

Учреждение образования «Белорусский
государственный медицинский университет»



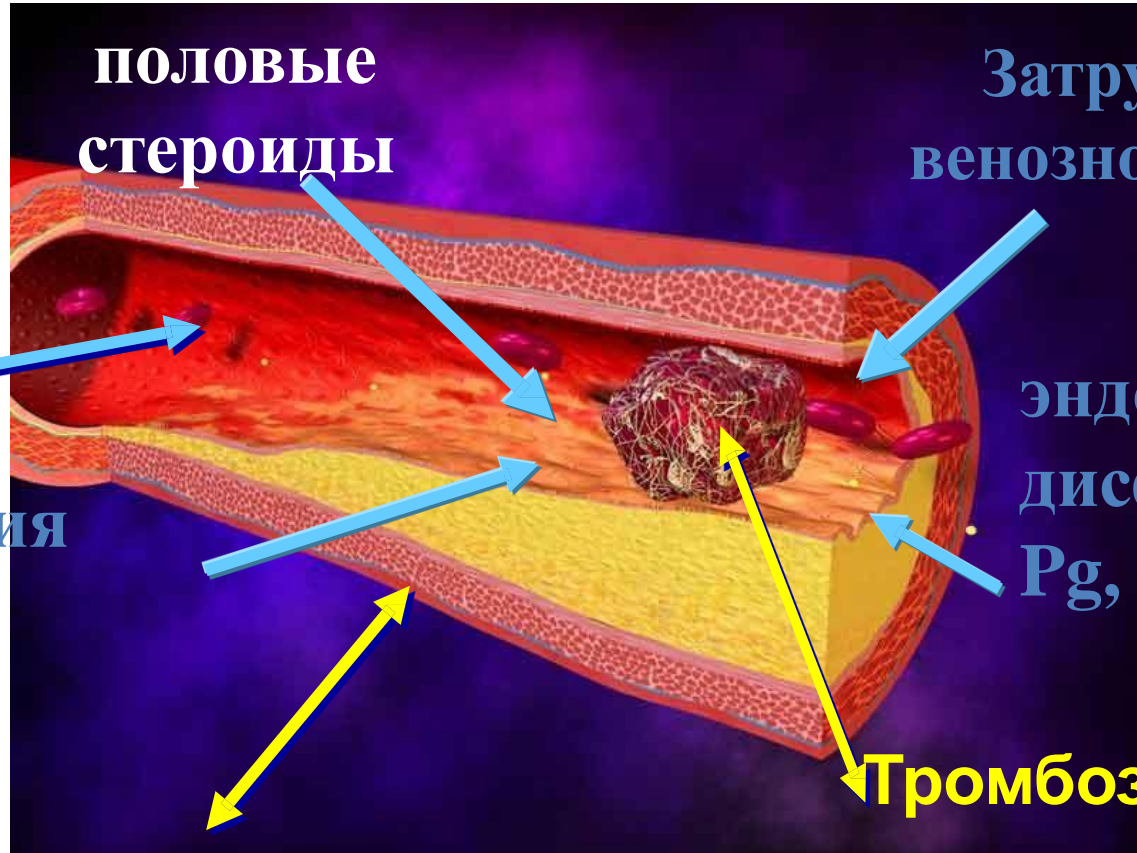
Тромбоэмболия в акушерстве. Тактика лечения и профилактики

Доцент кафедры акушерства и
гинекологии, к.м.н.

