

УДК 618.3:616.142

**ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
ВЫСОКОГО РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ  
ПАТОЛОГИИ. ВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ  
И БЕРЕМЕННОСТЬ. СИНДРОМ  
КЛИППЕЛЯ – ТРЕНОНЕ**

Захарова Евгения Сергеевна  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Музыченко Юлия Аслановна  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Германович Инна Андреевна  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Колесниченко Елена Александровна  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

В статье приведен клинический опыт ведения беременности с синдромом Клиппеля – Треноне на основе анализа медицинской документации.

В результате совместной работы акушеров-гинекологов женской консультации, перинатального центра и смежных специалистов Краевой клинической больницы № 2 удалось успешно выносить беременность и родить здорового ребенка.

Беременность при синдроме Клиппеля – Треноне возможна при строгом медицинском контроле для минимизации серьезных сосудистых осложнений.

Ключевые слова: БЕРЕМЕННОСТЬ, ВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ, СИНДРОМ КЛИППЕЛЯ – ТРЕНОНЕ

UDC 618.3:616.142

**EXPERIENCE IN MANAGING  
OF HIGH – RISK PREGNANCIES  
AND PRENATAL PATHOLOGY. VENOUS  
MALFORMATION AND PREGNANCY.  
KLIPPEL – TRENAUNAY SYNDROME**

Zakharova Evgenia Sergeevna  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar, Russia*

Muzychenko Yulia Aslanovna  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar, Russia*

Germanovich Inna Andreevna  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar, Russia*

Kolesnichenko Elena Alexandrovna  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar, Russia*

The clinical case of pregnancy management of the patient with Klippel – Trenaunay syndrome is presented based on medical documentation. As a result of combined efforts of obstetricians, gynecologists of antenatal clinic and specialists of Region clinic hospital Nr 2, the successful gestation and delivery of health newborn were obtained. The gestation with Klippel – Trenaunay syndrome is real only at strict medical control to minimize the serious vascular complications.

Key words: PREGNANCY, VENOUS MALFORMATION, KLIPPEL – TRENAUNAY SYNDROME

**Цель исследования.** Синдром Клиппеля – Треноне (СКТ) представляет редкое врожденное заболевание сосудистой системы, которое значительно усложняет течение беременности из-за повышенного риска тромбозов и геморрагических осложнений [1].

### **Основные риски и осложнения**

Беременность вызывает физиологические изменения (повышение венозного давления, застой крови, гиперкоагуляцию), которые обостряют симптомы СКТ:

*Тромбоэмболия.* Риск тромбоза глубоких вен (ТГВ) и легочной эмболии (ТЭЛА) у пациенток с СКТ в 10 раз выше по сравнению с общей популяцией – 5,8 % и 2,3 % соответственно [2].

*Кровотечения.* Расширенные вены (варикоз) и сосудистые мальформации могут привести к сильным кровотечениям во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Тяжелые послеродовые кровотечения происходят у 11 % пациенток.

*Обострение симптомов.* У 43 % женщин во время беременности наблюдают усиление отеков, болей и увеличение размеров пораженной конечности [2].

*Коагулопатия.* Возможно развитие локализованного или диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром), при котором тромбоциты разрушаются внутри крупных гемангиом [2].

В результате редкости заболевания единых протоколов не существует, поэтому ведение осуществляют мультидисциплинарной командой (акушер-гинеколог, гематолог, сосудистый хирург, анестезиолог).

### **Материал и методы**

Проведен анализ медицинской документации – индивидуальной и обменной карты.

## Результаты

Пациентка А., 1993 года рождения, 18.03.2024 поставлена на диспансерный учет по беременности в сроке 8 нед.

В детстве перенесла ветряную оспу, простудные заболевания.

Во взрослом возрасте: с ее слов в три месяца родители заметили на стопе капиллярную гематому, которая постепенно увеличивалась в размерах, обследование не проводилось. В 2015 г. впервые обратилась за медицинской помощью к сосудистому хирургу в поликлиническое объединение ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С. В. Очаповского» (ККБ № 1), обследована. Назначена терапия диосмином – 2 мес два раза в год.

