Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O22.0, O22.1, O22.2, O22.3, O22.4, O22.5, O22.8, O22.9 · Российское общество акушеров-гинекологов, Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов, ООО "Ассоциация анестезиологов-реаниматологов (ААР)"

Рекомендация посвящена венозным тромбоэмболическим осложнениям у беременных и родильниц: тромбозу поверхностных и глубоких вен и ТЭЛА. Главное в практике — рано оценивать риск, подтверждать диагноз ультразвуковыми и лучевыми методами по показаниям, а при подтвержденном ВТЭО своевременно начинать антикоагулянтную терапию с учетом срока беременности, риска кровотечения и анестезии.

Главное

- ВТЭО включает тромбоз поверхностных и глубоких вен и ТЭЛА.
- Наибольший ежедневный риск развития ВТЭО приходится на первые 3–6 недель после родов, однако риск сохраняется до 12 недель после родов.
- Опасность ВТЭО сохраняется еще 6 недель после родоразрешения.
- Факторы риска ВТЭО оценивают при первом обращении до беременности или на раннем сроке и повторно при госпитализации либо интеркуррентном заболевании (УУР С, УДД 5).
- При остром тромбозе во время беременности нужен осмотр сердечно-сосудистого хирурга и госпитализация в стационар III уровня; амбулаторное наблюдение в первые 2 недели допустимо только после его заключения (УУР С, УДД 5).
- Первая линия лечения ВТЭО при беременности — низкомолекулярные гепарины в терапевтических дозах, рассчитанных по текущей массе тела (первая рекомендация: УУР А, УДД 1; расчет дозы по весу: УУР В, УДД 2).
- При ВТЭО, возникшем во время беременности, НМГ продолжают от момента появления показаний до родоразрешения и 6 недель после него, если нет осложнений; дальнейшую длительность определяют по течению ВТЭО и факторам риска (УУР С, УДД 5).
- В профилактике: при 4 и более баллах по шкале факторов риска, кроме перенесенного ВТЭО или тромбофилии высокого риска, НМГ назначают на всю беременность и 6 недель после родов; при 3 баллах, кроме перенесенного ВТЭО или тромбофилии высокого риска, — с 28 недель и также 6 недель после родов (УУР С, УДД 5).
- Д-димер не используют как основной диагностический маркер ВТЭО во время беременности и после родов или для коррекции дозы антикоагулянта (УУР С, УДД 1). Исследование MTHFR и гомоцистеина во время беременности для оценки риска ВТЭО не рекомендовано (УУР В, УДД 3).

Диагностика

1. Сначала уточняют жалобы: при тромбофлебите — боль по ходу вены, гиперемию, уплотнение и дискомфорт при ходьбе; при ТГВ — отек конечности, распирающую боль, цианоз стопы и нарушение функции. В анамнезе выясняют варикозную болезнь, операции за последний год, родоразрешение, прием оральных контрацептивов и ВТЭО у родственников первой степени родства.
2. Осматривают и пальпируют нижние конечности. Ищут отек, цианоз, усиление подкожного венозного рисунка, болезненность икроножных мышц и сосудисто-нервного пучка; при подозрении на ТГВ оценивают симптомы Хоманса, Мозеса, Ловенберга и Лискера (УУР С, УДД 5).
3. При подозрении на ТЭЛА проводят общий осмотр, измеряют ЧСС и артериальное давление, осматривают и пальпируют вены ног; клиническую вероятность оценивают по модифицированной шкале Geneva (УУР В, УДД 2), а у беременных также по адаптированному алгоритму YEARS (УУР С, УДД 4). Для прогноза 30-дневной смертности используют индекс PESI (УУР С, УДД 5).
4. Выполняют дуплексное или триплексное сканирование вен. При подозрении на ТГВ исследуют НПВ, подвздошные и вены нижних конечностей; при отрицательном результате и сохраняющемся подозрении на тромбоз подвздошных вен исследование повторяют через 3 и 7 дней (УУР С, УДД 5).