Вербицкая Мария Сигизмундовна



Влияние беременности на венозную систему



дезорганизация соединительной ткани
варикозная болезнь

*- Сосудистый эндотелиальный фактор роста (СЭФР)

85% ТЭЛА обусловлено *тромбозами вен нижних конечностей*

ВТЭО

венозное тромбоэмболическое осложнение (далее, если не установлено иное -ВТЭО) - собирательное понятие, объединяющее тромбоз подкожных, глубоких вен, а также тромбоэмболию легочной артерии

Клинический протокол МЗ РБ от 01.04.2022 № 24

«Диагностика наследственных тромбофилий и медицинская профилактика венозных тромбоэмболических осложнений у женщин во время беременности, родов, в послеродовом периоде и у их детей» опубликован Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 18.06.2022, 8/38215

Нормативные документы Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Утвержденные Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь:

Клинический протокол от 22.03.2022 №17

"Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с тромбозом глубоких вен" (вместо от 14.02.2011 № 150)

Клинический протокол от 01.04.2022 № 24

«Диагностика наследственных тромбофилий и медицинская профилактика венозных тромбоэмболических осложнений у женщин во время беременности, родов, в послеродовом периоде и у их детей» опубликован Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 18.06.2022, 8/38215

Клинический протокол от 19.02.2018 №17

«Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»

Проведение профилактики ВТЭО в зависимости страфикации риска пациентов с тромбофилиями

Медицинским показанием к диагностике наследственных тромбофилий у женщин является ВТЭО в анамнезе и (или) при настоящей беременности, родах и послеродовом периоде

Диагноз «Наследственная тромбофилия» устанавливает врач-гематолог.

Кратность посещения и сроки медицинского наблюдения во время беременности и в послеродовом периоде устанавливаются в индивидуальном порядке для каждой женщины врачом-гематологом.

При установлении диагноза «Наследственная тромбофилия» у беременных женщин и родильниц рекомендуется проведение медицинской профилактики ВТЭО согласно приложению 2 с учетом наличия или отсутствия у них дополнительных факторов риска согласно приложению 3 (см.далее)

- Клинический протокол МЗ РБ от 01.04.2022 № 24 «Диагностика наследственных тромбофилий и медицинская профилактика венозных тромбозных осложнений у женщин во время беременности, родов, в послеродовом периоде и у их детей»

Классификация наследственных тромбофилий по степени риска

Степень риска	Наследственные тромбофилии
Низкий риск	Мутация гена фактора V (мутация Лейден), гетерозиготная
	Мутация гена протромбина, гетерозиготная
	Дефицит ПС (снижение активности до уровня 50 % и менее)
	Дефицит ПS (снижение активности на 50 % и более) (снижение активности во втором и третьем триместре беременности до уровня менее 30 % и 24 % соответственно)
Высокий риск	Дефицит АТ III (снижение активности до уровня менее 70 %)
	Сочетанная гетерозиготная мутация гена протромбина и фактора V (мутация Лейден)
	Мутация гена фактора V (мутация Лейден), гомозиготная
	Мутация гена протромбина, гомозиготная

Клинический протокол МЗ РБ от 01.04.2022 № 24

«Диагностика наследственных тромбофилий и медицинская профилактика венозных тромбоэмболических осложнений у женщин во время беременности, родов, в послеродовом периоде и у их детей»

Дополнительные факторы риска ВТЭО у беременных женщин и рожильниц с наследственной тромбофилией (приложение 3, Кл.протокол 4)

№ п/п	Степень риска ВТЭО	Дополнительные факторы риска
1	2	3
1	Высокий риск ВТЭО	<p>Рецидивирующие ВТЭО</p> <p>Спонтанные ВТЭО или ВТЭО, связанные с приемом эстрогенов</p> <p>Перенесенные ранее ВТЭО, спровоцированные хирургическим вмешательством</p> <p>Синдром гиперстимуляции яичников</p>
2	Умеренный риск ВТЭО	<p>Соматические заболевания (артериальная гипертензия, нефротический синдром, злокачественные заболевания, сахарный диабет I типа, гемолитические анемии с внутрисосудистым и смешанным гемолизом, инфекционно-воспалительные заболевания в активной фазе, системная красная волчанка, заболевания легких и сердца, другие)</p> <p>Хирургические вмешательства во время беременности или в послеродовом периоде</p> <p>Тяжелая форма преэклампсии или внутриутробная гибель плода во время данной беременности</p>
3	Низкий риск тромбозов	<p>Семейный тромботический анамнез</p> <p>Возраст более 35 лет</p> <p>Курение</p> <p>Ожирение - индекс массы тела > 30</p> <p>Варикозное расширение вен нижних конечностей</p> <p>Роды в анамнезе > 3</p> <p>Многоплодная беременность</p> <p>Дегидратация</p> <p>Затяжные роды (> 24 часов)</p> <p>Акушерские щипцы</p> <p>Экстренное кесарево сечение</p> <p>Длительная иммобилизация (более 4 суток)</p> <p>Послеродовое кровотечение > 1 литра, требующее гемотрансфузии</p> <p>Преэклампсия</p>

