

© Жук С.І., Ус І.В., Атаманчук І.М.

УДК: 618.3-06:616.151.5-074+618.396-02

Жук С.І., Ус І.В., Атаманчук І.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, кафедра акушерства, гінекології та медицини плода (вул. Дорогожицька, 9, м.Київ, 04112, Україна); Перинатальний центр м.Києва (вул. Предславинська, 9, м.Київ, 03150, Україна)

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ НА ФОНІ ТРОМБОФІЛІЧНИХ СТАНІВ

Резюме. *Передчасні пологи залишаються провідною причиною перинатальної захворюваності та смертності. Обстежено 30 жінок із загрозою передчасних пологів та 50 вагітних із загрозою передчасних пологів без клініко-лабораторних проявів порушень гемостазу. Виявлена більш висока частота спадкових та набутих форм тромбофілій у вагітних із загрозою передчасних пологів на фоні порушень гемостазу. Детальне обстеження стану плода (КТГ, БФПП, доплерометрія) у вагітних із загрозою передчасних пологів на фоні тромбофілії свідчить про більшу напруженість адаптаційних механізмів у системі мати-плацента-плід.*

Ключові слова: *набуті та генетично обумовлені тромбофілії, тромбофілічні розлади, загроза передчасних пологів, система гемостазу.*

Вступ

Щороку близько 13 млн. дітей у всьому світі народжуються передчасно [Пестрикова и др., 2008; Айламазян, Зайнуліна, 2010; Jauniaux et al., 2006]. На долю недоношених дітей припадає 60-70% ранньої неонатальної та 65-75% дитячої смертності [Чечуга, 2009; Зайнуліна и др., 2010]. Мертвонароджуваність при передчасних пологах у 8-13 разів вища, ніж при своєчасних пологах.

Етіологію та механізми розвитку передчасних пологів продовжують обговорювати. Виділяють материнські причини невиношування вагітності: ендокринні (яєчникові, наднирникові, гіпоталамо-гіпофізарні та їх поєднання) і анатомо-функціональні (істміко-цервікальна недостатність, аномалії розвитку матки). Достатньо частою причиною є імунологічна несумісність організмів матері та плода. Значну групу становлять ускладнення вагітності: прееклампсія, передлежання плаценти, багатоплідна вагітність, багатоводдя, неправильні положення плода, передчасний розрив плодових оболонок, передчасне відшарування плаценти. Окрему групу складає екстрагенітальна патологія: інфекції - вірусні, бактеріальні, протозойні (гострі та хронічні), захворювання серцево-судинної, сечовидільної та гепатобіліарної системи, хірургічні захворювання органів черевної порожнини. Не можна не враховувати фактори зовнішнього середовища: професійні шкідливості, соціальні.

Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених патогенезу передчасних пологів, етіологічні фактори більшості випадків недоношування залишаються невідомими та характеризуються як ідіопатичні. Останнім часом ідіопатичне недоношування ряд вітчизняних та зарубіжних авторів пов'язують із наявністю у жінок порушень в системі гемостазу [Кулаков и др., 2002; Макацарія и др., 2003; Turan et al., 2007]. Такі порушення можуть бути як генетично обумовлені (мутації факторів згортання, патологія протизгортальної системи та порушення фібринолізу) або набутими і часто маніфестують вперше під час гестаційного процесу.

Вагітність - стан, який є своєрідним "екзаменом" на наявність прихованої тромбофілії, оскільки сама вагітність супроводжується фізіологічною гіперкоагуляцією і в 5-6 разів підвищує ризик тромбозів, що сприяє реалізації раніше безсимптомної тромбофілії [Jauniaux et al., 2006]. До основних змін гемостазу під час вагітності відносять: збільшення тромбоцитарної активності, посилення прокоагулянтних властивостей ендотелію, збільшення вмісту факторів згортання крові, зниження антикоагулянтної активності. Зазначені особливості системи гемостазу носять компенсаторно-приспосувальний характер і є необхідними як для нормального формування фето-плацентарного комплексу, так і обмеження крововтрати під час пологів.

При наявності тромбофілії в ділянці матково-плацентарного кровообігу має місце ендотеліальна дисфункція, вазоспазм, мікротромбоз, що призводить до місцевої ішемії і як результат - активації передчасної активності міометрія. Крім того, під дією маркерів тромбофілії - антифосфоліпідних антитіл (АФА) та гомоцистеїну відбувається дисбаланс прозапальних і протизапальних цитокінів, які активують колагенази у процесі ремоделювання екстрацелюлярного матриксу шийки матки, що призводить до структурних змін шийки матки.