05.05.2021 – триплексное сканирование (ТС) вен нижних конечностей – признаки флэбэктазии справа, отграниченных жидкостных скоплений правой голени, проходимости вен нижних конечностей. В 2016 г. правосторонний гонартроз 2–3-й ст., консультирована ортопедом, проводили магнитно-резонансную томографию (МРТ). КТ-картина ангиодисплазии в мягких тканях спины, правой ягодичной области, промежности и мягких тканей правой нижней конечности. Гипоплазия боковых масс крестца справа, правой седалищной, лонной, подвздошной костей, а также костей правой нижней конечности, правосторонний коксартроз 3-й ст. В 2017 г. на предложение протезирования крупных суставов нижних конечностей пациентка отказалась. В 2018 г. перенесла консолидирующий перелом нижней трети правой бедренной кости. По ТС вен нижних конечностей от 15.06.2018 – признаки флэбэктазии справа, неокклюзивного тромбоза малой подкожной вены (МПВ), суральных вен нижних конечностей.

В 2019 г. проходила стационарное лечение по поводу острого пиелонефрита, обострений не было. Хронический цистит, последнее обострение в 2021 г.

18.04.2022 консультирована гастроэнтерологом. Заключение: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), недостаточность кардии, хронический катаральный дистальный рефлюкс-эзофагит. Эритематозная гастропатия, проксимальная дуоденопатия. В 2016 г. перед подготовкой к оперативному лечению в условиях ККБ № 1 проводили фиброгастродуоденоскопию (ФГДС).

В 2015 г. впервые выявлена тромбоцитопения в рамках стационарного лечения в ККБ № 1. У гематолога не дообследована.

*Травмы, операции.* В период с 01 по 12.02.2015 находилась в ККБ № 1 с диагнозом: флебоангиодисплазия, синдром Клиппеля – Треноне правой нижней конечности, ягодичной области, спины, наружных половых органов.

04.12.2015 проведена операция: иссечение венозной мальформации по латеральной поверхности бедра и нижней трети голени.

В период 24.05–06.06.2016 пациентка проходила лечение в ККБ № 1. Операция проведена 25.05.2016: иссечение флебоангиодисплазии задней латеральной области коленного сустава.

04.10.2016 – операция в ККБ № 1: разобщение венозной мальформации правого коленного сустава.

С 25.04 по 02.05.2022 пациентка проходила лечение в ККБ № 1. 25.04.2022 проведена операция: иссечение артериовенозной мальформации правой большой половой губы.

В период с 03 по 23.05.2022 пациентка находилась в ККБ № 1. 13.05.2022 проведена операция: вторичная хирургическая обработка раны в области правой большой половой губы по поводу операционной гематомы. Ушивание раны.

Социально значимые инфекции: отрицает.

Наследственные заболевания: инфаркт миокарда у родного дяди в возрасте 55 лет, у бабушки инсульт в возрасте 80 лет.

В 2020 г. в раннем послеоперационном периоде проведена гемотрансфузия (эритроцитарная масса).

Вредные привычки: отрицает.

Менархе с 15 лет, установились сразу, через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Половая жизнь с 19 лет.

Гинекологические заболевания: вагинит, лечилась в 2020 г., препараты уточнить затрудняется. В 2022 г. при проверке полимеразной цепной реакции (ПЦР) на вирусы папилломы человека (ВПЧ) обнаружены 18, 31, 51 типы. Иммуномодулирующую терапию не проводила. По результатам кольпоскопии от 04.03.2022 – цервицит.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Обследована методом ПЦР (2022) – обнаружены гарднереллы (*Gardnerella vaginalis*), санацию не назначали.

Исследование молочных желез (МЖ). В 2022 г. по УЗИ – признаки кисты правой молочной железы (3 × 7 × 3 мм).

Настоящая беременность по счету третья, наступила самостоятельно.

Первая беременность: непрогрессирующая в сроке 9 нед, выскабливание полости матки.

Вторая беременность: непрогрессирующая в сроке 7–8 нед, вакуум-аспирация полости матки.

При постановке на учет пациентка обследована согласно приказу № 1130 от 20.10. 2020 Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю Акушерство и гинекология».

До постановки на учет пациентка с 09 по 14.03.2024 находилась на стационарном лечении в ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) по поводу угрозы самопроизвольного выкидыша в малом сроке беременности. Доставлена машиной скорой медицинской помощи (СМП) с жалобами

на кровянистые выделения из половых путей. Получала терапию: дротаверин, дидрогестерон, транексамовая кислота. 01.03.2024 консультирована сосудистым хирургом ККБ № 1. Рекомендовано проведение терапии низкомолекулярными гепаринами (НМГ) в профилактических дозах на протяжении всей беременности.