5. При подозрении на ТЭЛА регистрируют ЭКГ и выполняют рентгенографию легких для дифференциальной диагностики и оценки сопутствующей патологии; эти методы сами по себе не подтверждают и не исключают ТЭЛА (УУР С, УДД 5). ЭхоКГ применяют прежде всего для стратификации риска и оценки правых отделов сердца (УУР С, УДД 5).
6. Для верификации ТЭЛА используют КТ органов грудной полости с внутривенным контрастированием, нативным исследованием легких и реконструкциями (УУР А, УДД 1). При трудностях диагностики возможна ангиография легочной артерии и ее ветвей (УУР А, УДД 1); при подозрении на тромбоз вен малого таза — спиральная КТ малого таза с болюсным контрастированием (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При подтвержденном ВТЭО назначают НМГ в терапевтической дозе, рассчитанной по текущей массе тела; дозировки выбирают по инструкции конкретного препарата. При снижении клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин НМГ не используют, назначают НФГ (УУР С, УДД 5).
- НМГ при ВТЭО во время беременности продолжают до родоразрешения и 6 недель после родов. При положительной динамике и отсутствии клинических проявлений возможно снижение до промежуточной или профилактической дозы на этот же период.
- Варфарин не рекомендуют для лечения и профилактики ВТЭО во время беременности (УУР В, УДД 3); его применение следует рассмотреть в исключительных случаях у женщин с механическими клапанами сердца из-за высокого риска тромбоза даже при терапии НМГ. Пероральные прямые ингибиторы тромбина и ингибиторы фактора Xa не рекомендуют во время беременности и грудного вскармливания (УУР С, УДД 5).
- При подозрении на ТЭЛА высокого риска рекомендовано немедленное введение препаратов гепарина натрия. При гемодинамически нестабильной ТЭЛА, если рассматриваются тромбэкстракция, тромболизис или хирургическое вмешательство, в комментарии приведен режим внутривенного введения НФГ: болюс 80 Ед/кг с последующей постоянной инфузией 18 Ед/кг/ч (УУР С, УДД 5). При SpO_2 менее 94% у беременной и менее 90% у родильницы проводят поддерживающую кислородотерапию (УУР С, УДД 5).
- Тромболизис при беременности допускается только при жизнеугрожающей ТЭЛА с обструктивным кардиогенным шоком или остановкой кровообращения и решается междисциплинарным консилиумом (УУР С, УДД 5).
- При противопоказаниях к тромболизису или его неэффективности при ТЭЛА высокого риска возможна хирургическая эмболэктомия (УУР С, УДД 4).
- После ТГВ нижних конечностей используют постоянную эластическую компрессию с первых дней заболевания: гольфы при дистальном тромбозе и чулки при проксимальном, 2–3-го компрессионного класса (УУР С, УДД 5). При выраженном отеке в острой фазе применяют градуированные чулки 2-го класса, соответствующие давлению 23–32 мм рт. ст. (УУР С, УДД 5).
- Для нейроаксиальной анестезии выдерживают не менее 12 часов после профилактической дозы НМГ и не менее 24 часов после терапевтической дозы. Лечебную дозу НМГ после родов вводят через 24 часа и не ранее чем через 24 часа после удаления эпидурального катетера; НМГ нельзя вводить в первые 4 часа после его удаления (УУР С, УДД 5).
- Для исключения ГИТ контролируют тромбоциты на старте и на 3–5-е сутки применения препаратов группы гепарина; снижение более чем на 50% расценивают как значимый признак. При непереносимости препаратов группы гепарина или ГИТ назначают фондапаринукс натрия (УУР С, УДД 4–5).

Когда направить и как наблюдать

- Беременную с острым тромбозом направляют к сердечно-сосудистому хирургу и госпитализируют в стационар III уровня. Амбулаторное наблюдение допустимо только после консультации этого специалиста.
- Беременных и родильниц с ТЭЛА лечат и наблюдают в стационаре, в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.
- Женщин с предшествующим ВТЭО до беременности или при первом визите направляют на консультации акушера-гинеколога и гематолога для составления плана тромбопрофилактики (УУР С, УДД 5).
- При АФС с предшествующим ВТЭО или артериальными тромбозами ведение проводят совместно с гематологом и/или ревматологом (УУР С, УДД 4).

- При рецидивирующей ТЭЛА несмотря на адекватные дозы антитромботической терапии следует рассмотреть временный кава-фильтр; при ТЭЛА и противопоказаниях к антикоагулянтам установка венозного фильтра рекомендована (УУР С, УДД 4–5).

Частые вопросы

Можно ли исключать ВТЭО по уровню Д-димера у беременной?

Нет. Д-димер не следует использовать как основной биомаркер для диагностики ВТЭО во время беременности и после родов или для коррекции антикоагулянтной терапии (УУР С, УДД 1).

Какой метод является основным для подтверждения ТГВ при беременности?

Используют дуплексное или триплексное сканирование вен с исследованием пораженной и контралатеральной конечности; при подозрении на проксимальный или подвздошный тромбоз исследуют также НПВ и подвздошные вены. При отрицательном результате и сохраняющемся подозрении исследование повторяют через 3 и 7 дней.

Как долго лечить ВТЭО, возникшее во время беременности?

НМГ назначают от момента выявления показаний до завершения беременности и продолжают 6 недель после родов, если нет осложнений. Дальнейшая длительность зависит от динамики ВТЭО и факторов риска.

Когда начинать профилактику НМГ по сумме факторов риска?

При 4 и более баллах, кроме перенесенного ВТЭО или тромбофилии высокого риска, профилактику проводят всю беременность и 6 недель после родов. При 3 баллах, кроме перенесенного ВТЭО или тромбофилии высокого риска, начинают с 28 недель и продолжают 6 недель после родоразрешения.

Как выдерживать интервалы между НМГ и эпидуральной анестезией?

Эпидуральный катетер или спинальную анестезию не выполняют раньше чем через 24 часа после последней терапевтической дозы НМГ; после профилактической дозы по возможности выдерживают 12 часов. НМГ не вводят в течение 4 часов после удаления катетера.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/723-venoznye-oslozhneniya-vo-vremya-beremennosti-i-poslerodovom-periode. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/723_2