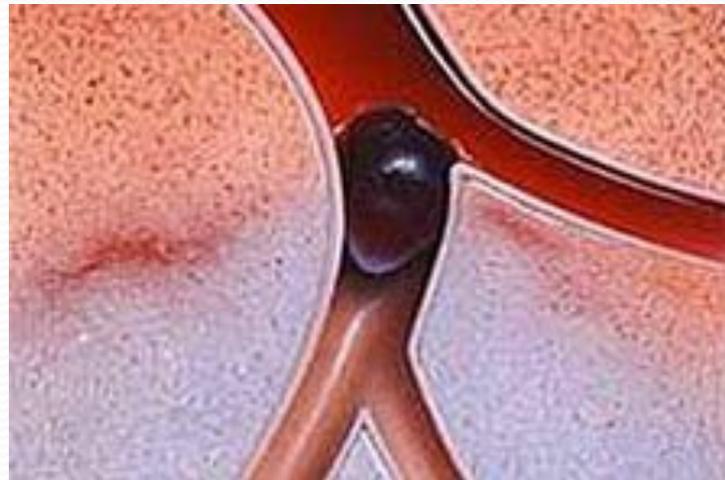


# Тромбозы и тромбоэмболии при беременности

Выполнила студентка  
617 группы лечебного  
Факультета  
Грохотова А.В.

# Статистика

Распространенность тромбоза и тромбоэмболии составляет 3—12 на 1000 беременных, что в 6 раз больше, чем у небеременных. После родов частота тромбозов и тромбоэмболии достигает 30 на 1000 родильниц.



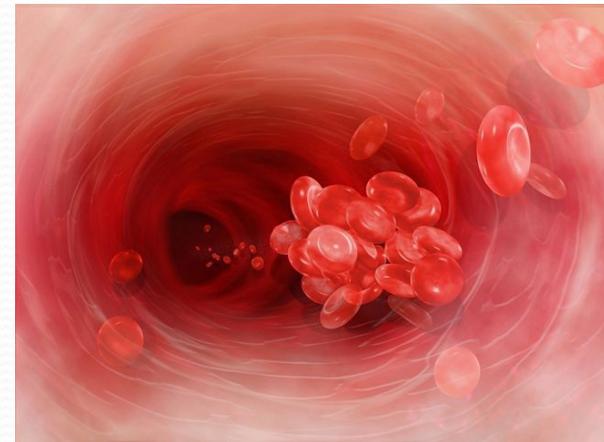


Условия для тромбообразования создаются из-за замедления кровотока при варикозной болезни в сочетании с повреждением стенки сосудов.

Тромбообразованию дополнительно способствует нарушение свертывающей системы крови, а именно — снижение фибринолитической активности. Таким образом, во время беременности и в послеродовом периоде имеются основные патофизиологические факторы, предрасполагающие к тромбозам

## триада Вирхова:

- травма внутренней стенки вен;
- замедление тока венозной крови;
- повышение свертываемости крови.



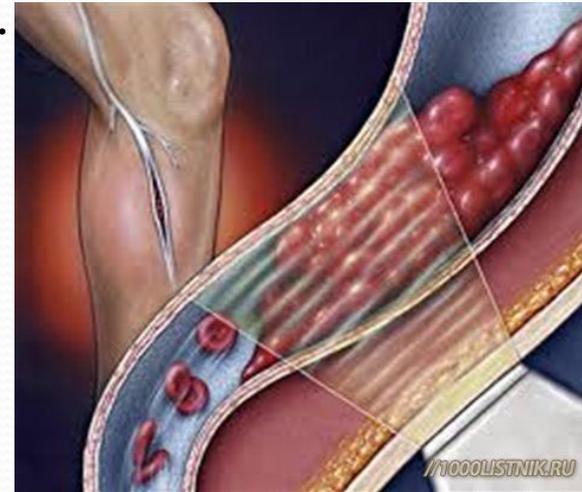
При осложненном течении беременности, родов и послеродового периода выраженность триады Вирхова возрастает, обуславливая более высокий риск тромбозов и тромбоэмболии. Группу риска составляют беременные и роженицы с экстрагенитальной патологией (ревматические пороки сердца, оперированное сердце, искусственные клапаны сердца, заболевания почек, гипертоническая болезнь), а также беременные с гестозом и роженицы с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями



Риск тромботических осложнений связан также с методом родоразрешения: частота таких осложнений после родов через:

- естественные родовые пути составляет 0,08—1,2%,
- после кесарева сечения — 2,2—3,0%.

