

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ ____
	Экземпляр	№ ____
	Введен в действие	01.11.21.
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<p><i>Клинический протокол «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоземболия»</i></p> <p><i>Коды МКБ (: Беременность, роды и послеродовый период Блок (020-029) Другие болезни матери, связанные преимущественно с беременностью Блок (085-092) Осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом Венозные осложнения во время беременности 022 Варикозное расширение вен нижних конечностей во время беременности 022.0 Варикозное расширение вен половых органов во время беременности 022.1)</i></p> <p><i>Возрастная группа-взрослые</i></p> <p><i>Год утверждения-2021</i></p>	

Утверждено приказом № ____
От «__» ____ 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Зав.Женской консультации №5	Гамзатова З.А.		
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		

	И.о.Заместителя главного врача по хирургической работе	Абдулаев Ш.А.		
	И.о заведующего экспертным отделом	Алибекова А.М.		
2021 г.				

1. К венозным тромбоэмболическим осложнениям (ВТЭО) относят тромбоз глубоких вен (ТГВ), подкожных вен (тромбофлебит) и тромбоэмболию легочных артерий (ТЭЛА).
2. Риски развития ВТЭ у беременных по сравнению с небеременными выше в 21-84 раза. Фатальные осложнения описаны в 1-м триместре. Риск ВТЭ повышается с гестационным сроком, достигая максимума в послеродовом периоде, особенно после родоразрешения путем кесарева сечения. Оценка риска ВТЭ должна быть проведена всем беременным, как минимум один раз в течение беременности (или до беременности при подготовке). Переоценка риска ВТЭ должна проводиться при любой госпитализации по любой причине во время беременности, а также во время родов и сразу после рождения ребенка. Факторы риска ВТЭ во время беременности и в послеродовом периоде: существовавшие ранее ВТЭ в анамнезе, тромбофилии, дефицит антитромбина, дефицит протеина С, дефицит протеина S, мутация V фактора (Лейдена), мутация протромбина и Приобретённые: АФС, Персистенция волчаночного антикоагулянта, И/ИЛИ средние или высокие титры антител к кардиолипину, И/ИЛИ антитела к бета 2 гликопротеину 1. Сопутствующие заболевания: рак, сердечная патология (оперированное сердце, искусственные клапаны, ревматические пороки, сердечная или легочная недостаточность, заболевания сердца приводящие к расширению его полостей и к нарушениям ритма, системная СКВ, воспалительная полиартропатия, нефротический синдром, СД 1 типа с нефропатией, потребитель внутривенных наркотиков Возраст старше 35 лет; Ожирение (ИМТ более 30 кг/м²) до или в начале беременности; Паритет – более 3 родов (беременность после 3-х родов); Курение; Выраженный варикоз вен: наличие симптомов ИЛИ выше колена ИЛИ осложненный флебитом/отеком/изменениями кожи. Акушерские: многоплодие, преэклампсия, кесарево сечение, длительность родов более 24 часов, Оперативные вагинальные роды с наложением полостных акушерских щипцов, мертворождение, преждевременные роды, послеродовое кровотечение (более 1 л/потребовавшее гемотрансфузию), проявившиеся во время беременности или родов, любое хирургическое вмешательство (исключая ушивание разрывов родовых путей), например: послеродовая стерилизация, аппендэктомия, Чрезмерная рвота беременных, дегидратация, Синдром гиперстимуляции яичников (только 1 триместр), ВРТ,

постельный режим/ограничение активности (более 3-х) дней, инфекция, потребовавшая госпитализации и назначения АБ: пневмония, пиелонефрит, инфекция послеоперационной период.

3. **ОЦЕНКА РИСКА ВТЭО ВО ВРЕМЯ РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ (МОДИФИЦИРОВАННАЯ)** При наличии ВТЭО в анамнезе, а также наследственной или приобретенной тромбофилии, риск развития ВТЭО при данной беременности может быть расценен как очень высокий, высокий или умеренный. Градация уровней риска и рекомендации по ведению пациенток с ВТЭО в анамнезе и/или наличием тромбофилии представлены в **таблице**

