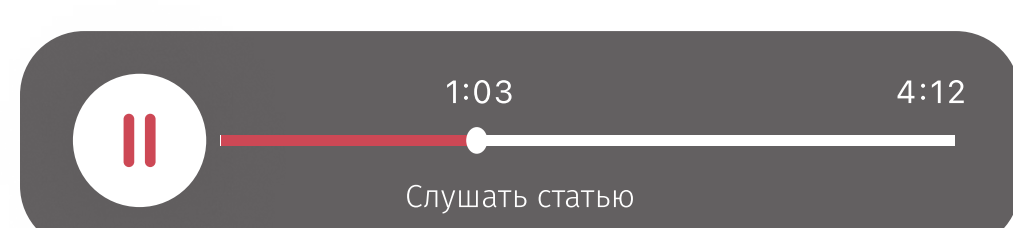


Преэклампсия и анти тромбин III:

есть ли связь?



КАКОВА СВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ АНТИТРОМБИНА III И ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ?

Гипертензивные нарушения во время беременности возникают в 5-10% наблюдений, являются одной из ведущих причин материнской смертности и в 20-25% случаев - причиной перинатальной смертности. Особое место при этом занимает преэклампсия (ПЭ), частота которой во время беременности составляет 2-8% [1]. Известно, что у женщин с преэклампсией (ПЭ) наблюдается снижение уровня анти тромбина III (АТ III). Было проведено проспективное исследование, в котором проводилась оценка уровня АТ у женщин с ПЭ в динамике для оценки наличия связи между уровнем АТ III и развитием ПЭ. Также определялись количество тромбоцитов и уровень D-димера. У 73 обследованных пациенток уровень АТ III, фибриногена и количество тромбоцитов прогрессивно снижались в течение периода наблюдения, достигая минимума в день родов, тогда как уровень D-димера постепенно возрастал. Статистический анализ, проведенный у 39 пациенток, у которых определение уровня АТ III проводилось за день до, за 3 часа до и в день после родов, показал, что уровень АТ III был значительно ниже в день родов по сравнению с предыдущим днем (77.8 +/- 15.1% против 85.4 +/- 14.2%, P = 0,027). В первый день после родов наблюдалась нормализация значений данного параметра (87.6 +/- 21.3% от 77.8 +/- 15.1%, P = 0,005). Результаты исследования демонстрируют имеющуюся связь между снижением уровня АТ III и развитием ПЭ [2].

ПРЕИМУЩЕСТВА ТЕРАПИИ АТ III ПРИ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ПЭ

Основным методом лечения ПЭ являются антигипертензивные средства. Несмотря на это, существуют исследования, которые показали, что назначение концентрата АТ III пациенткам с ПЭ нормализует коагуляцию крови, что положительно сказывается на состоянии и развитии плода, а также увеличивает вероятность благоприятного течения родов. Данные за наличие преимуществ от терапии гепарином у данной группы пациенток в исследованиях получено не было. Назначение концентрата АТ III пациенткам с преэклампсией средней и тяжелой степени может позволить снизить риск преждевременных родов, улучшить состояние плода, а также снизить риски возникновения осложнений во время родов как у матери, так и у ребенка [3].

ВЛИЯЕТ ЛИ ТЕРАПИЯ АТ III НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПЭ?

Состояние гиперкоагуляции при тяжелой преэклампсии приводит к развитию задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП) вследствие ухудшения плацентарного кровообращения. Проведено исследование, в котором 2 группам женщин с ранней ПЭ (до 32 недель беременности) назначали препараты гепарина, либо АТ 1500 МЕ/сут в течение 7 дней с последующей оценкой эффективности воздействия как на коагуляцию крови матери, так и на состояние плода. Среднее систолическое артериальное давление значительно снизилось в группе АТ III (n = 15). При оценке характеристик плода по данным УЗИ выявлено, что прибавка массы тела была выше в группе АТ III, чем в группе гепарина [4]. Эксперименты in vitro показали, что АТ III повышает уровень антигена тромбомодулина (ТМ) на поверхности клеток, а также увеличивает выработку простагландина I₂ (ПГ_{I2}) культивируемыми клетками трофобласта. Это подтверждает, что терапия препаратами АТ III улучшает показатели АД беременной с тяжелой ПЭ и ЗВРП, а также оказывает положительное влияние на состояние плацентарного кровотока, что положительно сказывается на развитии плода [4].

ЭФФЕКТИВНА ЛИ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ АТ III ПРИ ОТСУТСТВИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ?

