

Борисевич А.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Научный руководитель: ст. преп. Пинчук Т.В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Антифосфолипидный синдром (АФС) - мультисистемное аутоиммунное заболевание, характеризующееся присутствием антифосфолипидных антител, распознающих и атакующих фосфолипид-связывающие белки. АФС приводит к тромбозам, опосредованно влияет на течение беременности с ранних сроков гестации, приводя к акушерским осложнениям и увеличивая риски прерывания беременности.

Цель: изучить особенности течения гестационного процесса и изменений в системе гемостаза у беременных с АФС в зависимости от варианта лечения и медицинской профилактики акушерских тромбоэмболических осложнений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 36 беременных с подтвержденным диагнозом АФС, наблюдавшихся в 4-ой женской консультации 1 ГКБ г. Минска в период с 2023 по 2024 гг. Статистическая обработка данных осуществлялась методами вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Исследуемая выборка женщин с АФС во время беременности была разделена на 2 группы в зависимости от варианта лечения и медицинской профилактики акушерских тромбоэмболических осложнений: в 1 группе (n=20) использовали только НМГ в профилактической дозе в соответствии с инструкцией по медицинскому применению и с учетом массы тела, во 2 (n=16) – сочетание профилактических доз НМГ и АСК (75 мг/сутки).

Медиана возраста женщин в основной группе составила 31 [29;34] лет, в группе сравнения – 33 [30;35] лет. Согласно критерию Манна-Уитни, статистически достоверных межгрупповых различий по возрасту отмечено не было.

Характеризуя в целом исследуемых беременных с АФС (n=36), у 94,44% были выявлены антифосфолипидные антитела (n=34), у 5,56% не обнаружены (n=2). По результатам анализа циркуляции различных видов АТ следует, что LA - 38,4% (n=14) выявлялся у большинства пациентов, aB2GP1- у 33,3% (n=12), гетерогенные АФЛ у 16,7% (n=6), aCL у 5,55% (n=2). 52,77% (n=19) являются носителями генов тромбогенного риска. У 91,66% (n=33) определен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, при этом наиболее часто регистрировались такие осложнения, как привычное невынашивание – 55,55% (n=20), неразвивающаяся беременность – 47,22% (n=17), неудачные попытки ЭКО – 19,44% (n=7), угроза выкидыша- 13,89% (n=5), преждевременные роды – 5,55% (n=2). При анализе показателей системы гемостаза в 1 группе наблюдались достоверно значимые более высокие значения D-димеров (n=8 (40,0%) против n=1 (6,25%); $\chi^2=5,400$, p= 0,021) и фибриногена (n=7 (35,0%) против n=1 (6,25%); $\chi^2=4,251$, p= 0,040).

При анализе АФС-ассоциированных акушерских осложнений беременности у пациентов исследуемых групп выявлено, что в 1 группе частота их встречаемости оказалась значительно выше: ПОНРП (n=7 (35,0%) против n=1 (6,25%); $\chi^2=4,251$, p= 0,040), ХФПН (n=11 (55,0%) против n=3 (18,75%); $\chi^2=4,915$, p= 0,027), ЗВУР (n=5 (25,0%) против n=1 (6,25%), $\chi^2=2,250$, p= 0,134), антенатальная гибель плода (n=2 (10,0%) против n=0 (0%); $\chi^2=1,694$, p= 0,194), преэклампсия (n=7 (35,0%) против n=2 (12,5%); $\chi^2=2,400$, p= 0,122).

Выводы. Для АФС характерно изменение показателей системы гемостаза, в особенности повышение уровня D-димеров и фибриногена, а также высокий риск развития акушерских осложнений беременности (ПОНРП, ХФПН, маловодие, антенатальная гибель плода). При этом использование комбинированной терапии НМГ+АСК является более эффективным в регуляции системы гемостаза и профилактике акушерских осложнений беременности в сравнении с однокомпонентной терапией НМГ.