Риск	Анамнез	Рекомендовано
Очень высокий	<p>Перенесенное ранее ВТЭО на фоне длительного приема Варфарина</p> <p>Дефицит АТ-III</p> <p>АФС с ВТЭО в анамнезе</p>	<p>Во время беременности назначить НМГ в терапевтических дозах.</p> <p>В течение не менее 6 недель послеродового периода назначить НМГ или Варфарин в терапевтических дозах.</p>
Высокий	<p>Множественные ВТЭО в анамнезе</p> <p>Однократное ВТЭО в анамнезе без установления фактора риска</p> <p>ВТЭО в анамнезе при наличии тромбофилии</p> <p>ВТЭО в анамнезе + семейный анамнез ВТЭО</p> <p>Бессимптомная тромбофилия высокого риска</p>	<p>Во время беременности и в течение 6 недель послеродового периода назначить НМГ в профилактических дозах.</p>
Промежуточный	<p>Однократное ВТЭО в анамнезе, связанная с транзиторным фактором риска, который отсутствует в настоящее время, без тромбофилии, семейного анамнеза или других факторов риска</p> <p>Бессимптомная тромбофилия (за исключением тромбофилии)</p>	<p>Во время беременности не назначать рутинную профилактику НМГ.</p> <p>В течение 7 дней послеродового периода (или 6 недель при наличии семейного анамнеза или других факторов риска) назначить НМГ в профилактических дозах.</p>

Диагностические критерии:

Выделяют 2 формы: □ наружный тромбофлебит □ тромбоз (тромбофлебит) глубоких вен (ТГВ) Наиболее частая локализация – нижние конечности. Симптомы наружного тромбофлебита: □ Жалобы – боли, покраснение, болезненное уплотнение по ходу тромбированной вены, отечность (чаще незначительная) в зоне воспаления. Температура тела чаще субфебрильная. □ Диагностика – УЗИ с компрессией Симптомы ТГВ: □ Жалобы : Ограниченной процесс - боли в икроножных мышцах, усиливающиеся при движениях, отек нижней трети голени, болезненность икроножных мышц при пальпации, боли в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы или пережатии средней трети голени манжетой. о Распространённый процесс (несколько глубоких вен голени) – резкая боль, чувство распирания, отек, нередко цианоз кожи, повышение Т тела. о С захватом бедренной вены – отек бедра, болезненная пальпация по ходу вены. При распространении на проксимальный отдел – увеличение объема всей пораженной конечности, усиление боли, цианоз. При илеофemorальном тромбозе - боли по передне-внутренней поверхности бедра, в икроножных мышцах, иногда в паховой области. Увеличение конечности в объеме, отек от стопы до паховой складки, иногда переходит на ягодицу. Окраска конечности от бледной до цианотичной. При пальпации определяется болезненность по ходу магистральных вен на бедре и в паховой области. Через 3-4 дня от начала заболевания отек несколько уменьшается и появляется усиленный рисунок кожных вен, обусловленный затруднением оттока крови по глубоким венам.

При ТЭЛА:

Общий осмотр:

- цианоз кожных покровов;
- тромбофлебит глубоких вен конечностей.

Клинические проявления ТЭЛА

- шок;
- остановка сердца.

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации:

- ОАК, ВСК;
- анализ крови на D-димер;
- коагулограмма (фибриноген, МНО, АПТВ, ПДФ, АТШ);
- анализ крови на тромбоциты;
- УЗИ вен нижних конечностей;
- ЭКГ.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации:

- ОАМ;
- Биохимические показатели: гликемия, мочевины, креатинин
- тропонины Т и I крови при ТЭЛА;

- газы крови – PaO₂, PaCO₂;
- предсердный натрий уретический пептид типа В (BNP) крови при ТЭЛА.
- реакции Вассермана в сыворотке крови;
- определение антигена р24 ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;
- эхокардиография для оценки функции правого желудочка при ТЭЛА [УД - 1В, 17].
- ангиография легочной артерии при ТЭЛА [УД - 1В,17];
- вентиляционно-перфузионное сканирование при ТЭЛА [УД - 1В,17];
- компьютерная томография при ТЭЛА;
- дуплексное УЗИ глубоких вен нижних конечностей при ТГВ;
- рентгенография грудной клетки для дифдиагностики.

Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- ЭКГ
- пульсоксиметрия.

