

А. Н. Жуковская, Н. С. Жилинский
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК ГРУПП РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ТЭЛА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент О. С. Лобачевская

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет

Резюме. В статье рассматриваются особенности течения беременности и исходов родов и проводится корреляция со степенью риска возникновения ТЭЛА.

Ключевые слова: Тромбоэмболия легочной артерии, осложнения беременности.

Resume. The article considers the features of the course of pregnancy and childbirth outcomes and correlates with the risk of PE.

Keywords: Pulmonary embolism, complications of pregnancy.

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

Факторов риска развития данного состояния множество: антифосфолипидный синдром, возраст более 35 лет, ожирение, варикозное расширение вен, кесарево сечение, преэклампсия и т.д. [1].

В Беларуси средний удельный вес ТЭЛА в структуре материнских потерь достигает 16,6% [2]. Увеличилось количество родов у пациенток групп риска по ТЭЛА.

Цель: Изучение особенностей течения беременности и исходы родов у пациенток групп риска по развитию ТЭЛА.

Задачи:

1. Дать клиническую характеристику пациенток групп риска по ТЭЛА.
2. Выявить особенности течения беременности и влияние факторов риска ТЭЛА в первом, втором и третьем триместре беременности.
3. Оценить исходы родов для матери и плода у пациенток групп риска по ТЭЛА.
4. Определить показания к назначению антикоагулянтной терапии во время беременности и после родоразрешения.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 58 обменных карт и историй родов женщин, которым проводили родоразрешение в родильном доме УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минска в 2016-2017 гг.

Основная группа (n=28) была разделена на две подгруппы: ОГ(а) – 15 пациенток, имеющие низкий риск развития ТЭЛА, ОГ(б) – 13 пациенток, имеющие высокий риск развития ТЭЛА. Группу контроля составили 30 пациенток, родивших доношенные плоды при физиологически протекающей беременности.

Стратификацию пациенток по рискам ТЭЛА проводили с использованием таблицы определения риска ТЭЛА у матери, клинических шкал вероятности разви-

тия ТЭЛА - канадская (Wells с соавт.) и пересмотренная женевская шкалы (G. le Gal с соавт.) [3].

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток ОГ составил $35 \pm 5,04$ лет, пациенток КГ – $29 \pm 5,3$ лет.

Наиболее часто встречающимися факторами риска в выборочной совокупности были: варикозное расширение вен у 77,33%, возраст более 35 лет у 68,33%, нарушение жирового обмена у 18,67%, акушерские факторы: кесарево сечение в анамнезе у 53,33%, 4 и более родов в анамнезе у 16,67%, преэклампсия у 26,67%.

Были проанализированы данные акушерского и гинекологического анамнезов. У пациенток ОГ чаще наблюдались: замершая беременность (n=6) и самопроизвольный аборт (n=4); у пациенток КГ – замершая беременность (n=1). У пациенток ОГ чаще были в анамнезе: эрозия шейки матки (n=5), фибромиома матки (n=3), дисплазия шейки матки (n=6); у пациенток КГ – цервицит (n=4), эрозия шейки матки (n=4) (рисунок 1).

