



Государственное бюджетное учреждение Рязанской области  
«Областной клинический перинатальный центр»

# Ведение беременных женщин после перенесенного эпизода ТГВ/ТЭЛА.

заведующая ДАКЦ ГБУ РО «ОКПЦ»

к.м.н. Шевлякова Т.В.

Рязань 2018 год



# АКТУАЛЬНОСТЬ.

- ❖ Беременность является известным фактором риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), так же как и родоразрешение,
- ❖ Первые 6 недель после родов риск тромбоза выше в 20–80 раз, а в первую неделю – в 100 раз по сравнению с беременностью,
- ❖ В настоящее время частота ВТЭО в акушерстве составляет от 0,5 до 2 на 1000 родов,
- ❖ Каждый случай вне зависимости от локализации представляет собой серьезную проблему для акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов и сосудистых хирургов,
- ❖ Во время беременности необходимо учитывать ряд особенностей, связанных как с диагностикой, так и профилактикой и лечением.

## Письмо Министерства здравоохранения РФ от 27 мая 2014 г. N 15-4/10/2-3792

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет [клинические рекомендации](#) (протокол лечения) "Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии", разработанные в соответствии со [статьей 76](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", для использования в работе руководителями органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья при подготовке нормативных правовых актов, главными врачами перинатальных центров и родильных домов (отделений), руководителями амбулаторно-поликлинических подразделений при организации медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также для использования в учебном процессе.

Приложение: 32 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

# ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ -

критическое состояние, связанное с обструкцией ветвей легочной артерии тромбами, образующимися в венах большого круга кровообращения с развитием нарушения сердечной деятельности и дыхательной недостаточности.

Прерывание беременности как первоначальный этап борьбы с ТЭЛА — ошибочная тактика. Беременность является не причиной заболевания, а лишь фактором, усугубляющим состояние женщины.

# ПРИЧИНА И ЧАСТОТА ТЭЛА.

- ❖ Эмболия легочной артерии и ее ветвей тромботическими массами встречается при различных заболеваниях и состояниях, но чаще всего при тромбозе глубоких вен. У 80—90% больных источник эмболии находится в бассейне нижней полой вены, у остальных 10—20% — в бассейне верхней полой вены и/или полости сердца.
- ❖ Частота ТЭЛА: во время беременности — 0,05—0,1%; в послеоперационном периоде — 3%.
- ❖ Летальность при данной патологии колеблется от 8 до 30% и зависит от уровня диагностики, тактики лечения, ведения беременности и родов.

# ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЭЛА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- ❖ Хронически протекающий ДВС-синдром при ревматических пороках сердца, аритмиях, артериальной гипертензии, оперированном сердце, наличии имплантированных искусственных клапанов сердца, преэклампсии различной степени тяжести, гнойно-септических заболеваниях, патологиях почек, внутриутробной гибели плода.
- ❖ Генетические мутации и врожденные дефициты в системе свертываемости крови.
- ❖ Антифосфолипидный синдром
- ❖ Другие факторы: курение, возраст старше 40 лет, ожирение, выполнение процедуры ЭКО и гормональной стимуляции овуляции, заболевания сердечно-сосудистой системы, А (II), В (III) и АВ (IV) группы крови, наличие эпизодов ТЭЛА, флебитов или тромбозов в анамнезе, большое количество беременностей, системная красная волчанка и другие ревматологические заболевания, длительный постельный режим, венозный застой, варикоз и др.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТЭЛА

- ❖ Общие симптомы: беспокойство, страх смерти, чувство стеснения в груди, тахикардия, головокружение, обморок, падение АД, холодный пот, бледность.
- ❖ Функциональные симптомы: инспираторная одышка; кашель; кровохарканье; аускультативно: хрипы, одностороннее отсутствие проведения дыхательного шума, шум трения плевры.
- ❖ Болевые симптомы: острые боли за грудиной, усиливающиеся при дыхании и кашле; боль в области сердца; боль в плечах, лопатках; чувство холода за грудиной.
- ❖ Симптомы застоя: диспноэ, тахипноэ; набухание вен шеи; патологическая пульсация в эпигастральной области; увеличение печени; аускультативно: систолический шум, акцент II тона во II межреберье; на ЭКГ — картина острого “cor pulmonale”.