К дополнительным факторам риска возникновения тромбозов относятся: возраст беременной старше 35 лет, ожирение, длительная иммобилизация при переломах нижних конечностей, тромбоз глубоких вен или тромбоэмболия в анамнезе, подавление лактации с применением эстрогенов.



**Тромбофлебит (тромбоз) поверхностных вен** клинически проявляется гиперемией кожи, уплотнением и болезненностью по ходу вены, локальной гипертермией.



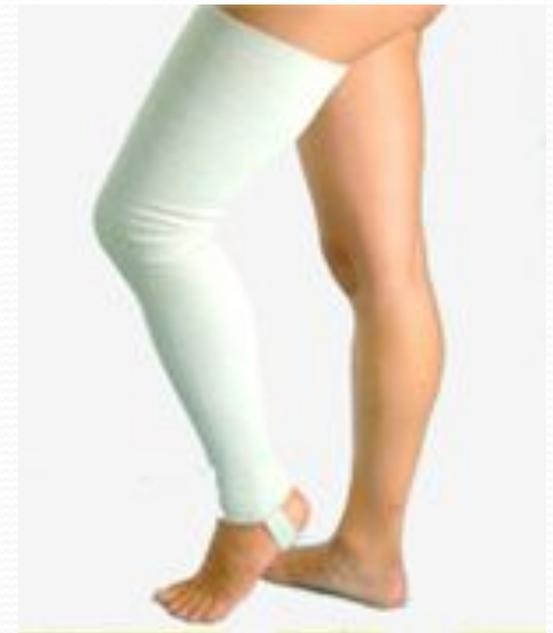
# Лечение тромбоза

Тактика лечения тромбофлебита определяется совместно с хирургом и зависит от локализации тромбоза. При развитии тромботического процесса на голени и нижней трети бедра применяют консервативную терапию: холод в течение первых трех дней, мазевые аппликации (троксевазин, бутадион, гепарин), эластическую компрессию, возвышенное положение нижних конечностей. Общая терапия включает противовоспалительные и дезагрегантные средства, препараты, улучшающие микроциркуляцию, и венотоники (бутадион, теоникол, трентал, курантил, ацетилсалициловая кислота, троксевазин, эскузан). Антикоагулянты во время беременности назначают при патологической гиперкоагуляции, а также при тромбоэмболических осложнениях в анамнезе.

# Хирургическая тактика

В случае восходящего тромбофлебита большой подкожной вены из-за опасности тромбоэмболии производят ее перевязку в области сафенофemorального соустья (операция Троянова—Тренделенбурга).

Во время родов ноги бинтуют эластичными бинтами для уменьшения венозного застоя и предупреждения рефлюкса крови во время потуг. В послеродовом периоде продолжается эластическая компрессия нижних конечностей. Рекомендуют раннее вставание, лечебную физкультуру, наблюдение хирургом.



**Тромбоз глубоких вен.**  
Клинические проявления включают отек пораженной ноги, местное повышение температуры и болезненность голени при пальпации. Симптомы тромбоза глубоких вен неспецифичны, поэтому диагноз устанавливается совместно с хирургом с помощью дополнительных методов исследования УЗИ с доплерографией).



Лечение тромбоза глубоких вен проводит хирург, оно состоит в комплексной антитромботической терапии (прямые антикоагулянты, введение которых прекращают за 6 ч до планируемых родов, дезагреганты, вазопротекторы, неспецифические противовоспалительные средства) с обязательной эластической компрессией.