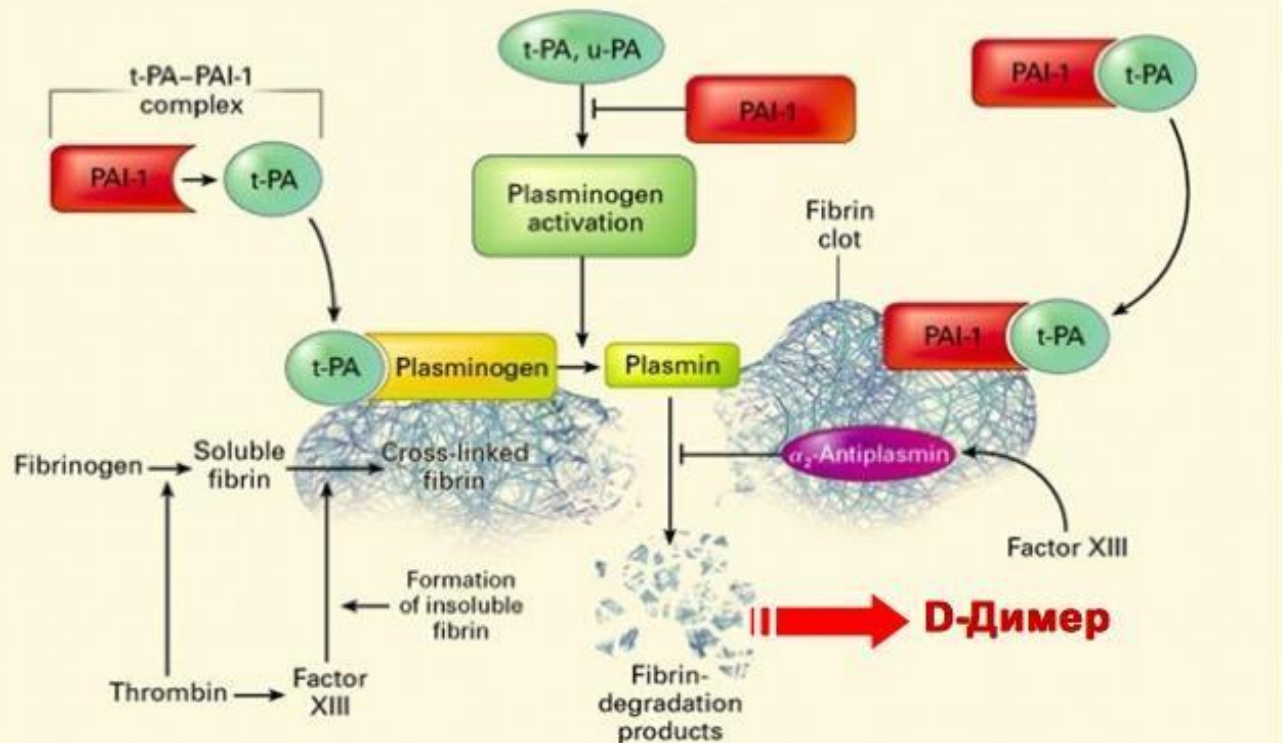
Диагностика ТЭЛА у беременных

Диагностический алгоритм при ТЭЛА у беременных не отличается существенно, даже учитывая необходимость ограничить воздействие ионизирующего излучения на плод.