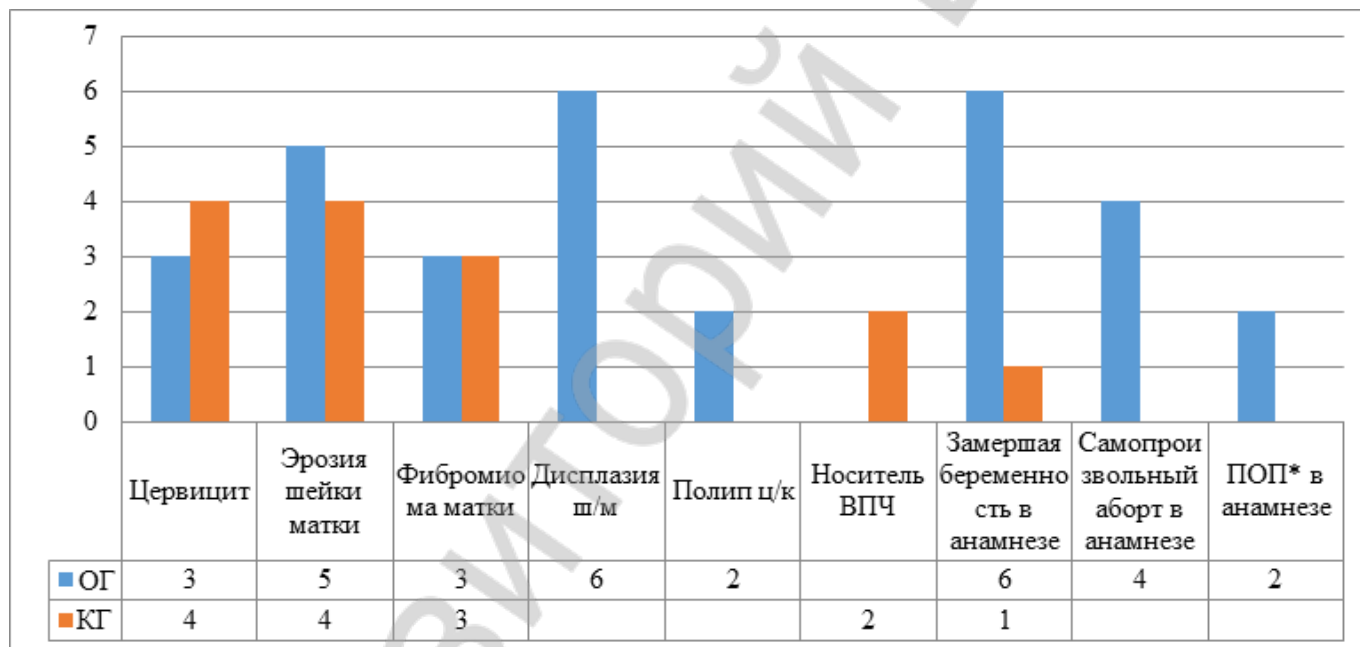


Рисунок 1 – Акушерско-гинекологический анамнез пациенток опытной и контрольной групп.

Среди экстрагенитальной патологии в ОГ миопия встречалась у 7 пациенток, гипотиреоз – у 5; в КГ миопия - у 9 пациенток, гипотиреоз – у 4.

Родоразрешены путем операции кесарево сечение в ОГ 24 пациентки. Основными показаниями к оперативному родоразрешению, в том числе экстренному, были: рубец на матке (кесарево сечение в анамнезе) - 29,4% случаев, возрастная первородящая в сочетании с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом – 17,6%, тяжелый гестоз – 17,6%, клинически узкий таз – 11,8%, неготовность родовых путей – 11,8%, интранатальный дистресс плода – 5,9%, тазовое предлежание плода – 8,3%.

В КГ оперативное родоразрешение проводилось 9 пациенткам. Показания: рубец на матке – 44,5%, миопия высокой степени с изменением глазного дна – 33,3%,

экстракорпоральное оплодотворение – 11,1%, гигантский плод – 11,1%. Показаний к экстренному оперативному родоразрешению не было.

Общая кровопотеря после операции составила 740 ± 60 мл, после родов – 280 ± 30 мл, в одном случае после родов была кровопотеря 400мл.

Осложнения в I триместре беременности выявлены у 3 пациенток из 13 в ОГ(а), у 4 пациенток из 15 в ОГ(б) и у 4 пациенток из 30 в КГ. Во всех группах наблюдались гестационная анемия и кольпит. Связи между риском ТЭЛА и возникновением осложнений в первом триместре не выявлено ($p=0.26$).

Во II триместре осложнения встречались у 9 пациенток в ОГ(а), у 14 в ОГ(б) и у 8 в КГ. Среди осложнений в ОГ были: гестационная анемия, кольпит, угроза прерывания беременности, ХФПН, ХВГП, преэклампсия (нефропатия), преэклампсия (АГ), гестационный пиелонефрит, многоводие, маловодие, СЗВР, нарушение МППК; в КГ – гестационная анемия, кольпит, угроза прерывания беременности. Таким образом, степень риска ТЭЛА влияет на возникновение осложнений во втором триместре ($p=0,003$). У одной пациентки из ОГ(б) в сроке 24 недель возникла ТЭЛА мелких ветвей, в связи с чем она была переведена в РНПЦ «Мать и дитя».

Осложнения в III триместре в ОГ(а) и ОГ(б) были у всех, в КГ у половины пациенток. Они были такими же как и во II триместре, однако в ОГ(а) группе снизился удельный вес нефропатии и кольпита, увеличился – анемий; ОГ(б) снизился – кольпит, увеличился – ХФПН, ХВГП, пиелонефрита. В КГ увеличился удельный вес кольпита, снизился – анемий.

Наблюдается стойкая ($p=0,002$) связь между рисками ТЭЛА и осложнениями в третьем триместре.

Пациенткам групп риска по ТЭЛА в рамках обследования в каждом триместре была выполнена коагулограмма (таблица 1).

