактику ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с венозными тромбозами нижних конечностей.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты ведения беременности, родов и послеродового периода у 30 пациенток ВТ, который развился во время беременности: в I триместре – в одном (3,3%) случае, во II – в 9 (30,0%), в III – в 20 (66,7%). Причем в поздние сроки беременности (менее чем за 2 недели до родов) заболевание обнаружено у 10 (33,3%) пациенток.

Результаты исследования. У всех пациенток были одно или сочетание нескольких ос-

ложнений течения беременности и отягощающих беременность факторов, которые способствовали развитию ВТ: осложненный гинекологический анамнез – у 20 (66,7%), осложнения настоящей беременности – у всех (100,0%) и др.

Из 30 пациенток илиофemorальный тромбоз был у 10 (33,3%), тромбоз глубоких вен голени – у 10 (33,3%), тромбоз варикозно расширенных подкожных вен – у 10 (33,3%). ТЭЛА диагностировано не было ни в одном случае.

В опытной группе до настоящей беременности и развития ВТ у 8 (26,7%) пациенток имела варикозная болезнь, которая в данную беременность осложнилась развитием ВТ: тромбоз варикозно расширенных подкожных вен – у 7, илиофemorальный тромбоз – у одной.

Во время беременности гиперкоагуляция отмечена в 63,3% случаев, у остальных пациенток были нормальные показатели свертывающей системы крови. Поэтому исследование свертывающей системы крови не может быть достоверным критерием диагностики данного заболевания. Все же исследование свертывающей системы крови позволяет оценить состояние гемостаза и контролировать проведение антикоагулянтной терапии.

У пациенток с ВТ во всех случаях диагноз был подтвержден при ультразвуковом исследовании вен нижних конечностей. По данным

ультразвукового триплексного ангиосканирования (УТАС) в большинстве случаев при илиофemorальном тромбозе и при тромбозе варикозно расширенных подкожных вен – проксимальная граница тромбоза располагалась проксимальнее уровня, определенного при клиническом осмотре.

Точное определение при УТАС проксимального уровня ВТ позволило определить показания к операции у 3 из 4 оперированных пациенток с ВТ, а также определить показания к ретроградной илиокаваграфии (РИКГ) у одной беременной. Контрольное УТАС в динамике позволило определить нарастание тромбоза при восходящем тромбозе большой подкожной вены. В остальных случаях ультразвуковое сканирование позволяло выявить дальнейшую тактику лечения ВТ без хирургических вмешательств.

Из 30 пациенток с ВТ РИКГ была произведена у одной (3,3%) пациентки с илиофemorальным тромбозом в сроке 28 недель беременности. При РИКГ диагностирован окклюзионный илиофemorальный тромбоз. В последующем беременность была пролонгирована и закончилась срочными самостоятельными родами.

Всем 30 (100,0%) пациенткам с ВТ, вне зависимости от срока беременности, после установления диагноза проводили гепаринотерапию – обычный нефракционированный гепарин назначали по 5 тыс. ЕД каждые 6–8 часов, подкожно. Гепаринотерапия в зависимости от сроков обращения в стационар до родов проводилась от 1 до 7 суток, в среднем $3,9 \pm 1,4$ суток. За 6–8 часов до родов (кесарево сечение) или с началом родовой деятельности гепарин отменяли. Через 6–8 часов после родов (после кесарева сечения) продолжали гепаринотерапию по той же схеме от 5 до 7 суток.

Все беременные получали дезагреганты: аспирин – по 0,125–0,25 г 1 раз/сутки внутрь, трентал – по 0,1–0,2 г 3 раза/сутки внутрь. Дезагрегантную терапию начинали проводить параллельно с гепаринотерапией, продолжительность курса дезагрегантной терапии при беременности составила 2–4 недели. Дезагрегантную терапию отменяли за 2 недели до родов.

Все беременные получали флеботоники: траксевазин – по 0,3 г 3 раза/сутки внутрь, в течение 2–4 недель. Затем делали перерыв

в течение месяца с последующим продолжением терапии по той же схеме.

В послеродовом периоде всем родильницам через 6–8 часов после родов продолжали терапию дезагрегантами и флеботониками по тем же схемам.

Следует отметить, что во время беременности, родов и в послеродовом периоде ни в одном случае не было отмечено осложнений, связанных с терапией гепарином, дезагрегантами, флеботониками. Трентал и траксевазин не назначали в I триместре.

Всем пациенткам после обращения в стационар во время беременности, родов (кесарево сечение) и в послеродовом периоде в обязательном порядке назначалась лечебная компрессионная терапия по общепринятой методике. В нашем исследовании использовались эластические бинты, лечебный компрессионный трикотаж.

