

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.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Акиньшина С. В., Бицадзе В.О., Андреева М.Д., Макацария А.Д.

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

Цель – определение роли генетических форм тромбофилии и антифосфолипидного синдрома (АФС) в патогенезе венозных тромбозов (ВТЭ) при беременности и оценка эффективности профилактики рецидивов ВТЭ и акушерских осложнений с применением низкомолекулярного гепарина (НМГ).

Материалы и методы

Обследовано 57 пациенток с ВТЭ. У 18 из них тромбозы развились во время настоящей беременности или в послеродовом периоде. Остальные пациентки с ВТЭ в анамнезе были разделены на две группы: группа I (n=20), и группа II (n=19). Контрольную группу составили здоровые беременные (n=60). Все участницы исследования были обследованы на генетические тромбофилии и антифосфолипидные антитела (АФА). В I группе уже при подготовке к зачатию и в I триместре беременности применялась профилактическая терапия: НМГ и низкие дозы аспирина. Во II группе терапию начинали во II-III триместре.

Результаты

В исследование было включено 28 (49,1%) пациенток с тромбозом глубоких вен (ТГВ), 14 (24,6%) пациенток с тромбозом легочной артерии (ТЭЛА), 4 (7%) пациентки с ТЭЛА и ТГВ, 11 (19,3%) пациенток с тромбозами редких локализаций. Основными провоцирующими факторами ВТЭ было наличие системных заболеваний (14%), прием оральных контрацептивов (10,5%), оперативные вмешательства (8,7%), септические осложнения (1,7%), ранее перенесенные тромбозы (21,1%). У 54,4% пациенток выявлен отягощенный наследственный анамнез по тромбозам (p<0,001 по сравнению с 13,3% в контрольной группе).

У повторнородящих из группы ВТЭ (56,1%) была выявлена достоверно более высокая частота акушерских осложнений в анамнезе по сравнению с контрольной группой (68,4% соответственно против 18,3%; отношение шансов [ОШ] 9,6, 95% ДИ (4,1-22,8), p<0,001). Результаты полного обследования системы гемостаза доступны для 51 обследованных пациенток. В 94,1% случаев была выявлена тромбофилии, в т.ч. гетерозиготная мутация FV Leiden (23,5%), гетерозиготная мутация протромбина G20210A (13,7%), гомозиготная (11,7%) и гетерозиготная (52,9%) мутация MTHFR C677T, гипергомоцистеинемия (45%), циркуляция АФА (49%), комбинированные дефекты фибринолиза (64,7%) (p<0,001 по сравнению с контролем). В группе I рецидив тромбоза произошел в одном случае (5%) (до начала применения НМГ), в группе II – у 5 (26,3%) пациенток (p=0,091). В группе I пациенток беременность закончилась рождением живого доношенного ребенка в 100%. В группе II были отмечены случаи развития тяжелых и среднетяжелых акушерских осложнений (гестозы, СЗРП I-III, выраженные нарушения плодового кровотока) (43,7%), в связи с чем возникла необходимость в досрочном родоразрешении (21%) и наблюдалось рождение недоношенных, гипотрофичных детей (p<0,05 для всех сравнений между группой I и II).

Выводы

Генетические тромбофилии и АФС выявляются у большинства пациенток с ВТЭ, связанными с беременностью и родами. Профилактическое применение НМГ при подготовке и в течение всей беременности позволяет в 100% случаев предотвратить повторные тромботические и тяжелые акушерские осложнения.