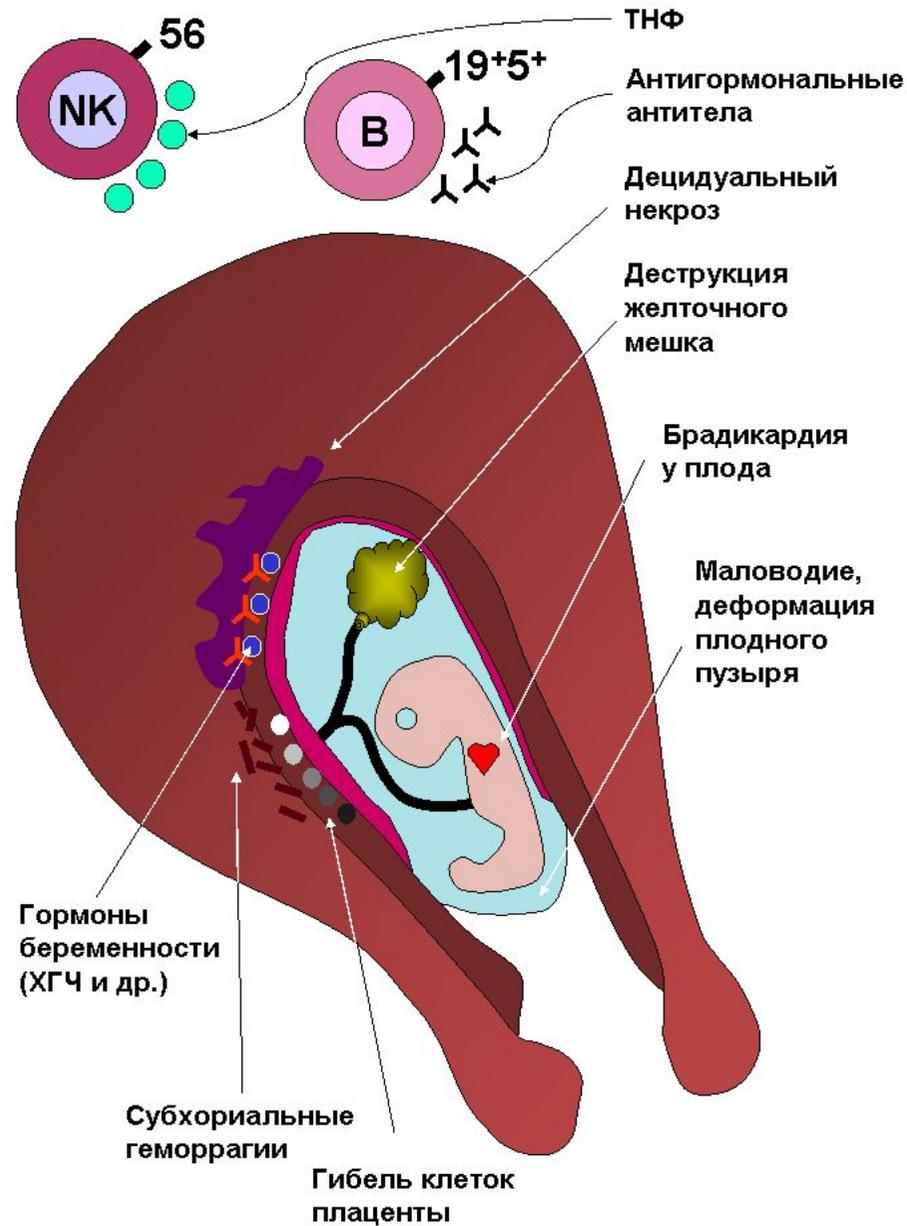


**АУТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К  
ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ  
ЧЕЛОВЕКА ПРИ СИНДРОМЕ ПРИВЫЧНОЙ  
ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

# 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<sup>+</sup>5<sup>+</sup>:
    - 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 аутосенсбилизацией к ХГЧ до беременности

*Определение факторов риска:*

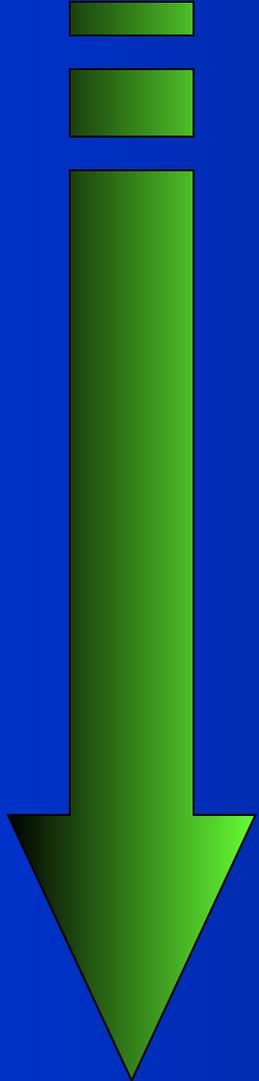
- Предшествующие самопроизвольные репродуктивные потери в  $7.8 \pm 0.2$ ,  $24.8 \pm 0.9$  и  $33.8 \pm 0.8$  нед.
- Рецидивирующие инфекционные заболевания
- Отягощенный аллергологический анамнез
- Искусственные аборты
- Использование гонадотропных препаратов

