

# 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

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

Андреева М.Д., Капанадзе Д.Л., Самбунова 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 тромбогеморрагический 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.