

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 4

к. во ИРБИС. Все права охраняются.

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

Данная информация

ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ТРОМБОФИЛИЕЙ

Передеряева Е.Б., Пшеничникова Т.Б.

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

В экономически развитых странах число беременных с ожирением достигает примерно 15,5-27%. В настоящее время абдоминальный тип ожирения является составной частью так называемого метаболического синдрома (МС). Провоспалительный и тромбофилический статусы относятся к важнейшим компонентам МС. Женщины с МС входят в группу высокого риска по развитию таких осложнений беременности, как синдром потери плода (СПП), преэклампсия, фето-плацентарная недостаточность (ФПН), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), тромбозы глубоких вен и тромбозмболии. Известно, что патогенез большинства осложнений беременности связан с нарушением процессов имплантации, инвазии трофобласта в децидуальную оболочку, плацентации.

Цель исследования – определение роли тромбофилии и провоспалительного статуса в патогенезе акушерских осложнений и эффективности патогенетической профилактики повторных осложнений беременности у женщин с МС и тромбофилией.

Материалы и методы

Было обследовано 230 женщин в возрасте от 21 до 43 лет с МС. Средний вес женщин – $110,5 \pm 2,3$ кг, средний индекс массы тела – $33,0 \pm 0,82$ кг/м². У 95 (41,3%) женщин в анамнезе имела место преэклампсия, СПП – у 91 (39,6%), антенатальная гибель плода в анамнезе – у 34 (14,8%), ФПН в анамнезе – у 74 (32,2%), преждевременные роды в анамнезе – у 29 (12,6%), оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения в анамнезе – у 41 (17,8%). Семейный анамнез был отягощен по ожирению у 140 (60,9%) женщин, по гипертонической болезни – у 138 (60,0%), наследственность по тромбозам – у 90 (39,1%) женщин. Было проведено полное клинико-лабораторное, инструментальное обследование, исследование системы гемостаза, выявление генетических и приоб-

ретенной форм тромбофилии, исследование на выявление частоты полиморфизма генов провоспалительных цитокинов. Проведенное нами исследование у женщин с МС и с осложнениями беременности в анамнезе показало наличие мультигенной тромбофилии в 100% случаев, характерной особенностью которой явилось превалирование в общей структуре генетических форм тромбофилии полиморфизма 675 4G/5G гена PAI-1 (83,9%). В 56,1% случаев выявлялась гомозиготная форма данного полиморфизма. Полиморфизм I/D в гене тканевого активатора плазминогена, полиморфизм I/D в гене ангиотензинпревращающего фермента, полиморфизм 455 G/A в гене фибриногена выявлялись в 63,0; 44,8; 54,3% случаев соответственно. Циркуляция антифосфолипидных антител (АФА) выявлялась у 23,9% пациентов. Среди обследуемых женщин мы обнаружили следующую частоту полиморфизмов генов провоспалительных цитокинов: у 43,5% пациенток обнаружен полиморфизм -31 T/C в гене интерлейкина-1 β , у 44,8% – полиморфизм -174 G/C в гене интерлейкина-6 и у 60% пациенток – полиморфизм -308G/A в гене фактора некроза опухоли- α .

Заключение

Проведенное исследование позволило выявить в высоком проценте генетическую форму тромбофилии у женщин с МС, особенностью которой является наличие не только мультигенной тромбофилии, но и генетического гипофибринолиза. В условиях гипофибринолиза происходит десинхронизация локальных процессов фибринолиза и фибринообразования при имплантации. А при имеющейся циркуляции АФА ситуация усугубляется, поскольку АФА не только усиливают протромботические механизмы и потому десинхронизируют процессы фибринолиза и фибринообразования, но и могут изменять поверхностные предимплантационные характеристики плодного яйца:

как заряд, так и конфигурацию. Наличие провоспалительного статуса усугубляет существующую эндотелиопатию у женщин с МС. На наш взгляд, возможные патогенетические механизмы развития акушерских осложнений у женщин с МС заключаются в следующем – эндотелиопатия, микротромбозы, наличие провоспалительного статуса (приобретенного и генетически обусловленного) и состояние гипофибринолиза приводят к нарушению процессов имплантации, инвазии трофобласта и плацентации, в дальнейшем это может привести к развитию преэклампсии, ФПН, синдрома задержки развития плода, СПП в течение беременности. Помимо этого, микротромбозы сосудов печени, головного мозга, почек могут приводить к развитию тяжелых форм преэклампсия (HELLP-синдром, эклампсия). Также эти пациенты входят в группу высокого риска по развитию тромбозов и тромбоэм-

болий в течение беременности, родов и послеродового периода. Поэтому чрезвычайно актуальным представляется профилактика не только нарушений в системе гемостаза, так и развития синдрома системного воспалительного ответа. На наш взгляд, препаратом выбора у данной категории женщин является низкомолекулярный гепарин (НМГ). Эффективность НМГ связана не только с его антикоагулянтной активностью, но и с противовоспалительными и эндотелиопротективными свойствами, обеспечивающими нормальное течение процессов инвазии трофобласта и плацентации. Учитывая выше сказанное, мы считаем необходимым также проведение скрининга на наличие скрытой тромбофилии (приобретенная и генетические формы), маркеров тромбофилии и обязательное проведение противотромботической профилактики у женщин с метаболическим синдромом.