01.03.2024 по УЗИ сосудов вен нижних конечностей – признаки венозной мальформации с флебэктомией справа, неокклюзивным тромбозом (ранее перенесенным), варикозного ствола латеральной поверхности голени малой подкожной вены (МПВ), латеральной группы суральных вен правой нижней конечности, стадия неполной реканализации (40–50 %).

31.01.2024 консультирована гематологом – наследственно обусловленная предрасположенность к тромбофилическим осложнениям: гетерозигота метилентетрагидрофолатредуктазы, патологическая гомозигота редуктазы метионинсинтазы, гетерозигота активатора плазминогена.

Диагноз при постановке на учет: беременность – 8 нед. Привычное невынашивание. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА). Флебоангиодисплазия. Синдром Клиппеля – Треноне правой нижней конечности, ягодичной области, спины, наружных половых органов. Состояние после оперативного лечения: иссечение венозной мальформации латеральной поверхности правого бедра и нижней трети голени (2015, 2016), разобщение венозной мальформации правого коленного сустава (2016), иссечение артериовенозной мальформации правой большой половой губы (2022), вторичная хирургическая обработка раны в области правой большой половой губы, ушивание раны по поводу послеоперационной гематомы (2022). Посттромботическая болезнь правой нижней конечности в стадии реканализации (40–50 %). Хронический пиелонефрит, ремиссия. Хронический цистит, ремиссия. Наследственно обусловленная предрасположенность к тромбофилическим осложнениям: гетерозигота метилентет-

рагидрофолатредуктазы, патологическая гомозигота редуктазы метионин-синтетазы, гетерозигота активатора плазминогена. Тромбоцитопения не-уточненная без геморрагического синдрома. Эпителиальное новообразование антрального отдела желудка, ГЭРБ, недостаточность кардии, хронический катаральный дистальный рефлюкс-эзофагит. Эритематозная гастропатия, проксимальная дуоденопатия. Правосторонний посттравматический гонартроз 3-й ст. Сгибательно-разгибательная контрактура правого коленного сустава тяжелой степени. Правосторонний идиопатический коксартроз 3-й ст. Аvascularный некроз головки правой бедренной кости 4-й ст. Бактериальный вагиноз.

Назначение: фолиевая кислота – 400 мкг в сутки до 12 нед, калия йодид – 200 мкг в сутки на период беременности и кормления грудью, эноксапарин натрия – 0,61 раза в сутки, холексалциферол – 500 МЕ внутрь, дидрогестерон – 10 мг три раза в день.

К обследованию добавлены: консультации генетика, эндокринолога, отоларинголога; исследование кариотипа супругов, эндокринные причины, инфекционные и иммунологические факторы невынашивания, антифосфолипидный синдром, гемостазиограмма, антитела к кардиолипину, волчаночный антикоагулянт, непрямой антиглобулиновый тест (НАГТ), исследование ревматоидных факторов крови, D-димер.

При взятии на учет: общий анализ крови (ОАК): гемоглобин – 10,7 г/дл, гематокрит – 31,3 %, тромбоциты  $115 \cdot 10^9$ /л; биохимический анализ крови (БАК): амилаза – 122 Ед/л, креатинин – 43,1 мкмоль/л; коагулограмма: фибриноген – 1,33 г/л, международное нормализованное отношение (МНО) – 0,99; общий анализ мочи (ОАМ) – в пределах нормы; посев мочи – без особенностей; тиреотропный гормон (ТТГ) – 1,695 мкМЕ/мл, антитела к тиреопероксидазе (АТ к ТПО) – 0,94 МЕ/мл. Мазок на микрофлору – лейкоциты в большом количестве; на онкоцитологию – нет клеток цилиндрического

эпителия, выраженная нейтрофильная инфильтрация. Посев из цервикального канала – без особенностей.

Консультации:

- офтальмолога – без особенностей;
- стоматолог – полость рта санирована;
- хирург – варикозная болезнь нижних конечностей, рекомендовано кесарево сечение.

17.04.2024 – УЗИ плода при первом скрининге. УЗ-признаки прогрессирующей беременности 12 нед 4 дня.

RAPP test – низкие риски хромосомных аномалий и осложнений по беременности.

