

Установа розробник: Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова, МЛ «Центр матері та дитини», Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
 Автори-розробники: І.Л. Кукуруза, Н.В. Титаренко, Д.Г. Коньков, С.Б. Чечуга, Т.Д. Постолюська, Д.В. Цигалко, Г.В. Бевз, А.В. Вознюк, Д.М. Мілянський
 Рецензенти: член.-кор. НАМН України, д.м.н., проф. В.І. Медведь, д.мед.н., проф., Заслужений лікар України Р.О. Ткаченко

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЕМБОЛІЗМУ (ВТЕ) В АКУШЕРСТВІ. СТАНДАРТ ДІЙ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

<p>1. Документована оцінка факторів ризику тромбоемболічних ускладнень (табл. 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторно (при плануванні вагітності *, при настанні вагітності) – акушером-гінекологом При госпіталізації в стаціонар – акушером-гінекологом Перед пологами (у випадку операції) – анестезіологом Після пологів – спільно акушером-гінекологом та анестезіологом 	<p><i>Таблиця 1. Шкала визначення клінічної ймовірності ТГВ</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Клінічна характеристика</th> <th>Бали</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>• Біль, ущільнення по ходу глибоких вен</td><td>1,0</td></tr> <tr><td>• набряк всієї ноги</td><td>1,0</td></tr> <tr><td>• набряк гомілки (>3 см порівняно з іншою)</td><td>1,0</td></tr> <tr><td>• Видимий набряк на симптоматичній нозі</td><td>1,0</td></tr> <tr><td>• Колатеральні вени</td><td>1,0</td></tr> <tr><td>• Раніше діагностований тромбоз глибоких вен</td><td>1,0</td></tr> <tr><td>• Активна злоякісна пухлина</td><td>1,0</td></tr> <tr><td>• Параліч/короткотривала імібілізація ноги</td><td>1,0</td></tr> <tr><td>• Ліжковий режим (>3 днів)</td><td>1,0</td></tr> <tr><td>• Великі хірургічні втручання в терміні вагітності більше 12 тижнів</td><td>1,0</td></tr> </tbody> </table> <p>Сума ≥ 2 бали – висока ймовірність ТГВ</p>	Клінічна характеристика	Бали	• Біль, ущільнення по ходу глибоких вен	1,0	• набряк всієї ноги	1,0	• набряк гомілки (>3 см порівняно з іншою)	1,0	• Видимий набряк на симптоматичній нозі	1,0	• Колатеральні вени	1,0	• Раніше діагностований тромбоз глибоких вен	1,0	• Активна злоякісна пухлина	1,0	• Параліч/короткотривала імібілізація ноги	1,0	• Ліжковий режим (>3 днів)	1,0	• Великі хірургічні втручання в терміні вагітності більше 12 тижнів	1,0
Клінічна характеристика		Бали																					
• Біль, ущільнення по ходу глибоких вен		1,0																					
• набряк всієї ноги		1,0																					
• набряк гомілки (>3 см порівняно з іншою)	1,0																						
• Видимий набряк на симптоматичній нозі	1,0																						
• Колатеральні вени	1,0																						
• Раніше діагностований тромбоз глибоких вен	1,0																						
• Активна злоякісна пухлина	1,0																						
• Параліч/короткотривала імібілізація ноги	1,0																						
• Ліжковий режим (>3 днів)	1,0																						
• Великі хірургічні втручання в терміні вагітності більше 12 тижнів	1,0																						
<p>2. Консультація акушера-гінеколога в ЦПС ВОКЛ ім. М.І. Пирогова за наявності:</p> <ul style="list-style-type: none"> ВТЕ в анамнезі, підозра або підтвердження тромбозу глибоких або поверхневих вен спадкової або набутої (антифосфоліпідний синдром) тромбофілії постійного прийому антикоагулянтів (протезовані клапани серця, судинні протези, ін.) 																							
<p>3. За наявністю клінічних ознак тромбозу глибоких вен (ТГВ) або тромбозу поверхневих вен та/або ≥ 2,0 балів за шкалою визначення клінічної ймовірності ТГВ (табл. 1):</p> <ul style="list-style-type: none"> компресійна УЗД, за показами – МРТ вен, за неможливості – пульсова доплерографія або КТ консультація судинного хірурга 																							
<p>4. Підтверджений ТГВ або висока клінічна вірогідність ТГВ (≥ 2,0 балів за шкалою визначення ймовірності ТГВ (табл. 1): НЕГАЙНО лікувальні дози низькомолекулярного гепарину (НМГ)</p>																							