# Основными причинами материнской смертности при ТЭЛА

являются рефлекторное падение  
сердечного выброса, фибрилляция  
желудочков и острая дыхательная  
недостаточность.

# ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТЭЛА ИЛИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ЕЕ РАЗВИТИЯ.

- ❖ Выделение групп риска развития ТЭЛА,
- ❖ Проведение профилактики,
- ❖ Диагностика ТЭЛА при появлении клинических симптомов,
- ❖ Комплексное лечение больных с ТЭЛА,
- ❖ Решение вопроса о возможности вынашивания беременности,
- ❖ Ведение беременности и определения места и метода родоразрешения.

# **АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С ТЭЛА ЗАВИСИТ ОТ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОЙ, СРОКА ГЕСТАЦИИ, СОСТОЯНИЯ ПЛОДА, ПРИСОЕДИНЕНИЯ ДРУГИХ АКУШЕРСКИХ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.**

- ❖ **При развитии ТЭЛА в I триместре беременности после купирования кардиопульмонального шока, ликвидации тромбоза и стабилизации состояния женщины беременность следует прервать.**
- ❖ **Беременность следует прервать независимо от срока беременности при тяжелом состоянии женщины (нарастание легочной гипертензии или развитие тяжелой легочной гипертензии), прогрессирующем ухудшении функционального состояния плода, а также присоединении других акушерских и экстрагенитальных осложнений.**
- ❖ **При развитии ТЭЛА во II и III триместрах вопрос о сохранении беременности нужно решать индивидуально в зависимости от состояния женщины и жизнеспособности плода. При успешном лечении ТЭЛА, удовлетворительном состоянии пациентки и отсутствии патологии у плода беременность можно вынашивать (но не сохранять!).**
- ❖ **После перенесенной ТЭЛА на протяжении всей беременности и при родоразрешении женщина должна получать антикоагулянтную терапию.**

# УСЛОВИЯ ДЛЯ ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ТЭЛА:

- ❖ Ведение беременности совместно со смежными специалистами (акушерами-гинекологами, анестезиологами-реаниматологами, гематологами, сосудистыми и кардиохирургами);
- ❖ Непрерывная антикоагулянтная терапия в течение всей беременности;
- ❖ Качественный лабораторный контроль антикоагулянтной терапии;
- ❖ Регулярный контроль эхокардиографии легочно-сердечной гемодинамики и компрессионной двухмерной эхографии вен нижних конечностей;
- ❖ Непрерывный контроль за состоянием плода.

# Организация оказания медицинской помощи беременным с ТЭЛА:



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

## **Беременная Ф. 33 лет**

**27.03.2017** г. Встала на учет по беременности в сроке 11 недель

### **Анамнез жизни:**

**Общие заболевания:** ветряная оспа, ангина, ОРВИ, диффузно-нетоксический зоб 1 ст. , умеренная митральная регургитация, дилатация ЛП, гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 3. НЖО 1 ст. , миопия слабой степени.

**Наследственность** - гипертоническая болезнь у отца.

**Гинекологические заболевания**- эктропион шейки матки, миома матки.

### **Акушерский анамнез:**

1 беременность – 2009 год- роды срочные нормальные. Вес ребенка при рождении 4000 г - жив., послеродовый период протекал гладко.

2 беременность - 2015 год - самопроизвольный аборт в сроке 21-22 недели.

3 беременность - 2017год - настоящая

## **Анамнез заболевания :**

### *Осложнения беременности :*

**1 триместр:** токсикоз лёгкой степени, 11 недель - анемия 2 степени, 13-14 недель - угроза прерывания беременности (принимала дюфастон с малых сроков беременности.)

### **2 триместр:**

20-22 недели – стационарное лечение в гинекологическом отделении - ИЦН, угроза прерывания беременности, кольпит . Лечение: дюфастон, тержинан, поставлен акушерский pessary.

23 недели переведена в ГБУ РО « ОКПЦ» с диагнозом: Ложные схватки при 3 беременности в сроке 23 недели Роды 2. ИЦН.

Акушерский pessary. Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 3. НЖО 1 ст.

**27.06.17** г. у беременной появляются боли в левой голени.

**29.06.17** г. около 4х часов утра почувствовала сердцебиение, одышку, головокружение, потерю сознания при попытке встать с постели.