01.03.2024 – УЗИ нижних конечностей. Заключение: УЗ-признаки венозной мальформации с флебэктазией справа, неокклюзивным тромбозом (ранее перенесенным) варикозного ствола латеральной поверхности голени, малая подкожная вена (МПВ), латеральной группы суральных вен правой нижней конечности, стадия неполной реканализации (40–50 %).

С 09 по 14.03.2024 пациентка находилась в гинекологическом отделении ККБ № 2. Диагноз: угрожающий аборт, прогрессирующая маточная беременность 7–8 нед. Проведено лечение: дротаверин, дидрогестерон. Выписка сопровождалась рекомендациями.

18.03.2024 – консилиум в составе зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи перинатального центра (ПЦ) ККБ № 2 О. А. Шاپоваловой, зав. женской консультацией (ЖК) № 5 Е. С. Захаровой. Заключение: консультация с врачами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» (НМИЦ имени В. А. Алмазова) с целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) – эноксапарин натрия – 0,6 мл один раз в сутки, контроль ОАК +

тромбоциты по методу Фонио, при уровне тромбоцитов – менее 75 прекратить антикоагулянтную терапию, компрессионный трикотаж, дообследование в условиях КОД 1.

20.03.2024 – консультирована гематологом. Диагноз: носитель полиморфизма генов свертывающей системы крови: гетерозигота MTHFR, PAI-1, патологическая гомозигота MTRR. Артериовенозная дисплазия малого таза, промежности, правой нижней конечности. Состояние после неоднократных коррекций, компенсация. С 2015 г. тромбоцитопения неуточненная без геморрагического синдрома. Гипофибриногенемия? Рекомендованы: эноксапарин натрия 6000 антиХа-ед. (0,6 мл) – один раз в сутки.

25.03.2024 – вирус простого герпеса 1/2 – 3,06. Токсоплазмоз IgG – 1,7, цитомегаловирус IgG – 129,1.

25.03.2024 – D-димер >20.

26.03.2024 – прием в сроке 8 нед 6 дней – жалоб нет.

К диагнозу добавлено: хронический панкреатит, стадия ремиссии, анемия легкой степени.

Лечение включает: железо (III) гидроксид полимальтозат – 1 таблетка два раза в сутки, свечи с хлоргексидином – одна свеча два раза в сутки 10 дней.

К обследованию добавлено: ПЦР на ИППП, сывороточное железо, ферритин, трансферрин, щелочная фосфатаза (ЩФ), гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ), альбумин, УЗИ органов брюшной полости (ОБП), консультация гастроэнтеролога.

01.04.2024 – консультирована сердечно-сосудистым хирургом. Диагноз: венозная мальформация правой нижней конечности, ягодичной области, промежности, малого таза. Посттромботическая болезнь правой нижней конечности в стадии реканализации. Рекомендованы.

09.04.2024 – ОАК: гемоглобин – 12,3 г/дл, тромбоциты –  $117 \cdot 10^9$  л.

09.04.2024 – мазок на флору – лейкоциты – 20–25.

12.04.2024 – консультативное заключение (телемедицинские консультации сотрудников НМИЦ имени В. А. Алмазова).

Рекомендации: продолжить терапию низкомолекулярными гепаринами (НМГ) в профилактической дозе в течение всей беременности. Отмена терапии с развитием геморрагических осложнений или при снижении тромбоцитов менее 50. Контроль ОАК + коагулограммы каждые 14 дней, при снижении фибриногена менее 1 – отмена терапии антикоагулянтами. Провести консультацию с участием сосудистого хирурга НМИЦ имени В. А. Алмазова и зам. главного врача по ПЦ. По возможности исследование антиХа через 3–4 ч после введения НМГ (целевой уровень 0,2–0,5). Повторная консультация – в 26/28 нед или ранее по показаниям.

12.04.2024 – D-димер > 20.

17.04.2024 – консультирована гематологом. Диагноз: носитель полиморфизма генов свертывающей системы крови: гетерозигота MTHFR, PAI-1, патологическая гомозигота MTRR. Артериовенозная дисплазия малого таза, промежности, правой нижней конечности. Состояние после неоднократных коррекций, компенсация. С 2015 г. – тромбоцитопения неуточненная без геморрагического синдрома. Гипофибриногенемия? Рекомендованы: эноксапарин натрия – 6000 антиХа-ед. (0,6 мл) один раз в сутки. 17.04.2024 биохимический анализ крови: амилаза – 118. ОАК: гемоглобин – 11,6 г/дл, тромбоциты –  $107 \cdot 10^9$  л

17.04.2024 на приеме в сроке 12 нед – жалоб нет.

