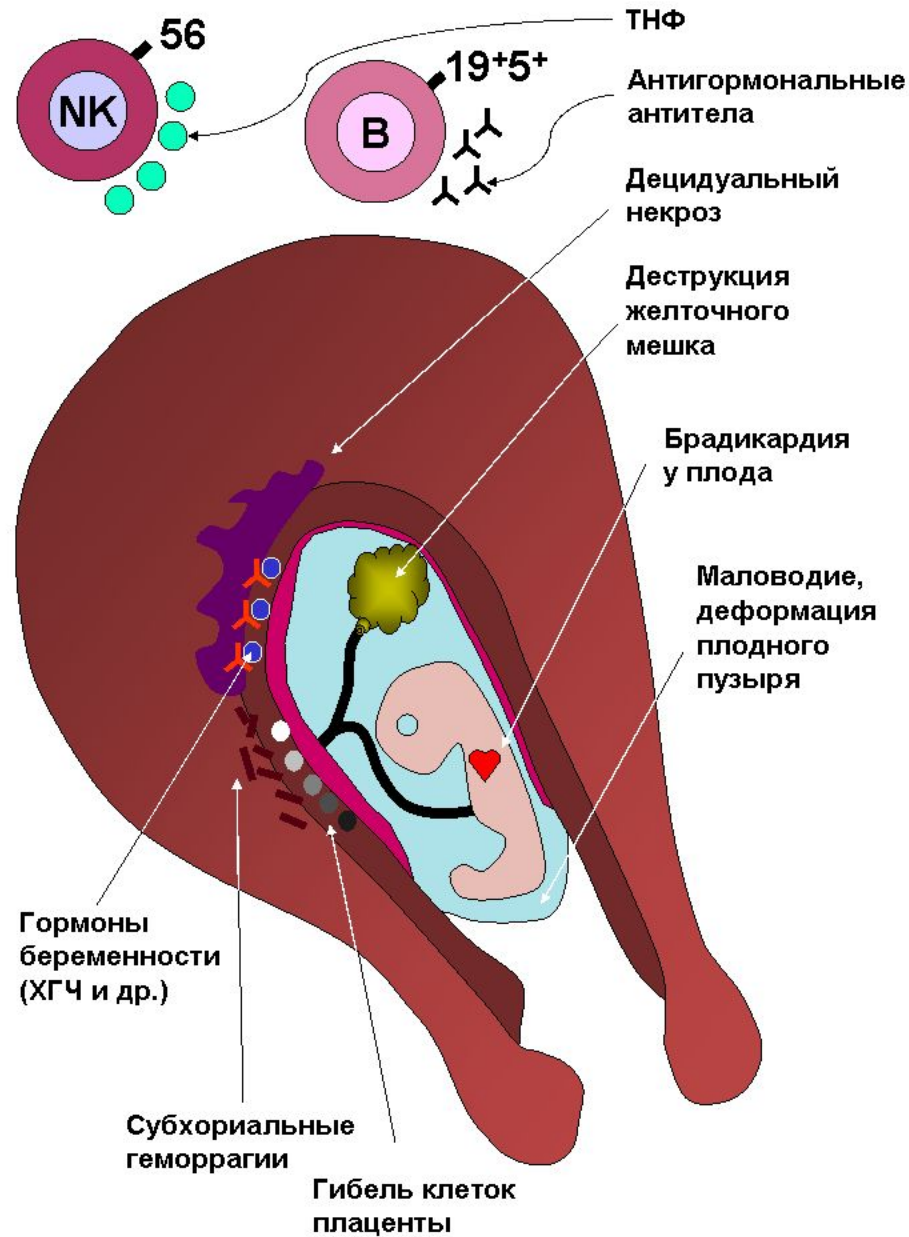


**АУТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К
ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ
ЧЕЛОВЕКА ПРИ СИНДРОМЕ ПРИВЫЧНОЙ
ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Иммунологические факторы синдрома привычной потери беременности

- I категория** Совместимость супругов по HLA системе
- II категория** Антифосфолипидный синдром
- III категория** Наличие антинуклеарных и антигистоновых антител
- IV категория** Наличие антиспермальных антител
- V категория**
 - 1. Раздел.** Повышение содержания NK-клеток с фенотипом CD56
 - 2. Раздел.** Повышение содержания В-клеток с фенотипом CD19⁺5⁺:
 - 1.** Выработка антител к гормонам: ХГЧ, прогестерону, эстрадиолу, антитериоидных антител, антител к гормонам роста
 - 2.** Выработка антител к нейротрансмиттерам: энкефалинам, эндорфинам, серотонину

Повреждающее действие патологически активных лимфоцитов с фенотипом CD56 и CD19+5+



Возникновение и развитие синдрома аутосенсibilизации к ХГЧ определяется следующими факторами:

- рецидивирующими инфекционными заболеваниями;
- аллергическими состояниями;
- искусственными абортами;
- самопроизвольными репродуктивными потерями в типичных сроках:
 - в I триместре - $7,8 \pm 0,2$ нед. (76,4%),
 - во II триместре $24,8 \pm 0,9$ нед. (17,9%),
 - в III триместре $33,8 \pm 0,8$ нед. (5,7%).
- использованием ранее гонадотропных препаратов с целью стимуляции овуляции.

