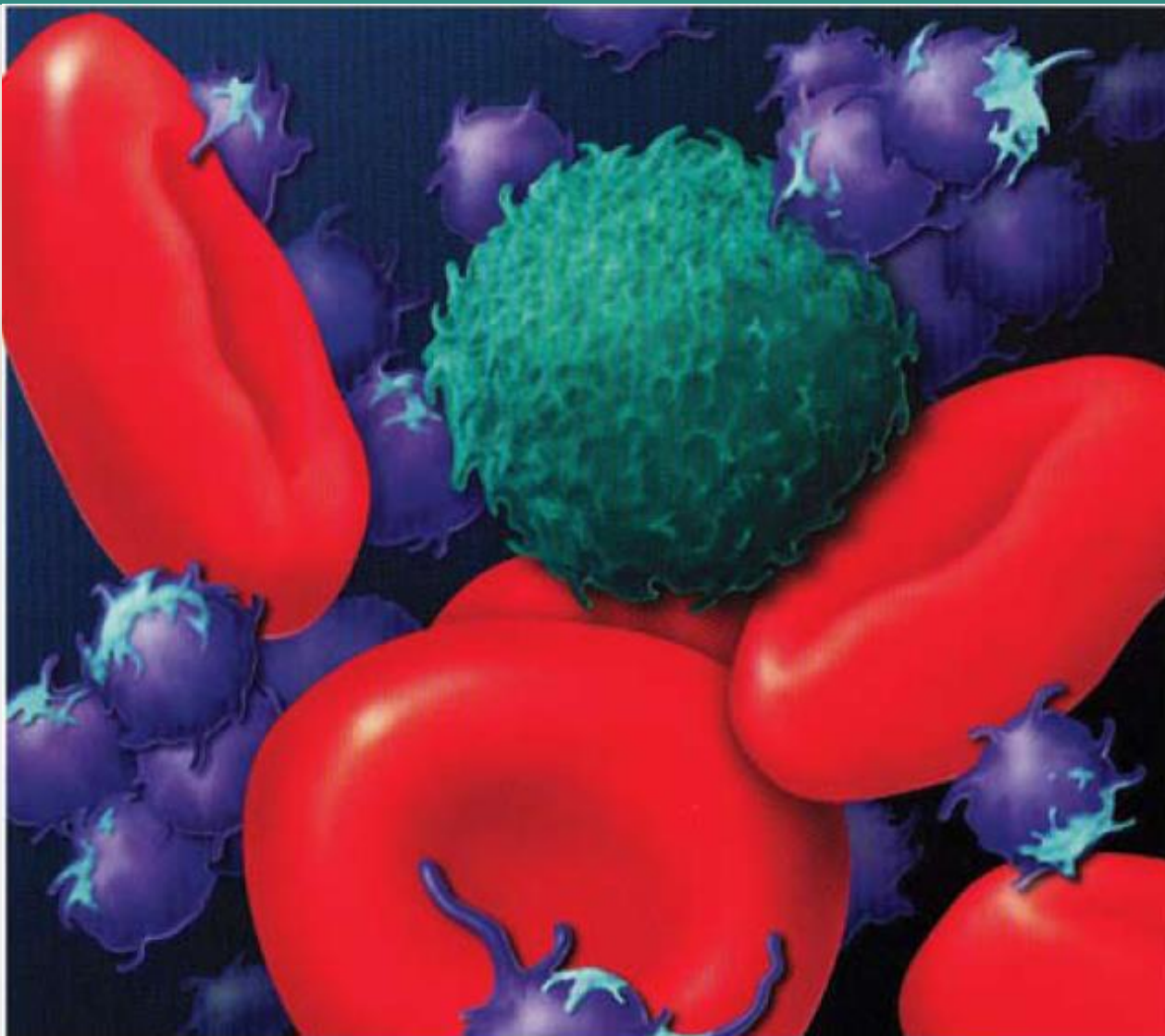


Тромбоцитопения при беременности







Тромбоцитопения определяется как $<150 \times 10^9/L$ и является вторым по частоте (после анемии) гематологическим нарушением при беременности.

Второе по частоте гематологическое нарушение при беременности.

Распространенность тромбоцитопении при беременности находится в пределах 6,6% - 11,6%.