**При осмотре состояние тяжелое,** больная в сознании, контактна. Кожные покровы бледные. В легких аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в мин. SpO<sub>2</sub> 95%. ЧСС до 160 в мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Матка в нормальном тонусе. Сердцебиение плода ясное ритмичное до 140 ударов в минуту. Левые голень и бедро +1-1,5 см. Икроножная мышца слева болезненна при пальпации. На ЭКГ SI, QIII, TIII (перегрузка правых отделов сердца). В ОАК анемия 1 степени. На УЗИ вен нижних конечностей тромбоз вен левой н/к. На УЗИ сердца легочная гипертензия 35 мм.рт.ст. Осмотрена сосудистым хирургом.

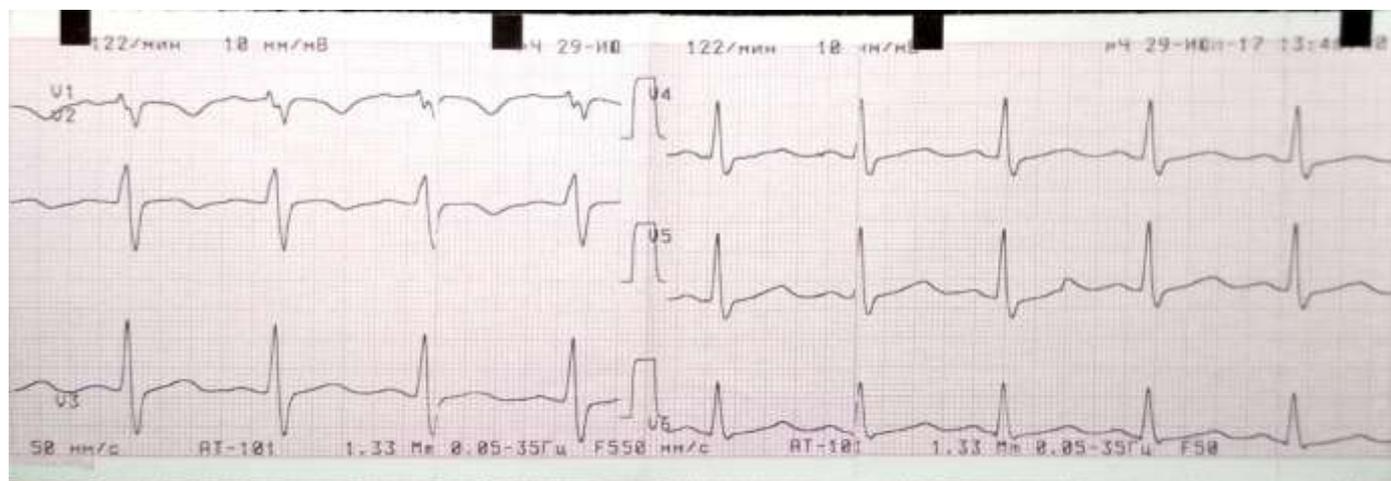
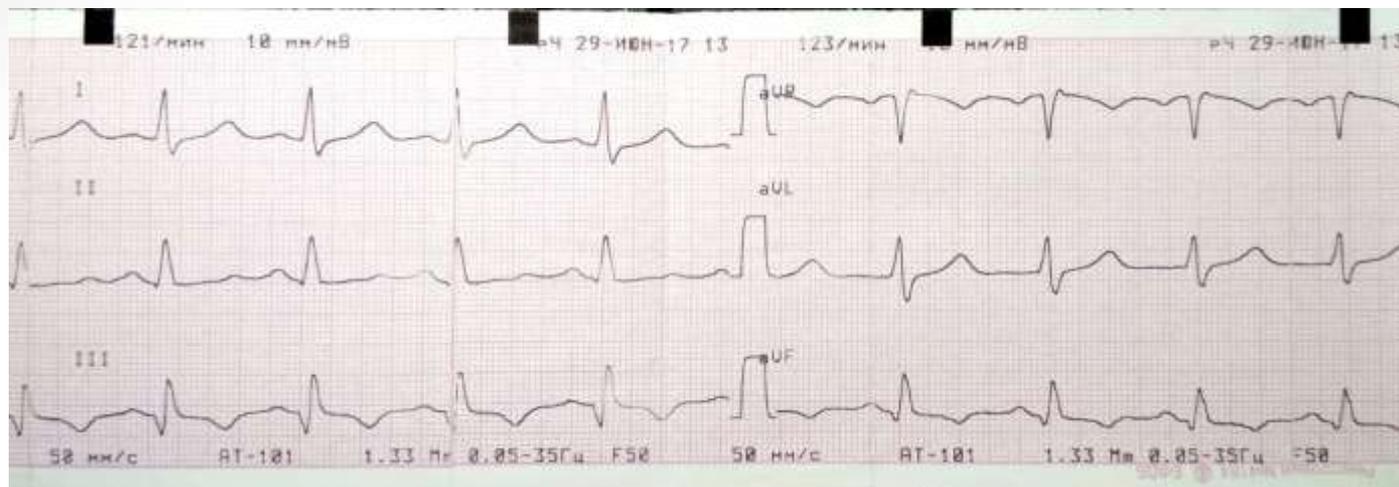
***На основании всего вышеперечисленного выставлен диагноз:*** Тромбоз глубоких вен левой нижней конечности. ТЭЛА. Беременность 25 недель. Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 3.

