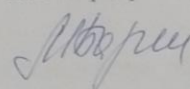


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»
клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему: «Профилактика венозных
тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии» от 2018 года

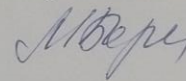
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиологичность данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии» заслуживает оценки «отлично».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

1. Введение
2. Рекомендации по профилактике втэо до наступления беременности
3. Рекомендации по профилактике втэо во время беременности
4. Профилактика втэо во время родов, в том числе при использовании регионарной анестезии и аналгезии в родах и послеродовом периоде
5. Профилактика втэо после родов
6. Профилактика втэо в гинекологии
7. Препараты, применяемые для профилактики втэо
8. Заключение
9. Список используемой литературы

1. Введение

Тромбоэмболия легочных артерий остается одной из основных непосредственных причин материнской смертности. Многие случаи тромбоэмболии легочных артерий можно предупредить путем проведения соответствующей профилактики. NICE установлено, что применение НМГ уменьшает риск развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у терапевтических и хирургических больных на 60% и 70% соответственно. Можно предположить, что аналогичная профилактика будет способствовать снижению риска ВТЭО в акушерско-гинекологической практике.

Тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбоз поверхностных (подкожных) вен (ТПВ) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) в совокупности носят название венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО).

2. Рекомендации по профилактике втэо до наступления беременности

Документированную оценку факторов риска в отношении ВТЭО.

Повторную оценку факторов риска в случае госпитализации женщины по какой-либо причине или развитию других интеркуррентных заболеваний

Повторную оценку факторов риска во время родов и сразу же после родов.

Профилактическое применение НМГ в дородовом периоде при наличии ранее перенесенных ВТЭО и/или наследственной или приобретенной тромбофилии высокого риска и/или трех и более других факторов риска.

3. Рекомендации по профилактике втэо во время беременности

ВТЭО в анамнезе

Ранее перенесенные ВТЭО являются доказанными факторами риска развития повторных ВТЭО во время беременности. Риск развития рецидивов ВТЭО сохраняется на протяжении всей беременности и повышается в 3,5 раза по сравнению с небеременными женщинами. Исследований с высоким уровнем доказательности относительно антенатальной тромбопрофилактики не существует. Все допущения и выводы относительно ведения беременных женщин с ВТЭО в анамнезе базируются на данных исследований с участием небеременных женщин или хирургических больных. Исследования с участием беременных женщин отличаются малыми объемами выборок, наблюдательными дизайнами, а также исключением из исследования пациенток с факторами высокого риска развития ВТЭО.

Для оценки антенатального риска ВТЭО пациентки с ВТЭО в анамнезе могут быть стратифицированы на пациенток с однократным ВТЭО и многократными эпизодами ВТЭО в анамнезе. Среди пациенток с однократной ВТЭО в анамнезе различаются пациентки с:

- ВТЭО, не ассоциированными с другими факторами риска;
- ВТЭО, ассоциированными с наследственной или приобретенной тромбофилией высокого риска;

- ВТЭО, ассоциированными с отягощенным семейным анамнезом (наличием ВТЭО у родственников первой линии);

- ВТЭО, ассоциированными с транзиторными факторами риска (например, травмой или хирургическим вмешательством).

Пациенткам с однократным ВТЭО в анамнезе следует рекомендовать

1. Регулярную оценку факторов риска развития ВТЭО во время беременности, родов и послеродового периода Консультацию акушера-гинеколога в консультативно-диагностических отделениях учреждений 3 группы в случае однократного ВТЭО, ассоциированного с тромбофилией высокого риска.

2. Исследование на наличие наследственной и приобретенной тромбофилии высокого риска

3. В случае однократного ВТЭО, ассоциированного с тромбофилией высокого риска, начать профилактику НМГ как можно раньше при подтверждении факта наступления беременности.

4. В случае однократного ВТЭО, не ассоциированного с транзиторными факторами риска, или с наличием ВТЭО у родственников первой линии, начать профилактику НМГ как можно раньше при подтверждении факта наступления беременности.

5. В случае однократного ВТЭО, ассоциированного с тромбофилией высокого риска, или не ассоциированной с транзиторными факторами риска, или с наличием ВТЭО у родственников первой линии проводить профилактику НМГ на протяжении всей беременности, родов и 6 недель послеродового периода.

6. В случае однократного ВТЭО, ассоциированного с транзиторными факторами риска, которые больше не присутствуют в настоящий момент, и отсутствием других факторов риска, возможно ведение беременности без рутинного назначения НМГ. Однако профилактика НМГ должна быть обязательно назначена в послеродовом периоде.