Причины тромбоцитопении

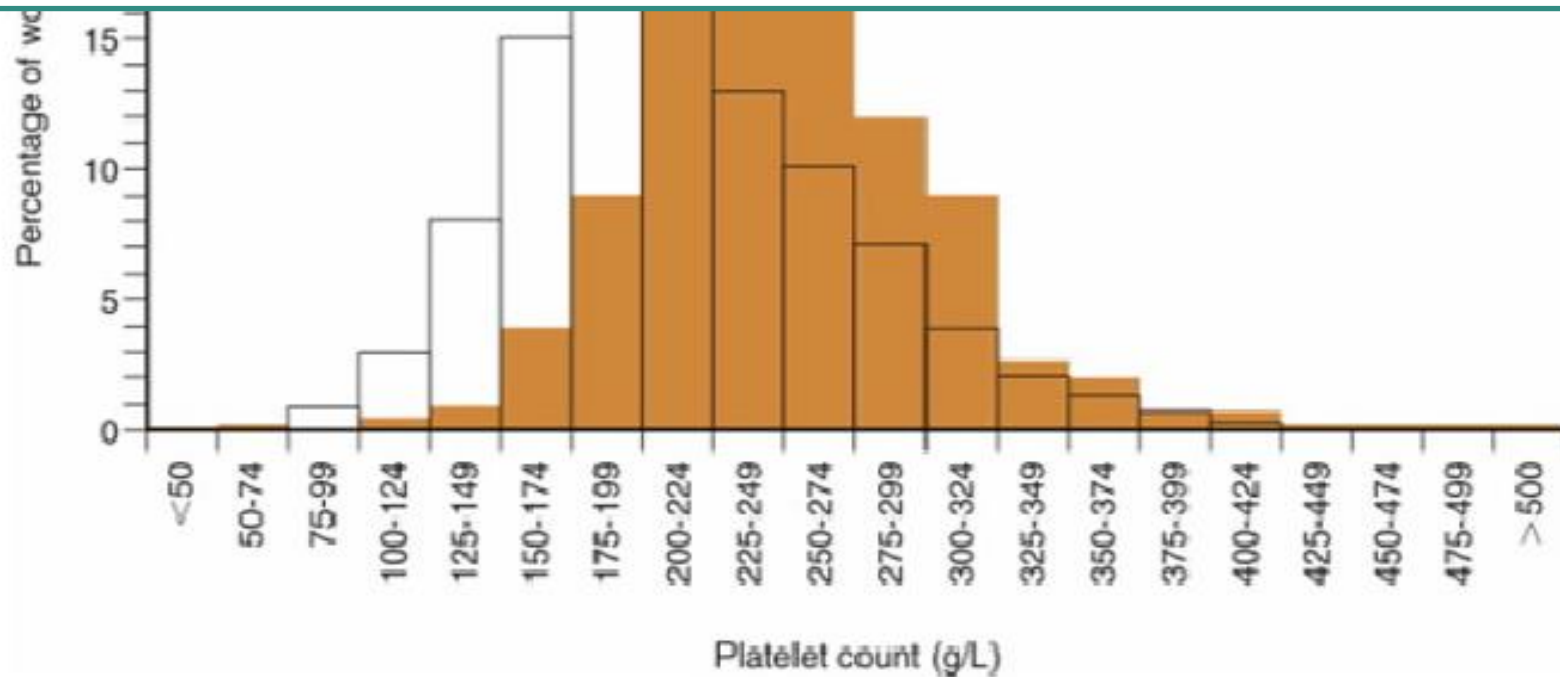


Специфичные для беременности	Неспецифичные для беременности
Гестационная тромбоцитопения (70%-80%)	Первичная иммунная тромбоцитопения ИТП (1%-4%)
Преэклампсия/ эклампсия (15%-20%)	Вторичная ИТП (<1%)
HELLP (<1%)	Лекарственно-индуцированная тромбоцитопения (<1%)
Острая жировая дистрофия (<1%)	Тип IIb болезни Виллебранда (<1%)
	Врожденная (<1%)
	Тромбоцитопения, связанная с системными нарушениями
	ТТП/ГУС (<1%)
	СКВ (<1%)
	АФС (<1%)
	Заболевания костного мозга (<1%)
	Дефицит питания (<1%)
	Секвестрация селезенкой (<1%)





Гестационная тромбоцитопения составляет около **70%-80%** всех случаев тромбоцитопении при беременности.





- Гемодилюция
- Повышенная активация
- Повышенное потребление

- Уровень снижения обычно не ниже $75 \times 10^9/L$
- Нет анамнеза тромбоцитопении (кроме предыдущих беременностей)
- Спонтанный регресс через 1-2 месяца после родов
- Отсутствует тромбоцитопения у плода

Гестационная тромбоцитопения не ассоциирована с неблагоприятными исходами для матери и ребенка.





- Образование аутоантител к гликопротеинам тромбоцитов
- Быстрый вывод связанных тромбоцитов из циркуляции макрофагами

Выявление тромбоцитопении $<100 \times 10^9/L$ на ранних сроках гестации и дальнейшее снижение уровня тромбоцитов с прогрессированием беременности, является наиболее достоверным признаком ИТП.

