

# АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих  
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 4

© ИРБИС. Все права защищены.

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

Данная информация  
не является

# ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ПРЕЭКЛАМПСИЙ У ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЕЙ И ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

Макацария А.Д., Журавлева Е.В., Андреева М.Д.

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

**Цель** – оценка эффективности патогенетической профилактической терапии повторных преэклампсий у женщин с тромбофилией и преэклампсией в анамнезе.

## Материалы и методы

Обследовано 85 женщин с тромбофилией (генетической, приобретенной или сочетанной) и преэклампсией (ПЭ) в анамнезе, которые были разделены на две группы: I группа – 45 пациенток с ПЭ в анамнезе и находящиеся под наблюдением с фертильного цикла, и 40 пациенток с ПЭ в анамнезе, обратившиеся уже будучи беременными (с 6 по 13-ю нед. гестации) – II группа. Контрольную группу составили 70 женщин с неосложненным течением беременности, неотягощенным акушерско-гинекологическим и тромботическим анамнезом.

Исследование системы гемостаза: АЧТВ, протромбинового времени, тромбинового времени, уровня фибриногена, АТIII; ТЭГ (тромбоэластография); определение агрегации тромбоцитов, уровня Д-димера; растворимых комплексов мономеров фибрина; уровня гомоцистеина; определение глобальной функции протеина С («Парус-теста»), определение генетических форм тромбофилии методом ПЦР; диагностика АФС.

## Результаты

Течение и исходы беременностей у пациенток данной группы пациенток были следующими: СЗВРП наблюдалось у девяти пациенток: у трех пациенток из группы I и у шести – II группы. Угроза прерывания беременности была у 8 (9,4%) пациенток: 2 (4,4%) и 6 (15%) в группах I и II соответственно. Досрочного родоразрешения в I группе не было ни у одной пациентки, в группе II – у 2 (5%), в контрольной группе также

не было ни у одной пациентки. Экстренного кесарева сечения не производилось ни у одной пациентки. ПЭ средней и тяжелой степени удалось предотвратить, тогда как ПЭ легкой степени имела место лишь у трех пациенток II группы, ни в I группе, ни в контрольной группе случаев ПЭ не было. Таким образом, число акушерских осложнений значительно выше в группе пациенток, наблюдение которых началось уже в период беременности, а не с фертильного цикла (как в группе I).

Пациенткам данной группы проводился комплекс профилактической терапии, включавшей: НМГ (эноксапарин натрия 20-60 мг), антиоксиданты (Омега-3 триглицериды), витамины группы В, фолиевую кислоту, начиная с фертильного цикла, аспирин (по показаниям за исключением I триместра беременности и периода лактации), прогестерон по показаниям. Доза НМГ варьировала от минимальной профилактической до полной терапевтической с учетом контроля изменений состояния системы гемостаза в динамике. НМГ отменяли за 24 ч до операции кесарева сечения или с началом развития родовой деятельности и возобновляли через 6-8 ч после родов. Антикоагулянтная терапия с применением НМГ после родоразрешения проводилась под контролем гемостазиограммы в течение минимум 6 нед. Дозы НМГ корректировались в зависимости от уровней маркеров тромбофилии, агрегационной активности тромбоцитов и веса женщины.

Все пациентки были разрешены путем операции кесарева сечения. В контрольной группе лишь 17 (24,3%) были разрешены путем операции кесарева сечения, в большинстве своем в плановом порядке: из-за наличия миопии высокой степени, рубца на матке после операции кесарева сечения, тазового предлежания плода.

Родилось 85 живых детей, средней массой 3250±250 г, рост – 51±2 см, оценка по шкале Апгар у 75% – 8-9 баллов и у 25% – 7-8 баллов. Ранний неонатальный период проходил без особенностей.

### **Заключение**

Патогенетически обусловленное применение профилактической комплексной терапии, начиная с фертильного цикла, а также в течение всей беременности позволило достигнуть перинатальных исходов статистически сравнимых с таковыми в контрольной группе.

Для оптимизации ведения следующей беременности и возможности своевременного начала адекватной профилактической терапии всем пациенткам с ПЭ в анамнезе необходимо проводить исследование системы гемостаза на наличие генетических и приобретенных форм тромбофилий. Успешное течение беременности у данной группы пациенток, а также благоприятные перинатальные исходы на фоне антитромботической терапии могут свидетельствовать об этиопатологической роли нарушений тромбофилической направленности у пациенток с ПЭ.