Профилактика и лечение венозных тромбоэмболических осложнений и хронических заболеваний вен нижних конечностей у беременных

К.м.н., асс. М.Н. КУДЫКИН*[1], д.м.н., проф. А.Э. КЛЕЦКИН[1], д.м.н., проф. Т.С. КАЧАЛИНА[1], зав. отд. Р.И. СЮБАЕВА[2], к.м.н., орд. В.А. ПУГИН[2], врач Т.С. ИЗМАЙЛОВА

Prevention and treatment of venous thromboembolism and chronic venous diseases of the lower extremities in pregnant women

M.N. KUDYKIN, A.E. KLETSKIN, T.S. KACHALINA, R.I. SYUBAEVA, V.A. PUGIN, T.S. IZMAILOVA

[1]Нижегородская государственная медицинская академия; [2]Городская больница №13 — городской ангиохирургический центр, Нижний Новгород

Цель исследования — выявление основных причин развития венозных тромбоэмболических осложнений у беременных и определение возможности включения осмотра врача-флеболога в стандарт ведения беременности. Установлено, что сочетание избыточной массы тела и беременности влияет на развитие венозных тромбозов, данная категория женщин нуждается в более пристальном внимании. Предложенные лечебные действия (включающие назначение ношения индивидуального компрессионного трикотажа и назначение приема диосминсодержащего флеботропного препарата) позволяют эффективно и безопасно купировать явления венозного тромбоза, а использование в клинической практике разработанных профилактических мероприятий (динамическое наблюдение врача-флеболога, подбор компрессионного трикотажа, прием флеботропного препарата) — уменьшить частоту развития венозных тромбоэмболических осложнений.

Ключевые слова: беременность, венозный тромбоз, профилактика, лечение.

The objective of the present study was to elucidate the main causes underlying the development of venous thromboembolism in pregnant women. The secondary objective was to evaluate the possibility to introduce counseling by a phlebologist into routine management of pregnancy. It was shown that the excess body weight in pregnant women contributes to the development of thrombosis and that such women need special attention on the part of attending physicians. The described therapeutic modalities including the use of individually adjusted compression hosiery and intake of a diosmin-containing phlebotropic drug provide the safe and efficacious tools for the elimination of clinical manifestations of venous thrombosis. At the same time, the use of proposed preventive measures, such as dynamic observation by a phlebologist, the choice of adequate compression hosiery, and therapy with phlebotropic agents, contributes to the reduction of the incidence of venous thromboembolism in pregnant women.

Key words: pregnancy, venous thrombosis, prevention, treatment.

Исследованиями, проведенными в последние десятилетия [1—3], определенно установлено значение беременности в развитии хронических заболеваний вен (ХЗВ) нижних конечностей. Также практически не остается сомнений, что беременность является важным фактором риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) [2], что требует пристального внимания к венозной системе у этой категории женщин. В связи с этим вполне закономерным представляется участие врачей-флебологов в ведении беременности.

Вместе с тем четкая концепция ведения беременности, учитывающая значение изменений в венозной системе беременной женщины, на сегодняшний день отсутствует. Существующие нормативные документы, регламентирующие порядок оказания специализированной консультативной помощи, предполагают осмотр ангиохирурга или флеболога только в случае возникновения осложнений со стороны венозной системы и никак не определяют порядок профилактических действий [4]. В доступной литературе мы не обнаружили сведений относительно существования стандарта оказания специализированной флебологической помощи беременным.

Цель настоящей работы — выявить основные причины развития осложнений со стороны венозной системы, показать необходимость их активной профилактики, определить эффективные протоколы лечения и диагностики у беременных женщин, обосновать целесообразность включения осмотра врача-флеболога в стандарт ведения беременности.

Материал и методы

Исследование проведено с января 2007 г. по май 2010 г. на базе городской больницы №13 (городского ангиохирургического центра), городской клинической больницы №40 (городского флебологического центра), родильных домов №4 и №7, негосударственного лечебно-профилактического учреждения «Клиника Персона»

© Коллектив авторов, 2010

*E-mail: flebo@narod.ru

Нижнего Новгорода. В соответствии с поставленной целью было сформировано два основных независимых направления проспективного несравнительного исследования.

Первую когорту наблюдавшихся составили 46 беременных с различными формами ВТЭО, получавших лечение в условиях специализированных хирургических стационаров. Критерием включения в эту группу было наличие клинически установленного диагноза острого венозного тромбоза и подтвержденной беременности.