Таблица 1. Показатели коагулограммы у пациенток ОГ

| | Д-димеры, мкг/мл | Фибриноген, г/л | АЧТВ, сек | Тромбоциты $\times 10^9$ |
|--------------|---|--|------------------|--------------------------|
| I триместр | 405 ± 54 У трех пациенток – 652 ± 107 | $5 \pm 0,91$ $6,92 \pm 0,26$ у 5 пациен- ток | $23,4 \pm 2,77$ | 345 ± 43 |
| II триместр | $759 \pm 146^{**}$ | $5,17 \pm 1,11$ $7,03 \pm 0,33$ у 8 пациен- ток | $24,85 \pm 3,98$ | 295 ± 64 |
| III триместр | 1247 ± 112 | $5,22 \pm 1,19$ $7,34 \pm 0,37$ у 14 паци- ентов | $25,07 \pm 4,65$ | 365 ± 32 |
| После родов | 670 ± 178 | $5,15 \pm 0,83$ | $23,3 \pm 3,02$ | 329 ± 75 |

* - У 3 пациенток, принимающих НМГ, данный показатель был в пределах нормы ($2,6 \pm 0,4$ г/л)

** – У одной пациентки развилась ТЭЛА мелких ветвей.

В контрольной группе значения показателей гемостазиограммы существенно не отличались от таковых в норме, превышений допустимых значений не было (таблица 2).

Таблица 2. Показатели коагулограммы у пациенток КГ

| | Д-димеры, мкг/мл | Фибриноген, г/л | АЧТВ, сек | Тромбоциты $\times 10^9$ |
|--------------|------------------|-----------------|------------------|--------------------------|
| I триместр | 355 ± 45 | $4,54 \pm 0,61$ | $22,2 \pm 1,07$ | 343 ± 45 |
| II триместр | 657 ± 147 | $5,1 \pm 0,86$ | $24,5 \pm 3,12$ | 264 ± 95 |
| III триместр | 966 ± 122 | $5,18 \pm 0,75$ | $24,64 \pm 3,45$ | 335 ± 52 |
| После родов | 480 ± 208 | $4,82 \pm 0,43$ | $22,3 \pm 2,24$ | 375 ± 59 |

В группе 1(а) пациенткам перед родоразрешением путем операции кесарева сечения проводилась неспецифическая профилактика ТЭЛА (компрессионное белье). У трех пациенток из группы 1(б) после проведения генетического картирования была выявлена наследственная тромбофилия. Эти пациентки заранее планировали беременность. Им назначались низкомолекулярные фрагмины с момента установки диагноза беременность в течение всей беременности. Остальным пациенткам этой группы профилактически назначались низкомолекулярные фрагмины непосредственно за 2 часа до операции, затем в послеоперационном периоде в течение 5-7 дней. Дозы препаратов подбирались индивидуально.

Выводы:

1. У пациенток групп риска по развитию ТЭЛА имеется осложненный акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальная патология.

2. В первом триместре беременности связи между факторами риска и осложнениями беременности не выявлено. Факторы риска по развитию ТЭЛА достоверно осложняют течение беременности во втором ($p=0,003$) и в третьем ($p=0,002$) триместрах, был случай состоявшейся ТЭЛА мелких ветвей в сроке 24 недели беременности.

3. Все дети родились живыми, доношенными, 8/9 по шкале Апгар.

4. Наличие факторов риска ТЭЛА, особенно высоких, осложняет течение беременности и требует назначения антикоагулянтной терапии на ранних сроках беременности и после родов.

A. N. Zhukouskaya, M. S. Zhyllinski
**FEATURES OF PREGNANCY AND BIRTH OUTCOMES IN PATIENTS WITH
RISK OF DEVELOPING PULMONARY EMBOLISM**

Tutors: associate professor O. S. Lobachevskaya

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература:

1. Сидельникова В.М. // Новые медицинские технологии в акушерстве, гинекологии и неонатологии / Под ред. Т.А.Федоровой.— М., 2005. — С. 39—45.
2. Харкевич, О.Н., Курлович, И.В., Коршикова, Р.Л. Ведение беременности и родов у женщин с тромбоэмболией легочной артерии / О.Н. Харкевич, И.В. Курлович, Р.Л. Коршикова // Медицинские новости. – 2007. – №2. – т.1. – С. 19-28.
3. [Torbicki A., Perrier A., Konstantinides S. et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology \(ESC\). European Heart Journal 2008; 29 \(18\): 2276-2315.](#)