Инструментальные исследования:

ТГВ:

- **Ультразвуковая доплерография** – выявляется тромбоз и его локализации в венах. Однако этот метод не позволяет достоверно установить протяженность тромботического процесса, характер кровотока и состояние венозной стенки, особенно глубоких вен.
- **Дуплексное ангиосканирование** – выявляется и определяется характера тромбоза, границ тромба, проходимости перфорантных вен и степени воспаления окружающих тканей.

ТЭЛА:

- **Дуплексное УЗИ глубоких вен нижних конечностей** – определяется структура, работоспособность и проходимость сосудов, обнаруживаются суженные или расширенные участки, наличие тромбов, атеросклеротических бляшек, измеряется скорость кровотока.
- **Эхокардиография.** В пользу присутствия ТЭЛА свидетельствуют: расширение правых отделов сердца, выбухание межжелудочковой перегородки в сторону левых отделов, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки в диастолу, непосредственная локация тромба в легочной артерии, выраженная регургитация на трикуспидальном клапане, признак 60/60(ускорение времени ПЖ-выброса < 60 мс при наличии трикуспидальной недостаточности и градиента давления ≤ 60 мм рт.ст.).
- **Ангиография легочной артерии:**
 - Дефект наполнения в просвете сосуда — наиболее характерный ангиографический признак ТЭЛА. Дефекты могут иметь цилиндрическую форму и большой диаметр, что свидетельствует о первичном формировании их в илиокавальном сегменте;
 - полная обструкция сосуда («ампутация» сосуда, обрыв его контрастирования). При массивной ТЭЛА этот симптом на уровне долевых артерий

наблюдается в 5 % случаев, чаще (в 45 %) его обнаруживают на уровне долевых артерий, дистальнее тромбэмбола, расположенного в главной легочной артерии;

- расширение главных легочных артерий;
- уменьшение числа контрастированных периферических ветвей (симптом мертвого, или подрезанного, дерева);
- деформация легочного рисунка;
- отсутствие/задержка венозной фазы контрастирования.

- **Компьютерная томография:** обнаружение тромба, максимум сегментарного уровня. Для достоверного исключения диагноза ТЭЛА отрицательный результат ОДКТ должен быть подтвержден и отрицательным результатом КУСГ. Однодетекторная спиральная компьютерная томография имеет чувствительность 70% и специфичность 90%, а мультidetекторная спиральная компьютерная томография – чувствительность 83% и специфичность 96%.

- **Вентиляционно-перфузионная сканирование легких** – определяется наличие дефекта перфузии при сохраненной вентиляции пораженных сегментов легких. При внутривенном введении микросфер альбумина, меченных ^{99m}Tc , и вдыхании ксенона-133 или аэрозоля с ^{99m}Tc .

Позитивный результат вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких подтверждает ТЭЛА, однако требует дополнительных методов исследования при низкой клинической вероятности.

Стандартные методы обследования (обычные лабораторные тесты, электрокардиография (ЭКГ), рентгенография органов грудной клетки) полезны только для исключения другой патологии

Показания для консультации специалистов:

- консультация гематолога – при нарушении гемостаза и с целью коррекции тромболитической терапии;
- консультация сосудистого хирурга – для диагностики уровня поражения и определения лечения (флебэктомия, тромбэктомия, установка кава-фильтра).

Лабораторные исследования:

Лабораторная диагностика ТГВ:

Коагулограмма и биохимические показатели – не имеют диагностической ценности при ТГВ, ТЭЛА и должны выполняться для исходной оценки состояния системы гемостаза перед началом терапии антикоагулянтами .

III. Цели лечения:

- лечение тромбофлебита, тромбоза глубоких вен и профилактика рецидива и ТЭЛА;
- оказание экстренной помощи и лечение в случае развития ТЭЛА, профилактика рецидива.

Тактика лечения:

Общая тактика профилактики и лечения ВТЭО в акушерстве:

- во время лактации, женщинам которые принимают аспирин в низких дозах по сосудистым показаниям, которые желают кормить грудью, предлагается продолжать принимать аспирин ;
- для женщин с повышенным риском ВТЭО после кесарева сечения из-за одного серьезного или минимум двух незначительных факторов риска, рекомендуется фармакологическая тромбопрофилактика: Низкомолекулярный гепарин (НМГ) – препарат выбора для антенатальной и постнатальной профилактики. Безопасны при грудном вскармливании. Нефракционированный гепарин (НФГ) может быть использован в послеродовом и послеоперационном периоде 5000Ед ч/з 8 часов. В случае использования НМГ после КС (или другого хирургического вмешательства) строго контролировать уровень тромбоцитов – при уровне тромбоцитов $120 \cdot 10^9/\text{л}$ и менее - каждые 2-3 дня до 4-14 дня или до прекращения использования.