ИТП диагноз исключения. Необходимо полное клиническое обследование (ВИЧ, гепатиты, аутоиммунные заболевания и т.д.)





Нет никаких достоверных тестов, позволяющих отличить гестационную тромбоцитопению от ИТП

Мазок периферической крови остается основным диагностическим тестом при диагностике тромбоцитопении.

Исследование костного мозга крайне редко необходимо беременной с тромбоцитопенией и не требуется для установки диагноза ИТП.





При гестационной тромбоцитопении:

- частота обследования соответствует стандартам антенатального наблюдения
- контроль за регрессом заболевания через 1-3 месяца после родов

При ИТП:

- контроль уровня тромбоцитов каждые 2-4 недели в зависимости от стабильности показателей.
- при количестве тромбоцитов $< 75 \times 10^9/L$ после 34 недель гестации мониторинг 1 раз в неделю.





Задача терапии предотвратить кровотечение!

Лечение ИТП в первом и во втором триместре **оправдано если** у женщины:

- есть признаки патологической кровоточивости,
- уровень тромбоцитов $< 30 \times 10^9/L$ или
- предполагаются инвазивные вмешательства.

При подозрении на ИТП и уровне тромбоцитов $50 - 75 \times 10^9/L$ рекомендовано применение преднизолона по 10 мг один раз в день за 10 дней до предполагаемой даты родов.





Эффективность кортикостероидов при беременности достигает 70% - 80%.

Однако применение кортикостероидов при беременности сопряжено с рисками развития гестационного диабета, гипертензии. Эти препараты связывают так же с преждевременной отслойкой плаценты, дородовым излитием околоплодных вод и (при приеме высоких доз в первом триместре) с формированием расщелины твердого неба.



Какие препараты безопасны при беременности?



В качестве альтернативы многие авторы предлагают использовать иммуноглобулин (1 г/кг за 1 или 2 приема), который может быть полезен и с лечебной и с диагностической точки зрения.

Есть сообщения о безопасном применении Азатиоприна при беременности.

Значительный интерес представляет возможность применения в акушерстве агонистов тромбопэтин рецепторов (Eltrombopag и Romiplostin)..





Спленектомия может привести к ремиссии и по данным литературы не была связана с серьезными осложнениями если выполнялась до середины второго триместра беременности.





ИТП не является показанием к кесареву сечению

Выбор метода родоразрешения должен основываться на акушерской ситуации с ограничением процедур, увеличивающих риски геморрагических осложнений для новорожденного (е.г. щипцы, вакуум экстракция, забор проб крови/наложение электродов через головку плода)





Анте- или интранатальное исследование уровня тромбоцитов у плода с одной стороны несет риски геморрагий, а с другой не обладает значимой прогностической ценностью и поэтому не рекомендовано.





Безопасный уровень тромбоцитов для проведения обезболивания не установлен.

Принятая практика рекомендует отказ от нейроаксиальной анестезии при уровне тромбоцитов $< 75 \times 10^9/L$.

Использование донорских тромбоцитов для подготовки к регионарной анестезии считается неуместным, так как не гарантирует адекватный прирост и должно быть ограничено ситуацией остановки кровотечения.





Тромбоцитопения на уровне $100 \times 10^9/L$ развивается примерно у 15% новорожденных от матерей с ИТП.

Риск развития внутричерепных кровоизлияний 0% - 1,5%.

Нет никакой последовательной корреляции между тромбоцитопенией у плода и степенью тромбоцитопении у матери.



Каковы риски для новорожденного?



Определение уровня тромбоцитов должно быть выполнено сразу после рождения.

Если количество тромбоцитов в норме повторное исследование не требуется.

Если уровень тромбоцитов снижен мониторинг проводят ежедневно.

При количестве тромбоцитов $< 50 \times 10^9/L$ рекомендуется выполнить УЗИ головного мозга даже в отсутствии клиники.





Переливание **тромбомассы** и **в/в иммуноглобулин** (1г/кг - 2 дня) показано новорожденным с уровнем **тромбоцитов $< 30 \times 10^9/L$** или при более высоких цифрах, но с факторами риска или клиникой кровотечения.

Если количество **тромбоцитов $30-50 \times 10^9/L$** и нет геморрагического синдрома можно назначить **только в/в иммуноглобулин.**





Приблизительно у 15%-25% женщин гестационная гипертензия прогрессирует в преэклампсию.

Тромбоцитопения $< 50 \times 10^9/L$ развивается примерно у 5% женщин с преэклампсией.