Пациенткам с многократными эпизодами ВТЭО в анамнезе следует рекомендовать

1. Консультацию акушера-гинеколога в консультативно-диагностических отделениях учреждений 3 группы

2. Начать профилактику НМГ в случае отсутствия предшествующей терапии Варфарином при подтверждении факта наступления беременности

3. Заменить профилактику Варфарином на профилактику НМГ в случае предшествующей профилактики Варфарином при подтверждении факта наступления беременности в связи с его эмбрио- и фетотоксическим действием

4. Начать профилактику НМГ как можно раньше при подтверждении факта наступления беременности

5. Проводить профилактику НМГ на протяжении всей беременности, родов и 6 недель послеродового периода.

Наследственная тромбофилия

К наследственной тромбофилии высокого риска относится

- -гомозиготная мутация V фактора (мутация Лейден);
- - гомозиготная мутация протромбина G20210A;
- -сочетание гетерозиготных мутаций факторов V и протромбина;
- -дефицит АТ-III;
- -дефицит протеина C;
- -дефицит протеина S.

Другие полиморфизмы генов гемостаза, а также полиморфизмы фолатного цикла (мутации гена метилентетрагидрофолатредуктазы) не относятся к наследственным тромбофилиям высокого риска. Нет достаточной доказательной базы о связи этих полиморфизмов с клинически значимым увеличением риска ВТЭО во время беременности.

Пациенткам с выявленной наследственной тромбофилией следует рекомендовать

1. Оценку и стратификацию факторов риска в соответствии с видом тромбофилии, наличием или отсутствием семейного анамнеза или других факторов риска.

2. В случае наличия наследственной тромбофилии высокого риска развития ВТЭО вне зависимости от наличия клинической симптоматики, а также других видов бессимптомной наследственной тромбофилии при наличии других факторов риска, начать профилактику НМГ как можно раньше при подтверждении факта наступления беременности.

3. В случае наличия наследственной тромбофилии высокого риска развития ВТЭО вне зависимости от наличия клинической симптоматики, а также других видов бессимптомной наследственной тромбофилии при наличии других факторов риска, проводить профилактику НМГ на протяжении всей беременности, родов и 6 недель послеродового периода.

4. В случае других видов бессимптомной наследственной тромбофилии при отсутствии других факторов риска возможно ведение беременности без рутинного назначения НМГ. Однако профилактика НМГ должна быть обязательно назначена в послеродовом периоде.

Приобретенная тромбофилия (Антифосфолипидный синдром).

Диагностика антифосфолипидного синдрома (АФС) основана на сочетании следующих клинических проявлений и данных лабораторных исследований. Клинические проявления: • венозные или артериальные тромбозы различной локализации. • осложнения беременности в виде привычного невынашивания до 10 недель гестации, или хотя бы одной потери беременности после 10 недель, или преждевременных родов до 35 недель гестации, вследствие тяжелой преэклампсии или внутриутробной задержки роста плода.

Лабораторные проявления: двукратное с интервалом в 12 недель выявление волчаночного антикоагулянта и/или антикардиолипидных антител и/или антител к $\beta 2$ -гликопротеину 1 в среднем или высоком титре. Пациентки с АФС относятся к группе высокого риска развития

ВТЭО во время беременности. Исследований с высоким уровнем доказательности относительно антенатальной тромбопрофилактики у пациенток с АФС не существует.

Пациенткам с АФС следует рекомендовать

1. В случае клинических проявлений АФС в анамнезе начать профилактику НМГ как можно раньше при подтверждении факта наступления беременности.

2. В случае клинических проявлений АФС в анамнезе проводить профилактику НМГ на протяжении всей беременности, родов и 6 недель послеродового периода.

3. В случае отсутствия клинических проявлений АФС при наличии персистенции антифосфолипидных антител возможно ведение беременности без рутинного назначения НМГ. Однако профилактика НМГ должна быть обязательно назначена в послеродовом периоде.

4. Профилактика втэо во время родов, в том числе при использовании регионарной анестезии и анальгезии в родах и послеродовом периоде

1. При появлении наружного кровотечения, в т.ч. вагинального, или при начале родовой деятельности, показано прекращение применения НМГ.