Алгоритм обследования и ведения женщин с аутосенсibilизацией к ХГЧ до беременности

Определение факторов риска:

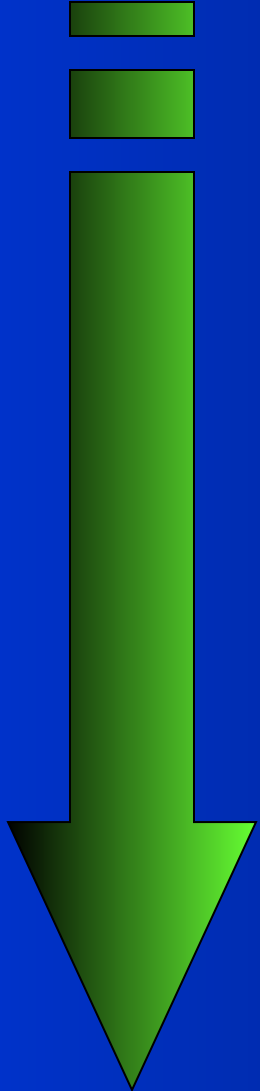
- Предшествующие самопроизвольные репродуктивные потери в 7.8 ± 0.2 , 24.8 ± 0.9 и 33.8 ± 0.8 нед.
- Рецидивирующие инфекционные заболевания
- Отягощенный аллергологический анамнез
- Искусственные аборты
- Использование гонадотропных препаратов

Исключение других возможных причин репродуктивных потерь

Контроль показателей системы гемостаза, противотромботическая терапия (сочетание а-ХГЧ и АФА)

Коррекция НЛФ, системная энзимотерапия, назначение глюкокортикоидных средств со II фазы цикла

Разрешение беременности



Факторы риска по развитию аутоенсибилизации к ХГЧ



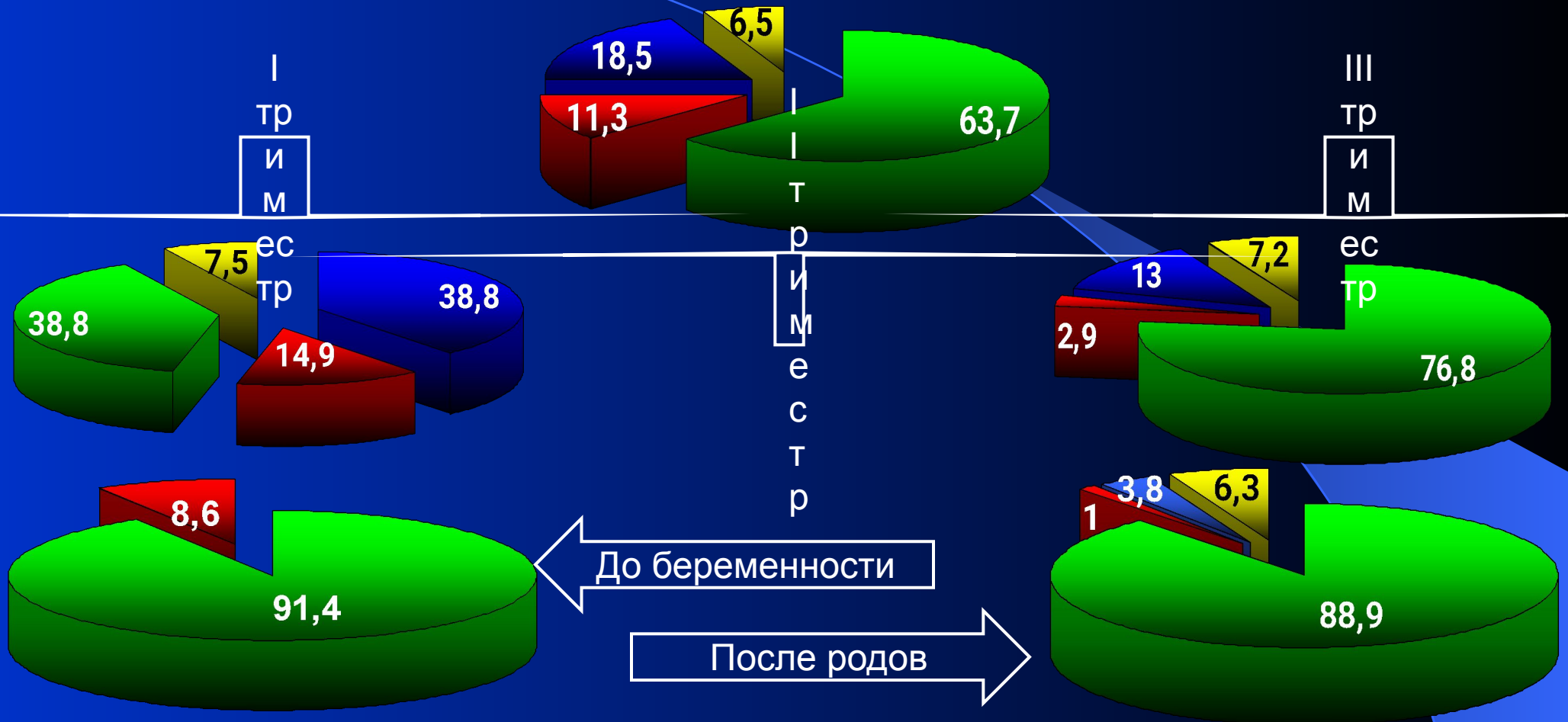
Динамика ХГЧ, антител к ХГЧ при различных режимах глюкокортикоидной терапии