HELLP синдром развивается у 10%-20% женщин с тяжелой преэклампсией.





Тяжесть течения коррелирует со степенью тромбоцитопении, **хотя** такие серьезные осложнения как кровотечения и разрывы печени происходили и при уровне **тромбоцитов $> 100 \times 10^9/L$.**





Основа лечения преэклампсии/эклампсии, HELLP и AFLP – родоразрешение.

Мета-анализ Cochrane 2004 года показал, что использование кортикостероидов для лечения HELLP не влияет на исходы для матери и плода.





Считаем рациональной практику применения кортикостероидов при тромбоцитопении $< 50 \times 10^9/L$

- до родов дексаметазон 10 мг каждые 12 часов 2-4 дозы и
- еще 2 дозы после родов





ТТР и HUS не являются специфичными для беременности состояниями, однако чаще встречаются именно у беременных женщин.

ТТР классически представлен пентадой симптомов из:

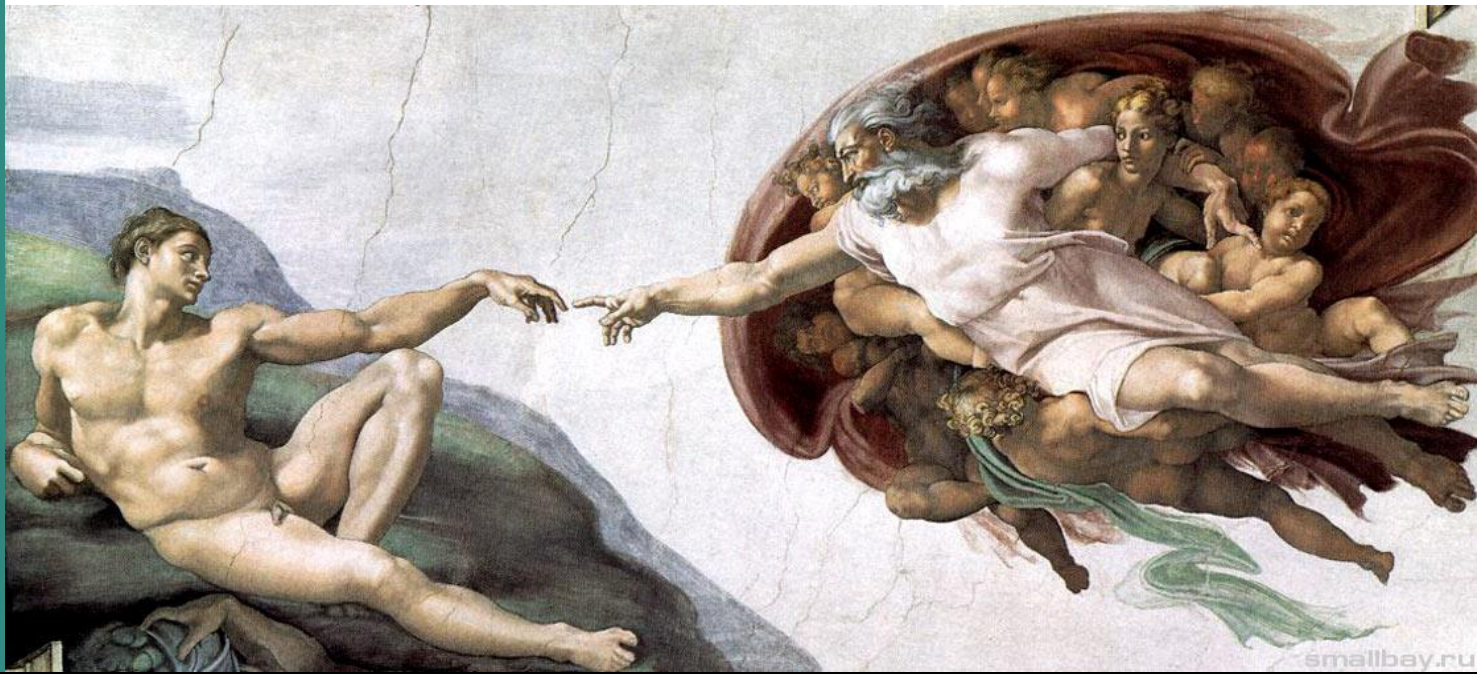
- микроангиопатической гемолитической анемии (МАНА),
- тромбоцитопении,
- неврологической дисфункции,
- лихорадки и
- нарушений функции почек.





Задача практического врача определить когда тромбоцитопения является относительно безопасным состоянием сопровождающим беременность, а когда первым и возможно единственным маркером тяжелой органной дисфункции, требующей максимума диагностических и терапевтических ресурсов.





Благодарю за внимание!