Тож, якщо раніше тромбофілії в патогенезі ускладнень вагітності розглядали лише з точки зору мікротромбозів судин плаценти, то на теперішній час погляди на патогенетичний вплив тромбофілії значно розширилися. Це пов'язано з вивченням ролі системи гемостазу та нетромботичних ефектів тромбофілії під час гестаційного процесу.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу вагітності при загрозі передчасних пологів тромбофілічного ґенезу.

Матеріали та методи

Проведено обстеження 80 вагітних із загрозою передчасних пологів, що звернулись до перинатального

центру м. Києва. Всі пацієнтки були розподілені на 2 групи. Першу (основну) групу склали 30 жінок, у котрих за даними анамнезу та особливостями перебігу даної вагітності можна було передбачити наявність тромбофілічних станів, що і було підтверджено клініко-лабораторно. Другу (групу порівняння) склали 50 вагітних без клініко-лабораторних проявів порушень гемостазу.

Діагноз загрози передчасних пологів встановлювали після ретельного вивчення скарг вагітної, даних зовнішнього акушерського обстеження, характеристики стану шийки матки при вагінальному обстеженні та у результаті цервікометрії під час УЗД.

Критеріями виключення з клінічної групи були вагітні, у яких вагітність настала внаслідок допоміжних репродуктивних технологій, вагітні із багатоплідною вагітністю, аномаліями розвитку статевих органів, вираженими гормональними порушеннями, діагностованими вадами розвитку плода та передчасним розривом плодівих оболонок.

При клінічному обстеженні вивчали скарги хворих, соматичний, спадковий, алергологічний і репродуктивний анамнез, уточнювали наявність перенесених екстрагенітальних і гінекологічних захворювань. При вивченні анамнезу особливу увагу звертали на тромботичний анамнез: випадки тромбозів, інфаркти, інсульти під час вагітності та поза нею, а також тромботичний анамнез у близьких родичів у віці до 40 років.

Лабораторні обстеження виконані у багатопрофільній клінічній лабораторії Перинатального центру м. Києва та лабораторно-діагностичному центрі "Неолаб".

Стан судинно-тромбоцитарної ланки оцінювали за часом згортання капілярної крові за методом Моравіца, загальною кількістю тромбоцитів на автоматичному аналізаторі та дослідженням агрегації тромбоцитів. Коагуляційну ланку оцінювали за протромбіновим індексом (ПІ), міжнародним нормалізаційним співвідношенням (МНС), активованим частковим тромбoplastиновим часом (АЧТВ), фібриногеном за Клаусом, D-димером, розчинними комплексами мономерів фібрину (РКМФ). Циркуляцію АФА встановлювали за умови виявлення вовчакового антикоагулянту (ВА), Ig G/M до кардіоліпіну та β 2-глікопротеїну. Гіпергомоцистеїнемію виявляли на підставі підвищеного вмісту загального L-гомоцистеїну.

Для визначення поліморфізму досліджуваних генів проводили полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) у режимі реального часу з використанням комплексу реагентів фірми "ДНК-Технологія". Вивчали поліморфні варіанти генів: F2-протромбін (фактор II згортання крові) F2: 20210 G>A, F5 (фактор V згортання крові) F5: 1691G>A, FGB - фібриноген (фактор I згортання крові) FGB: -455 G>A, Серпін 1 (PAI-1) -антагоніст тканинного активатора плазміногена PAI-1:-675 5G>4G, ITGA2- β 2 інтегрин (тромбоцитарний рецептор до колагену) ITGA2: 807 C>T, ITGB3 -b інтегрин (тромбоцитарний рецептор

фібриногена) ITGB3:1565T>C.

Ультразвукові дослідження, біофізичний профіль плода (БФПП), доплерометрію фетоплацентарного комплексу (ФПК) здійснювали у кабінеті функціональної діагностики Перинатального центру м. Києва, кардіотокографію (КТГ) - у кабінеті КТГ Перинатального центру м. Києва.

Результати. Обговорення

В результаті проведеного дослідження було отримано наступні результати. Переважна кількість жінок із числа обстежених перебувала у середині репродуктивного віку. Так, вік вагітних варіював від 18 до 42 років і в середньому дорівнював $22,4 \pm 0,4$ в першій групі, в другій групі $24,6 \pm 0,3$.