Глюкокортикоидной терапии принадлежит важнейшая роль в лечении беременных с аутосенсibilизацией к ХГЧ. Дозы глюкокортикоидов должны коррелироваться в соответствии с подъемом уровней антител к ХГЧ, что позволяет существенно уменьшить вероятность развития хронической формы синдрома ДВС и плацентарной недостаточности и, соответственно, снизить общую медикаментозную нагрузку на организм беременной.

Синдром аутоенсибилизации к ХГЧ, в отличие от сочетания α -ХГЧ и АФА, характеризуется развитием хронической формы синдрома ДВС в основном во время беременности.

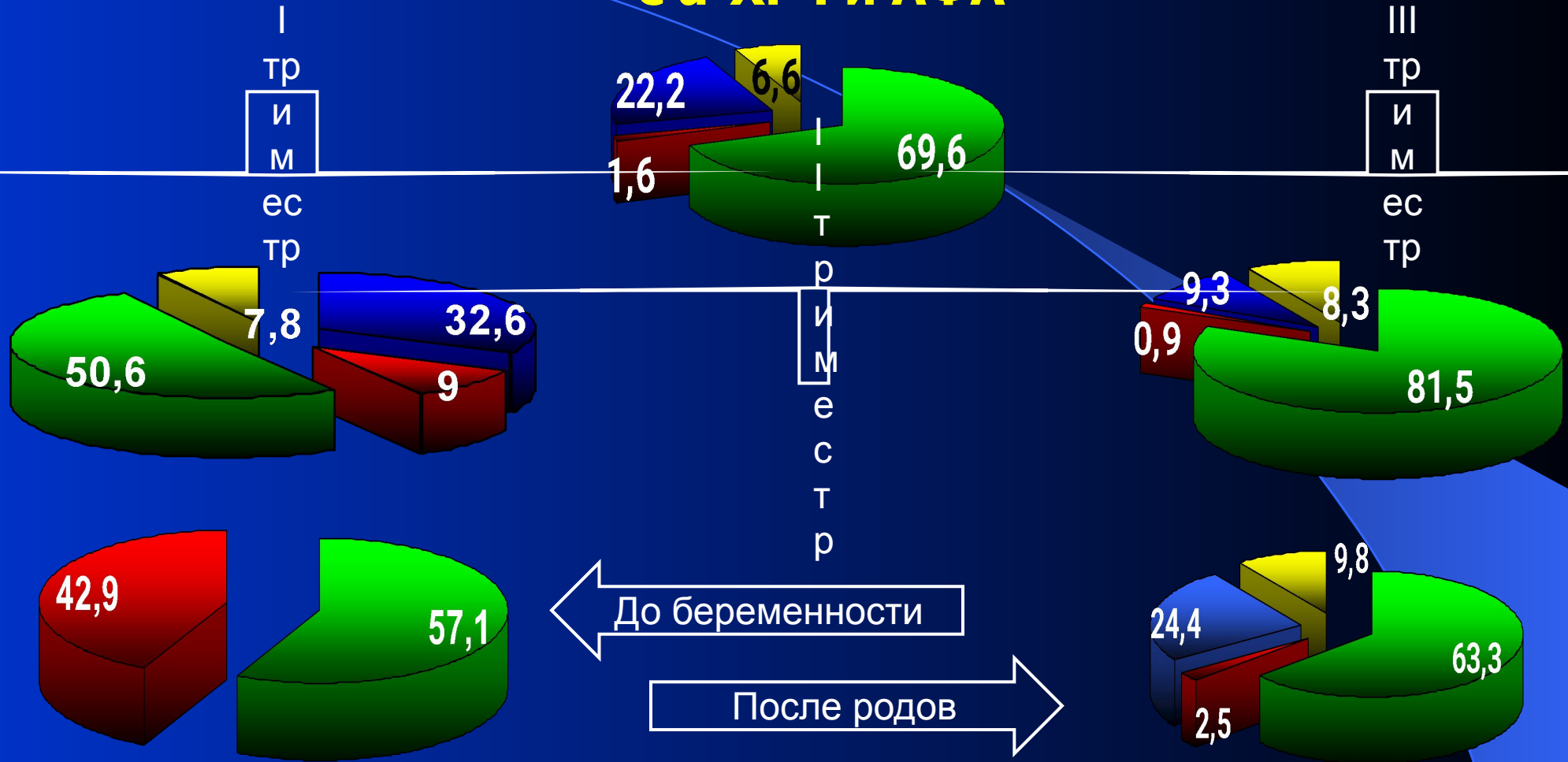
Динамика показателей системы гемостаза у женщин с аутосенсibiliзацией к ХГЧ