Тактика родоразрешения у пациенток с тромбозом глубоких вен зависит от характера тромбоза. Если тромбоз неэмболоопасный, то метод родоразрешения определяется только акушерской ситуацией, предпочтительно через естественные родовые пути. Введение низкомолекулярного гепарина возобновляют через 6 часов после родов.

При эмболоопасном (флотирующем) тромбе родоразрешение через естественные родовые пути возможно лишь после имплантации кава-фильтра. Без кава-фильтра пациентку родоразрешают путем кесарева сечения при одновременной пликацией нижней полой вены механическим швом

**Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА).**  
Основная причина — тромбоз глубоких вен нижних конечностей, клапанные пороки сердца, протезированные клапаны сердца. Реже наблюдаются жировая, воздушная эмболия и эмболия околоплодными водами.



При массивной тромбоэмболии развивается синдром острой сердечно-легочной недостаточности с болями в груди и внезапной потерей сознания. В менее тяжелых случаях (эмболия сегментарных артерий) отмечаются неспецифические симптомы: загрудинная боль, кашель, тахипноэ.



# Обследование

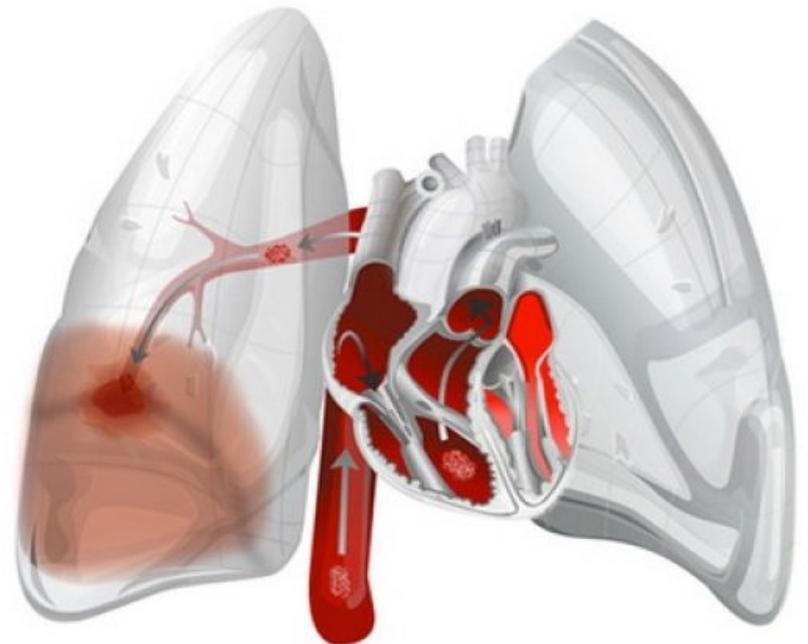
- электрокардиографию;
- обзорную рентгенографию грудной клетки для исключения пневмонии, эмфиземы; вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию легких.

При ТЭЛА нормальная вентиляция сопровождается снижением перфузии в одном или нескольких сегментах легкого.

- Исследование газов артериальной крови позволяет выявить типичный признак ТЭЛА — гипоксемию без гиперкапнии.

# Лечение

проводится сосудистыми хирургами. В тяжелых случаях показаны эмболэктомия из легочных артерий, тромболитическая и комплексная антитромботическая терапия.



При возникновении ТЭЛА в

- I триместре после лечения беременность следует прервать.
- II—III триместрах, вопрос о сохранении беременности решается индивидуально в зависимости от состояния пациентки и жизнеспособности плода. При неэффективности лечения ТЭЛА беременную следует родоразрешить путем кесарева сечения.



В послеродовом периоде продолжают гепаринотерапию с постепенным переходом на антикоагулянты непрямого действия. После выписки из акушерского стационара лечение должно проводиться под контролем хирурга и кардиолога.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