Нормальный уровень D-димера позволяет исключить диагноз ТЭЛА.

Диагноз может считаться установленным, если имеются повышенный уровень D-димера и обнаружены тромбы в глубоких венах нижних конечностей, однако при отрицательных результатах компрессионной венозной ультрасонографии необходимо прибегнуть к другим методам обследования. Предпочтительными при этом являются КТ и вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия, в то время как ангиография должна использоваться только в сомнительных случаях, учитывая инвазивность метода и высокий уровень радиационной нагрузки.

Определение уровня D-димера



Ганс Колер, Берн, Швейцария

D-димеры – это маркер тромбообразования, белковый фрагмент разложения фибрина, который образуется при растворении (лизисе) кровяного сгустка (тромба) под действием плазмина.

Нормальный уровень D-димера позволяет исключить диагноз ТЭЛА.

В I триместре беременности референсные значения концентрации D-димера составляют 201–698 нг/мл, во II триместре – 242–790 нг/мл, в III триместре – 258–1862 нг/мл.

Медикаментозное лечение

- Антикоагулянты показаны всем пациентам с ТЭЛА вне зависимости от выбранной тактики лечения, антикоагулянтная терапия, предотвращает развитие продолженного тромбоза в легочно-артериальном русле нефракционированный гепарин в остром периоде, далее - непрямые антикоагулянты (варфарин), низкомолекулярные гепарины (клексан, фраксипарин) либо современные прямые пероральные антикоагулянты (дабигатран, ривароксабан, апиксабан)
- Тромболитическая терапия (стрептокиназа, урокиназа, актелизе)

Профилактика ТЭЛА



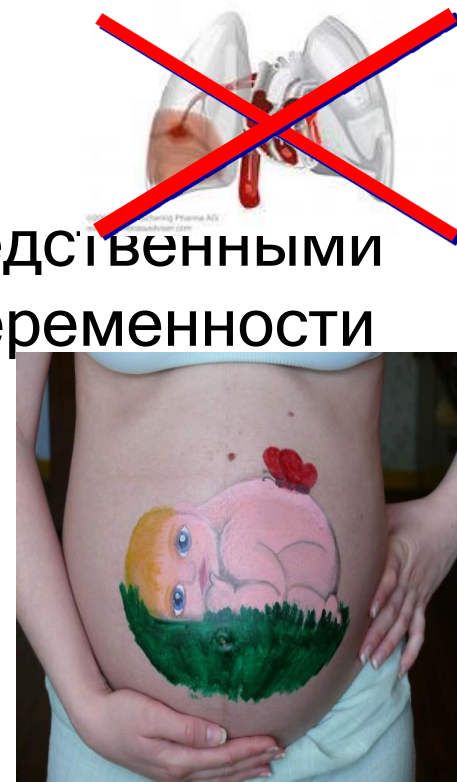
Лечение пациентов с ТГВ на фоне беременности осуществляется в условиях больничной организации, имеющей в своей структуре хирургическое и акушерско-гинекологическое отделения. До 36 недель беременности пациентам без акушерско-гинекологической патологии медицинская помощь оказывается в стационарных условиях в хирургическом отделении больничной организации, при наличии акушерско-гинекологической патологии - в акушерско-гинекологическом отделении больничной организации (независимо от сроков беременности). НМГ отменяются за 12 часов до родоразрешения (хирургического вмешательства), назначаются через 8-12 часов в послеродовом (послеоперационном) периоде. В период грудного вскармливания назначаются АВК сроком не менее 1,5 месяцев

Профилактика (продолжение)

Дородовая госпитализация женщин с наследственными тромбофилиями осуществляется в сроке беременности 38 недель (266 дней).