■ Без отклонений от нормы
■ Активация тромбоцитарного и плазменного звена

■ Преимущественная активация плазменного звена
■ Преимущественная активация тромбоцитарного звена

Динамика показателей системы гемостаза у женщин с а-ХГЧ и АФА



■ Без отклонений от нормы
■ Активация тромбоцитарного и плазменного звена

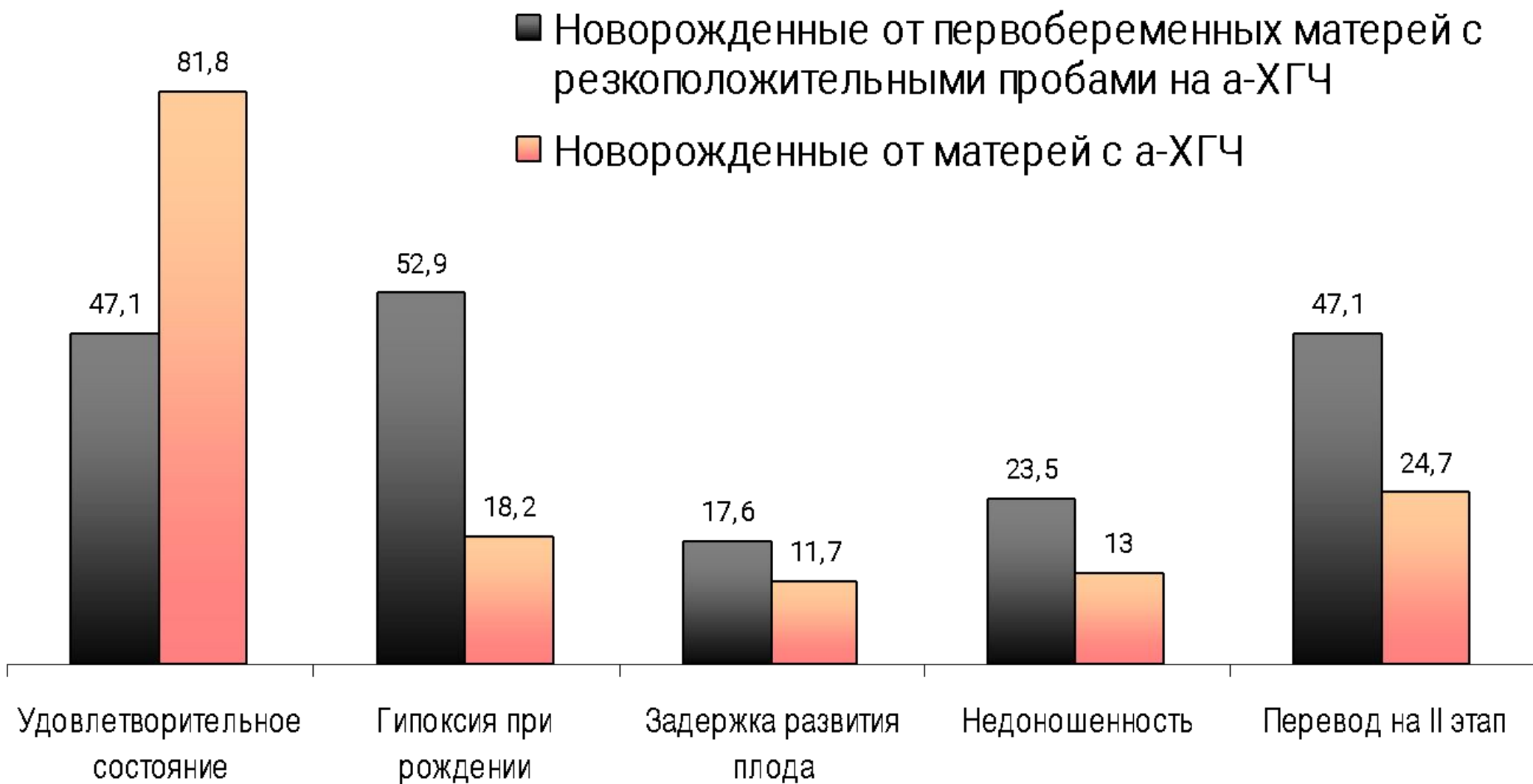
■ Преимущественная активация плазменного звена
■ Преимущественная активация тромбоцитарного звена

Сочетание а-ХГЧ и АФА, а также наличие резкоположительных проб на а-ХГЧ у матерей является неблагоприятным фактором по развитию перинатальной патологии.