Вторую когорту обследуемых составили 149 беременных, находившихся под совместным наблюдением акушеров-гинекологов и врача-флеболога. В этой группе первичный осмотр флеболога проводили при постановке на учет по ведению беременности.

Всем беременным, включенным в исследование, проводили ультразвуковое дуплексное ангиосканирование в динамике с целью выявления органической или функциональной патологии вен нижних конечностей на сканерах ALOKA 3500, 5500 (Япония), ESAOTE MEGAS (Италия) и SONIX OP (Канада), MEDISON AQUIX XQ (Корея) с использованием мультичастотных электронных датчиков конвексного и линейного типов частотой от 3,5 до 12 МГц. Выявляли наличие и протяженность тромботического поражения венозной системы, состояние клапанного аппарата вен, протяженность патологического тока крови, степень и локализацию варикозной трансформации поверхностных венозных сосудов.

Активно выявляли сопутствующую соматическую патологию (ожирение, геморроидальная болезнь, хронический колит и т.п.), рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Во время первичного осмотра оценивали предрасполагающие к развитию ХЗВ факторы, особенности образа жизни, трудовой деятельности, наличие признаков хронической венозной недостаточности (ХВН), сопутствующей патологии нижних конечностей (артриты, плоскостопие, лимфедема и т.п.).

Особое внимание уделяли выявлению изменений в свертывающей системе, для этого во всех случаях определяли коагулограмму с изучением маркеров коагулопатий.

Из исследования исключали беременных с наркотической или алкогольной зависимостью, ВИЧ-инфицированных, нежелавших соблюдать протокол исследования и тех, кто по каким-либо причинам не мог этого делать. Кроме того, в исследование не включали пациенток с отягощенным течением настоящей беременности, тяжелыми формами гестоза.

Всем беременным в первой когорте назначали постоянное ношение лечебного компрессионного трикотажа. Лечение в обязательном порядке дополняли назначением низкомолекулярного гепарина эноксапарина натрия (клексан, производство «Sanofi-Aventis», Франция). Эноксапарин вводили подкожно из расчета 1,5 мг на 1 кг массы тела, 1 раз в сутки на протяжении 10 дней, в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата. Все беременные с ВТЭО принимали диосмин (флебодиа 600, «Laboratoires INNOTHERA», Франция) по 2 таблетки 1 раз в день в течение 10 дней, далее по 1 таблетке 1 раз в день. Назначение этого лекарственного средства обусловлено необходимостью купирования симптомов венозной недостаточности у пациенток с венозным тромбозом (ощущение тяжести и боли в пораженной конечности, отека). Препарат отменяли за 2 нед до предполагаемого срока родов. При наличии восходящего тромбофлебита в бассейне большой подкожной вены, выраженных конгломератов тромбированных вен и флотирующего тромбоза, проводили хирургическое вмешательство. Местные средства, внутривенные инфузии реологически активных препаратов и дезагреганты не использовали.

Предложенная нами лечебно-диагностическая программа ведения беременных с участием врача-флеболога предполагает дифференцированный подход в зависимости от степени выраженности ХЗВ. Во второй когорте женщин при отсутствии признаков ХЗВ на первичном осмотре контрольный визит назначали в сроке беременности 30—32 нед. Беременные получали рекомендации по коррекции образа жизни, устранению предрасполагающих факторов, обязательно назначали профилактический компрессионный трикотаж. При выявлении признаков ХЗВ устанавливали причину заболевания, профилактические и лечебные мероприятия назначали в соответствии со степенью выраженности ХВН. Для коррекции явлений ХВН, кроме индивидуально подобранного лечебного компрессионного трикотажа, с III триместра беременности назначали диосмин. Проведенные клинические испытания [5] показали высокую эффективность этого средства для коррекции явлений ХВН. Препарат разрешен к применению у беременных, а опыт его использования для профилактики фетоплацентарной недостаточности показал его безопасность как для беременной, так и для плода [6, 7].

В родах и в ранний послеродовый период все беременные обеих когорт использовали индивидуально подобранный госпитальный компрессионный трикотаж.