2. При появлении признаков угрожающих ПР в сроках беременности $\leq 35-36$ нед. пациенткам, ранее применявшим АВК в терапевтических или профилактических дозах, показана их отмена и переход на НФГ или НМГ. С При появлении признаков угрожающих ПР в сроках беременности $\leq 35-36$ нед. пациенткам, ранее применявшим НМГ в терапевтических или профилактических дозах, продолжить их применение или перейти на НФГ, как препарат, обладающий более коротким периодом полувыведения.

3. При наличии массивной кровопотери, гемотрансфузии начинать или возобновлять медикаментозную профилактику ВТЭО сразу после снижения риска кровотечения.

4. При наличии высокого риска кровотечения использовать для профилактики ВТЭО НФГ или ношение градуированного компрессионного трикотажа и/или применение пневмокомпрессии

5. В случае применения пациенткой НМГ стимуляцию родов, кесарево сечение, регионарные методики анестезии и анальгезии отложить на минимум 24 часа после введения последней терапевтической дозы НМГ или 12 часов после введения последней профилактической дозы НМГ

6. В случае применения пациенткой НФГ стимуляцию родов, кесарево сечение, регионарные методики анестезии и анальгезии отложить на как минимум 4-6 часов после введения НФГ.

7. Удаление эпидурального катетера проводить не раньше чем через 12 часов после введения профилактических доз НМГ или 4 часа после введения профилактических доз НФГ.

8. Введение НМГ и НФГ возобновлять не раньше, чем через 4-6 часов после применения спинномозговой анестезии или после удаления эпидурального катетера.

9. В случае невозможности прекращения введения НМГ или НФГ в родах (например, у женщин с самопроизвольными родами в течение 12 часов после введения последней дозы НМГ), не назначать методики регионарной анальгезии, а использовать альтернативные методы анальгезии, например, управляемую внутривенную анальгезию на основе опиатов.

10. В случае изолированного применения нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) (например, аспирин) проводить регионарную анестезию и анальгезию без предварительной отмены препаратов (применение НПВС не является противопоказанием к регионарным методикам).

11. В случае изолированного применения нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) (например, аспирин) назначать спинальную анестезию как более предпочтительную методику по сравнению с эпидуральной анестезией.

5. Профилактика втэо после родов

1. Документированную оценку факторов риска в отношении ВТЭО после родов. При проведении антикоагулянтной терапии во время беременности возобновить ее не ранее чем через 4-6 часов после самопроизвольных родов и через 8-12 после операции кесарева сечения для минимизации геморрагических осложнений. В случае высокого риска послеродовых ВТЭО проводить профилактику ВТЭО в течение 6 недель после родов; В случае умеренного риска ВТЭО проводить профилактику ВТЭО в течение 1 недели после родов

2. Во время периода лактации проводить профилактику ВТЭО НМГ или НФГ или Варфарином как препаратами, безопасными для новорожденного.

3. Во время периода лактации заменить прием Фондапаринукса в случае его применения до родов на НФГ или Варфарин, как более безопасные препараты.

4. Во время периода лактации продолжить прием низких доз Аспирин. В случае его приема до родов по сердечно-сосудистым показаниям. При наличии ожирения 3 степени (ИМТ выше 40 кг/м²) применять НМГ в профилактических дозах в течение 7 дней после родов.

5. При наличии дополнительных факторов риска, сохраняющихся более 7 дней после родов, таких как длительная иммобилизация или раневая инфекция, проводить профилактику ВТЭО до 6 недель после родов или до момента, когда дополнительные факторы риска будут полностью устранены.

ВТЭО в анамнезе

Ранее перенесенные ВТЭО являются доказанными факторами риска развития повторных ВТЭО в послеродовом периоде, превышая таковой во время беременности. Пациенткам с ВТЭО в анамнезе следует рекомендовать

1. Назначить НМГ или АВК в течение 6 недель после родов независимо от способа родоразрешения.

2. При назначении АВК подбирать дозу АВК с контролем МНО целевым уровнем МНО от 2.0 до 3.

Пациенткам с наследственной тромбофилией высокого риска (см. выше) или приобретенной (АФС) следует рекомендовать

Назначить НМГ в течение по меньшей мере 7 дней после родов, независимо от способа родоразрешения, даже если профилактика ВТЭО не проводилась в дородовом периоде.

В случае наличия ВТЭО у родственников первой линии или других факторов риска продлить профилактику ВТЭО до 6 недель после родов.

Кесарево сечение

Родоразрешение путем планового кесарева сечения удваивает риск ВТЭО по сравнению с родами через естественные родовые пути. Родоразрешение путем экстренного кесарева сечения удваивает риск ВТЭО по сравнению с плановым кесаревым сечением. Таким образом, риск ВТЭО у женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения в экстренном порядке, в четыре раза превышает риск ВТЭО у женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути.