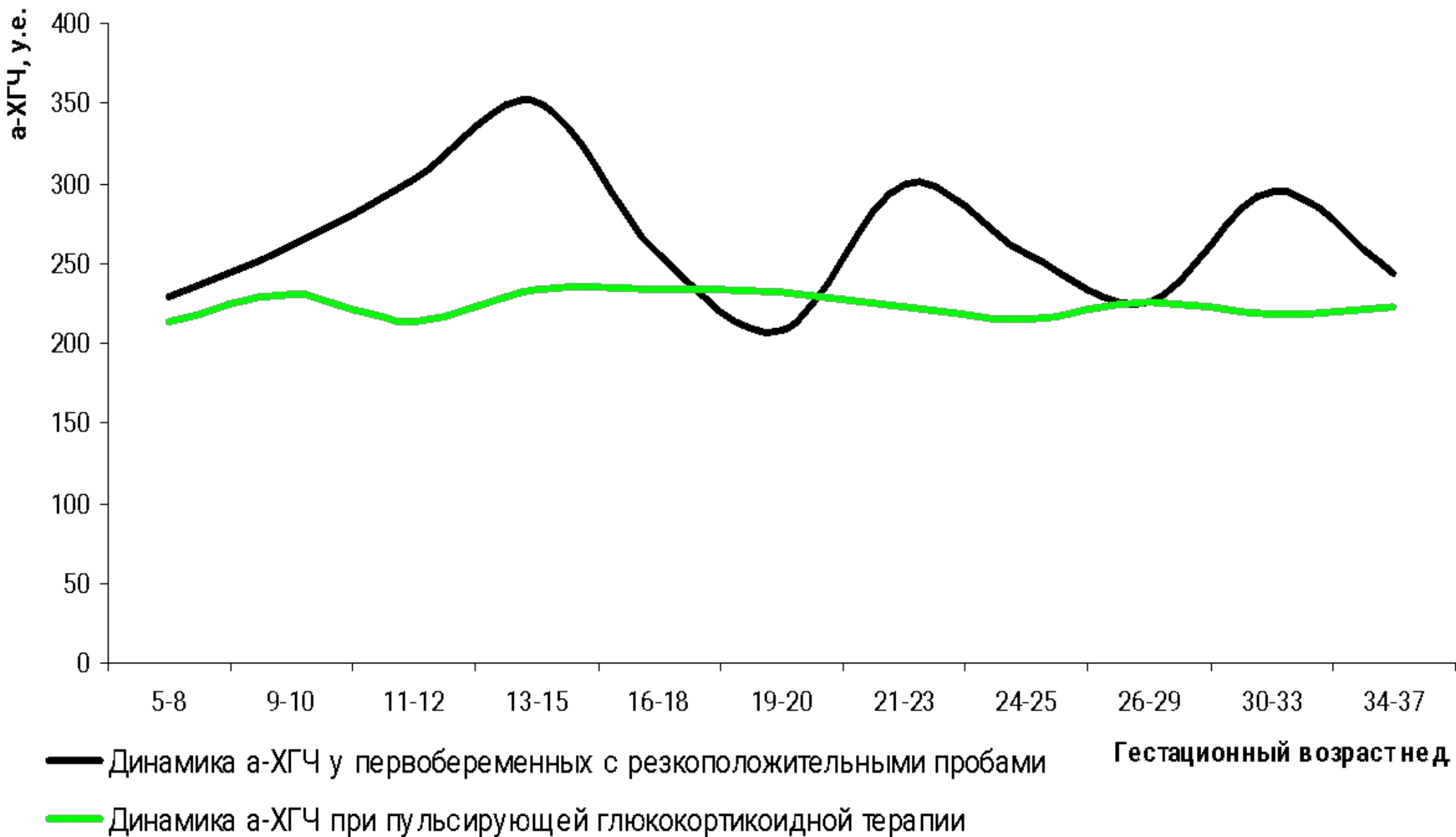
Сравнительная характеристика состояния новорожденных от матерей с а-ХГЧ и матерей с а-ХГЧ и АФА



Влияние уровня антител к ХГЧ на перинатальные исходы



Низкая эффективность глюкокортикоидной терапии при наличии резкоположительных проб на ХГЧ



Алгоритм обследования и ведения женщин с аутосенсбилизацией к ХГЧ во время беременности

Определение уровней α -ХГЧ и АФА, гемостазиологический контроль при задержке менструации 10 – 14 дней

Коррекция дозы глюкокортикоидов, противотромботическая терапия

Увеличение дозы глюкокортикоидов, системная энзимотерапия, профилактика плацентарной недостаточности в 5 – 15, 21 – 25, 30 – 33 нед.

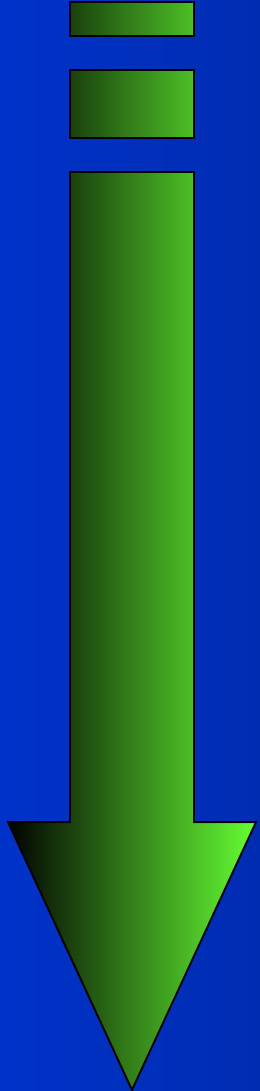
УЗИ:

- оценка характера имплантации и плацентации
- толщины и степени зрелости плаценты

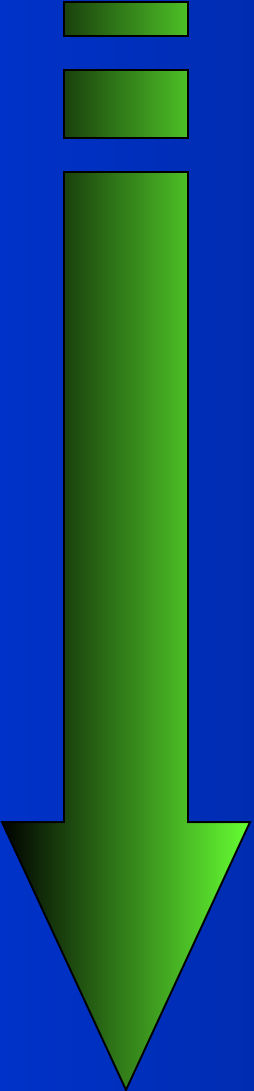
Допплерометрия с 24 нед. каждые 3 – 4 нед, по показаниям - чаще

КТГ с 34 нед. каждые 2 нед, по показаниям - чаще

Родоразрешение в 38 – 40 нед.



Алгоритм обследования и ведения женщин с аутосенсбилизацией к ХГЧ в послеродовом периоде

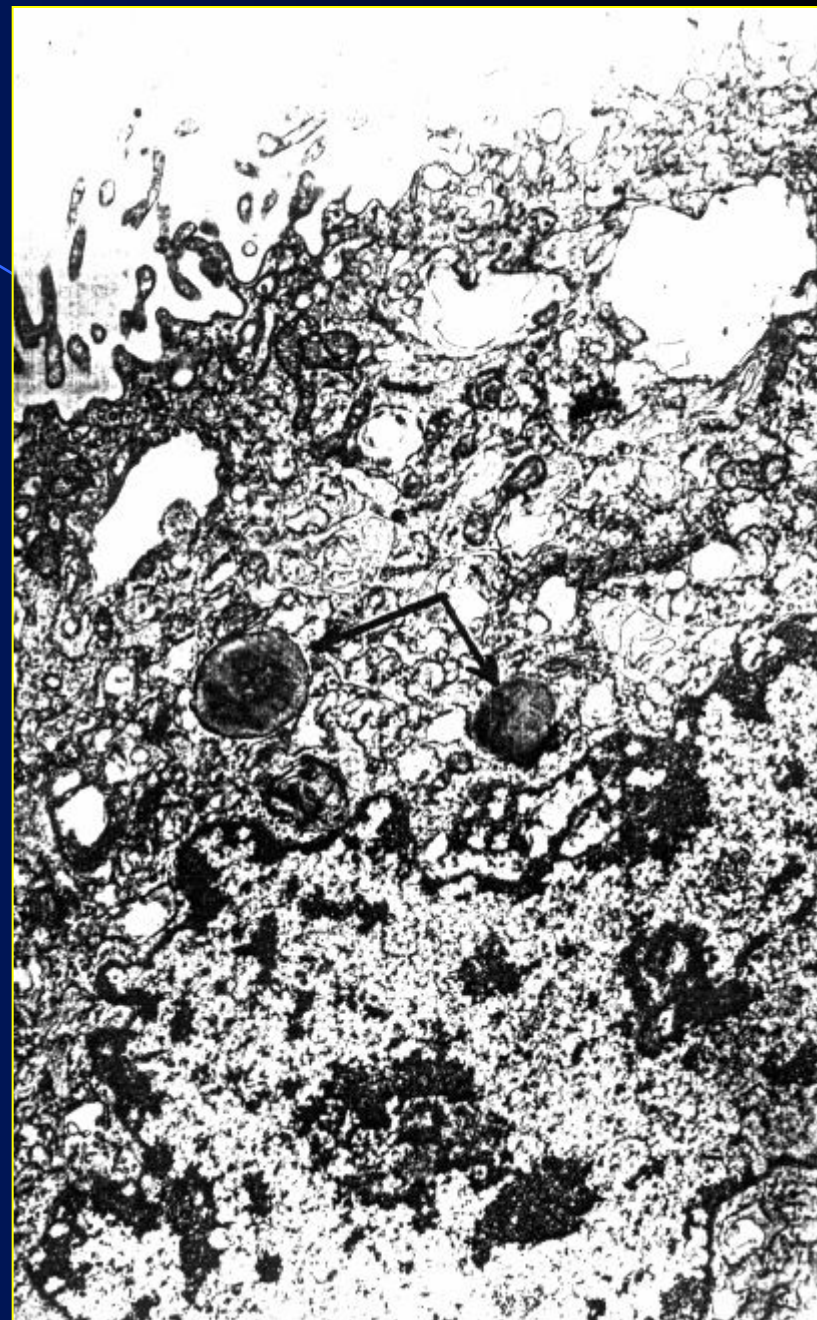


Постепенное снижение доз глюкокортикоидов (при использовании более 10 мг преднизолона во время беременности)

