

Беременность и роды у женщины с кава-фильтром



При поддержке  **FERTILITY TODAY**
ИННОВАЦИОННЫЙ ПРОЕКТ

Оценка рисков тромботических осложнений в настоящее время повсеместно внедрена в рутинную практику врача акушера-гинеколога. При первой явке в период беременности (либо по возможности еще на прегравидарном этапе) для каждой пациентки должна быть заполнена шкала оценки риска тромбоза.

При высоком и очень высоком риске назначается антикоагулянтная профилактика. При этом тромбоз в анамнезе является наиболее очевидным и весомым фактором риска, при наличии которого антикоагулянты должны быть назначены на весь срок гестации и послеродовой период. В нашем клиническом примере женщина с тромбозом в анамнезе благополучно выносила беременность с имплантированным кава-фильтром, несмотря на запоздалое назначение антикоагулянтов ввиду позднего направления на консультацию к гемостазиологу.

Итак, пациентка С., 32 года, впервые обратилась на прием в 2021 г. на сроке беременности 13 нед.

Из анамнеза: в 2013 г., на 33-й неделе первой самопроизвольной благополучно протекавшей беременности, было выполнено экстренное кесарево сечение в связи с развившейся тромбозом легочной артерии. Никаких провоцирующих факторов (авиаперелет, обезвоживание, хирургические вмешательства и т.п.) не отмечала. Ребенок массой 2040 г благополучно

прошел реабилитацию и в настоящее время развивается по возрасту. Пациентке после эпизода в 2013 г. был установлен кава-фильтр. В течение 3 лет принимала варфарин, затем еще 1 год – ривароксабан, после чего все антикоагулянты были отменены (согласно клиническим рекомендациям, на фоне установленного кава-фильтра допускается отмена антитромботических препаратов, неопределенно долгий прием не требуется).

В настоящее время у женщины вторая самопроизвольная беременность, срок 13 нед, протекает без осложнений. Однако антикоагулянтная профилактика при наступлении беременности назначена не была.

Сопутствующие заболевания: варикозное расширение вен нижних конечностей, состояние после оперативной коррекции в 2017 г.

Рост – 171 см, масса тела – 78 кг, индекс массы тела – 26,7 кг/м².

Семейный анамнез существенно не отягощен: инсульт у бабушки в 64 года.

Было проведено обследование для исключения тромбофилии в следующем объеме:

- Парус-тест – 0,78 от 2014 г. (норма);
- волчаночный антикоагулянт отрицательный от 2014 г., антитела к кардиолипину слабоположительные, антитела к фосфатидилсерину, фосфатидилэтаноламину, фосфатидилхолину отрицательные от 2014 г.;

- антитела к кардиолипину, бета-2-гликопротеину отрицательные от 03.11.2021;
- антитромбин – 77%, протеин С – 100%, протеин S – 69% от 2014 г. Повторно антитромбин – 87% от 03.11.2021 (норма).
- гомоцистеин – 8,33 от 2014 г., повторно – 7,31 от 03.11.2021 (норма).
- гетерозигота – F13 (мутации F2 и F5 не обнаружены).

Установлен предварительный диагноз: беременность 13 нед. Тромбоэмболия легочной артерии в анамнезе (2013 г.), кавал-фильтр. Избыточная масса тела. Варикозная болезнь нижних конечностей, состояние после оперативного лечения (2017 г.).

Были даны рекомендации: незамедлительно начать прием эноксапарина в дозе 0,4 мл/сут. На 2–3-й день приема препарата выполнить анализ крови на анти-Ха-активность через 3–4 ч после введения эноксапарина.

Получен следующий результат: анти-Ха-активность – 0,1 ед. (недостаточная эффективность разовой дозы).

Рекомендовано увеличить дозу до 0,6 мл/сут, однако ввиду невозможности приобретения препарата в необходимой дозе было принято решение назначить постоянный прием эноксапарина в дозе 0,4 мл 2 раза в сутки.

Беременность протекала без осложнений. Прибавка массы тела составила 22 кг (перед родами масса тела пациентки – 90 кг). Эноксапарин был отменен за 24 ч до планового кесарева сечения на доношенном сроке. Рождена здоровая девочка, масса тела – 3670 г, рост – 52 см, 8/9 баллов по шкале Апгар. В послеродовом периоде пациентка получала эноксапарин в течение 60 дней ввиду очень высокого риска тромботических осложне-

ний (продленная тромбопрофилактика). Осложнений в послеродовом периоде не было. После 60 сут антикоагулянты были отменены.

Заключение

В клинической практике общепринятым стандартом считается необходимость посещения беременной пациенткой врача-гематолога (гемостазиолога) для получения рекомендаций по назначению антикоагулянтов. Однако клинические рекомендации по профилактике тромботических осложнений ориентированы в первую очередь именно на использование их врачами акушерами-гинекологами. Очевидно, что в ситуации, когда на первичный прием обращается беременная с тромбоэмболией в анамнезе, антикоагулянты в профилактических дозах должны быть назначены ей незамедлительно на первой же явке с последующим направлением к врачу-гемостазиологу. Промедление, связанное с организационными сложностями (например, ожиданием очередности для записи к специалисту), может стать причиной рецидива тромбоза и неблагоприятного исхода для матери и плода.

Оптимальной же тактикой считаем направление к врачу-гемостазиологу сразу после эпизода тромбоза, с тем чтобы пациентка была ориентирована на обязательное посещение гемостазиолога на этапе планирования новой беременности. В таком случае антитромботическая профилактика будет начата пациенткой самостоятельно сразу при наступлении беременности, возможно, еще даже до постановки на диспансерный учет.

Автор: **Бузян Лидия Олеговна**, врач терапевт-гемостазиолог сети центров репродукции и генетики «Нова Клиник».

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.