Способ применения и дозы

Препарат умеренный риск ВТЭ высокий риск ВТЭ Лечение ВТЭ до операции в п/операционно м, послеродовом периоде до операции в послеоперационном, послеродовом периоде

Эноксипарин натрия за 12 ч 20мг 20-40 мг/ сутки за 12 ч – 40 мг 40 мг один раз в сутки п/к 1 мг/кг два раза в сутки. Далтепарин натрия за 12 ч 2500 МЕ 2500 МЕ/сутки за 12 ч – 5000 МЕ 2500 МЕ два раза в сутки п/к 100 МЕ/кг 2 раза в сутки. Надропарин кальция за 12 ч – 0,3 мл

0,3 мл/сутки за 12 часов <51 кг – 0,2 мл 51–70 кг – 0,3 мл ≥ 70 кг -0,4 мл <51 кг – 0,2 мл/сутки п/к 51–70 кг – 0,3 мл/сутки ≥ 70 кг -0,3-0,6 мл/сутки 0,1 мл/10 кг 2 раза в сутки

- для женщин, подвергающимся кесареву сечению, которые относятся к очень высокому риску ВТЭО/имеют несколько дополнительных факторов риска тромбоза, которая сохраняется в послеродовом периоде, рекомендуется сочетание профилактический НМГ с эластичными чулками и /или прерывистой пневматической компрессией;
- беременным женщинам с острой ВТЭ рекомендуется терапия с подобранной дозой НМГ, вводимого подкожно, вместо подобранной дозы НФГ.
- беременным женщинам с острой ВТЭ рекомендуется продолжать прием антикоагулянтов минимум в течение 6 недель после родов (в течение общей продолжительности терапии минимум 3 месяцев) по сравнению с более короткими периодами лечения.
- беременным женщинам, получающих терапию скорректированной дозы НМГ и у которых запланированы роды, рекомендуется приостановить НМГ как минимум за 24 часа до индукции родов/кесарева сечения.

Профилактика в послеродовом периоде:

- независимо от метода родоразрешения пациентка должна быть активизирована как можно раньше – через несколько часов после родов или операции;
- при планировании долгосрочной (месяцы) тромбопрофилактики терапия варфарином начинается с первых суток после родоразрешения и сочетается с применением НМГ в течение 4-5 суток для достижения МНО – 2,0-3,0. После эпизода ТГВ во время беременности антикоагулянтная терапия после родов непрерывно продолжается не менее 3 месяцев (в основном подобранной дозой варфарина);

Лечебная тактика ТЭЛА во время беременности:

- противопоказано применение тромболизиса во время беременности относительно и при ТЭЛА без гемодинамических нарушений;
- для коррекции артериальной гипотонии/шока должны использоваться вазопрессоры (норадреналин 2-30 мкг/мин, адреналин, домин) и инотропные препараты при дисфункции правого желудочка (добутамин 5 мкг/кг/мин, левосимендан);
- массивная инфузионная терапия для коррекции гемодинамических нарушений при ТЭЛА противопоказана.
- при ТЭЛА и выраженном болевом синдроме – наркотические анальгетики: Промедол 2%-1,0 в/м или в/в, Морфин 1%-1,0 в/м или в/в.
-

Немедикаментозное лечение:

- обеспечить возвышенное положение нижней конечности (на начальном этапе);
- обеспечить эластическую компрессию (чулки) нижних конечностей.

Медикаментозная терапия [15]:

Начальная терапия антикоагулянтами при высокой клинической вероятности острого ТГВ/при его верификации или при ТЭЛА представлена тремя вариантами применения гепаринов:

- внутривенное введение нефракционированного гепарина – 5000 ЕД в/в болюсно и затем постоянная внутривенная инфузия 1000-2000 ЕД/ч. Контроль АПТВ проводится через 6 ч после начала терапии и его значения должны увеличиваться по отношению к норме в 1,5-2,5 раза. подкожное введение нефракционированного гепарина является адекватной альтернативой внутривенному введению. Нагрузочная доза -5000 ЕД внутривенно, а затем 15000-20000 ЕД каждые 12 ч.
- подкожное введение низкомолекулярного гепарина. Лечебные дозировки НМГ в Приложении 3. Определение количества тромбоцитов необходимо через 5-7 суток после начала лечения.

Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне: нет.

Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:

- при ТЭЛА и выраженном болевом синдроме – наркотические анальгетики: тримеперидина гидрохлорид 2%-1,0 в/м или в/в, морфин 1%-1,0 в/м или в/в.
- при необходимости - проведение реанимационных мероприятий

Другие виды лечения:

Искусственная вентиляция легких при ТЭЛА:

Показания к переводу на ИВЛ:

- отсутствие сознания (менее 10 баллов по шкале Глазго), тахипное более 25 в минуту, брадипное менее 10 в минуту, снижение сатурации ниже 90% при ингаляции увлажненного кислорода, снижение PaO₂ ниже 80 мм.рт.ст., повышение PaCO₂ выше 60 мм.рт.ст. или снижение ниже 30 мм.рт.ст;

Хирургическое вмешательство:

хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

- флебэктомия
- тромбэктомия
- установка «Кава-фильтра».

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

- предупреждение ТЭЛА при ТГВ;
- купирование и ликвидация ТЭЛА

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации

Показания к экстренной госпитализации:

- При подозрении и/или верификации острого ТГВ.
- При подозрении и/или верификации ТЭЛА

Показания к плановой госпитализации: нет.

Профилактические мероприятия:

Оценка риска венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве должна проводиться на следующих этапах:

До беременности:

- выявление факторов риска, диагностика тромбофилии, учет пациенток постоянно принимающих антикоагулянты/дезагреганты (протезированные клапаны сердца, сосудистые протезы, после перенесенных артериальных или венозных тромбозов);
- выявление тромбозов у родственников первого и второго поколений – на глубину до 60 лет.
- при перенесенном ранее и не связанным с приемом эстрогенов эпизоде венозных тромбоэмболических осложнений пациентка должна пройти тестирование для диагностики тромбофилии.

На этапе планирования беременности/на ранних сроках беременности всем женщинам следует рекомендовать

- документированную оценку факторов риска в отношении ВТЭО (УД - С);
- повторную оценку факторов риска в случае госпитализации женщины по какой-либо причине или развитии других интеркуррентных заболеваний (УД - С);
- 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 согласно приложения [УД - С].

При умеренном и высоком риске венозных тромбоэмболических осложнений и наличии противопоказаний для применения антикоагулянтов обязательно используются методы механической (эластическая компрессия) тромбопрофилактики.

Дальнейшее ведение:

Пациенткам с высоким риском, у которых значительные факторы риска сохраняются после родов, рекомендуется продолжительная профилактика (до 6 недель после родов) после выписки из больницы.

ОЦЕНКА РИСКА ВТЭО ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, RCOG, 2015 [8]

Существующие ранее факторы риска	Счет
Предыдущий эпизод ВТЭО (кроме единственного события связанного с обширным оперативным вмешательством),	4
Предыдущий эпизод ВТЭО связанный с обширным оперативным вмешательством	3
Известная тромбофилия высокого риска	3
Медицинские сопутствующие патологии, например, рак, сердечная недостаточность; активная системная красная волчанка, воспалительная полиартропатия или воспалительное заболевание кишечника; нефротический синдром; сахарный диабет типа 1 с нефропатией; серповидно-клеточная анемия; использование внутривенных наркотиков	3
Семейная история неспровоцированного или связанного с эстрогеном ВТЭО в родственнике первой степени	1
Известная тромбофилия с низким риском (без эпизодов ВТЭО)	1
Возраст (> 35 лет)	1
Ожирение	1 - ИМТ - 30, 2 - ИМТ более 40
Паритет более (равно) 3	1
Курение	1
Грубые варикозные вены	1
Акушерские факторы риска	Счет
Преэклампсия во время текущей беременности	1
ВРТ/ЭКО	1
Многоплодная беременность	1
Кесарево сечение в родах	1
Кесарево сечение плановое	1
Оперативное родоразрешение	1
Длительные роды (более 24 ч)	1
Послеродовое кровотечение (более 1 л или необходимость гемотрансфузии)	1
Преждевременные роды менее 37 + 0 нед. (текущая беременность)	1

