

Аспекты прегравидарной подготовки женщин с привычным невынашиванием беременности и приобретенной формой тромбофилии

Ю.П. Вдовиченко¹, Н.А. Фирсова², В.В. Максимова²

¹Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

²МЦ «Исида-IVF», г. Киев

Цель исследования: снижение акушерских и перинатальных осложнений у женщин с привычным невынашиванием беременности и приобретенной формой тромбофилии путем разработки, внедрения и оценки эффективности комплекса диагностических, лечебных и профилактических мероприятий на этапе прегравидарной подготовки.

Материалы и методы. Было проведено обследование 377 пациенток с привычным невынашиванием беременности. У 140 (37,1%) женщин был выявлен патологический уровень антифосфолипидных антител. В зависимости от вида прегравидарной подготовки женщины были разделены на две группы: основную (I; n=80), пациенткам которой проводили подготовку по предложенной методике, и группу сравнения (II; n=60), пациенткам которой подготовку проводили согласно протоколу. В контрольную группу вошли 30 соматически здоровых женщин без нарушения генеративной функции.

Обследование включало: определение гормонального, иммунного статуса, уровня гомоцистемина, инфекционного профиля, определение уровня антифосфолипидных антител, гемостазиологические исследования всех звеньев гемостаза, консультации смежных специалистов.

Результаты. Патологический уровень антифосфолипидных антител был выявлен у 37,1% женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе. У женщин исследуемых групп легкая степень активности антифосфолипидного синдрома по уровню выявленных антител (10–20 усл. ед.) составила 65%, средняя степень (20–60 усл. ед.) была зарегистрирована у 20% и у 10% пациенток обнаружена тяжелая степень (>60 усл. ед.). В группе, где проводили разработанный комплекс прегравидарной подготовки, снизился уровень антифосфолипидных антител до нормы, нормализовался гемостазиологический потенциал, была проведена санация очагов вторичной инфекции, нормализовались показатели иммунного и гормонального статуса. У пациенток II группы почти у 40% регистрировали повышенный уровень антител (>10 усл. ед.).

Разработанный нами алгоритм прегравидарной подготовки позволил на 25% снизить частоту самопроизвольных абортов и замерших беременностей в сроках до 22 нед и практически вдвое снизить частоту преждевременных родов.

Заключение. Разработанная и внедренная программа лечебно-реабилитационных мероприятий в прегравидарный период позволяет снизить перинатальную заболеваемость и смертность у женщин с привычным невынашиванием беременности на фоне антифосфолипидного синдрома.

Ключевые слова: привычное невынашивание беременности, антифосфолипидный синдром, прегравидарная подготовка, плазмаферез, внутривенный иммуноглобулин.

Привычное невынашивание беременности (ПНБ) является одной из ведущих проблем в современном акушерстве из-за его прямой связи с перинатальной заболеваемостью и смертностью и требует пристального изучения для про-

филактики самопроизвольных абортов, преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела. Частота этого осложнения остается стабильной в течение многих лет и составляет 15–25% всех желанных беременностей. Около 25% случаев невынашивания составляет привычный выкидыш, при котором беременность чаще всего прерывается в I триместре по типу неразвивающейся беременности [1].

Традиционное комплексное обследование, включающее исследование хромосом, гормонального фона матери, оценку маточных и цервикальных нарушений, микробиологии генитального тракта, позволяют уточнить причину невынашивания не более чем у 60% супружеских пар. Этиологические факторы большинства фетальных потерь остаются неизвестными и характеризуются как идиопатические. В последние годы идиопатическое невынашивание ряд отечественных и зарубежных авторов связывают с наличием у женщин аутоиммунного состояния, которое клинически не проявляется, и пациентки чувствуют себя вполне здоровыми. Однако с наступлением беременности каждое аутоиммунное заболевание из состояния ремиссии переходит в состояние обострения, титр аутоантител и их агрессия возрастают, и происходит прерывание беременности [3, 7, 9, 15].

В 1986 году английские исследователи описали симптомокомплекс, названный ими «антифосфолипидный синдром» (АФС), который характеризуется фетальными потерями разного срока гестации, тромбозами артерий и вен различной локализации, тромбоцитопенией и наличием в крови специфических антифосфолипидных антител (АФЛА). Частота АФС у пациенток с перинатальными потерями составляет, по данным разных авторов, от 27 до 41%. Однако этиология и патогенез данного заболевания до конца еще не изучены. Научный и практический интерес вызывает изучение особенностей репродуктивной функции, протекания беременности и родов, а также состояния новорожденных в группе пациенток с АФС.

Актуальными до настоящего времени остаются вопросы диагностики и лечения АФС вне и во время беременности. Не изучен вопрос о поэтапной реабилитации на стадии планирования беременности с применением в комплексной терапии экстракорпоральных методов, рео- и иммунокоррекции. Не освещены такие вопросы, как критерии пролонгации и особенности терапии в I триместре при рецидивирующей угрозе прерывания беременности, рациональные способы ведения родов, оценка состояния новорожденных и методы коррекции выявленных нарушений, контроль эффективности назначенной терапии [2, 5, 8].

Цель исследования: снижение акушерских и перинатальных осложнений у женщин с привычным невынашиванием беременности и приобретенной формой тромбофилии путем разработки, внедрения и оценки эффективности комплекса диагностических, лечебных и профилактических мероприятий на этапе прегравидарной подготовки.