УВАГА! Фармакологічна тромбoproфілактика призначається по клінічній ситуації або при відомій тромбофілії з високим ризиком ВТЕ. Традиційні показники коагулограми (тромбоцити, фібриноген, час зсідання крові, АЧТЧ, МНО, Д-дімер) та їх зсув в бік так званої «гіперкоагуляції» не являються підґрунтям для проведення фармакологічної (гепарин, НМГ) тромбoproфілактики! Показники коагулограми можуть визначати протипоказання для фармакологічної тромбoproфілактики (тромбоцити < 75 x10⁹/л), АЧТЧ, МНО, що у 1,5 рази перевищує загальну лабораторну норму, фібриноген < 1 г/л) при виявленні гіпокоагуляції особливо в сполученні з геморагічним синдромом

<p>5. Аntenатальна оцінка та ведення ризику ВТЕ (починаючи з взяття на облік)</p> <table border="1"> <tr> <td>Будь-яка ВТЕ в анамнезі, крім єдиної ВТЕ, яка пов'язана з великим хірургічним втручанням</td> <td>➔</td> <td>ВИСОКИЙ РИЗИК Аntenатальна профілактика НМГ необхідна</td> </tr> <tr> <td>Госпіталізація, будь-яке хірургічне втручання</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Одинична ВТЕ, яка пов'язана з великим хірургічним втручанням</td> <td>➔</td> <td>СЕРЕДНІЙ РИЗИК Профілактика НМГ</td> </tr> <tr> <td>Тромбофілія високого ризику (особи з гомозиготним фактором V Лейдена чи гомозиготним протромбіном G20210A, комбінація гетерозиготних мутацій факторів V та протромбіну, дефіцит антитромбіну III, дефіцит протеїну C, протеїну S) + відсутність ВТЕ</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Будь-яка ВТЕ в анамнезі, крім єдиної ВТЕ, яка пов'язана з великим хірургічним втручанням	➔	ВИСОКИЙ РИЗИК Аntenатальна профілактика НМГ необхідна	Госпіталізація, будь-яке хірургічне втручання			Одинична ВТЕ, яка пов'язана з великим хірургічним втручанням	➔	СЕРЕДНІЙ РИЗИК Профілактика НМГ	Тромбофілія високого ризику (особи з гомозиготним фактором V Лейдена чи гомозиготним протромбіном G20210A, комбінація гетерозиготних мутацій факторів V та протромбіну, дефіцит антитромбіну III, дефіцит протеїну C, протеїну S) + відсутність ВТЕ			<p><i>Таблиця 2. Фактори ризику ВТЕ</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Фактор</th> <th>Бали</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Фактори ризику, що існували раніше</td> </tr> <tr> <td>ВТЕ в анамнезі (крім єдиного випадку, який пов'язаний із обширним хірургічним втручанням)</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ВТЕ в анамнезі, який спровокований обширним хірургічним втручанням</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Тромбофілія високого ризику</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Супутні захворювання (рак, активний СКВ, серцева недостатність, запальна поліартропатія, запальне захворювання кишечника, нефротичний синдром, цукровий діабет 1 типу, серповидно-клітинна анемія)</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Фактор	Бали	Фактори ризику, що існували раніше		ВТЕ в анамнезі (крім єдиного випадку, який пов'язаний із обширним хірургічним втручанням)	4	ВТЕ в анамнезі, який спровокований обширним хірургічним втручанням	3	Тромбофілія високого ризику	3	Супутні захворювання (рак, активний СКВ, серцева недостатність, запальна поліартропатія, запальне захворювання кишечника, нефротичний синдром, цукровий діабет 1 типу, серповидно-клітинна анемія)	3
Будь-яка ВТЕ в анамнезі, крім єдиної ВТЕ, яка пов'язана з великим хірургічним втручанням	➔	ВИСОКИЙ РИЗИК Аntenатальна профілактика НМГ необхідна																							
Госпіталізація, будь-яке хірургічне втручання																									
Одинична ВТЕ, яка пов'язана з великим хірургічним втручанням	➔	СЕРЕДНІЙ РИЗИК Профілактика НМГ																							
Тромбофілія високого ризику (особи з гомозиготним фактором V Лейдена чи гомозиготним протромбіном G20210A, комбінація гетерозиготних мутацій факторів V та протромбіну, дефіцит антитромбіну III, дефіцит протеїну C, протеїну S) + відсутність ВТЕ																									
Фактор	Бали																								
Фактори ризику, що існували раніше																									
ВТЕ в анамнезі (крім єдиного випадку, який пов'язаний із обширним хірургічним втручанням)	4																								
ВТЕ в анамнезі, який спровокований обширним хірургічним втручанням	3																								
Тромбофілія високого ризику	3																								
Супутні захворювання (рак, активний СКВ, серцева недостатність, запальна поліартропатія, запальне захворювання кишечника, нефротичний синдром, цукровий діабет 1 типу, серповидно-клітинна анемія)	3																								