Мертворождение во время текущей беременности	1
Преходящие факторы риска	
Любая операция во время беременности или послеродовой период кроме непосредственного восстановления промежности, например, удаление аппендицита, послеродовая стерилизация	3
Неукротимая рвота	3
Синдром гиперстимуляции яичников (только первый триместр)	4
Текущая системная инфекция	1
Неподвижность, обезвоживание	1
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО	

- Если общее количество более или равно 4 рассматривают тромбопрофилактику с первого триместра.
- Если общее количество 3, рассматривают тромбопрофилактику с 28 недель.
- Если общее количество более или равно 2 после родов, рассматривают тромбопрофилактику в течение по крайней мере 10 дней.
- При дородовых госпитализациях рассматривают тромбопрофилактику.
- Если длительная госпитализация (более 3 дней) или повторная госпитализация в больницу в течение послеродового периода рассматривают тромбопрофилактику.
- Для пациентов с идентифицированным риском кровотечения баланс рисков кровотечения и тромбоза должен быть обсужден после консультаций с гематологом с экспертными знаниями по вопросам тромбоза и кровотечений во время беременности.

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи:

№п/п	Критерии качества	УДД	УУД
1	Все женщины должны проходить документально фиксируемую оценку факторов риска ВТЭО при первом посещении врача (на раннем сроке беременности или до беременности).	А	1
2	Все женщины должны проходить документально фиксируемую оценку факторов риска ВТЭО повторно - при родоразрешении и в послеродовом периоде.	А	1
3	Проведение скрининга на тромбофилии после эпизода ВТЭО рекомендовано назначать до наступления беременности, через 6 недель после эпизода ВТЭО вне антикоагулянтной и гормональной терапии.	В	2
4	При подозрении на ТЭЛА для диагностики ТГВ рекомендовано первоначально использовать ультразвуковое компрессионное дуплексное ангиосканирование как	В	2

	основной метод диагностики		
5	НМГ является предпочтительным антикоагулянтом для профилактики и лечения ВТЭО во время беременности и в послеродовом периоде	А	1
6	При возникновении ВТЭО во время беременности рекомендовано курс лечения НМГ (при отсутствии	В	2

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (наименование)			
	Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений во время беременности.	Минздрава России от 27.05.2014 N 15-4/10/2-3792	
		Минздрава России от 27.05.2014 N 15-4/10/2-3792	
		Минздрава России от 27.05.2014 N 15-4/10/2-3792	
		Минздрава России от 27.05.2014 N 15-4/10/2-3792	

X. Информация для пациента:

Тромбофилия — нарушение свертываемости крови, характеризующееся предрасположенностью к патологическому тромбообразованию в кровеносных сосудах разной локализации (преимущественно вен) вследствие нарушений состава и свойств крови

Для профилактики тромбоэмболических осложнений необходимо ношение компрессионного трикотажа;