После стабилизации состояния беременная в условиях реанимационной бригады СМП была переведена в отделение сосудистой хирургии ГБУ РО ОККД (с момента появления симптомов прошло около 11 часов).

**При поступлении в ГБУ РО «ОККД»:** состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы бледные с акроцианозом. В легких аускультативно дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 30 в минуту, SpO<sub>2</sub> 82% без кислорода. При аускультации сердца ритм правильный, ЧСС 130 в мин. АД 120 и 80 мм. рт. ст. Живот при пальпации несколько болезненный в нижних отделах. Выделения из влагалища светлые.

**При лабораторном обследовании** обращает на себя внимание: анемия 1 степени, укорочение тромбинового времени.

При проведении ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с частотой 122 в мин, глубокие зубцы S в I отведении, Q в III отведении, отрицательный T в III отведении.



**При УЗДС вен нижних конечностей выявлено:** справа – глубокие вена, ствол большой подкожной вены проходимы, компрессия их полная; слева – окклюзивный тромбоз подколенной вены, дистального сегмента бедренной вены. Достоверно выявить флотацию не представляется возможным. Другие сегменты глубоких вен, ствол большой подкожной вены проходимы.



**При УЗИ сердца определяются:** дилатация полости правого желудочка, правого предсердия. Систолический градиент давления на ТК 40 мм.рт.ст. Легочная гипертензия ~ 45 мм.рт.ст.

**На R-грамме органов грудной клетки** незначительное усиление легочного рисунка.

**На КТ органов грудной клетки с контрастированием легочной артерии** следующие изменения: легочный ствол контрастирован, диаметром 2,9 см. В правой и левой легочных артериях от бифуркации определяется тромб, суживающий просвет на 2/3 диаметра. Справа распространяется на верхне-, средне-, нижнедолевые артерии – сохранено незначительное пристеночное контрастирование. Слева распространяется на верхнедолевую артерию, частично контрастируется ветвь S1,2 сегментов. Общая артерия язычковых сегментов контрастирована, сегментарные- не проходимы. Нижнедолевая контрастирована до уровня отхождения артерии S6 (последняя проходима). Ниже отхождения – наличие тромба, занимающего весь просвет. В легочной ткани без очагово-инфильтративных теней. Бронхи проходимы. В плевральной полости без содержимого.

**Заключение:** КТ-картина 2-сторонней ТЭЛА с объемом поражения более 90%.

## Диагноз:

Тромбофлебит глубоких вен левой нижней конечности. ТЭЛА (29.06.17 г.). Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 3. НЖО 1 ст. Беременность 26 недель, прогрессирует. Коррекция истмико-цервикальной недостаточности акушерским пессарием.

По жизненным показаниям было решено провести **тромболитическую терапию** (с момента появления симптомов прошло около 15 часов) по схеме: премедикация- преднизолон 60 мг в/в струйно, актилизе 10 мг в/в болюсно, актилизе 90 мг+натрия хлорид 0,9% 20 мл в/в через инфузомат 10 Ед/час на 2 часа.

