

© В.Й. Смержевський, Н.Р. Присяжна, 2012

УДК: 616.146/147-005.6-036-07-085-089-084:618.3-06

В.Й. СМОРЖЕВСЬКИЙ, Н.Р. ПРИСЯЖНА

*Кафедра хірургії та трансплантології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, Київ***ГОСТРИЙ ВЕНОЗНИЙ ТРОМБОЗ У ВАГІТНИХ НА ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ. ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ.**

У статті відображені особливості діагностики і лікування тромбоемболічних ускладнень у пацієнток III триместру вагітності. Проведено спостереження результатів ефективності лікування.

Ключові слова: вагітність, тромбоемболічні ускладнення, ТЕЛА, кава-фільтр

Вступ. На теперішній час проблема венозних тромбоемболій (ВТЕ) під час вагітності є однією з найбільш серйозних і актуальних. Згідно узагальнених даних світової літератури, частота тромбоемболічних ускладнень становить 2–5 випадки на 1000 пологів [3]. Кількість хворих на венозні тромбози складає 130 – 160 на 10 тис. населення України, а кількість венозних ускладнень при пологах і в післяпологовому періоді складає 2,5% (Мішалов В.Г., 2010).

При вагітності ризик венозних тромбозів збільшується в 5–6 разів. Фактично, для фізіологічної вагітності характерні всі ознаки тріади Вірхова: гіперкоагуляція (внаслідок підвищення рівня факторів згортання крові і пригнічення антикоагулянтних механізмів), венозний стаз (гуморальні і механічні причини) і ураження судинної стінки.

Найбільш драматичним є III триместр вагітності, коли відбуваються найбільш виражені зміни функціонального стану системи гемостазу в сторону підвищеної схильності крові до згортання і тромбоутворення. У останніх термінах вагітності у судинній стінці виникають зміни, які навіть при фізіологічному перебігу вагітності, можна назвати претромботичним станом (наполовину знижується швидкість кровотоку у венах нижніх кінцівок, пришвидшуються процеси згортання крові і підвищується вміст компонентів, що утворюють згусток) [2].

Діагностика і лікування ВТЕ при вагітності викликають певні труднощі. Для постановки діагнозу тромбоз глибоких вен (ТГВ) і тромбоемболія легеневої артерій (ТЕЛА) часто необхідне застосування інвазивних методів діагностики, які призводять до променевого опромінення плоду. Крім цього, ряд препаратів, що застосовується в сучасних умовах для лікування ВТЕ, володіють тератогенним ефектом (варфарин), а вплив інших – мало вивчений (тромболітики) [4].

З метою зниження смертності від ВТЕ необхідна адекватна оцінка факторів ризику, диференційована профілактика тромбозів, покращення їх методів діагностики і лікування.

Мета дослідження. Обґрунтувати ефективність комплексної системи діагностично-лікувальних заходів для лікування і профілактики ускладнень флеботромбозу у жінок в III триместрі вагітності.

Матеріали та методи. Під нашим наглядом перебували 67 вагітних жінок з тромбозом системи нижньої порожнистої вени (НПВ), що розвинувся у III триместрі вагітності. Вік становив від 17 до 44 років (в середньому – 30,55 років).

До моменту поступлення в стаціонар термін вагітності був від 26 до 40 тижнів (середній термін – 32,24 тижні) (рис. 1).

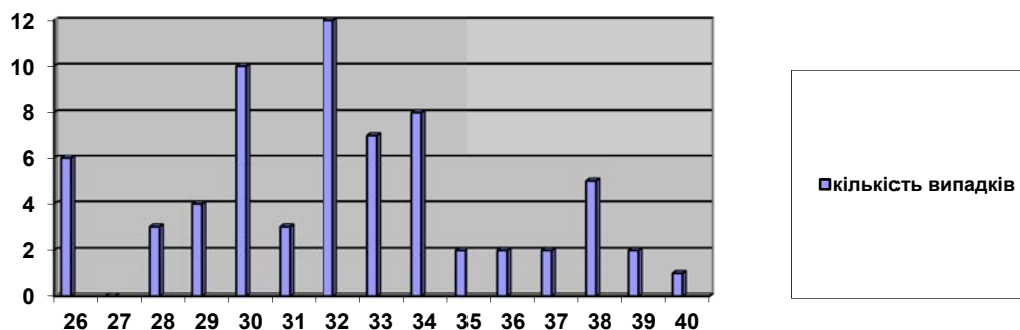


Рис. 1 Частота виникнення тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок у III триместрі вагітності в залежності від тижня вагітності.