При визначенні індексу маси тіла встановлено відносно збільшення його показника серед жінок основної групи. Так, середній індекс маси тіла до вагітності у жінок основної групи склав $27,8 \pm 0,7$, в той час як у жінок групи порівняння до вагітності цей показник становив $22,8 \pm 0,8$.

При аналізі менструальної функції встановлено, що середній вік менархе у пацієнток обох груп не відрізнявся і дорівнював в основній групі $13,2 \pm 0,1$ років та в групі порівняння - $12,8 \pm 0,53$ роки. Тривалість менструальної функції склала відповідно 3-6 днів ($5,0 \pm 1,2$) та 3-7 днів ($5,0 \pm 1,8$) в основній та групі порівняння відповідно.

Хронічні захворювання додатків зустрічались майже вдвічі частіше у жінок основної групи - 4 (13,3%), ніж в групі порівняння - 2 (4,0%). Частота патології шийки матки не відрізнялась у жінок основної та групи порівняння була представлена ерозіями та ЦІН різного ступеня. Частота гормонозалежних захворювань (ендометріоз, полікістоз яєчників) була підвищеною у жінок основної групи, ніж у групі порівняння. Оперативні втручання на матці і додатках у жінок основної групи відмічались майже вдвічі частіше, ніж у групі порівняння.

Сімейний тромботичний анамнез був обтяжений у 7 жінок (23%) основної групи. Так, епізоди тромбозу периферійних вен зустрічались у близьких родичів 4 (13,3%) пацієнток, інфаркти міокарду (у віці до 40 років) - у 2 (6,7%) пацієнток, інсульти (у віці до 40 років) - 2 (6,7%), випадки тромбоемболії - у 1 (3,3%) родичів жінок основної групи. В групі порівняння тільки в 3 (6%) випадків у близьких родичів обстежених жінок встановлений обтяжений тромботичний анамнез: 1 (2%) випадок тромбозу периферійних вен, 1 (2%) випадок інфаркту міокарда та 1 (2%) випадок інсульту (у віці до 40 років).

Серед захворювань сполучної тканини, що виявлені у найближчих родичів обстежених жінок, були: системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит та ревматизм. Зазначені захворювання виявлені у родичів 4 (13,3%) основної групи, серед жінок групи порівняння виявлені захворювання не спостерігались.

Таблиця 1. Структура репродуктивних втрат попередніх вагітностей серед жінок досліджуваних груп.

Показник	Групи			
	Основна (n=30)		Порівняння (n=50)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Мимовільні викидні в терміні до 10 тижнів	12	40,0	8	16,0
Мимовільні викидні в терміні понад 10 тижнів	9	30,0	0	0
Звичне невиношування	7	23,3	0	0
Аборт, щр не відбувся	2	6,7	3	6,0
Мертвонароджуваність	5	16,7	0	0
Рання неонатальна смертність	7	23,3	0	0
Невдалі спроби ЕКЗ в анамнезі	6	20,0	0	0

Таблиця 2. Показники судинно-тромбоцитарної ланки системи гемостазу досліджуваних груп.

Показник	Групи	
	Основна (n=30)	Порівняння (n=50)
Тромбоцити, $\times 10^9/\text{л}$	190 \pm 14,3 *	254,0 \pm 12,1
Агрегація тромбоцитів з АДФ,%	121,3 \pm 3,4 *	109,2 \pm 3,2
Агрегація тромбоцитів з ристоміцином,%	131,7 \pm 3,3 *	121,7 \pm 3,2
Початок згортання крові, сек	124,67 \pm 1,14 *	189,86 \pm 1,84
Кінець згортання крові, сек	210,14 \pm 9,3 *	227,96 \pm 10,3

Примітки: * - достовірна різниця відносно групи порівняння ($p < 0,05$).

Таблиця 3. Показники коагуляційного гемостазу у обстежених вагітних.

Показник	Групи	
	Основна (n=30)	Порівняння (n=50)
Фібриноген, г/л	6,9 \pm 0,9 *	4,6 \pm 0,6
Д-Димер, нг/мл	920,70 \pm 51,5 *	620 \pm 2,3
МНО	0,89 \pm 0,19	1,08 \pm 0,11
ПТІ,%	109,0 \pm 5,4	102,0 \pm 4,2
АЧР,с	66,4 \pm 5,9	58,6 \pm 6,2
АЧТЧ,с	39,1 \pm 3,2	36,5 \pm 3,1

Примітки: * - достовірна різниця відносно групи порівняння ($p < 0,05$).

