

# АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих  
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 4

© ИРБИС. Все права охраняются.

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА  
И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ  
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Данная информация  
не является

**Материалы XII Международной конференции Сибирского института акушерства, гинекологии и перинатологии (г. Томск) и кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. Сеченова (Москва), 27-28 ноября 2014 г.**

---

**Materials of XII International Conference of Siberian Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology (Tomsk) and the Chair of Obstetrics and Gynecology of Public Health Faculty of the First Moscow State Medical University named after Sechenov (Moscow), November 27-28, 2014.**

# АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ, ГЕНЕТИЧЕСКИМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ФОРМАМИ ТРОМБОФИЛИИ

Андреева М.Д., Капанадзе Д.Л., Самбурова Н.В.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

С целью изучить особенности течения и исходов беременности у пациенток с мультигенными и приобретенными формами тромбофилии и с синдромом потери плода (СПП) в анамнезе были обследованы 86 женщин с потерями плода в анамнезе генетическими и приобретенными формами тромбофилии, из которых 52 (60,4%) – с этапа подготовки к беременности; 27 (31,9%) – во время беременности (из них 16 (18,6%) – в I триместре, 6 (6,9%) – во II триместре, 5 (5,8%) – в III триместре); 2 (2,3%) – после родов, 5 (5,8%) – во время острого тромбоза.

Диагностика антифосфолипидного синдрома (АФС) включала определение антифосфолипидных антител (иммуноферментный метод Stago, AsserachromAPA); волчаночного антикоагулянта; антител к  $\beta$ 2-гликопротеину I, протромбину, аннексину V. Генетические мутации и полиморфизмы генов компонентов системы гемостаза и провоспалительных цитокинов определялись методом полимеразной цепной реакции.

## Результаты

Отягощенный акушерский анамнез имели 80,2% пациенток. Акушерские исходы предыдущих беременностей были представлены самопроизвольным выкидышем (32,5%), замершей беременностью (25,5%),

неразвивающейся беременностью (24,4%), АГП (11,6%), преэклампсией и гестозом тяжелой степени (9,3%), анэмбрионемией (9,3%); презембрионическими потерями (3,5%) интранатальной (2,3%) и неонатальной (1,2%) гибелью плода и ПОНРП и преждевременными родами (4,5%). Потери плода в анамнезе у пациенток с синдромом потери плода были на ранних сроках беременности у 70,4%; поздних – у 18,6%, 13,9% пациенток имели и ранние, и поздние потери. 12,7% женщин имели тромботический анамнез (тромбоз сосудов нижних конечностей, ТЭЛА, тромбоз синусов головного мозга и их сочетания); у 5,8% было сочетание отягощенного тромботического и акушерского анамнеза. 43,0% имели отягощенный семейный тромбгеморрагический анамнез.

Формы тромбофилии, которые были выявлены, включали: мутацию Лейдена изолированно (16,3%); мутацию Лейдена с полиморфизмами других генов (22,0%); АФС и мультигенные формы тромбофилии (8,1%); АФС изолированно (3,5%); мутацию протромбина изолированно (8,1%); мутацию протромбина в сочетании с полиморфизмами других генов (9,3%); гипергомоцистеинемию с мультигенной тромбофилией (3,5%); АФС и гипергомоцистеинемию (2,3%); АФС, гипергомоцистеинемию и мультигенную тромбофилию (9,3%); мультигенную тромбофилию (26,7%);

мутации провоспалительных цитокинов и полиморфизмы других генов (2,3%); сочетание мутации Лейдена и мутации протромбина (3,5%).

Все пациентки с мутацией Лейдена, мультигенными формами и сочетанной формой тромбофилии (АФС+мультигенная тромбофилия) имели СПП. Среди пациенток без мутации Лейдена и мультигенной формы тромбофилии СПП был у 13 и 75% соответственно. 79 из этих пациенток мы наблюдали на протяжении всей беременности. Подготовка к беременности и патогенетическая профилактика с использованием антикоагулянтов, антиагрегантов, антиоксидантов, натурального микронизированного прогестерона и витаминов в течение всей беременности позволила существенно улучшить перинатальные исходы. У 99% наших пациенток родились живые дети. Только в 1,2% случаев исход беременности был неблагоприятным (мертворождение в результате самопроизвольного позднего выкидыша на фоне первичной ИЦН). У 40,5% пациентов родоразрешение было оперативным, путем

проведения планового кесарева сечения, у 53,1% – произошли срочные самопроизвольные роды; у 5,0% пациенток роды были преждевременные в сроки после 34 нед. беременности.

### **Заключение**

Мультигенные и приобретенные формы тромбофилии у беременных в отсутствие патогенетической профилактики обуславливают неблагоприятные акушерские и перинатальные исходы, а также риск тромботических осложнений. Подготовка к беременности и патогенетическая профилактика с использованием антикоагулянтов, антиагрегантов, антиоксидантов, натурального микронизированного прогестерона и витаминов в течение всей беременности у пациенток с мультигенными и приобретенными формами тромбофилии и синдромом потери плода в анамнезе позволяет снизить риск повторных тромбозов, акушерских осложнений и улучшить перинатальные показатели.