Клінічно найчастіше гостро виникає набряк, розпираючий біль, який посилювався при опусканні

кінцівки, ціаноз шкіри. Хоча необхідно зазначити, що іноді не лише клінічна картина, а й відомі проби

для визначення гострого венозного тромбоза- Хоманса, Мозеса не були інформативними.

Тривалість гострого флеботромбозу від моменту виникнення до госпіталізації становила від декількох годин до 15 діб. Середня тривалість становила 6,4 дні. Дану обставину можна пояснити складною діагностикою у вагітних в останньому триместрі, коли скарги розцінюються як симптоми інших захворювань.

У 77,61% у III триместрі тромбоз локалізувався в ілеофemorальному сегменту (табл. 1). Причому у 44 (84,62%) вагітних тромбоз мав характер низхідного, що пояснюється компресією клубових вен вагітною маткою.

Основним методом діагностики ТГВ у вагітних було ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) вен нижніх кінцівок.

Таблиця 1

Локалізація тромботичного процесу у жінок III триместрі вагітності

Локалізація тромботичного процесу	Кількість випадків (абс, %)	Лівобічна	Правобічна
Тромбоз клубово-стегнового сегменту	52 (77,61%)	47 (70,15%)	5 (7,46%)
Стегново-підколінний тромбоз	10 (14,92%)	8 (11,93%)	2 (2,99%)
Підколінно-гомилковий тромбоз	2 (2,99%)	1 (1,495%)	1 (1,495%)
Тромбоз литкових вен	2 (2,99%)	0	2 (2,99%)
Тромбофлебіт великої підшкірної вени з переходом на стегнову вену	1 (1,49%)	1 (1,49%)	0
Всього	67 (100%)	57 (85,1%)	10 (14,9%)

Необхідно зазначити, що при ілеофemorальному тромбозі у III триместрі не вдається візуалізувати проксимальну границю тромбу і його характер, оскільки візуалізація нижньої порожнистої вени і загальної клубової вени неможлива через збільшену в розмірах матку.

Всі вагітні жінки, незалежно від локалізації тромботичного процесу отримували комплексну (базову) терапію, яка включала: НМГ (фраксипарин або клексан у лікувальних дозах), сулодексид (1 таб. 2 рази на добу), фолієву кислоту (5 мг 1 раз на добу), вобензим (5 капсул 3 рази на добу), компресійний трикотаж.

У зв'язку з гіперкоагуляцією, що є фізіологічним явищем для III триместру консервативну (базову) терапію слід продовжувати до пологів.

Якщо, через 7–10 днів після проведеної консервативної терапії, на контрольному УЗД були ознаки реканалізації, відсутній стаз у підшкірних венах нижніх кінцівок, тобто немає прогресування тромботичного процесу, продовжували консервативну терапію. У протилежному випадку проводили екстренні хірургічні заходи щодо профілактики можливих ембологних ускладнень. Саме цей етап – вибір способу попередження ТЕЛА викликає дискусію [1]. Слід зазначити, що далеко не всі з них можна використовувати у вагітних жінок, особливо у III триместрі, бо одночасно з лікуванням венозного тромбозу вирішується питання можливості подальшого пролонгування вагітності.

У двох випадках крім тромбозу глибоких вен у пацієнток була нефатальна ТЕЛА.

Загалом 10 пацієнткам було імплантовано тимчасовий протиемболічний кава-фільтр. Постановку ТКФ-ТЕ проводили за 7–10 днів до пологів. Після пологів проводили УЗДС обстеження. На основі даних УЗДС про відсутність тромбів у ділянці КФ проводили його видалення.

У 6 вагітних ілеофemorальний тромбоз розвинувся після 38 тижня вагітності. 2 вагітним з ілеофemorальним тромбозом одночасно з кесаревим розтинном нами була проведена плікація НПВ. Кавакліпування проводили після операції кесаревого розтину з доступу по Пфанненштілью (1 випадок) чи з серединного доступу (1 випадок) на рівні 4 поперекового хребця апаратом УКБ – 25. У результаті плікації утворюються канали діаметром 5 мм, що є достатнім для профілактики масової тромбоемболії.

У 4 випадках провели прошивання НПВ за Spence (прошивання НПВ в поперечному напрямку 3–4 матрацними швами з інтервалом 5 мм один від одного), необхідно зазначити, що в 2 випадках прошивання здійснили ниткою Prolen, а у 2 випадку розсмоктуючою ниткою Vicryl. В усіх випадках післяопераційний період протікав без особливостей.

Всі флеботромбози нижче пахової складки у жінок III триместрі мали оклюзивний характер. Даним жінкам проводили комплексну (базову) терапію.

У 1 випадку при тромбофлебіті ВПВ з переходом тромбозу в стегнову вену (СВ) під місцевою анестезією виконали тромбектомію з ЗСВ з перев'язкою ВПВ.