К лечению добавлен метронидазол – 500 мг два раза в сутки, перорально 7 дней.

К обследованию добавлено: ОАК, коагулограмма каждые 14 дней, контроль антиХа-активности гепарина через 3,0–3,5 ч после последней инъекции, целевой уровень (0,2–0,5), повторная консультация гематолога, ПЦР-диагностика гарднереллы, мазок на флору. Повторная консультация специалистов НМИЦ имени В. А. Алмазова в сроке 26–28 нед.

19.04.2024 – антиХА-активность – 0,25;

23.04.2024 – ДНК *Gardnerella vaginalis* – обнаружено.

02.05.2024 – ОАК: гемоглобин – 11,7 г/дл, тромбоциты –  $115 \cdot 10^9$  л.

06.05.2024 – прием в сроке 14 нед 5 дней – жалоб нет.

К лечению добавлены лактобактерии ацидофильные – по одной свече один раз в день 14 дней.

Обследование дополнено: УЗИ плода в 18–20 нед 6 дней, контроль излеченности бактериального вагиноза.

14.05.2024 – УЗИ плода. УЗ-признаки прогрессирующей беременности, срок – 16 нед. Гармоничное развитие. Расширены МВП плаценты.

17.05.2024 – ОАК: гемоглобин – 11,4 г/дл, тромбоциты –  $111 \cdot 10^9$  л.

20.05.2024 – антиХА-активность – 0,35.

21.05.2024 – ДНК *Gardnerella vaginalis* – не обнаружено.

23.05.2024 – консультирована травматологом-ортопедом. Диагноз: контрактура правого коленного сустава. Правосторонний гонартроз III ст. Правосторонний коксартроз III–IV ст. Даны рекомендации: исключение потужного периода. Ношение дородового и послеродового бандажей.

24.05.2024 – обследование в КОД 1. Диагноз: железодефицитная анемия (хроническая). Предложены рекомендации: препараты железа до уровня ферритина – 70, исследование крови на витамин В12, фолаты, ферритин, сывороточное железо.

27.05.2024 – консультирована гастроэнтерологом. Диагноз: синдром раздраженного кишечника (СРК) с преобладанием запора, предложены рекомендации.

28.05.2024 – ультразвуковая ангиография вен нижних конечностей. Заключение: УЗ-признаки флэбэктазии правой нижней конечности и правого бедра. Неокклюзивный тромб малой подкожной вены (МПВ) справа. Патозность правой нижней конечности.

30.05.2024 – консультирована гематологом. Диагноз: венозная мальформация правой нижней конечности, ягодичной области, промежности, малого таза. Гипофибриногемия. Тромбоцитопения. Анемия легкой степени тяжести. Носительство генов тромбофилии. Фолатный цикл и работа ингибитора активатора плазминогена. Рекомендовано продолжить препараты железа и антикоагулянтную терапии.

31.05.2024 – ОАК: гемоглобин – 11 г/дл, тромбоциты –  $118 \cdot 10^9$  л.

Консультирована ангиохирургом. Диагноз: флебоангиодисплазия. Синдром Клиппеля – Треноне. Состояние после оперативного лечения от 2015, 2021, 2022 гг. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Хроническое заболевание вен С 1, 2, 3 S Ep As Pr справа, 1, 2, 3 S Ep As Pr слева по классификации CEAP. Тромбофлебит справа в стадии реканализации. Рекомендации: прием флеботоников в течение 2 мес со второго триместра.

03.06.2024 – прием в сроке 19 нед 3 дня – жалоб нет.

04.06.2024 – мазок на флору – смешанная, с преобладанием кокковой.

06.06.2024 – УЗИ щитовидной железы. Заключение: УЗ-признаки узловых изменений щитовидной железы.

06.06.2024 – УЗИ ОБП. Заключение: УЗ-признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы.

06.07.2024 – ОАК: гемоглобин – 11,3 г/дл, тромбоциты –  $107 \cdot 10^9$  л.

10.06.2024 – второе скрининговое УЗИ плода: УЗ-признаки прогрессирующей беременности – 20 нед.