*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*

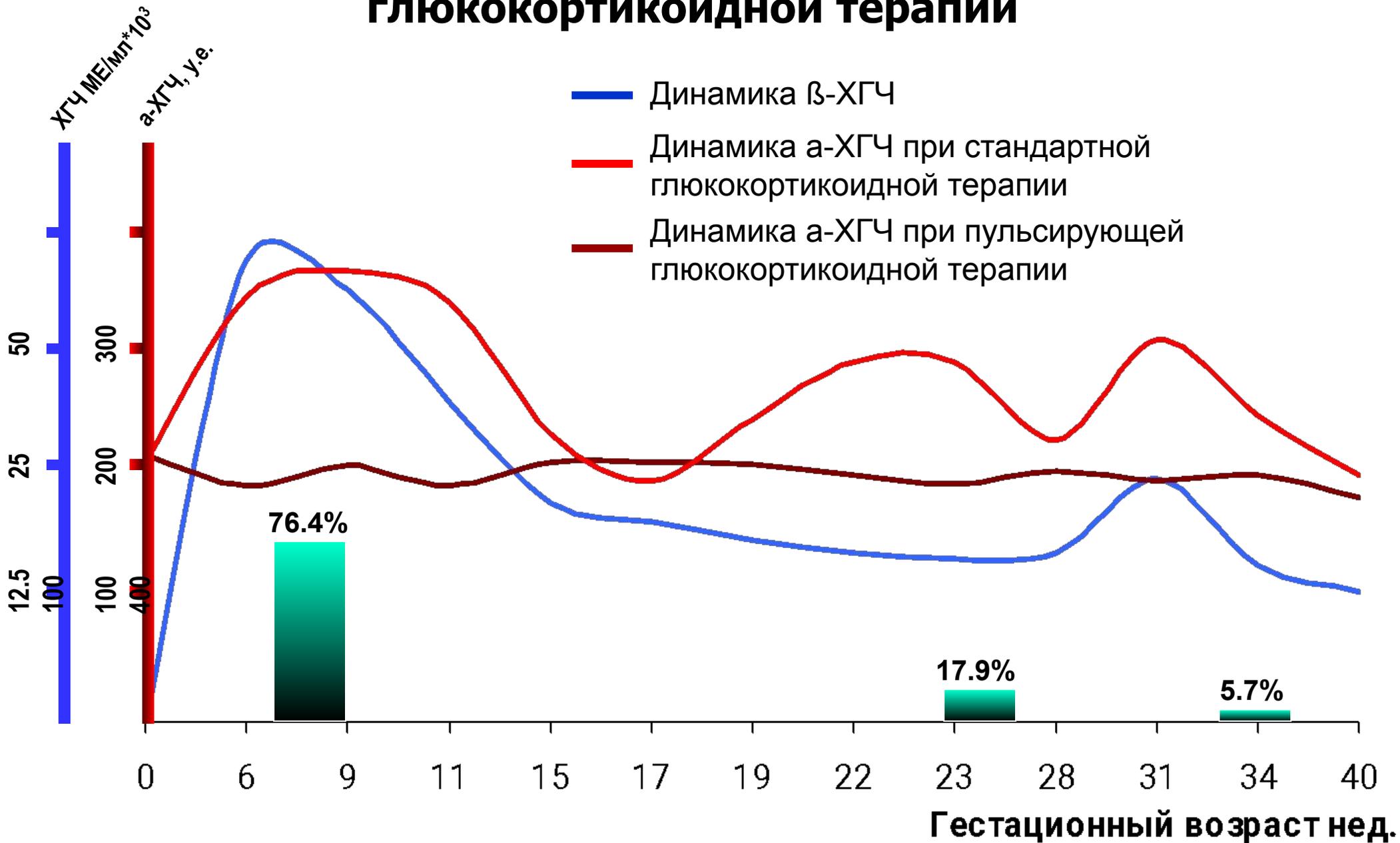
*Разрешение беременности*



# Факторы риска по развитию аутосенсibilизации к ХГЧ



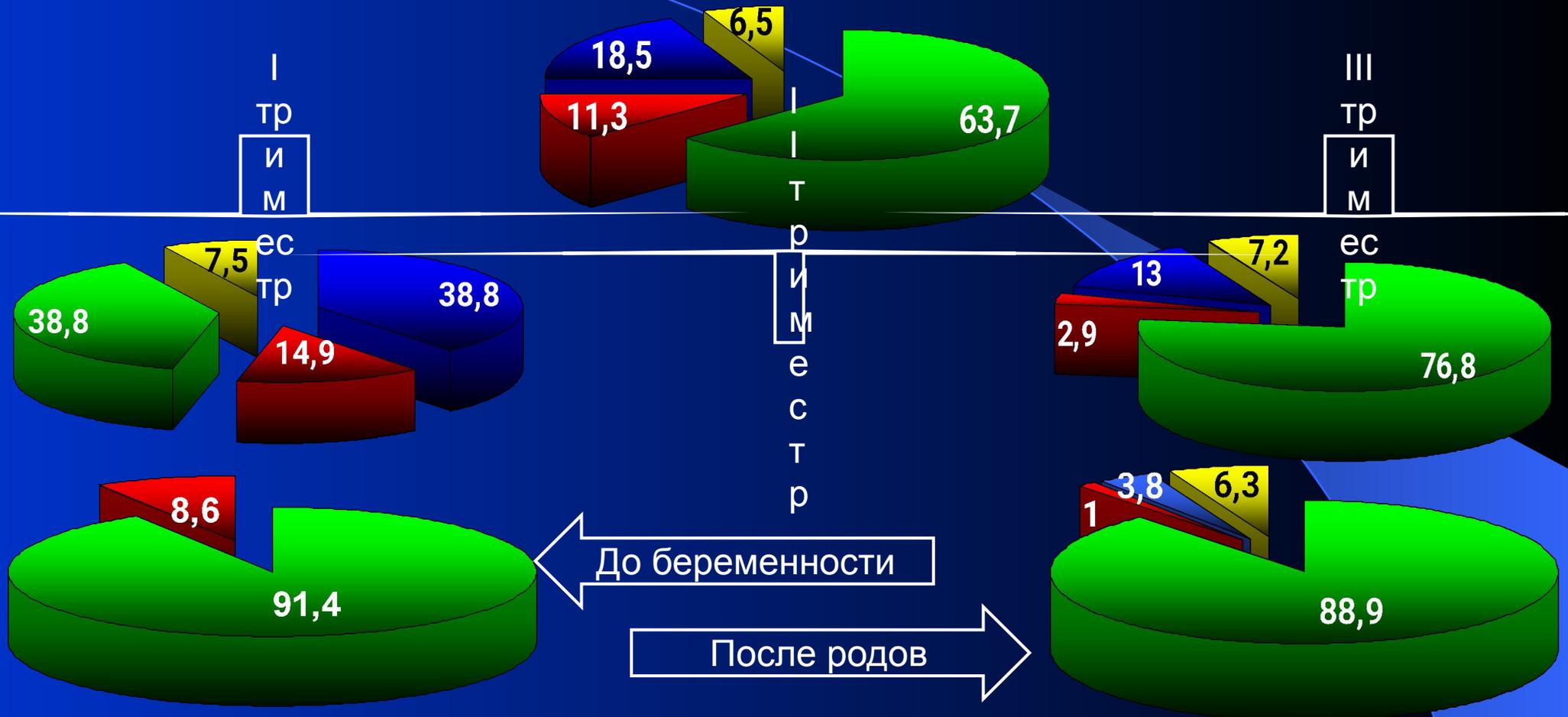
# Динамика ХГЧ, антител к ХГЧ при различных режимах глюкокортикоидной