Ожиріння (ІТМ > 30)
Вік > 35 років
Пологи в анамнезі ≥ 3
Паління
Варикоз великих вен
Прееклампсія
Імобілізація, наприклад, параплегія
Транзиторні фактори ризику: дегідратація/ гіперемезис, наявна інфекція, тривала подорож



**4 і більше факторів ризику:
профілактика, починаючи з I
триместру вагітності**

**3 фактори ризику:
профілактика, починаючи з**

**<3 факторів
ризик**



НИЗЬКИЙ РИЗИК

Мобілізація, попередження

При помірному та високому ризику ВТЕ та наявності протипоказань** до антикоагулянтів обов'язково використовувати еластичну компресію по узгодженню з судинним хірургом

У В А Г А! Інформувати жінку про необхідність припинення НМГ при початку пологової діяльності або при появі зовнішньої (в т.ч. вагінальної) кровотечі!!!

6. **Тактика на етапі розродження***:** Стимуляцію пологів, кесарів розтин, регіонарні методики анестезії та аналгезії, якщо дозволяє акушерська ситуація, відкласти на:

- 24 години після введення останньої терапевтичної дози НФ чи НМГ
- 12 години після введення останньої профілактичної дози НМГ
- 4 години після підшкірного введення гепарину (потребує визначення АЧТЧ)

Спонтанні пологи у жінок з повним курсом антикоагулянтної терапії є протипоказання до епідуральної анестезії (ЕА)