Серед соматичної патології у жінок основної групи в значному відсотку випадків зустрічались захворювання серцево-судинної системи (гіпертензивні розлади, пролапс мітрального клапану, варикозна хвороба вен нижніх кінцівок) - 14 (46,7%).

Оцінка репродуктивної функції обстежених жінок ґрунтувалася на аналізі анамнестичних даних про результати попередніх вагітностей приведена в таблиці 1.

Основна група і група порівняння були ідентичні за термінами гестації на момент надходження вагітних до стаціонару.

При аналізі результатів загальноклінічних методів обстеження статистично значимої різниці показників загального аналізу крові між групами не виявлено. Гемостазіологічне обстеження включало визначення деяких показників плазменої та тромбоцитарної ланок гемостазу.

Дослідження судинно-тромбоцитарної ланки системи гемостазу проводилось вивченням кількості тромбоцитів, часом згортання крові та агрегаційної активності тромбоцитів (табл. 2).

Дослідження тромбоцитарної ланки системи гемостазу виявило в основній групі тенденцію до тромбоцитопенії, на тлі якої визначено вкорочення часу згортання крові та підвищення функціональної активності тромбоцитів при дослідженні з різними екзогенними агрегаційними реагентами - АДФ та ристоміцином.

Аналіз показників плазмово-коагуляційної ланки системи гемостазу виявив наступні зміни, які представлені в таблиці 3.

Аналіз рутинних лабораторних методів не може виступати патогномонічним критерієм тромбофілічного стану, у зв'язку з чим при гемостазіологічному обстеженні було проведено дослідження рівня молекулярного маркера тромбофілії - Д-димеру. При аналізі результатів виявлені достовірно підвищені рівні Д-димеру в основній групі по відношенню до групи порівняння.

Для визначення причини тромбофілічного стану пацієнтки основної групи були обстежені на наявність найбільш розповсюджених видів тромбофілії: антифосфоліпідний синдром (АФС), гіпергомоцистеїнемію та генетичні поліморфізми тромбофілії. На зазначені тромбофілічні маркери були обстежені і пацієнтки групи порівняння. Результати обстеження представлені на рис. 1.

Наступним етапом дослідження була оцінка інструментальних методів обстеження. Після аналізу кардіограма (КТГ) плодів у обстежених жінок виділили окремі показники, що відхилялись від нормальних параметрів, їх частота та питома вага наведена у таблиці 4. Як видно з наведених даних, у плодів пацієток ос-



Рис. 1. Структура тромбофілій в обстежених групах.

Таблиця 4. Аналіз кардіотокограм у обстежених жінок (за Фішером).

Показник	Групи	
	Основна (n=30)	Порівняння (n=50)
Порушення базального ритму	0	0
Зниження АМО	13 (43,3%)	6 (12%)
Відсутність акцелерацій	4 (13,3)	7 (14%)
Пізні децелерації	1 (3,3%)	2 (4%)
Ареактивний НСТ	6 (20,0%)	5 (10,0%)
Сума КТГ (M±m)	7,55±0,1	7,4 ± 0,2

Таблиця 5. Середні значення СДС та ІР в артеріях пуповини.

Тижні гестації	Групи			
	Основна (n=30)		Порівняння (n=50)	
	СДС	ІР	СДС	ІР
22 - 27	2,98±0,93	0,68±0,2	2,91±0,6	0,67±0,2
28 - 33	2,95±0,90	0,69±0,2	2,89±0,8	0,65±0,3
34 - 36	2,83±0,91	0,64±0,2	2,74±0,9	0,58±0,2

Таблиця 6. Сумарна оцінка показників біофізичного профілю плода.

Показники БФПП	Групи			
	Основна (n=30)		Порівняння (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
7-10 балів	5	16,7	39	78,0
5-6 балів	25	83,3	11	22,0
4 бали та нижче	-	-	-	-

Таблиця 7. Відхилення від нормативних показників біофізичного профілю плода у обстежених пацієнток.

Показники БФПП	Групи			
	Основна (n=30)		Порівняння (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Ареактивний нестресовий тест	9	30,0	15	30,0
Дихальні рухи плода	1	3,33	2	4,0
Руки плода	3	10,0	-	-
Тонус плода	1	3,33	-	-
Маловоддя	7	23,3	5	10,0
Середня оцінка	8,11 ± 0,28*		8,95 ± 0,26	

новної групи, частіше від пацієнток групи порівняння, відмічались КТГ - ознаки внутрішньоутробного дистресу. Однак питома вага кожної з ознак була різною.