терапии



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  $\alpha$ -ХГЧ и АФА, характеризуется развитием хронической формы синдрома ДВС в основном во время беременности.

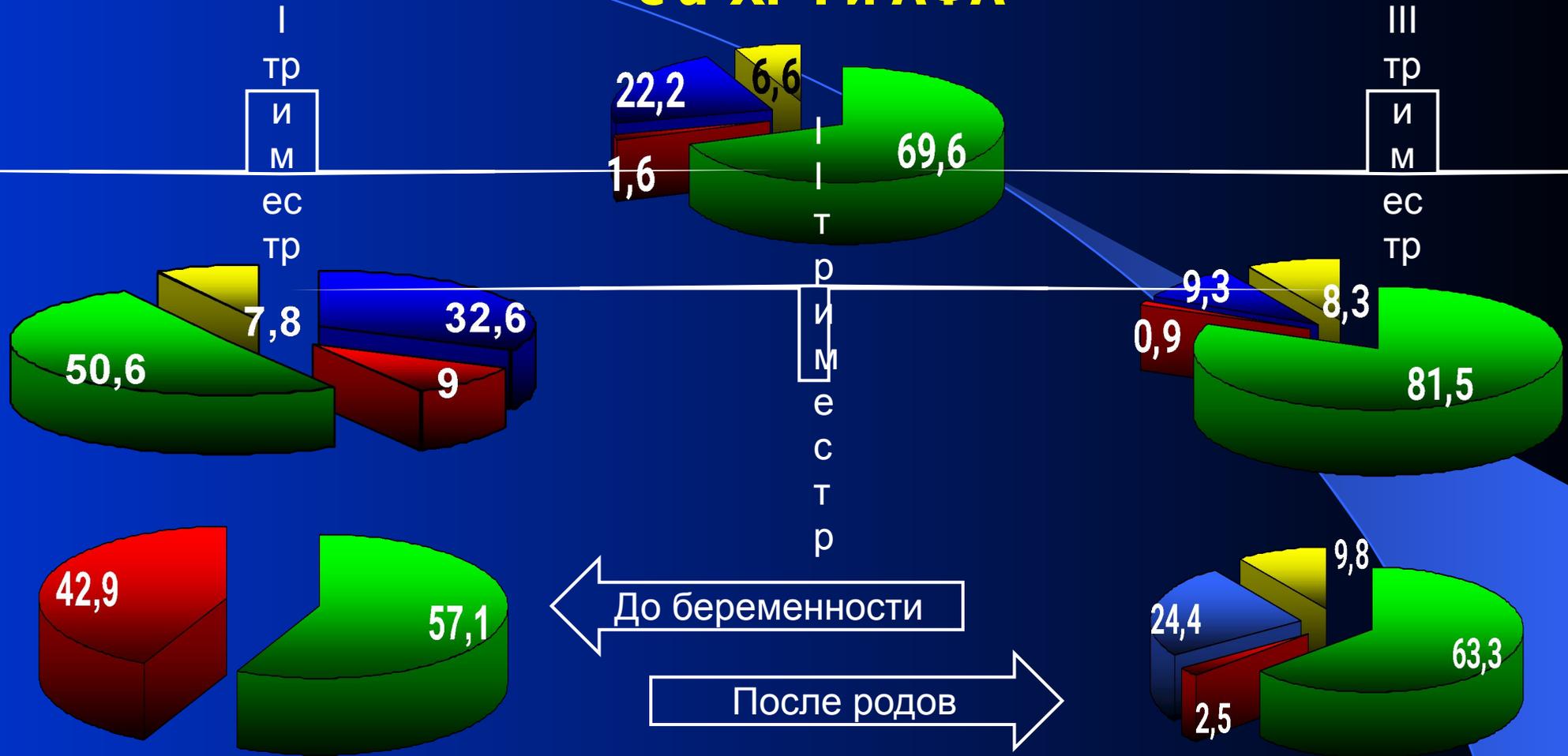
# Динамика показателей системы гемостаза у женщин с аутосенсibiliзацией к ХГЧ