ВОЗМОЖНО ЛИ ПРИМЕНЯТЬ КОНЦЕНТРАТЫ АТ III У ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕЗ СИСТЕМНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ?

С этой целью было проведено проспективное исследование, включавшее 29 пациенток с тяжелой преэклампсией.

ОТ 24 ДО 36 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ С ИНДЕКСОМ ГЕСТОЗА [ГИ] ≥ 6 БАЛЛОВ.

АТ 1500 МЕ/СУТ

БЕЗ ПРЕПАРАТА АТ III

В ОБЕИХ ГРУППАХ ПАЦИЕНКИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 24-Х ЧАСОВ ПОЛУЧАЛИ НЕПРЕРЫВНУЮ ИНФУЗИЮ ПО 5000 ЕД/СУТ.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ⊙ В клинических профилях статистически значимых различий не было. ⊙ ГИ (P = 0,046) ⊙ по шкале биофизического профиля плода (P = 0,022) ⊙ Улучшение ГИ было зарегистрировано у 9 из 14 пациенток ⊙ Длительность беременности в среднем составила 34,2 ± 2,6 недель ⊙ Масса тела ребенка при рождении составила 1568 ± 428 г ⊙ Улучшение показателей свертываемости крови ⊙ Улучшение показателей комплекса плазмин-ингибитор плазмина (РРiС), уровня D-димера и количества тромбоцитов ⊙ Побочных эффектов, связанных с введением АТ III, не наблюдалось | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ В клинических профилях статистически значимых различий не было. ⊙ ГИ было зарегистрировано у 3 из 15 - в группе не получавших АТ ⊙ Длительность беременности 32,4 ± 3,7 недель ⊙ Масса тела ребенка при рождении составила 1323 ± 685 г |
|---|--|

По результатам исследования, в связи с значительным улучшением показателей ГИ и биофизических показателей плода, можно предположить, что монотерапия АТ III может быть достаточно эффективной в лечении тяжелой ПЭ, даже при отсутствии антигипертензивной терапии [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как показали исследования, терапия препаратами АТ III может быть эффективной для пациенток с ПЭ любой степени тяжести. Введение терапии АТ III в рутинную клиническую практику может позволить значимо снизить число неблагоприятных исходов беременности у пациенток с ПЭ [5].

**При наличии подозрений и для возможности обеспечения доступа пациентов к специфической терапии необходимо своевременное проведение диагностики недостаточности естественных антикоагулянтов и редких нарушений свертывания крови.
Вы можете воспользоваться программой бесплатной диагностики.**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Ходжаева ЗС, Шамаков РГ, Савельева ГМ, и др. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, Протеинурия И Гипертензивные Расстройства Во Время Беременности, В Родах И Послеродовом Периоде. Клинические Рекомендации. Published online 2021.
- Marietta M, Simoni L, Pedrazzi P, Facchini L, D'Amico R, Facchinetti F. Antithrombin plasma levels decrease is associated with preeclampsia worsening. Int J Lab Hematol. 2009;31(2):227-232. doi:10.1111/j.1751-553X.2008.01031.x
- Pharmacoher. 2004;5(11):2233-2239. doi:10.1517/14656566.5.11.2233
- Nakabayashi M, Asami M, Nakatani A. Efficacy of antithrombin replacement therapy in severe early-onset preeclampsia. Semin Thromb Hemost. 1999;25(5):463-466. doi:10.1055/s-2007-994951
- Kobayashi T, Terao T, Ikenoue T, et al. Treatment of severe preeclampsia with antithrombin concentrate: results of a prospective feasibility study. Semin Thromb Hemost. 2003;29(6):645-652. doi:10.1055/s-2004-815632

Для специалистов здравоохранения. Размещенная информация не является рекомендацией компании Такэда, рекламой компании или ее продукции, не должна быть основанием для принятия каких-либо решений или осуществления каких-либо действий. Решение о выборе метода лечения конкретного пациента должно приниматься лечащим врачом.



Правовая информация
[Политика обработки персональных данных](#)
[Политика конфиденциальности](#)

Владельцем сайта www.scrpd.ru является ООО «Такэда Фармасьютикалс». Заявление о нарушении авторских и смежных прав может быть отправлено по адресу support@takeda.com

© Takeda, 2023. Все права защищены.
 119048 Москва, ул. Усачёва дом 2, стр.1,
 Бизнес-центр «Фьюжн Парк».

Возраст 18+, для распространения на территории РФ
 W-MEDMAT-96197 январь 2024