Монотонний тип КТГ (зменшення амплітуди миттєвих осциляцій - АМО) в основній групі відмічався достовірно частіше, ніж у групі порівняння (43,3% проти 12,0%). Ареактивний тип КТГ за даними нестресового тесту (НСТ) відмічався частіше у вагітних основної групи - 20,0%, що вдвічі вище, ніж у групі порівняння - 10,0%.

Сумарна оцінка КТГ за Фішером у пацієнток основної групи (7,55±0,1), достовірно не відрізнялась від такої

у вагітних групи порівняння 7,4±0,2 (p<0,05).

Для детального дослідження плодового та плацентарного кровообігу ми проводили кольорове доплерівське картування артерії пуповини. Оцінку кривих швидкостей кровоплину здійснювали шляхом визначення систоло-діастолічного співвідношення (СДС) та індексу резистентності (ІР). Динаміка змін СДС та ІР в артеріях пуповини з урахуванням терміну гестації представлені в таблиці 5.

В основній групі спостерігалась тенденція до підвищення доплерометричних індексів по відношенню до групи порівняння. У вагітних основної групи відзначались порушення кровоплину (більше 95 перцентилу) в артеріях пуповини, частота яких була більшою від показників групи порівняння (СДС 9 (30,0%) та ІР 10 (33,3%)). У пацієнток групи порівняння, на відміну від пацієнток основної групи, найрідше визначались патологічні показники кровоплину (СДС 3 (6,0%) та ІР 5 (10,0%)) і відповідали швидкоплинним порушенням кровоплину, а не носили системний характер.

Біофізичний профіль плода (БФПП) вивчали з 30 тижнів вагітності при ультразвуковому дослідженні та кардіотокографії. У нашому дослідженні БПП оцінювали за методикою A.Witseeos, котра полягала у визначенні п'яти показників його стану. Отримані дані внесені до таблиці 6 та 7.

У вагітних основної групи середня оцінка БФПП була достовірно нижчою на відміну від групи порівняння (p<0,05). Саме в цій групі переважали пацієнтки, які продемонстрували незадовільний стан плода. Для групи порівняння характерним було мінімальне число вагітних із сумнівним станом плода - 11 (22,0%) та найбільша середня оцінка БПП - 8,95±0,26.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Встановлено, що у жінок із загрозою передчасних пологів на фоні порушень гемостазу обтяжений сімейний тромботичний анамнез склав 23,0%, репродуктивні втрати представлені: мимовільними викиднями в терміні до 10 тижнів вагітності 40,0%, мимовільними викиднями в терміні понад 10 тижнів - 30,0%, мертворожджуваністю - 16,7%, ранньою неонатальною смертністю - 23,3%, звичним невиношуванням вагітності - 23,3%, невдалими спроби ЕКЗ в анамнезі - 20,0%.

2. Встановлено, що в структурі тромбофілій у вагітних із загрозою передчасних пологів на фоні порушень гемостазу спадкові дефекти гемостазу склали 46,0%, гіпергомоцистеїнемія - 18,0%, АФА - 12,0%, мультигенні форми - 8,0%, інші причини - 16,0%.

3. У вагітних із наявністю загрози передчасних пологів на фоні тромбофілії проведення КТГ дослідження показало збільшення частоти ареактивного нестресового тесту, зниження частоти амплітуди миттєвих осциляцій. Можливо, що вказане обумовлено різною компенсацією стану ФПК.

4. Отримані результати доплерометричного дослідження в артеріях пуповини продемонстрували, що адаптивні зміни кровоплину у плацентарно-плодовому комплексі при загрозі передчасних пологів носять дещо різний характер в залежності від стану системи гемостазу. Загроза передчасних пологів на фоні тромбофілічних зрушень характеризується зростанням доплерометричних індексів, що характеризує збільшення напруження пристосувальних механізмів змін кровоплину.

5. Вивчення БФПП дозволяє зробити висновок про ступінь порушень стану плода у пацієнток з різними

видами тромбофілії, що асоційовані із загрозою передчасних пологів. Очевидно, що наявність порушень гемостазу під час вагітності призводить до більш глибоких порушень стану плода, що, поза сумнівом, доцільно враховувати під час ведення вагітності із загрозою передчасних пологів у таких пацієнток.