1. В случае кесарева сечения в экстренном порядке проводить профилактику ВТЭО НМГ в течение 7 дней после родов в сочетании с компрессионным трикотажем и/или перемежающейся пневматической компрессией.

2. В случае кесарева сечения в плановом порядке при наличии одного фактора риска (Приложение 2) проводить профилактику ВТЭО НМГ в течение 7 дней, а при наличии более 2 дополнительных факторов риска или высокого риска ВТЭО проводить профилактику ВТЭО НМГ в течение 6 недель после родов в сочетании с компрессионным трикотажем и/или перемежающейся пневматической компрессией.

3. В случае кесарева сечения в плановом порядке проводить профилактику ВТЭО проводить механическую профилактику ВТЭО (компрессионный трикотаж или перемежающуюся пневматическую компрессию).

4. При наличии высокого риска кровотечения проводить механическую профилактику ВТЭО (компрессионный трикотаж или перемежающуюся пневматическую компрессию).

6. Профилактика втэо в гинекологии

Исходный риск и факторы риска развития ВТЭО представлены в Приложении 5. Стратификация риска ВТЭО является сложной задачей, но необходима и требует рассмотрения факторов риска, связанных как с особенностями пациентки, так и видом оперативного вмешательства. Модель оценки риска ВТЭО Caprini оценивает риски путем суммирования баллов для различных факторов риска ВТЭО. Согласно представленной классификации риск ВТЭО классифицируется как очень низкий (0-1 балла), низкий (2 балла), умеренный (3-4 балла), или высокий (≥ 5 баллов). Оценка Caprini была валидизирована при проведении крупного ретроспективного исследования с выборкой пациентов из общей, сосудистой и урологической

хирургии. Хотя оценка Carpinì пока не валидизирована у гинекологических больных, считается, что эти пациентки похожи на других пациентов, чтобы позволить данное обобщение.

Пациенткам гинекологических стационаров следует рекомендовать

1. При наличии очень низкого риска ВТЭО не использовать никаких специальных фармакологических или механических средств профилактики кроме ранней активизации после операции.

2. При наличии низкого риска ВТЭО применять механическую профилактику ВТЭО в виде компрессионного трикотажа или пневмокомпрессии.

3. При наличии умеренного риска ВТЭО при отсутствии высокого риска развития кровотечения, применять НМГ, НФГ механическую профилактику ВТЭО в виде компрессионного трикотажа или пневмокомпрессии.

4. При наличии умеренного риска ВТЭО и высокого риска развития кровотечения применять механическую профилактику ВТЭО в виде компрессионного трикотажа или пневмокомпрессии пока риск кровотечения не уменьшится, и можно будет начать фармакологическую профилактику

5. При наличии высокого риска ВТЭО при отсутствии высокого риска развития кровотечения применять фармакологическую профилактику НМГ или НФГ совместно с механической профилактикой в виде компрессионного трикотажа или пневмокомпрессии.

6. При наличии высокого риска ВТЭО и высокого риска кровотечения применять механическую профилактику в виде компрессионного трикотажа или пневмокомпрессии пока риск кровотечения не уменьшится и можно будет начать.

7. При наличии оперативного вмешательства по поводу злокачественного новообразования при отсутствии высокого риска развития кровотечения применять фармакологическую профилактику НМГ большей продолжительности (4 недели).

8. При наличии высокого риска развития ВТЭО и противопоказаний к назначению НМГ и НФГ при отсутствии высокого риска развития кровотечения применять Аспирин в низких дозах, или механическую профилактику в виде компрессионного трикотажа или пневмокомпрессии. Не использовать кава-фильтр для первичной профилактики ВТЭО.

9. Не выполнять периодическое наблюдение с помощью компрессионной ультрасонографии.

10. Из методов механической профилактики назначать пневмокомпрессию как более эффективный метод профилактики ВТЭО.

7. Препараты, применяемые для профилактики втэо

Низкомолекулярные гепарины (НМГ)

НМГ являются эффективными и безопасными препаратами для профилактики ВТЭО у беременных и родильниц.

Риск развития гепарин-индуцированной тромбоцитопении (ГИТ) ниже при применении НМГ, чем при назначении НФГ. Поэтому, назначение НМГ не требует контроля уровня тромбоцитов. Риск развития остеопороза и переломов костей также очень низкий при применении НМГ (не более 0.04%).