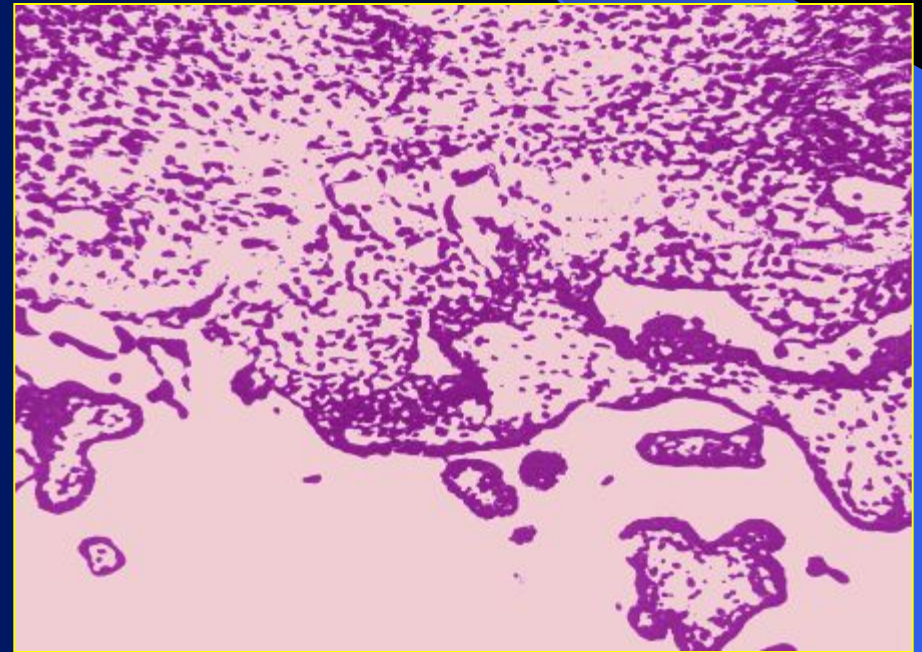
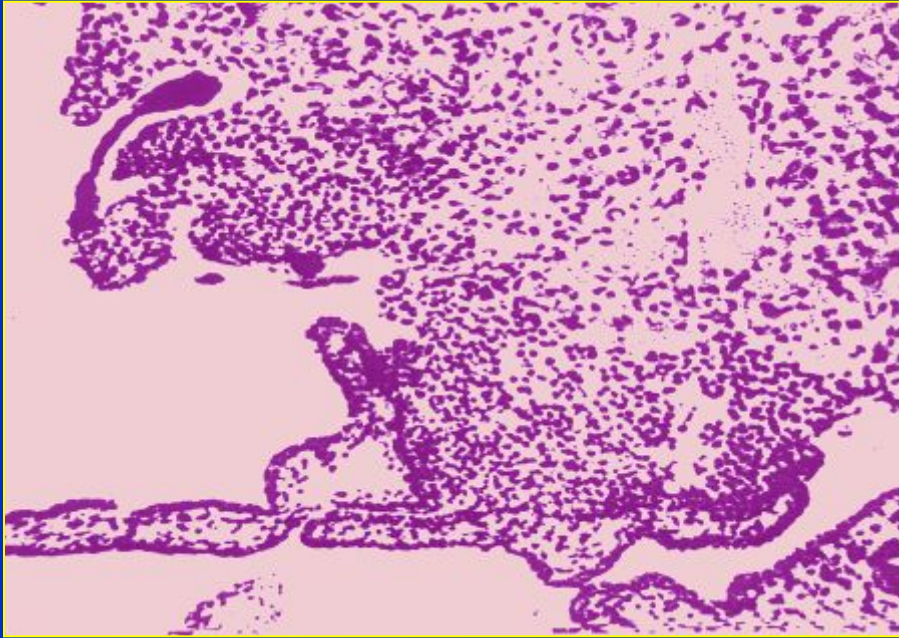
Контроль гемостазиологических показателей, противотромботическая терапия (при сочетании а-ХГЧ и АФА)

При патоморфологическом исследовании было установлено, что основное повреждающее воздействие антител к ХГЧ направлено на нарушение формирования ворсин хориона и плаценты с развитием дистрофии и некроза базального слоя децидуальной ткани.