Важливим є розробка схем корекції порушень в системі гемостазу у вагітних із загрозою передчасних пологів на фоні тромбофілічних розладів, що необхідно у перспективі враховувати не лише для пролонгування вагітності, а і для профілактики плацентарної дисфункції.

Список літератури

- Айламазян Є.К. Наследственная тромбофилия: дифференцированный подход к оценке риска акушерских осложнений /Е.К. Айламазян, М.С.Зайнулина //Акушерство и гинекология. - 2010. - №3. - С.3-9.
- Антифосфолипидный синдром в акушерской практике / [Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Гениевская М.Г. и др.]. - М.: Руссо, 2003. - С.344-345.
- Зайнулина М.С. Тромбофилия: этиологический факторили патогенетический аспектоложненного течения беременности? /М.С. Зайнулина, Е.А.Корнюшина, Д.Р.Бикмуллина /Журнал акушерства и женских болезней. - 2010. - №1. - С.18-30.
- Кулаков В.И. Преждевременные роды - тактика ведения с учетом срока гестации /В.И.Кулаков, В.Н.Серов, В.М.Сидельникова //Жур. акуш. и жен. болезней. - 2002. - №2. - С.13-17.
- Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери - резервы снижения /Т.Ю.Пестрикова, Е.А.Юрасова, Т.М. Бутко. - М.: Литтера, 2008. - 199с.
- Чечуга С.Б. Прогнозирование осложненной беременности у женщин с группы риска потери беременности по данным маркеров тромбофилии /С.Б.Чечуга //Акуш. та гінекол. - 2009. - №2. - С.84-87.
- A novel method to identify women at risk for impending preterm birth /O.Turan, S.Turan, E.Funai [et al.] //Obstet. Gynecol. - 2007. - Vol. 109. - P.855-862.
- Evidence-based guidelines for the investigation and medical treatment of recurrent miscarriage /E.Jauniaux, R.G.Farquharson, O.B.Christiansen [et al.] //Hum. Reprod. - 2006. - Vol.21. - P.2216-2222.

Жук С.И., Ус И.В., Атаманчук И.Н.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ФОНЕ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Резюме. Преждевременные роды остаются ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности. Обследовано 30 женщин с угрозой преждевременных родов и 50 беременных с угрозой преждевременных родов без клинико-лабораторных проявлений нарушений гемостаза. Обнаружена большая частота наследственных и приобретенных форм тромбофилий у беременных с угрозой преждевременных родов на фоне нарушений гемостаза. Детальное обследование состояния плода (КТГ, БФПП, доплерометрия) у беременных с угрозой преждевременных родов на фоне тромбофилии свидетельствует о большей напряженности адаптационных механизмов в системе мать-плацента-плод.

Ключевые слова: приобретенные и генетически обусловленные тромбофилии, тромбофилические расстройства, угроза преждевременных родов, система гемостаза.

Zhuk S.I., Us I.V., Atamanchuk I.M.

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PREGNANT WITH THREAT OF PREMATURE BIRTH ON THE BACKGROUND OF THROMBOPHILIC STATES

Summary. Premature births remain leading reason of perinatal morbidity and death rate. 30 women are inspected with the threat of premature births and 50 pregnant with the threat of premature births without the clinical and laboratory displays of violations of gemostasis. Found out large frequency of the acquired and genetically determinant thrombophilias for pregnant with the threat of premature births and trombophilic disorders. The detailed inspection of the state of fetus (cardiotocography, fetal biophysical profile, dopplerometry) for pregnant with the threat of premature births and trombophilic disorders testifies to greater tension of adaptation mechanisms in the system mother-placenta-fetus.

Key words: acquired and genetically determinant thrombophilias, trombophilic disorders, threat of premature births, system of gemostasis.

Рецензент: д.мед.н. Кондратюк В.К.

Стаття надійшла до редакції 7.09.2015

Жук Світлана Іванівна - д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; +38 044 460-54-45; zhuksvitlana@ukr.net

Ус Ірина Володимирівна - аспірант кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, лікар акушер-гінеколог Перинатального центру м. Києва; +38 050 734-12-76; irina_us@list.ru

Атаманчук Ірина Миколаївна - пошукач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, лікар акушер-гінеколог клініки генетики репродукції "Вікторія"; +38 067 992-07-52; iatamanchuk@ukr.net