Профилактические и терапевтические дозы подкожного введения НМГ во время беременности и послеродового периода

Масса тела(кг)		Эноксапарин	Дальтепарин	Надропарин
Профилактические дозы**	<50	20 мг ежедневно	2500 ЕД ежедневно	2850 МЕ ежедневно
	50-90	40 мг ежедневно	5000 ЕД ежедневно	5700 МЕ ежедневно
	91–130	60 мг ежедневно	7500 ЕД ежедневно	7600 МЕ ежедневно
	131–170	80 мг ежедневно	10000 ЕД ежедневно	9500 МЕ ежедневно
	>170	0.6 мг/кг/сутки*	75 ЕД/кг/сутки	86 ЕД/кг/сутки
Высокая профилактическая (промежуточная) доза при массе тела 50-90кг		40 мг каждые 12 часов	5000 ЕД каждые 12 часов	5700 МЕ каждые 12 часов
Терапевтическая доза***		1 мг/кг/каждые 12 часов до родов; 1.5 мг/кг/ежедневно после родов	100 ЕД/кг/каждые 12 часов или 200 ЕД/кг/ежедневно после родов	86 ЕД/кг/каждые 12 часов

Дозы основаны на весе пациентки и являются предположительными.

Доказательных данных по поводу расчета доз НМГ у пациенток с ожирением не существует. Применение НМГ необходимо исключить, прекратить или отсрочить у женщин, имеющих риск кровотечения, после тщательной оценки соотношения рисков кровотечения и ВТЭО

Рекомендации по назначению НМГ во время беременности и послеродового периода

1. НМГ являются препаратами выбора при проведении профилактики ВТЭО в дородовом периоде. Они являются такими же эффективными, как НФГ, но более безопасными

2. За редким исключением (например, механические клапаны сердца) во время беременности рекомендуется использовать препараты НМГ, а не НФГ, для профилактики и лечения ВТЭО.

3. Не рекомендуется проводить еженедельный контроль уровня анти-Ха у беременных, получающих НМГ в профилактических дозах

Нефракционированный гепарин (НФГ)

НФГ имеет более короткий период полувыведения по сравнению с НМГ, и его действие в большей степени обратимо в связи с воздействием на него протаминсульфата.

Редко НФГ может быть применен в период родоразрешения у женщин с высоким риском тромбозов при наличии противопоказаний к применению НМГ (например, при необходимости применения регионарной анестезии) или у женщин с повышенным риском кровотечения.

Применение НФГ ассоциировано с повышенным риском ГИТ.

Протамин сульфат предназначен для лечения серьезной передозировки НФГ. 1 мг Протамин сульфата нейтрализует 100 единиц НФГ, если его ввести в течение 15 минут после НФГ. Если время после внутривенного введения НФГ составляет более 15 минут, требуются меньшие дозы Протамин сульфата, так как НФГ быстро выводится из кровотока. Введение Протамин сульфата производится внутривенно медленно (не более 50 мг вещества в течение 10 минут).

Побочные эффекты гепарина

Основным побочным действием гепарина являются геморрагии, которые могут иметь серьезные последствия и даже привести к смерти.

Тяжелые кровотечения наблюдаются приблизительно у 4 % пациентов с ОВТЭ, получающих лечение НФГ в условиях повседневной клинической практики.

Ниже перечислены факторы, которые могут повышать риск кровотечений при введении НФГ.

При массивных кровотечениях проводят восстановление объема циркулирующей плазмы и гемотрансфузии, а также применяется антидот гепарина протамин сульфат. Факторы, увеличивающие риск кровотечений при использовании НФГ:

- повышение дозы;
- применение вместе с фибринолитиками;
- применение вместе с ингибитором ГП IIb/IIIa;
- перенесенные недавно хирургическое вмешательство или травма;
- сопутствующие нарушения свертывания крови.

Схемы применения НФГ (Гепарин натрия) Способы профилактики и лечения ВТЭО - Послеоперационная профилактика в группе высокого риска – подкожно по 1500 МЕ/сут через 8-12 час после операции; курс - до 7-10 суток. □ Профилактика и лечение: начальная доза 5000 МЕ в/в, затем п/к или в/в в виде инфузии. Поддерживающие дозы непрерывно в/в 1000-1250 МЕ/ч;

регулярно в/в 5000 – 10000 МЕ каждые 4-6 ч; подкожно – каждые 6 ч по 5000 МЕ. Категория FDA – C.

