

**Корзо Т. М., Бобров С. А., Сумская Г. Ф., Красовская Г. А., Лодягина Н. С., Кирина О. Н.**

Городской акушерский гематологический центр, родильный дом № 6;  
Кафедра репродуктивного здоровья женщин СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

## **ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОГЕМОМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТРОМБОФИЛИИ**

При беременности венозные тромбоэмболические осложнения возникают в 10 раз чаще, чем у небеременных женщин того же возраста и могут иметь место на любом сроке гестации с наиболее высокой частотой в послеродовом периоде. ТЭЛА остается самой частой причиной материнской смертности. В то же время не снижается частота акушерских кровотечений.

**Цель исследования.** Профилактика акушерских и тромботических осложнений у беременных с различными формами тромбофилии.

**Материалы и методы.** В городском акушерском гематологическом центре (родильный дом № 6 им. проф. В. Ф. Снегирева, СПб) обследуются и получают лечение беременные и родильницы группы риска по тромбогеморрагическим осложнениям. За 6 месяцев 2013 г. под наблюдением в АГЦ находились 1065 женщин с различными формами тромбофилии. Из них — мутация фактора FV Leiden выявлена у 85 чел. (8%), мутация в гене протромбина (20210 GA) — 43 чел. (4%), полиморфизм в гене ингибитора активатора плазминогена-1 (PAI-1 6754G/4G) у 692 чел. (65%), полиморфизм в гене фибриногена (455 G/A) у 575 чел. (54%), полиморфизм в гене MTHFR (-677 C/T) у 564 чел. (53%), антифосфолипидный синдром — 25 чел. (2,3%). У всех пациенток имели место сочетанные формы тромбофилии.

Тромбоэмболические осложнения до настоящей беременности имели место лишь в 7,4% случаев. Из них у 28 — тромбозы поверхност-

ных вен нижних конечностей, у 29 — тромбозы глубоких вен нижних конечностей, три пациентки с наследственной тромбофилией перенесли ТЭЛА на фоне приема оральных контрацептивов, у 19 женщин в анамнезе ОНМК. В то же время акушерский анамнез был отягощен у большинства женщин. Лидировал синдром потери плода: в 68% случаев — привычное невынашивание в I и II триместрах, в 8,5% случаев — антенатальная гибель плода в III триместре. Кроме того, анамнез обследуемых включал преждевременные роды, тяжелый гестоз и задержку внутриутробного развития плода.

Сроки первичного обращения женщин во время настоящей беременности варьировали от 5 до 38 недель. Пациенткам выполняли развернутую коагулограмму, определяли концентрацию D-димеров, растворимые фибринмономерные комплексы, волчаночный антикоагулянт, функциональную активность тромбоцитов.

**Результаты.** С целью коррекции нарушений в системе гемостаза при наличии клинических и лабораторных показаний назначали низкомолекулярные гепарины (НМГ) в профилактических или лечебных дозах. Вопрос о сроках начала, длительности курса лечения и дозах НМГ в каждом конкретном случае решался индивидуально с учетом всех клинических, анамнестических и лабораторных данных. *Клиническими показателями* считали венозные тромбозы на фоне данной беременности, сочетание мультифакторной формы тромбофилии с отягощенным аку-

шерским и тромботическим анамнезом, развитие гестоза, плацентарной недостаточности, гипотрофии плода на фоне данной беременности, лабораторными — гиперкоагуляционный синдром, признаки тромбинемии. Длительность терапии НМГ варьировала от 5 дней до всего срока беременности. Суточная доза — от 0,2 мл до 1,6 мл (с учетом веса пациентки и лабораторных показателей). Беременные с антифосфолипидным синдромом получали препараты аспирина 50–100 мг/сут в сочетании с НМГ. В случае повышения уровня гомоцистеина в сыворотке крови к терапии добавляли препараты витаминов В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub> и фолиевой кислоты.

В наблюдаемой нами группе в 98% (n=1044) беременность закончилась срочными родами, в 2% (n=21) роды наступили преждевременно в сроках 35–36 недель. Все дети живы. В послеродовом периоде (со 2 суток) продолжали про-

филактику тромботических осложнений с применением НМГ и дезагрегантов.

#### **Выводы.**

1. Наличие различных форм тромбофилии является серьезным фактором риска для беременности.

2. Женщинам с отягощенным акушерским и тромботическим анамнезом обследование на генетические маркеры тромбофилии и антифосфолипидный синдром рекомендовано на этапе планирования беременности.

3. В течение беременности таким пациенткам необходимо совместное наблюдение акушера и гематолога. Своевременная коррекция нарушений в системе гемостаза, проводимая врачами акушерского гематологического центра с учетом всех клинических и лабораторных данных, позволяет существенно снизить риск осложнений для матери и плода.

*Немченя Ю. Н., Воробьева Н. А.*

*Северный филиал ГНЦ МЗ РФ;  
ГБУЗ «Первая городская клиническая больница им. Е. Е. Волосевич»;  
ЦНИЛ ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск*

### **СОСТОЯНИЕ ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ АДГЕЗИИ И ФАГОЦИТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ**

**Актуальность.** Установлено, что лимфоциты способны образовывать агрегаты с тромбоцитами — лимфоцитарно-тромбоцитарные агрегаты (ЛТА). В общем пуле здоровых людей обнаружено 14±1% ЛТА. Оказалось, что с тромбоцитами агрегаты образуют Т-лимфоциты, несущие маркеры CD3<sup>+</sup>, CD4<sup>+</sup> (Т-хелперы) и CD16<sup>+</sup> (NK-клетки). ЛТА является чрезвычайно объективным и доступным тестом, характеризующим состояние иммунитета и гемостаза и их взаимодействие. Фагоцитоз — это способность клетки поглощать чужеродные микроорганизмы, основная функция — это первый барьер иммунной защиты, т.е. определяет весь потенциал иммунной системы. Число женщин в России с диагнозом отягощенный акушерский анамнез составляет до 80%, причем, это количество имеет тенденцию к возрастанию.

**Цель исследования** — определить диагностическую значимость показателя лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии и фагоцитоза у беременных женщин с отягощенным акушерским анамнезом, наблюдающихся в Центре гемостаза и атеротромбоза в г. Архангельске.

**Методы.** Проведено клиничко-лабораторное проспективное исследование на базе Центра патологии гемостаза ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е. Е. Волосевич» г. Архангельска и Северного филиала ГНЦ МЗ РФ. В исследование включены беременные женщины с отягощенным акушерским анамнезом (n=20). В качестве контрольной группы включены здоровые добровольцы — женщины репродуктивного возраста (n=12). Молекулярно-генетическое обследование на предмет наследственной тромбофилии проводилось на базе молекулярно-генетической лаборатории ЦНИЛ СГМУ. Проанализированы следующие полиморфизмы: мутация фактора V Лейден, мутация G455A в гене фибриногена, полиморфизм в гене PAI-1, полиморфизм в гене GrpIIIa и полиморфизм гена метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR C677T. Лабораторная гемостазиологическая часть работы была выполнена на базе Центра гемостаза и атеротромбоза ЦНИЛ СГМУ. Были определены следующие показатели системы гемостаза у обследованных беременных женщин: ЛТА, фагоцитоз, МНО, D-димер, антитром-