Результаты и обсуждение

Анализ наблюдений за беременными первой когорты показал, что ВТЭО возникли в среднем при сроке беременности 28,7±4,9 нед. Средний возраст беременных составил 32,4±3,5 года. Более чем у 50% (26) женщин выявлен осложненный акушерско-гинекологический анамнез. Две и более беременностей, закончившихся родами, в анамнезе были у 14 пациенток. Аборт в анамнезе отмечен у 20 (43%) женщин. У всех женщин выявлены те или иные сопутствующие заболевания (рис. 1). ИМТ более 25 кг/см^2 обнаружен у 26 (56,5%) больных.

При проведении ультразвукового исследования венозной системы поражение глубоких вен отмечено у 14 пациенток, в том числе у 10 был поражен подколенно-берцовый сегмент венозной системы, у 4 — подвздошно-бедренный. Во всех случаях тромбоз глубоких вен носил окклюзивный характер, признаков флотации не обнаруживали.

У 26 женщин выявлены признаки тромботического поражения поверхностной венозной системы нижних конечностей, у 21 — признаки варикотромбофлебита, у 2 обнаружен флотирующий тромб в сафенофеморальном соустье, что потребовало экстренного оперативного пособия. У 6 беременных выявлено сочетанное поражение глубокой и поверхностной венозной систем (рис. 2). 5 беременных оперированы по поводу восходящего тромбофлебита в бассейне большой подкожной вены.

Судьбу беременных первой когорты до родов и в течение 3 мес послеродового периода удалось проследить во всех случаях. Естественное родоразрешение произошло у 19 (41,4%) женщин, оперативное родоразрешение было произведено в 27 (58,6%) наблюдениях, при этом показа-



Рис. 1. **Выявленная сопутствующая патология у беременных с венозными тромботическими осложнениями.**



Рис. 2. **Локализация венозных тромбозов у беременных.**

нием к оперативному родоразрешению стал факт перенесенного венозного тромбоза. Эпизодов тромбоэмболии легочной артерии не было ни в одном случае.

Во второй когорте средний срок беременности при первичном обращении к флебологу составил 7,4±1,4 нед и совпадал с постановкой на учет по ведению беременности. Организационная модель оказания специализированной консультативной помощи беременным, предложенная нами, предусматривает обязательное посещение флеболога при постановке на учет по беременности наряду с консультативными осмотрами других специалистов (терапевта, окулиста, стоматолога, ЛОР и др.).

Средний возраст беременных второй когорты составил 30,2±2,8 года. Во время первичного осмотра выявлена следующая сопутствующая патология: артриты — у 12, плоскостопие — у 96, лимфедема — у 23, ожирение с ИМТ более 25 кг/м^2 — у 58, геморроидальная болезнь — у 49, хронические колиты — у 18.

У 2 беременных был подтвержден антифосфолипидный синдром, что потребовало помимо стандартного назначения компрессионного профилактического трикотажа дополнительного назначения антикоагулянтной терапии (эноксапарин 0,4 мл 1 раз в сутки) на весь срок беременности.

Отсутствие признаков ХЗВ и связанных с ними явлений ХВН при первичном осмотре зафиксировали только у 32 (21%) беременных.

У 117 беременных с ХЗВ первая беременность была у 28 женщин, вторая — у 39. Две беременности и более в анамнезе имелись у 50 женщин. У 6 беременных при ультразвуковом исследовании выявлена посттромботическая болезнь, из них 2 беременные имели открытые венозные трофические язвы голени. У 111 беременных обнаружены признаки варикозной болезни нижних конечностей. По степени выраженности клинических проявлений эти беременные распределялись следующим образом (в соответствии с классификацией CEAP): С1 (телеангиэктазии и ретикулярный варикоз) — у 69 (62,2%), С2 (варикозные вены) — у 26 (23,4%), С3 (венозный отек) — у 12 (10,8%), С4 (изменения кожи голени) — у 4 (3,6%). Контрольные осмотры флеболога проводили каждый триместр беременности, кроме этого выполняли ультразвуковое ангиосканирование, анализы крови и коагулограмму. Во время этих визитов, при наличии ХВН, особое внимание уделялось определению признаков ее прогрессирования, появлению новых несостоятельных венозных сегментов, протяженности патологического тока венозной крови.