■ 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

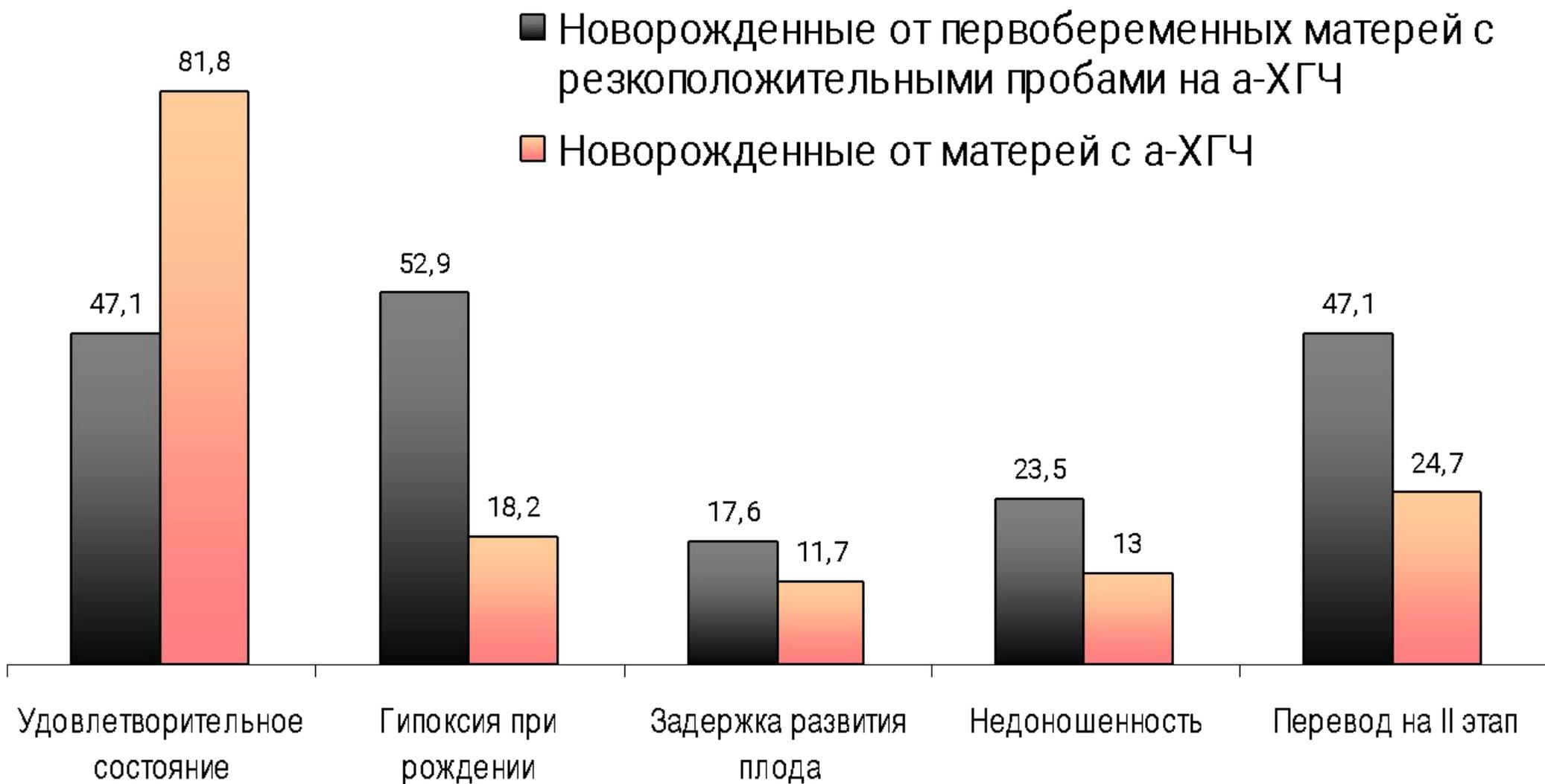
■ Преимущественная активация плазменного звена  
■ Преимущественная активация тромбоцитарного звена