14.06.2024 – консультирована гастроэнтерологом. Диагноз: синдром раздраженного кишечника (СРК) с преобладанием запора. Анемия легкой степени тяжести. Предложены рекомендации.

14.06.2024 – гемоглобин – 10,9 г/дл, тромбоциты –  $101 \cdot 10^9$  л.

15.06.2024 – консультирована дерматовенерологом. Диагноз: нуммулярная экзема, предложены рекомендации.

20.06.2024 – прием в сроке 21 нед 6 дней – жалоб нет.

К диагнозу добавлено: нуммулярная экзема, СРК с преобладанием запора.

Лечение расширено: поливитамины с макро- и микроэлементами – по 1 таблетке один раз в день, железа III гидроксид полимальтозат – по 1 таблетке три раза в день, метронидазол + миконазол – по одной свече один раз в день 7 дней, диосмин – 600 мг в сутки, микронизированный прогестерон – 200 мг один раз внутрь.

К обследованию добавлено: пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ), мазок на флору.

28.06.2024 пациентка консультирована эндокринологом. Диагноз: фокальные изменения щитовидной железы, эутиреоз. Предложены рекомендации.

28.06.2024 – ОАК: гемоглобин – 11,7 г/дл, тромбоциты –  $111 \cdot 10^9$  л. ферритин – 42,9 нг/мл.

10.07.2024 – прием в сроке 24 нед – жалоб нет.

11.07.2024 – гемоглобин – 11,4 г/дл., тромбоциты –  $99 \cdot 10^9$  л в большом количестве.

19.07.2024 – антиХА-активность – 0,3.

22.07.2024 – УЗИ плода. УЗ-признаки прогрессирующей беременности сроком 25–26 нед. Гармоничное развитие. Маловодие, представляющее угрозу. Тазовое предлежание плода.

24.07.2024 – общий анализ мочи (ОАМ): кетоны – 1,5.

25.07.2024 – ОАК: гемоглобин – 12,1 г/дл, тромбоциты –  $114 \cdot 10^9$  л.

26.07.2024 – прием в сроке 26 нед 2 дня – жалоб нет.

Уточнен диагноз: вагинит.

К обследованию добавлены: доплерометрия (ДМ) плода, объем околоплодных вод, ферритин.

Лечение: неомицин + нистатин + преднизолон + тернидазол по одной свече один раз в день – 10 дней.

26.07.2024 – Посев из цервикального канала – *Enterococcus faecalis* – обильное количество.

30.07.2024 – прием в сроке 27 нед 3 дня – жалобы на тянущие боли внизу живота. Визуально правая половая губа резко увеличена, по передней и боковой поверхности мальформация вен (визуально с возрастанием), умеренной плотности при пальпации.

К диагнозу добавлено: угрожаемые преждевременные роды.

Пациентка направлена в отделение акушерской патологии беременных № 2 (АПБ 2).

С 31.07 по 06.08.2024 находилась в АПБ 2 ПЦ ККБ № 2. Диагноз: тазовое предлежание плода. Проведено лечение: эноксапарин натрия, препараты железа. После выписки предложены рекомендации.

08.08.2024 – ОАК: гемоглобин – 12,4 г/дл, тромбоциты –  $118 \cdot 10^9$  л, ферритин – 35,4 нг/мл.

12.08.2024 – прием в сроке 29 нед 2 дня – жалоб нет.

К лечению добавлено: эноксапарин натрия – 0,4 мл два раза в сутки.

К обследованию добавлены на 30-й нед – УЗИ плода 30–34 нед по показаниям, кардиотокография (КТГ) плода – 33 нед один раз в 2 нед.

12.08.2024 – доплерометрия (ДМ). Диастолический кровоток в артериях пуповины положительный с учетом НГ.

13.08.2024 – консультирована стоматологом. Рекомендована санация полости рта.

13.08.2024 – мазок на флору – большое количество лейкоцитов.

14.08.2024 – консультативное заключение специалистов НМИЦ имени В. А. Алмазова.

Показана госпитализация в НМИЦ имени В. А. Алмазова. Рекомендации: возможно продолжение терапии НМГ в высоких профилактических дозах (0,4 мл каждые 12 ч), контроль ОАК + коагулограммы каждые 14 дней,

госпитализация в отделение патологии беременных (ОПБ) НМИЦ в сроке 37/38 нед.

15.08.2024 Консультативное заключение НМИЦ имени В. А. Алмазова.