Фондапаринукс натрия

Фондапаринукс является синтетическим пентасахаридом, который действует как антикоагулянт при помощи специфического ингибирования фактора Ха, опосредованного антитромбином. Стандартная профилактическая доза составляет 2.5 мг подкожно 1 раз/сутки.

Накопленные к настоящему времени данные о применении Фондапаринукса при беременности недостаточны. Фондапаринукс не следует назначать при беременности за исключением случаев, когда предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. При необходимости применения препарата в период лактации следует прекратить грудное вскармливание, так как неизвестно, выделяется ли Фондапаринукс с грудным молоком у родильницы. Категория FDA – X.

Низкие дозы Аспирина.

Рандомизированных клинических испытаний (РКИ) высокого уровня доказательности по применению Аспирина для профилактики ВТЭО вовремя беременности не существует.

Выводы по его эффективности являются экстраполированными данными из исследований по применению Аспирина у небеременных пациентов. Поэтому, рутинное назначение Аспирина для профилактики ВТЭО не рекомендуется.

Безопасность применения Аспирина во время беременности была подтверждена в мета-анализе РКИ по назначению низких доз Аспирина для профилактики преэклампсии у беременных. Низкие дозы Аспирина применяются у женщин с АФС для улучшения исходов у плода. Категория FDA – D.

Антагонисты витамина К (Варфарин)

Варфарин проходит через плацентарный барьер и увеличивает риск развития эмбриопатии у 5% плодов при его назначении в сроках 6-12 недель беременности. Риск эмбриопатии является дозозависимым и значительно повышается при приеме Варфарина в дозе более 5 мг/сутки. Поэтому, назначение Варфарина во время беременности возможно лишь у пациенток с механическими клапанами сердца.

При назначении Варфарина во время беременности необходимо информировать пациентку о возможных побочных действиях препарата и получить письменное информированное согласие.

Другими возможными осложнениями, связанными с терапией Варфарином во время беременности, являются повышенный риск самопроизвольного выкидыша, мертворождения, развития неврологической патологии у плода, кровотечения у матери плода.

Антагонисты витамина К (Варфарин) безопасны в послеродовом периоде у кормящих женщин, и при необходимости могут быть назначены уже с первых суток после родоразрешения. Категория FDA – X.

Применение механических методов профилактики ВТЭО рекомендуется у следующих групп пациентов:

- у госпитализированных пациенток, имеющих противопоказания к применению НМГ;
- у всех пациенток, родоразрешенных путем кесарева сечения;
- у пациенток высокого риска ВТЭО, родоразрешенных путем кесарева сечения в сочетании с НМГ;
- у амбулаторных пациенток с высокого риска ВТЭО ;
- у беременных женщин, путешествующих на далекие расстояния в течение более 4-х часов.

Если возобновление терапии антикоагулянтами планируется в послеродовом периоде, перемежающаяся пневмокомпрессия должна применяться до, во время и после родов до момента начала антикоагулянтной терапии.

8. Заключение

Беременность является известным фактором риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), так же как и родоразрешение: первые 6 нед. после родов риск тромбоза выше в 20–80 раз, а в первую неделю – в 100 раз по сравнению с беременностью.

В настоящее время частота ВТЭО представляет собой серьезную проблему для акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов и сосудистых хирургов, что отражено и в множестве публикаций и руководств.

Во время беременности необходимо учитывать ряд особенностей, связанных как с диагностикой, так и профилактикой и лечением.

Чрезвычайно важно обеспечить безопасность пациентки при использовании антикоагулянтов во время беременности, родоразрешения и проведения регионарной анестезии.

В послеродовом периоде, и нередко в течение длительного времени, возникает проблема адекватной тромбопрофилактики. В этих условиях выбор эффективных и безопасных препаратов для профилактики ВТЭО имеет особое значение, и в настоящее время основу тромбопрофилактики во время беременности составляют низкомолекулярные гепарины (НМГ) .

9. Список используемой литературы

1. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии /Клинические рекомендации/от 2013г.
2. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. – 3-е изд., испр. и доп. / Г.М. Савельева, В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. – 880 с.
3. Акушерство. Национальное руководство/ В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1072 с.
4. Мусуралиев М.С., Макенжан у. А. Качество и проблемы оказания неотложной помощи при критических состояниях в акушерстве. Ж. Здоровье матери и ребенка, 2011.,- Том 3.
5. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство. Серов В.Н. 2008 г. Издательство: Гэотар-Медиа.
6. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Руководство для практикующих врачей / Под общей редакцией Кулакова В. И. и Серова В. Н. 2013 г., Издательство: Литтерра.