Результати досліджень та їх обговорення. Загалом 50 (74,63%) жінок з тромбозом, який розвинувся у III триместрі вагітності лікувались лише консервативно (рис. 1).

Непрямі антикоагулянти відміняли за 12 год до пологів і призначали через 6 год після пологів. Тривалість і доза прийому даних препаратів вирішувалася індивідуально у кожному конкретному випадку.

Пологи через природні родові шляхи проводились у 49 випадках, у 18 пацієнток – шляхом кесаревого розтину.

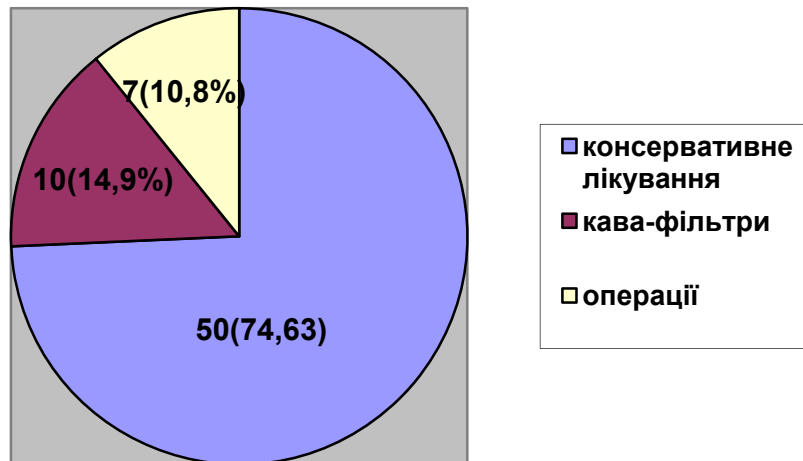


Рис. 1. Способи лікування вагітних із ВТЕ

Необхідно зазначити, що у жодної з даних жінок, що перенесли ілеофemorальний флеботромбоз під час вагітності не спостерігалось в подальшому виникнення ТЕЛА.

В подальшому всі жінки знаходились під нашим спостереженням. У 8 жінок з оклюзивним характером тромбозу, які отримували консервативне лікування спостерігались помірні прояви посттромбофлеботичної хвороби (ПТФХ). Більшість з них дотримувалась необхідного режиму, проходили курси консервативного лікування.

5 жінок благополучно виносили наступну вагітність, перебуваючи також і під нашим наглядом.

Висновки.

1. У випадку локалізації тромботичного процесу нижче пахової складки доцільно провести тромбектомію з загальної стегнової вени з перев'язкою

поверхневої стегнової вени чи великої підшкірної вени.

2. Тимчасові кава-фільтри є методом вибору для профілактики ТЕЛА у жінок у III триместрі вагітності, якщо з моменту розвитку тромбозу до терміну пологів є хоча би 2 тижні.

3. При розвитку ілеофemorального тромбозу після 38 тижні вагітності слід проводити кесарів розтин з плікацією НПВ чи прошиванням її за Spenser.

4. Обов'язковим є застосування базової терапії до і після пологів, а також введення даних пацієнок при взаємній співпраці акушерів-гінекологів і судинних хірургів.

5. Перенесені в анамнезі венозний тромбоз і ТЕЛА, а також проведені хірургічні методи профілактики ТЕЛА не є протипоказами до вагітності і пологів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ferris E. J., McCowan T. C., Carver D. K., McFarland D. R. Percutaneous inferior vena caval filters: follow-up of seven designs in 320 patients // *Radiology*. — 2009. — Vol. 188, №3. — P. 851—856
2. Calderwood C.J., Jamieson R., Greer I.A. Gestational related changes in the deep venous system of the lower limb on light reflection rheography in pregnancy and the puerperium. / *Clin Radiol*. 2007 Dec;62(12):1174—9. Epub 2007 Aug 16.
3. Moser K. M. Diagnosing pulmonary embolism / K.M. Mose // *BMJ*. — 2004. — Vol. 309(6968). — P. 1525—1526.
4. Ginsberg J.S., Bates S.M. Management of venous thromboembolism during pregnancy *J Thromb Haemos* 2009; 1:1435—42.

V.I. SMORZHEVSKIY, N.R. PRYSYAZHNA

National Medical Academy for Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv

THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN III TRIMESTER OF PREGNANCY. DIAGNOSIS AND TREATMENT.

The article reflected the peculiarities of diagnosis and treatment of thromboembolic complications in patients III trimester of pregnancy. An observation of the results of treatment effectiveness.

Key words: pregnancy, thrombosis, pulmonary embolism

Стаття надійшла до редакції: 17.05.2012 р.