Для принятия решения о госпитализации необходимо проведение дополнительных исследований. Предоставить эпикриз по течению беременности с данными первого и второго УЗ-скрининга и актуального состояния плода для определения даты госпитализации.

15.08.2024 ОАК: гемоглобин – 11,1 г/дл, тромбоциты –  $121 \cdot 10^9$  л.

16.08.2024 – ДМ плода. НГ в МА.

20.08.2024 – антиХА-активность – 0,2.

26.08.2024 – консультирована терапевтом. Диагноз: железодефицитная анемия (ЖДА) легкой степени тяжести. ГЭРБ: недостаточность кардии, катаральный рефлюкс-эзофагит.

27.08.2024 на приеме в сроке 31 нед 3 дня – жалоб нет.

К обследованию добавлено: ДМ.

К лечению добавлено: свечи деквалиния хлорид – 10 мг по одной свече один раз в сутки 6 дней. Свечи клиндамицина – 100 мг по одной один раз в день. Санация полости рта.

К диагнозу добавлено: вагинит.

29.08.2024 – ОАК: гемоглобин – 11,4 г/дл, тромбоциты –  $103 \cdot 10^9$  л.

30.08.2024 – кардиотокография (КТГ) N тип записи.

06.09.2024 – на приеме в сроке 32 нед 6 дней – жалоб нет.

К обследованию добавлено: УЗИ плода третий скрининг, мазок на флору в следующую явку.

06.09.2024 – Обращение на приемный покой ПЦ ККБ № 2. Даны рекомендации, КТГ (N-й тип записи).

10.09.2024 – УЗИ плода. УЗ-признаки прогрессирующей беременности 33 нед 4 дня. ДМ плода. НГ не выявлено. ПП в проекции шеи плода.

10.09.2024 – ОАК: тромбоциты –  $106 \cdot 10^9$  л, гемоглобин – 11,6 г/дл.

12.09.2024 – антиХА-активность – 0,2.

18.09.2024 – прием в сроке 34 нед 3 дня – жалоб нет.

К обследованию добавлен ферритин, 19.09.2024 взят мазок на флору – смешанная, с преобладанием кокковой.

20.09.2024 – ОАМ – бактерии 2+.

23.09.2024 – ОАК: тромбоциты –  $100 \cdot 10^9$  л, гемоглобин – 124 г/л, ферритин – 47,6 нг/мл.

24.09.2024 – КТГ (N-й тип записи), прием в сроке 35 нед 3 дня – жалобы отсутствовали.

Пациентка направлена в АПБ № 1 на дородовую госпитализацию. Клинические проявления синдрома Клиппеля – Треноне при сроке беременности – 35 нед показаны на рисунке 1.



Рисунок 1 – Клинические проявления синдрома Клиппеля – Треноне при сроке беременности – 35 нед

С 30.09 по 04.10.2024 пациентка находилась в ККБ № 2 с диагнозом: беременность – 36 нед 2 дня. Преждевременное излитие околоплодных вод. Лапаротомия по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем сегменте.

30.09.2024 пациентка родоразрешена операцией кесарево сечение плодом мужского пола. Оценка по шкале Апгар 7–7 баллов. Масса тела – 2390 г, длина – 47 см. После выписки предложены рекомендации. Клинические проявления синдрома Клиппеля – Треноне через 2 мес после родов показаны на рисунке 2.



Рисунок 2 – Клинические проявления синдрома Клиппеля – Треноне через два месяца после родов

## **Заключение**

Ведение беременности при наличии у женщины синдрома Клиппеля – Треноне включает основополагающие аспекты:

- комплексное наблюдение: совместная работа флеболога, гематолога и акушера-гинеколога;
- УЗИ и доплерография: регулярное проведение ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) сосудов для контроля кровотока и состояния вен;
- компрессионная терапия: компрессионный трикотаж для профилактики отеков и тромбоза.

С целью профилактики тромбоэмболии назначают антикоагулянты, особенно при наличии факторов риска.

Таким образом, беременность при СКТ возможна, но предусмотрен строгий медицинский контроль для минимизации серьезных сосудистых осложнений.

### **Список литературы**

1. Obstetric management for pregnant women with Klippel – Trenaunay Syndrome: A UK case report and review of the literature.
2. Pregnancy and Klippel – Trenaunay Syndrome – A Case Report.