Механические методы профилактики тромбообразования:

- Эластическая компрессия конечностей с использованием бандажей или компрессионного трикотажа 2-3 класса (давление на уровне лодыжек до 30-40 мм рт.ст.)
- физическая активность, в частности ранняя активизация после вагинальных родов и особенно, кесарева сечения



Хирургическая профилактика ТЭЛА

- Эндovasкулярные вмешательства (выполняются сосудистыми хирургами), во время беременности – это чаще вторичная профилактика, когда имеется ТГВ (кава-фильтры, фильтры-стенты)

Показания к имплантации кава-фильтра:

Наличие эмболоопасного (флотирующего) ТГВ при отсутствии возможности устранить эмболоопасность другими методами;

Рецидивирующая ТЭЛА на фоне АК терапии;

Тромбоз илеокавального сегмента при наличии медицинских противопоказаний к АКТ либо ее осложнениях; осложненный ТГВ флотацией тромба или флегмазией (перед проведением регионарной тромболитической терапии).

- Пликация нижней полой вены
- Перевязка магистральных вен
- Тромбэктомия (при наличии флотации тромба)

Клинический протокол от 22.03.2022 №17 "Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с тромбозом глубоких вен"

НМГ для медицинской профилактики ВТЭО во время беременности и в послеродовом периоде

№ п/п	Показатель			НМГ		
				Надропарин кальция фраксипарин	Далтепарин натрия фрагмин	Эноксапарин клексан
1	2	3	4			
1	Профилактические дозы*	Масса тела, кг	< 50	2850 МЕ анти-Ха/0,3 мл ежедневно	2500 МЕ анти-Ха/0,2 мл ежедневно	20 мг 2000 МЕ анти-Ха/0,2 мл ежедневно
			50-90	5700 МЕ анти-Ха/0,6 мл ежедневно	5000 МЕ анти-Ха/0,2 мл ежедневно	40 мг 4000 МЕ анти-Ха/0,4 мл ежедневно
			91-130	7600 МЕ анти-Ха/0,8 мл ежедневно	7500 МЕ анти-Ха/0,3 мл ежедневно	60 мг 6000 МЕ анти-Ха/0,6 мл ежедневно**
			131-170	9500 МЕ анти-Ха/мл ежедневно	10 000 МЕ анти-Ха/0,4 мл или 10 000 МЕ анти-Ха/мл ежедневно	80 мг 8000 МЕ анти-Ха/0,8 мл ежедневно**
			> 170	86 МЕ/кг/сут 5700 МЕ каждые 12 ч	75 МЕ/кг/сут** 5000 МЕ каждые 12ч	0,6 мг/кг/сут** 40 мг каждые 12 ч
2	Высокая профилактическая (промежуточная) доза при массе тела 50-90 кг					
3	Терапевтическая доза***. Лабораторный контроль осуществляется каждые 5 суток			86 МЕ/кг каждые 12 ч	100 МЕ/кг каждые 12 ч или 200 МЕ/кг ежедневно после родов	1 мг/кг каждые 12 ч до родов; 1,5 мг/кг ежедневно после родов

Клинический протокол МЗ РБ от 01.04.2022 № 24 «Диагностика наследственных тромбофилий и медицинская профилактика венозных тромбоэмболических осложнений у женщин во время беременности, родов, в послеродовом периоде и у их детей»

Контроль адекватности дозы НМГ может быть выполнен на любом этапе. Увеличение хронометрических показателей косвенно отражает присутствие антикоагулянта в крови, но не позволяет объективно оценить достижение терапевтического эффекта.

Мониторинг специфического анти-фактора Ха активности плазмы целесообразно выполнять не менее чем через 72 часа после изменения режима дозирования НМГ. Рутинное еженедельное или ежемесячное определение анти-Ха во время беременности не рекомендовано.

При назначении профилактических доз НМГ специфический контроль антикоагулянтной терапии не требуется.



Фактор Ха-

это активированная форма фактора свертывания крови X, известного одноименно как фактор Стюарта-Прауэра. Фактор X-это фермент, сериновая эндопептидаза, которая играет ключевую роль на нескольких стадиях свертывающей системы.



СПАСИБО