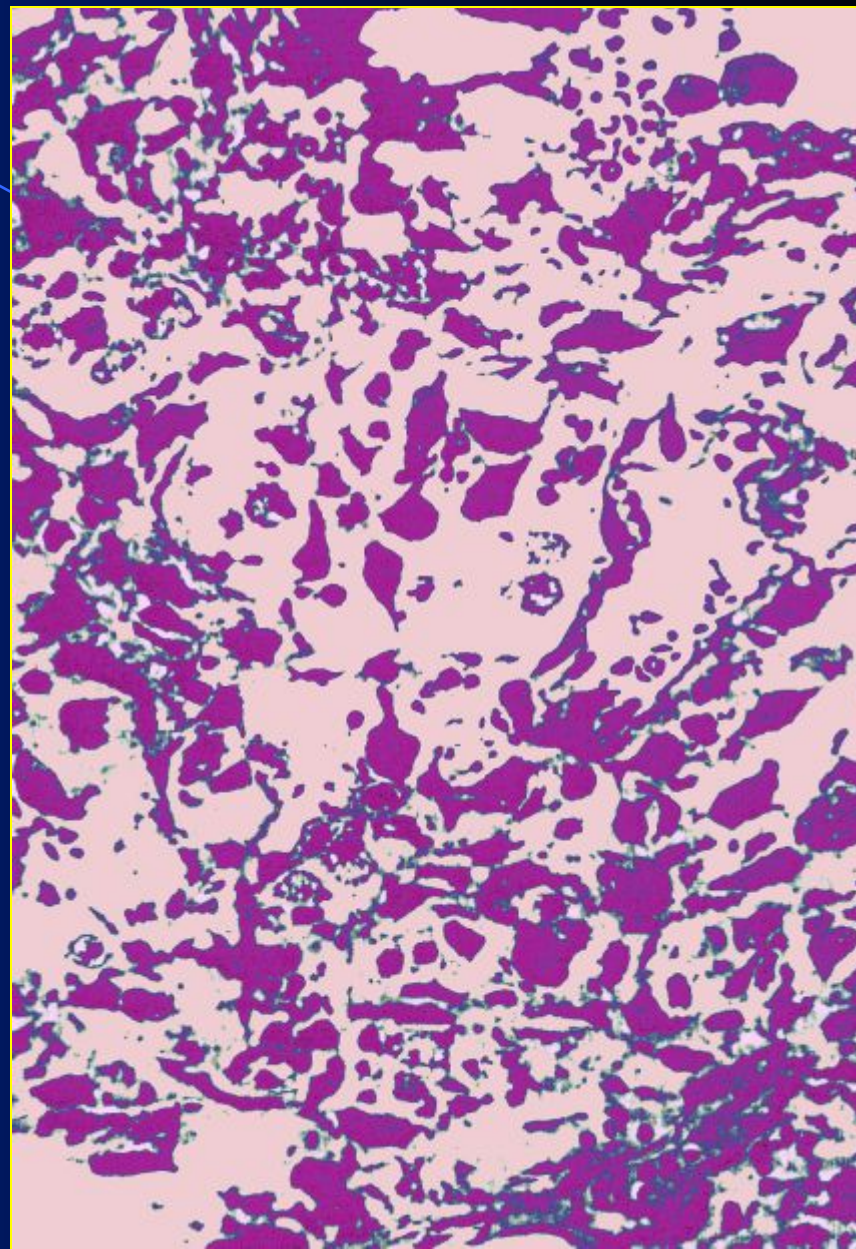
**Синцитиотрофобласт ворсины
плаценты при
аутоенсибилизации
к ХГЧ (ЭМ)**



Нарушение инвазии цитотрофобласта при аутоенсибилизации к ХГЧ



Дистрофия клеток d. basalis при аутоенсибилизации к ХГЧ



Гиперпродукция свободных симпластов при аутосенсibilизации к ХГЧ

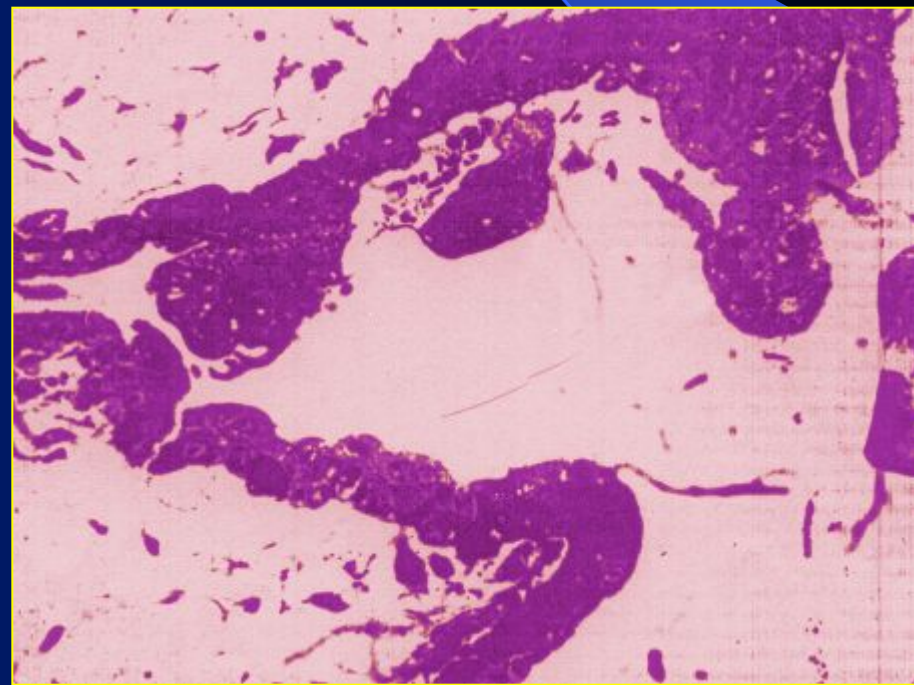


Схема патогенеза формирования первичной плацентарной недостаточности при аутосенсibilизации к ХГЧ