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

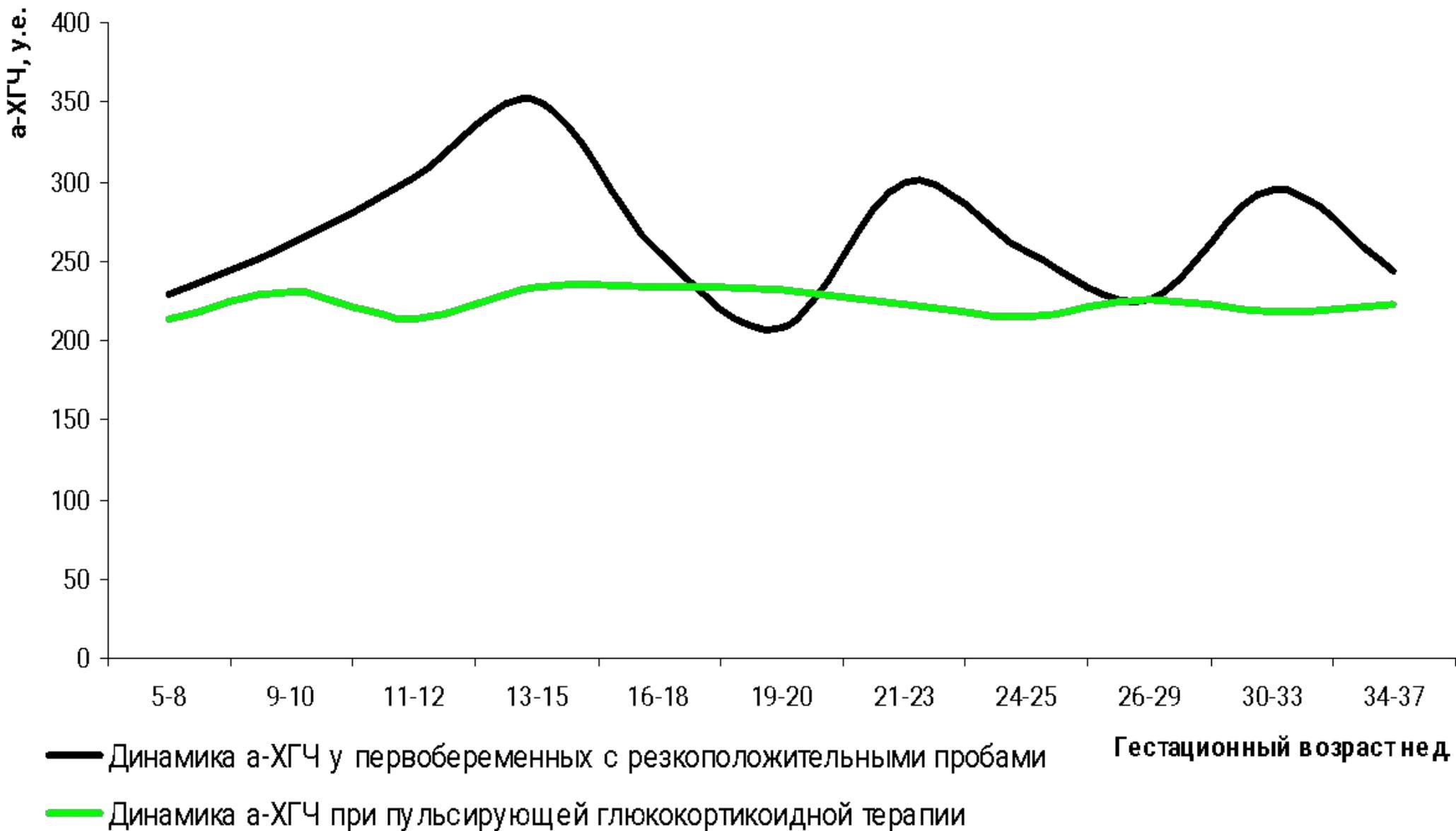
# Сравнительная характеристика состояния новорожденных от матерей с а-ХГЧ и матерей с а-ХГЧ и АФА



# 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  $\alpha$ -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.