Установлено, что в подавляющем большинстве случаев ухудшения состояния венозной гемодинамики не произошло. Увеличение протяженности патологического рефлюкса наблюдалось у 4 (2,7%) беременных, появление относительной несостоятельности клапанов глубоких вен — у 12 (8%). Прогрессирование варикозной трансформации поверхностных вен выявлено у 26 (17,4%) беременных. У 22 беременных имело место появление новообразованных ретикулярных вен и телеангиэктазов, увеличение в объеме предсуществующих измененных внутрикожных сосудов. У 4 (2,7%) женщин было отмечено появление вульварных вариксов и варикозной трансформации вен наружных половых органов в бассейне наружной срамной вены. Трофические изменения кожи голеней не имели тенденции к прогрессированию, более того, длительно существующие трофические язвы венозной этиологии эпителизировались спустя 8 нед регулярного ношения трикотажа 2-го класса компрессии.

Назначаемый с III триместра беременности диосмин показал прекрасную переносимость и безопасность при приеме беременными, что подтверждается данными многочисленных исследований [6, 7]. Среди беременных, находившихся под нашим наблюдением, ни в одном случае не требовалось отмены препарата, связанной с наличием побочных эффектов или развитием аллергических реакций.

Последний контрольный осмотр проводили в срок 37—38 нед беременности, когда совместно с акушером-гинекологом решали вопрос о выборе метода родоразрешения. Противопоказаний к естественному родоразрешению, связанных с венозной патологией, не было выявлено ни у одной женщины второй когорты. Тем не менее оперативное родоразрешение было предпринято у 12 женщин, что обусловливалось особенностями течения беременности, предлежания плаценты и другими факторами, не связанными с патологией венозной системы.

Основным результатом внедрения предложенного комплекса ведения беременности явилось предотвращение развития ВТЭО, которые не были выявлены ни в одном случае ни во время беременности, ни в послеродовом периоде.

Даже при наличии дополнительных факторов риска развития тромботических осложнений и прогрессирования ХВН назначение простых, доступных и безопасных средств: компрессионного трикотажа и флеботоников по-

зволяет устранить явления венозного застоя ХВН и предотвращать ВТЭО во время беременности.

В связи с этим не может не обращать на себя внимание тот факт, что даже при наличии общеизвестных факторов риска, часто не предпринимается никаких профилактических мер, что приводит к развитию тромбофлебитов у беременных. Так, у беременных, вошедших в первую когорту нашего исследования, даже при наличии явных предрасполагающих факторов к развитию тромботических осложнений, никаких действий, направленных на их предотвращение, не предпринималось, что служит аргументом для включения в протоколы ведения беременности консультативного наблюдения врача-флеболога.

Заключение

Общеизвестно, что во время беременности следует с большой осторожностью назначать какие-либо лекарственные препараты, и только острая необходимость диктует назначение медикаментозного средства и любого лечебного воздействия. При этом предпочтение следует отдавать патогенетически обоснованным средствам лечения, обладающим минимальным набором возможных побочных эффектов. Предложенная и внедренная в клиническую практику схема ведения беременных и лечения венозных тромботических осложнений полностью отвечает этим требованиям и может быть рекомендована к широкому использованию.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы.

В протокол ведения беременности должен быть включен обязательный осмотр врача-флеболога; наличие избыточной массы тела и варикозной болезни влияет на развитие ВТЭО у беременных, что требует более пристального внимания к этим категориям женщин; предложенные лечебные действия позволяют эффективно и безопасно купировать явления венозного тромбоза, а использование в клинической практике разработанных профилактических мероприятий позволяет исключить развитие венозных тромботических осложнений у беременных.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Богачев В.Ю.* Гормоноиндуцированная флебопатия: Новая проблема современной флебологии. Ангиол и сос хир 2002;8:3:53—57.
2. Флебология. Руководство для врачей. Под ред. В.С. Савельева. М: Медицина 2001;660.
3. *Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю.* Флебопатия как нарушение вязкоупругих свойств стенки вен и факторы, влияющие на ее клиническое течение при варикозной болезни. Флеболимфология 2003;18:8—13.
4. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М: ГЭОТАР-Медиа 2009;1218.
5. *Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Золотухин И.А., Голованова О.В.* Полусинтетический диосмин (флебодиа 600) в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Ангиол и сосуд хир 2006;12:2:73—75.
6. *Каткова Н.Ю., Панова Т.В., Ильина Л.Н.* Опыт использования препарата флебодиа 600 в лечении фетоплацентарной недостаточности у пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода. Гинекология 2006;8:2:51—54.
7. *Наурузова З.М., Новикова В.А., Корчагина Е.Е., Федорович О.К.* Влияние терапии хронической плацентарной недостаточности при развитии дискоординации родовой деятельности на состояние плода и новорожденного. Рос вестн акуш-гинекол 2008;4:51—52.