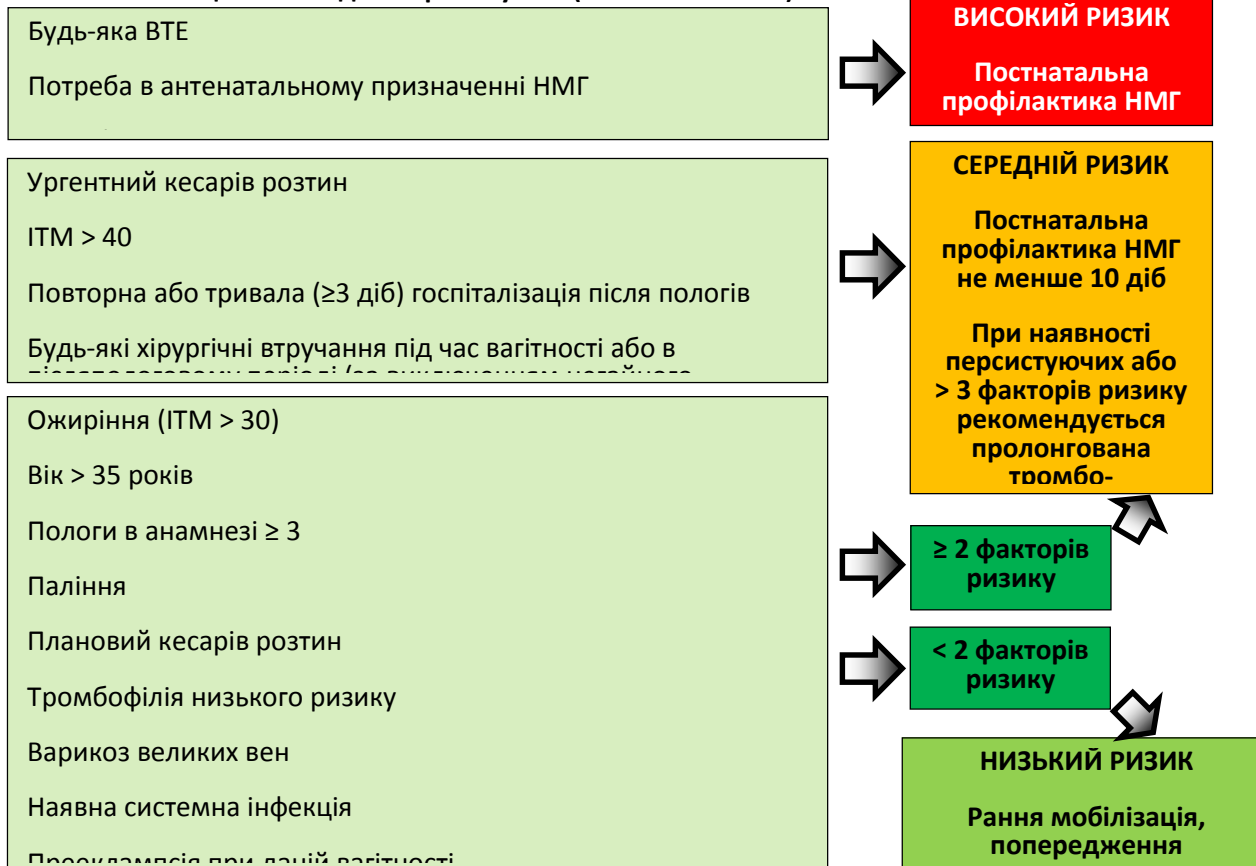
Ізольоване використання НПЗЗ (наприклад, аспірину) не є протипоказанням до регіонарних методик. Перевагу надати спінальній анестезії.

У В А Г А! Ретельно дотримуватися часових інтервалів між введенням антикоагулянтів, виконанням регіонарної анестезії та видаленням катетеру з епідурального простору

Препарат	Доза	Проміжок часу між останньою дозою антикоагулянту та початком нейраксіальної анестезії	Проміжок часу між завершенням пологів та новим початком антикоагулянтної терапії	Проміжок часу між завершенням КР та новим початком антикоагулянтної терапії
Гепарин		4 год.	4 год.	4 год.
НМГ	Профіл.	10-12 год.	6 год.	12 год.
	Лік.	24 год.	6 год.	12 год.
Аспірин		Можна не відміняти		