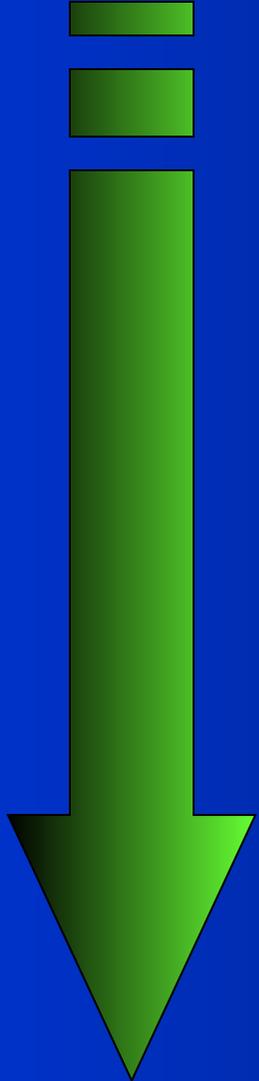
УЗИ:

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

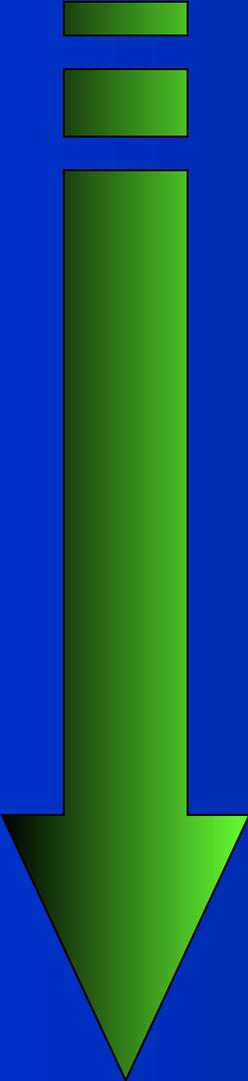
Допплерометрия с 24 нед. каждые 3 – 4 нед, по показаниям - чаще

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

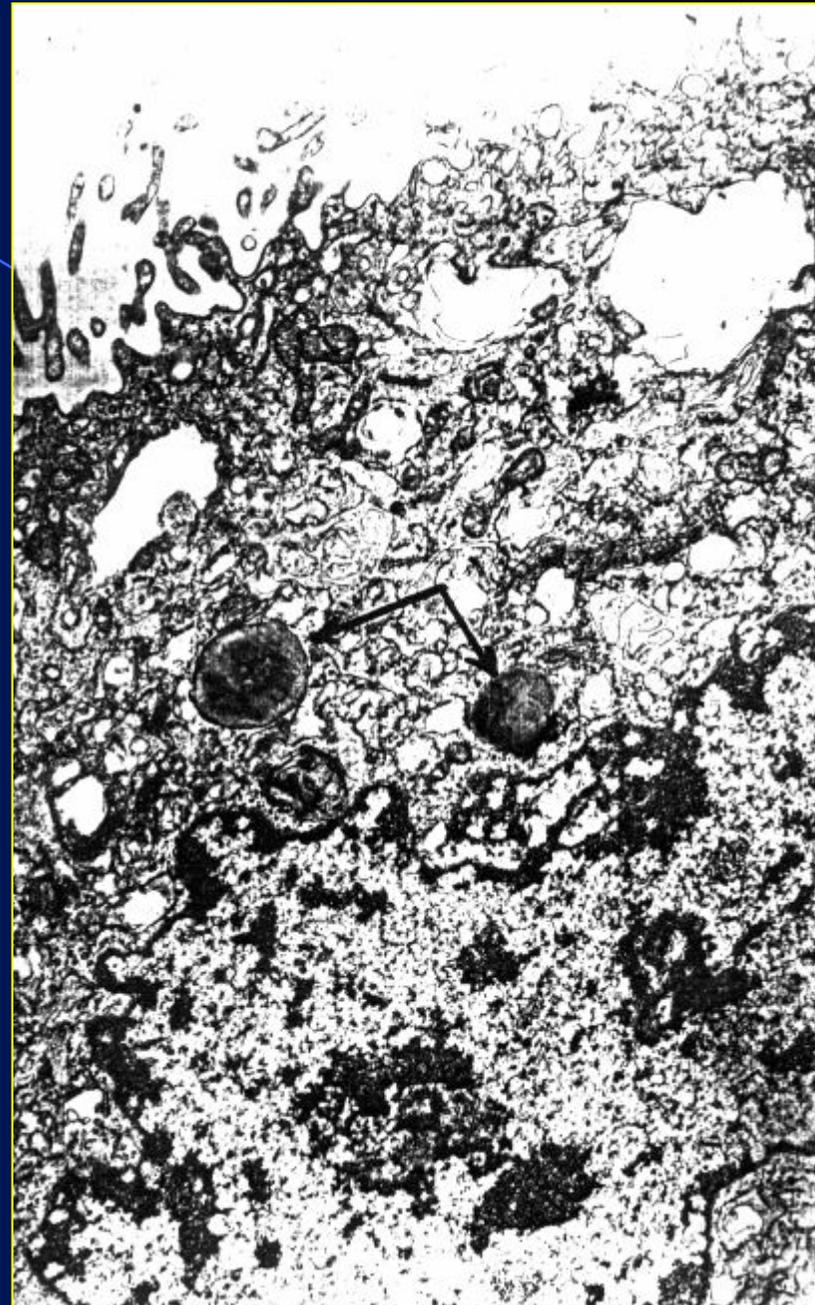


*Постепенное снижение доз глюкокортикоидов (при использовании более 10 мг преднизолона во время беременности)*

