

Ведение беременных высокого перинатального риска с диагностированными полиморфизмами генов и приобретенными изменениями гемостаза

Т. С. Щербакова, Н. М. Пасман,
А. Н. Дробинская, В. В. Попова,
Е. Н. Сержантова, Н. Ю. Жукова,
Т. В. Горбунова, М. Ю. Киримова,
С. М. Кустов

ООО «Клиника профессора Пасман»,
Новосибирск, Россия
Новосибирский государственный
университет, Новосибирск, Россия

Тромбофилические состояния являются одним из ведущих факторов в патогенезе большей части осложнений в течение беременности, родов и послеродового периода. По мнению А. Д. Макацария, невынашивание беременности, формирование фетоплацентарной недостаточности, синдром задержки развития и антенатальная гибель плода, развитие преэклампсии, эклампсии, преждевременной отслойки плаценты в 50–70 % возникают на фоне той или иной формы тромбофилии.

Материалы и методы. Нами проанализировано 136 историй ведения беременности и родов у пациенток, наблюдавшихся в клинике и закончившихся беременностью в 2014–2016 гг. Включены беременные высокой группы риска по развитию тромбогенных осложнений при беременности. Критериями включения беременных в группу исследования явились пациентки с генетическими и приобретенными формами тромбофилии (АФС, гематогенная тромбофилия); а также пациентки, у которых в течение настоящей беременности выявлена активация свертывающей системы крови.

Всем пациенткам проведено полное общеклиническое обследование. Дополнительно, учитывая высокий риск тромбогенных осложнений у представленной группы обследуемых, проводился динамический контроль состояния системы гемостаза, фетоплацентарного комплекса.

Низкомолекулярные гепарины назначались всем беременным при выявлении признаков активации системы гемостаза, а также с профилактической целью с этапа

прегравидарной подготовки лицам, имеющим отягощенный акушерский анамнез.

Результаты. На фоне проводимой антикоагулянтной терапии показатели гемостаза выявлялись в пределах нормальных значений для каждого триместра беременности (табл. 1).

Таблица 1. Показатели гемостаза у обследованных пациенток ($M \pm m$)

Показатель гемостаза	Триместр		
	I	II	III
Фибриноген	3,82 ± 0,83	4,56 ± 0,67	4,92 ± 0,88
D-димер	0,48 ± 0,32	0,77 ± 0,41	1,13 ± 0,56

Получали гестагены с ранних сроков беременности с целью профилактики и лечения угрозы прерывания 95,5 % беременных, профилактики развития плацентарной недостаточности и преэклампсии (табл. 2).

Таблица 2. Частота назначения гестагенов у обследованных пациенток, %

Триместр	Общая группа ($n = 136$)	Повторно-беременные ($n = 78$)	Перво-беременные ($n = 58$)
I	95,5	93,5	98
II	62	56,4	69
III	65,4	61,5	70,6

Частота основных осложнений беременности в группе исследования детально изучена (табл. 3).

Таблица 3. Частота осложнений у обследованных пациенток, %

Осложнения	Общая группа ($n = 136$)	Повторно-беременные ($n = 78$)	Перво-беременные ($n = 58$)
УСВ в I триместре	86,7	89	84,6
Отслойка хориона	2,9	0	5,1
ФПН	33,8	32,7	34,6
СЗРП 1–2 степени	8	6,9	9
Преэклампсия	23,5	27,5	17,1

Всем беременным с выявленным, по данным доплерометрии, нарушением маточно-

плодово-плацентарного кровотока, синдромом задержки развития плода, либо при выявлении структурных изменений фетоплацентарного комплекса, помимо курса низкомолекулярных гепаринов проводилась инфузионная терапия, включающая метаболические, вазодилатирующие средства.

Родоразрешены в срок 89 % беременных представленной группы, в 52,2 % случаев – путем операции кесарева сечения. Из них в плановом порядке – 76 % ($n = 54$), в экстренном случае – 24 % лиц ($n = 17$).

В структуре показаний к плановому оперативному родоразрешению преобладала сумма относительных показаний в 48 % ($n = 34$), рубец на матке после операции кесарева сечения – в 17 ($n = 12$), тазовое предлежание плода – в 8,4 ($n = 6$); симфизиопатия – в 2,8 % случаев ($n = 2$).

Показаниями к экстренному родоразрешению явились аномалии родовой деятельности – в 14 % ($n = 10$), клинически узкий таз 2 степени – в 1,4 ($n = 1$), острая внутриутробная гипоксия плода – в 8,4 % случаев ($n = 6$). Перинатальных потерь не было.

Кровотеря в родах у большей части пациенток (84,5%) оказалась в пределах физиологической (табл. 4).

Таблица 4. Величина кровопотери у обследованных пациенток, %

Величина кровопотери, мл	Общая группа	Получали НМГ в III триместре	Не получали НМГ в III триместре
150–250	40	35,1	52
250–500	44	49,5	28
500–1 000	13,2	13,5	16
1 000–1 500	2,2	1,8	4

Заключение. Применение гестагенов и низкомолекулярных гепаринов с ранних сроков беременности является эффективной профилактикой развития таких осложнений беременности, как развитие преэклампсии (не отмечено ни одного случая развития тяжелой преэклампсии, эклампсии в представленной группе беременных). Вдвое снизился процент развития преэклампсии в сравнении с течением предыдущих беременностей и родов в группе повторнородящих (30,8 и 5,3 % соответственно).

Проведение инфузионной терапии с целью профилактики и лечения выявленной, по данным доплерометрии, фетоплацентарной недостаточности метаболическими и вазодилатирующими препаратами, в совокупности с коррекцией нарушений гемостаза, показало высокую эффективность: не выявлено случаев рождения детей с СЗРП 2–3 степени в группе наблюдения. СЗРП 1–2 степени в общей группе диагностировано в 8 %, в течение предыдущих беременностей – в 15 % случаев. На фоне проводимой антикоагулянтной терапии показатели гемостаза находились в пределах нормальных значений для каждого триместра беременности. Кровотеря в родах у 84,5 % пациенток была в пределах физиологической.