У всех пациенток стационарно и амбулаторно проводили немедикаментозные мероприятия по общепринятой методике: возвышенное положение нижних конечностей в положении лежа небольшим поднятием ножного конца кровати, раннюю активизацию пациенток в послеродовом и послеоперационном периоде, лечебную гимнастику с целью улучшения работы мышечно-венозной помпы голени и стоп, дозированную ходьбу.

Оперативные вмешательства с целью профилактики ТЭЛА были выполнены у двух (6,7%) беременных. Операция Троянова произведена у одной беременной в сроке 24 недель беременности, у одной беременной в сроке 39 недель беременности. Показаниями к операции Троянова в этих случаях были тромбоз варикозно расширенных подкожных вен, проксимальный уровень которого был в области $1/3$ бедра и сафено-фemorального соустья, в том числе восходящий тромбоз большой подкожной вены. Операция Троянова производилась по стандартной методике, под местным обезболиванием. У этих беременных в последующем беременность была пролонгирована и благополучно закончилась срочными самостоятельными родами.

В двух случаях перед операцией диагноз тромбоза варикозно расширенных подкожных вен был верифицирован УТАС, была четко оп-

ределена проксимальная граница ВТ. Данные УТАС были подтверждены при интраоперационной ревизии сафено-фemorального соустья.

Под нашим наблюдением роды были у 15 (50,0%) из 30 беременных ВТ, которые наблюдались во время беременности. Остальные беременные также рожали под нашим наблюдением, но на момент родов у них с момента острого течения прошло более двух месяцев и у них была диагностирована посттромботическая болезнь, не вошедшая в данный анализ.

Во всех 15 (100,0%) случаях были срочные роды в сроке 37–40 недель беременности. Самостоятельные роды были у 22 (73,3%) пациенток, во всех случаях – физиологические. Кесарево сечение выполнено у 8 (26,7%) пациенток, из них в плановом порядке в семи случаях, в экстренном – в одном. Показаниями к кесареву сечению как в плановом, так и в экстренном порядке во всех случаях были акушерскими.

У 3 (10,0%) рожениц отмечены осложнения родов – острая внутриутробная гипоксия плода, стойкая слабость родовой деятельности. Данные осложнения потребовали выполнения по показаниям следующих вмешательств и манипуляций: кесарево сечение в экстренном порядке, родовозбуждение (амниотомия, внутривенное введение энзопроста), родостимуляция (внутривенное введение окситоцина).

Объем кровопотери при самостоятельных родах составил 200,0–300,0 мл, в среднем – 250,0±43,8 мл, при кесаревом сечении – 400,0–700,0 мл, в среднем – 566,7±172,9 мл. Это свидетельствовало о том, что проведение гепаринотерапии не влияет на объем кровопотери при родах.

Осложнений в послеродовом периоде не было ни в одном случае. Сроки госпитализации после самостоятельных родов составили от 3 до 7 койко-дней, в среднем – 4,2±0,7 койко-дней; после кесарева сечения – 6 койко-дней.

Мы придерживались следующей тактики ведения беременности, родов и послеродового периода у пациенток ВТ: медикаментозная терапия (гепаринотерапия, дезагреганты, флеботоники); обязательное компрессионное лечение во время беременности, родов (кесарево сечение) и в послеродовом периоде; немедикаментозные мероприятия во время беременности и в послеродовом периоде; обязательное флебологическое ультразвуковое обследование при первичном обращении и в динамике; при распространении заболевания выше паховой складки у пациенток ВТ – выполнение РИКГ, в том числе у беременных; по показаниям – хирургическая профилактика ТЭЛА у беременных (эмбологенный ВТ, ТЭЛА, восходящий тромбоз большой подкожной вены).

Проведение комплекса диагностических и лечебных мероприятий у женщин ВТ позволяет вести беременность, роды и послеродовый период, ориентируясь в основном на акушерскую ситуацию, в том числе и при выборе метода родоразрешения.

Литература

1. Макаров О.В. Венозные тромбозы в акушерстве и гинекологии / О.В. Макаров, Л.А. Озолина. – М.: Медицина, 1998. – 261 с.
2. Профилактика венозных тромбозов в акушерстве: пособие для врачей / Сост. О.В. Макаров, Л.А. Озолина, С.Б. Керчелаева. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2001. – 23 с.
3. Савельев В.С. Массивная эмболия легочных артерий / В.С. Савельев, Е.Г. Яблоков, А.И. Кириенко. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
4. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А.И. Кириенко и др.; Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
5. Bolan J.C. Thromboembolic complications of pregnancy / J.C. Bolan // Clin. Obstet. Gynec. – 1983. – Vol. 26. – P. 913.