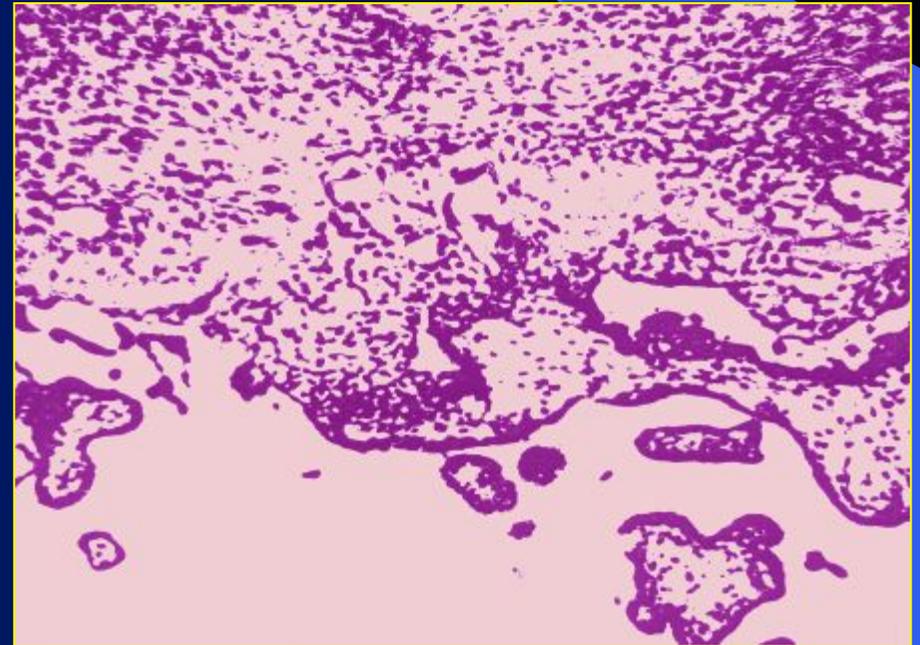
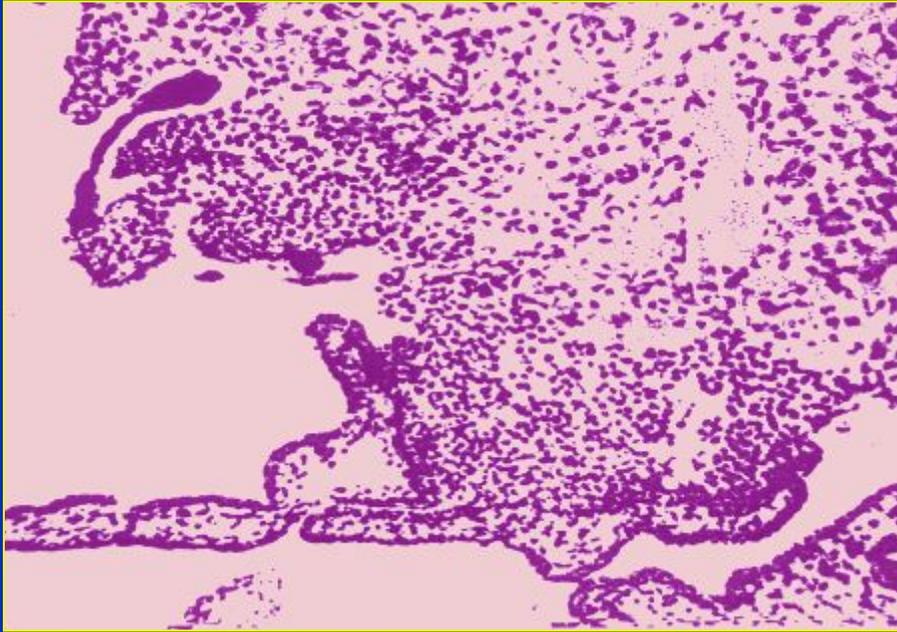
*Контроль гемостазиологических показателей, противотромботическая терапия (при сочетании а-ХГЧ и АФА)*

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.