Обтяжений сімейний анамнез: неспровокована або пов'язана з ВТЕ у родичів першої лінії	1
Вік > 35 років	1
Тромбофілія низького ризику (без ВТЕ)	1
Ожиріння: ІМТ 30-40	1
ІТМ ≥40	2
Пологи в анамнезі ≥ 3	1
Статус курця	1
Значне варикозне розширення вен	1
Акушерські фактори ризику	
Прееклампсія при даній вагітності	1
ЕКО/ДРТ (тільки в антенатальному періоді)	1
Багатоплідна вагітність	1
Кесарів розтин у пологах	2
Плановий кесарів розтин	1
Інструментальні пологи	1
Тривалі пологи (>24 годин)	1
Післяпологова кровотеча > 1 л або гемотрансфузія	1
Передчасні пологи у <37+0 тижнів при даній вагітності	1
Народження мертвого плода при даній вагітності	1
Транзиторні фактори ризику	
Будь-яке хірургічне втручання під час вагітності або в післяпологовому періоді (за винятком негайного ушивання промежини), наприклад, апендектомія, післяпологова стерилізація	3
Надмірна блювота (гіперемезис вагітних)	
СГЯ (тільки I триместр)	4
Поточна системна інфекція	1
Імобілізація, зневоднення	1
Тривалий авіапереліт	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Сума > 4 балів у антенатальному періоді – розглянути можливість тромбопрофілактики з I триместру ▪ Сума 3 бали в антенатальному періоді – розглянути можливість тромбопрофілактики з 28 тижнів ▪ Сума > 2 балів у постнатальному періоді – розглянути можливість тромбопрофілактики впродовж 10 діб 	

7. Постнатальна оцінка та ведення ризику ВТЕ (в пологовій залі)



Таблиця 3. Добові дози НМГ

Маса тіла (кг)	Надропарин	Еноксапарин	Дальтепарин
Профілактичні дози			
< 50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня	2500 МО п/ш щодня
50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня	5000 МО п/ш один або два рази на день
70-90	3800 МО п/ш щодня		
При ожирінні	3800 МО п/ш щодня	60 мг п/ш щодня	7500 МО п/ш щодня
Профілакт. висока (проміжна) [#] 50 – 90 кг	5700 МО п/ш щодня	40 мг п/ш двічі на день	100 МО/кг п/ш щодня або 5000 МО п/ш двічі на день
Лікувальна	86 МО/кг п/ш двічі на день	1 мг/кг п/ш двічі на день, або 1,5 мг/кг п/ш щодня	100 МО/кг п/ш двічі на день, або 200 МО/кг п/ш щодня

[#] – висока профілактична доза застосовується для тромбопрофілактики у вагітних із механічними клапанами серця та після перенесеного ТГВ або ТЕЛА при даній вагітності

У В А Г А! У випадках наявності протипоказань до антикоагулянтів застосовувати еластичну компресію на весь час перебування в стаціонарі

ПРИМІТКИ.

- * – при перенесеному раніше та не пов'язаному з прийомом естрогенів епізоді ВТЕ пацієнтка повинна пройти тестування для діагностики тромбофілії; при анамнестичному епізоді ВТЕ, котрий пов'язаний з прийомом естрогенів та при відсутності інших факторів ризику антикоагулянти до вагітності не рекомендовані;
- ** – **протипоказаннями до використання антикоагулянтів під час вагітності** є: гемофілія та інші вроджені/набуті коагулопатії з підвищеною кровоточивістю; активна кровотеча під час вагітності/пологів; високий ризик кровотечі (передлежання/вращення плаценти); тромбоцитопенія (менше $75 \times 10^9/\text{л}$); ішемічний/геморагічний інсульт в межах 4 тижнів; тяжка ниркова недостатність; тяжкі захворювання печінки (збільшення МНО, варикозно розширенні вени стравоходу); неконтрольована артеріальна гіпертензія ($> 200/120$ мм рт. ст.).
- *** – відсутні доказові дані щодо переваг способу розродження у жінок з ТГВ, тактику визначають по конкретній акушерській ситуації.