По окончании тромболизиса состояние пациентки стабильно-тяжелое, субъективно улучшилось. Дыхание аускультативно везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. SpO<sub>2</sub> 97%. Ритм сердца правильный, ЧСС 115 в минуту. АД 120 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Контроль АЧТВ 59 сек.

Назначено: **антикоагулянтная** (клексан 1,0 мл (100 мг) 2 раза в день подкожно), **антибактериальная** (цефтриаксон 1,0 мл внутривенно струйно №5) терапия, **эластическая компрессия вен нижних конечностей**

Контрольные исследования от 30.06.17 г.: УЗДС вен левой нижней конечности-картина существенно не изменилась; УЗИ сердца- систолический градиент давления на ТК снизился с 40 мм.рт.ст.(от 29.06.17 г.) до 28 мм.рт.ст.

**01.07.17** г. отмечается положительная динамика: уменьшилась одышка и слабость, состояние с тенденцией к улучшению, гемодинамика и сатурация кислорода стабильные, отеков нижних конечностей нет. Продолжается плановая терапия.

**07.07.17** г.для дальнейшего наблюдения и последующего родоразрешения пациентка переведена в ГБУ РО «ОКПЦ».

В последующем проводилось динамическое наблюдение акушером-гинекологом , сосудистым хирургом, кардиологом.

**19.09.2017** проведен консилиум в ГБУ РО «ОККД»

**Диагноз:** ПТФС нижних конечностей . Состояние после ТЭЛА( 29.06.17), эффективный тромболизис (29.06.17). Беременность 34 недели.

По данным УЗИ состояние нижних конечностей – полная реканализация, по данным УЗИ сердца : значительная положительная динамика.

**Рекомендовано:**

1. Клексан 0,4 ( 40 мг) п/к 1 раз в день до родоразрешения
2. Отмена клексана за 12 часов до родов
3. Родоразрешение в эластичных бинтах, согласно акушерской ситуации
4. Возобновить клексан в дозе 0,4 (40 мг) п/к 1 раз в день после родов 6 недель с учетом отсутствия геморрагических осложнений
5. Контроль УЗИ вен нижних конечностей через 6 недель
6. Повторная консультация сосудистого хирурга через 6 недель

**02.10.2017 в 15:35** – произошли самопроизвольные срочные роды в затылочном предлежании при сроке беременности 38 недель. Родился мальчик весом= 3590,рост= 59 см, 7/9 баллов по Апгар. Кровопотеря 250 мл.

По поводу дефекта последа проведено ручное обследование полости матки под в/в обезболиванием.

Послеродовый период протекал гладко.

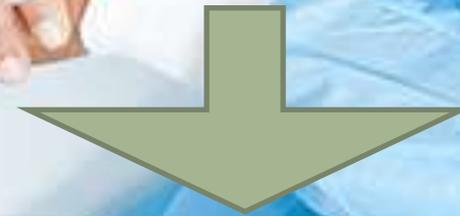
Выписана на 6 сутки после родов с ребенком в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации, участкового терапевта, кардиолога, сосудистого хирурга.

## **Рекомендовано:**

1. Режим, диета кормящей мамы.
2. Контроль общего анализа крови + тромбоциты + время свертывания, длительность кровотечения, контроль коагулограммы, б/х анализ крови, общего анализа мочи, мазка на флору.
3. Эластическая компрессия нижних конечностей (II класс).
4. Клексан – 0,4 п/к x 1 р/д 6:00 до 6 недель после родов с учетом отсутствия геморрагических осложнений.
5. Консультация кардиолога в ГБУ РО «РОККД» через 3 недели после родов с проведением УЗИ сердца.
6. Контроль УЗИ вен нижних конечностей через 6 недель после родов.
7. Консультация сосудистого хирурга через 6 недель после родов.

**Три главных принципа оказания медицинской помощи  
беременным с экстрагенитальными заболеваниями.**

- 1. мультидисциплинарность**
- 2. преемственность**
- 3. согласованность в действиях**



- 1. благоприятный исход для пациента**
- 2. сокращение времени оказания медицинской помощи**
- 3. сокращение затрат**
- 4. экономия ресурсов**

Благодарю за внимание!