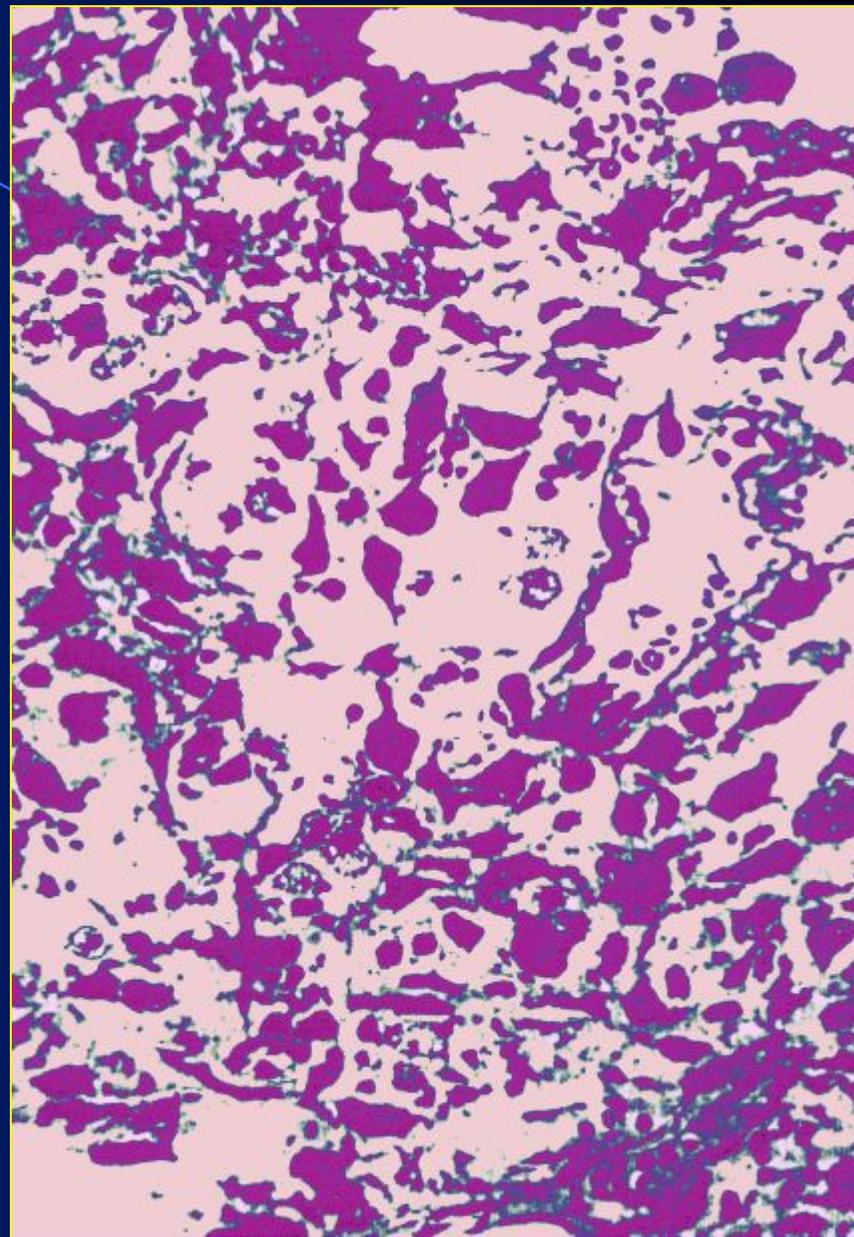
**Синцитиотрофобласт ворсины  
плаценты при  
аутоенсибилизации  
к ХГЧ (ЭМ)**



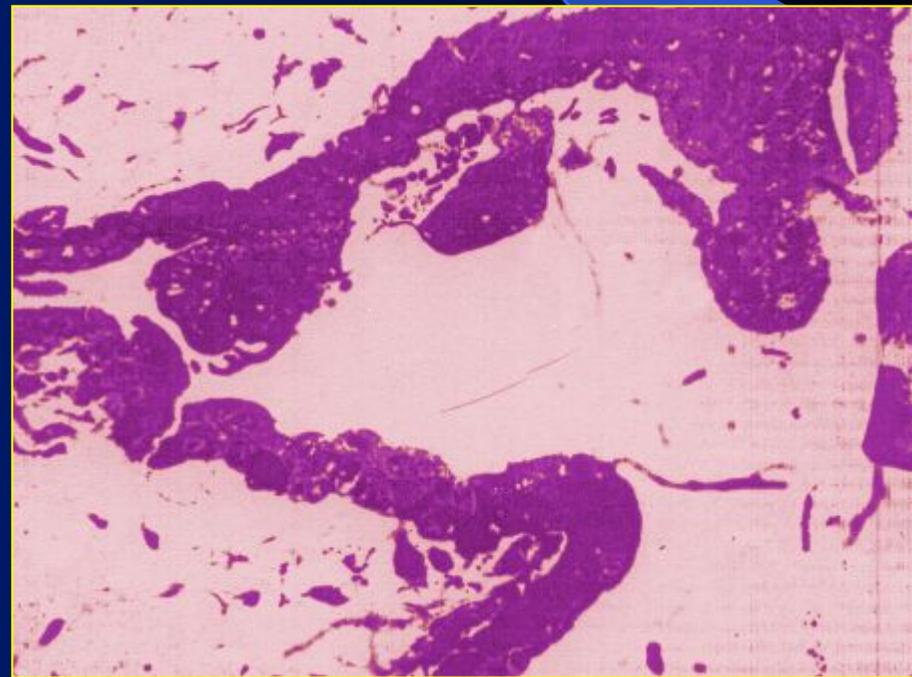
# Нарушение инвазии цитотрофобласта при аутоенсибилизации к ХГЧ



**Дистрофия клеток d. basalis при аутоенсибилизации к ХГЧ**



## Гиперпродукция свободных симпластов при аутосенсibilизации к ХГЧ



# Схема патогенеза формирования первичной плацентарной недостаточности при аутосенсбилизации к ХГЧ