Правила введения НМГ и НФГ

Строго соблюдать интервалы между введением препаратов

Только подкожно! Только в параумбиликальную область! Собрать кожную складку

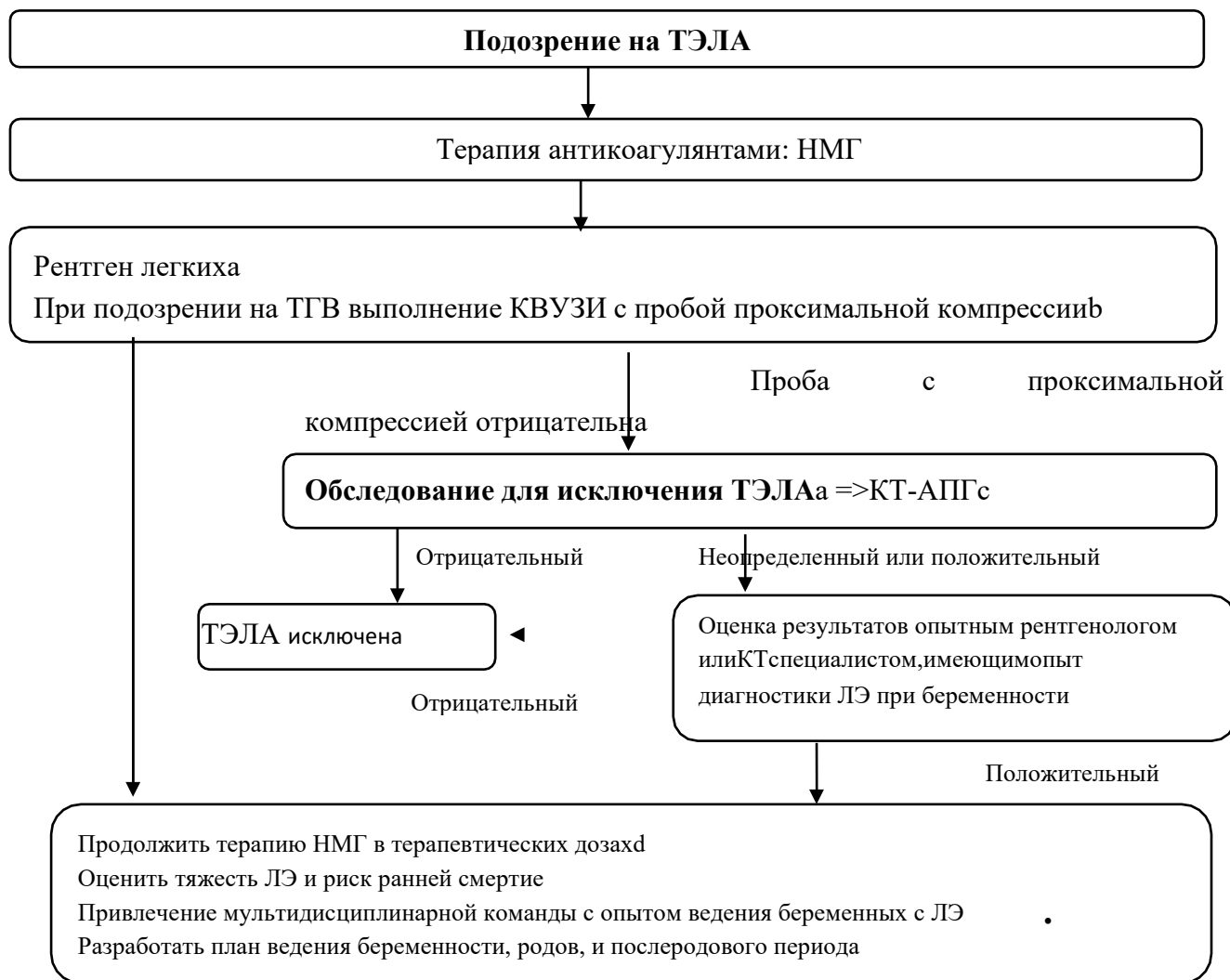
Строго перпендикулярно полностью ввести иглу для подкожных инъекций

Неподвижно удерживать кожную складку в процессе введения препарата и удаления иглы Место инъекции не массировать и не растирать!

При малейших изменениях сообщать лечащему врачу.

XI. Алгоритмы действий врача (схема):

. Диагностическое обследование и лечение подозреваемой ТЭЛА во время беременности, во время родов, оперативном родоразрешении и в первые 6 недель после родов.



Примечание: ^a — в случае выявления патологии на рентгеновском снимке легких, необходима дифференциальная диагностика с другими заболеваниями легких, ^b — тромбоз глубоких вен таза не может быть исключен КВУЗИ. Если отек распространяется на всю ногу, или есть боль в ягодицах или другие симптомы, наводящие на мысль о тромбозе сосудов таза, для исключения ТГВ необходимо рассмотреть возможность выполнения магнитно-резонансной венографии, ^c — КТ-АПГ должна выполняться с использованием методик, снижающих облучение плода, ^d — рекомендовано выполнение расширенного клинического анализа крови (с оценкой гемоглобина и количества тромбоцитов), а также расчёт клиренса креатинина перед введением. Также необходимо оценить риск кровотечений и убедиться в отсутствии противопоказаний, ^e — таблица классификации степени тяжести ТЭЛА и риска ранней (внутрибольничной или 30-дневной) смерти.

Сокращения: КТ-АПГ — компьютерная томография-ангиопульмонография, КВУЗИ — компрессионное ультразвуковое исследование вен, ТЭЛА — тромбоз легочной артерии, НМГ — низкомолекулярные гепарин, ТГВ — тромбоз глубоких вен.

