

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.

СПЕКТР АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА

Селхаджиева М.С., Абрамян Г.Р., Стулёва Н.С.

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

Цель – изучить патогенетическое значение циркуляции АФА в структуре синдрома потери плода.

Материалы и методы

Обследовано 45 женщин с синдромом потери плода в анамнезе в возрасте от 18 до 42 лет во время настоящей беременности.

Лабораторные тесты: маркеры тромбофилии: Д-димер, комплексы ТАТ. Определение циркуляции антифосфолипидных антител.

Результаты

Повышение уровня антител к кардиолипину IgG/IgM обнаружено у 11 (27,5%); циркуляция волчаночного антикоагулянта – у 29 (72,5%), у 12 (41%) были обнаружены антитела к белкам-кофакторам антифосфолипидных антител: у 5 (12,5%) – антитела к аннексину V IgG/IgM, у 4 (10%) – антитела к протромбину IgG/ IgM и у 3 (7,5%) – антитела к β 2-гликопротеину I IgG/ IgM.

Нарушения в системе гемостаза: у 27 (67,5%) – повышены маркеры тромбофилии (Д-димер, ТАТ); у 31 (77,5%) – имело место гипер- или гипокоагуляция; в 78% случаев наблюдалась гиперагрегация тромбоцитов; у 3 (7,5%) – тромбоцитопатия потребления; у 14 (35%) беременных были нарушения в системе протеина С.

Нарушение маточно-плацентарного кровотока было отмечено у 14 (35%) беременных. Из них IA степень – у 9 (22,5%); IB степень – у 1 (2,5%); IIA степень – у 3 (7,5%) и IIB – у 1 (2,5%).

Противотромботическая терапия проводилась всем пациенткам, контроль терапии осуществлялся путем измерения уровня Д-димера, что позволяло проводить коррекцию дозы вводимых препаратов. Применялся препарат группы НМГ – надропарин кальция. Диапазон доз, применяемых при лечении наших пациенток,

находился от 5700 МЕд (0,6 мл) в одной инъекции до 15200 МЕд (1 мл+0,6 мл). При усилении активности тромбоцитов назначалась дезагрегантная терапия препаратами ацетилсалициловой кислоты в дозах от 50 до 100 мг/сут.

В 44 случаях (96,77%) беременность закончилась рождением живых детей. Средняя масса новорожденных составила 3490 ± 225 г. Рост новорожденных колебался от 34 до 57 см, и в среднем составил $50,5 \pm 1,1$ см. Новорожденные были оценены по шкале Апгар 5-7 баллов. В одном случае у пациентки произошла антенатальная гибель плода.

В связи с нарушением маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока II-III степени 2 (6,45%) беременные были родоразрешены преждевременно путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. У обеих пациенток при обследовании был выявлен антифосфолипидно-кофакторный синдром в сочетании с мультигенной тромбофилией. Оба недоношенных ребенка, родившихся в 34 и 36 нед. беременности, живы.

Заключение

Патогенетически обусловленное применение антикоагулянтной терапии, начиная с фертильного цикла, а также в течение всей беременности, позволило в 90,32% случаев предотвратить повторные репродуктивные потери и развитие ассоциированных с тромбофилией патологий во время беременности и родов.

Выявление антифосфолипидного синдрома и генетической тромбофилии и у пациенток с синдромом потери плода в анамнезе имеет важное диагностическое и прогностическое значение, поскольку позволяет провести в последующие беременности высокоэффективную патогенетическую профилактику повторных репродуктивных потерь.