

В. В. Конохова

**БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ НА ФОНЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО
СИНДРОМА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. С. Н. Царёва

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Приведены особенности течения беременности и ее исход у женщин с антифосфолипидным синдромом, прошедших прегравидарную подготовку и у беременных без прегравидарной подготовки.

Ключевые слова: антифосфолипидный синдром, беременность, роды.

Resume. *There are features of pregnancy and its outcome in women with antiphospholipid syndrome, who underwent pregravid preparation and in pregnant women without pregravid preparation.*

Keywords: antiphospholipid syndrome, pregnancy, parturition.

Актуальность. Основной задачей современного акушерства является снижение числа репродуктивных потерь. В решении данной проблемы определенную роль играет антифосфолипидный синдром (АФС).

Распространенность АФС в популяции составляет около 5%. Частота встречаемости данной патологии среди пациенток с привычной потерей беременности составляет 27-42% и не имеет тенденции к снижению. АФС значительно влияет на демографические показатели, характер изменения которых ставит проблему АФС и беременность в ряд наиболее важных в современном акушерстве. Данная проблема приобретает не только медико-биологическое, но и важное социальное значение [1 – 3].

В настоящее время решена проблема диагностики АФС, разработаны стандарты прегравидарной подготовки, ведения пациенток во время беременности. Однако, не смотря на достигнутые успехи, частота потери плода у беременных с АФС остается стабильной и высокой. Это указывает на трудности, возникающие при ведении этой группы пациенток. С одной стороны, они обусловлены особенностями патогенетических механизмов заболевания и широким спектром клинических проявлений данной патологии. С другой стороны – трудностью лабораторной диагностики и отсутствием адекватного мониторинга осложнений, возникающих во время беременности. Выше изложенное свидетельствует о том, что данная проблема полностью не решена и требует дальнейшего ее изучения.

Цель: Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с АФС.

Задачи:

1. Проанализировать течение беременности на фоне АФС и сравнить полученные результаты у беременных с физиологическим течением беременности.
2. Сравнить особенности течения беременности, ее исход у беременных с АФС, прошедших прегравидарную подготовку и у беременных с АФС без прегравидарной подготовки.
3. Изучить особенности системы гемостаза у беременных с АФС.
4. Определить оптимальные способы родоразрешения.
5. Оценить состояние новорожденных, родившихся от матерей, страдающих АФС.
6. Разработать диагностические критерии, позволяющие прогнозировать неблагоприятный исход беременности и оптимизировать практику ведения данной группы беременных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 60-ти индивидуальных карт и историй родов беременных с АФС, наблюдавшихся на базе 4 женской консультации г. Минска и родоразрешенных в РНПЦ «Мать и дитя» за период 2013–2016 гг.

Основную (I группу) составили 60 беременных с АФС. Диагноз АФС выставился на основании диагностических критериев (клинических и лабораторных) совместно с гематологом. Контрольную (II группу) составили 35 женщин с физиологическим течением беременности.

Для оценки влияния прегравидарной подготовки на течение и исход беременности пациентки I группы были подразделены на 2 подгруппы: IA, которую составили 44 (73,3%) беременных, прошедшие прегравидарную подготовку, и IB, в которую вошли 16 (26,7%) беременных, не прошедшие прегравидарную подготовку.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программы Statistica 7.0. Корреляционный анализ выполняли путем определения коэффициентов корреляции по Спирмену. Во всех случаях результаты принимали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$.

Результаты и их обсуждение. Сравнимые группы статистически не различались по возрасту ($p < 0,05$). Средний возраст пациенток основной группы составил $31,2 \pm 0,5$ г., контрольной группы – $26,3 \pm 3,1$. Среди беременных основной группы 46 (76,7%) пациенток были молодого репродуктивного возраста (до 35 лет), 14 (23,3%) пациенток – в возрасте старше 35 лет.

В основной группе беременных клиническими критериями АФС явились: 1 и более эпизодов смерти плода в срок 10 и более недель (у 10% женщин, $n=6$); 1 и более эпизодов преждевременных родов в сроке до 34 недель беременности (у 8,3% женщин, $n=5$); 3 и более эпизодов последовательных спонтанных абортов в сроки до 10 недель гестации (у 13,3% женщин, $n=8$).

Лабораторными критериями АФС были: наличие волчаночного антикоагулянта у 20% женщин, $n=12$; наличие антикардиолипидных антител у 13,3% женщин, $n=8$; наличие $\alpha 2$ -гликопротеина-1 у 11,6% женщин, $n=7$.

Прегравидарную подготовку проходили 44 беременные, что составляет 73,3% от общей группы. 16 (26,7%) беременных прегравидарную подготовку не прошли, так как 12 (75 %) пациенток имели незапланированную беременность, у 4 (25%) беременных диагноз АФС был выставлен впервые во время беременности.

Частота сопутствующей экстрагенитальной патологии у беременных основной группы достоверно выше по сравнению с контролем и составила 97,5% ($n=58$), против 16% ($n=6$) в контроле ($p < 0,05$) (рисунок 1).

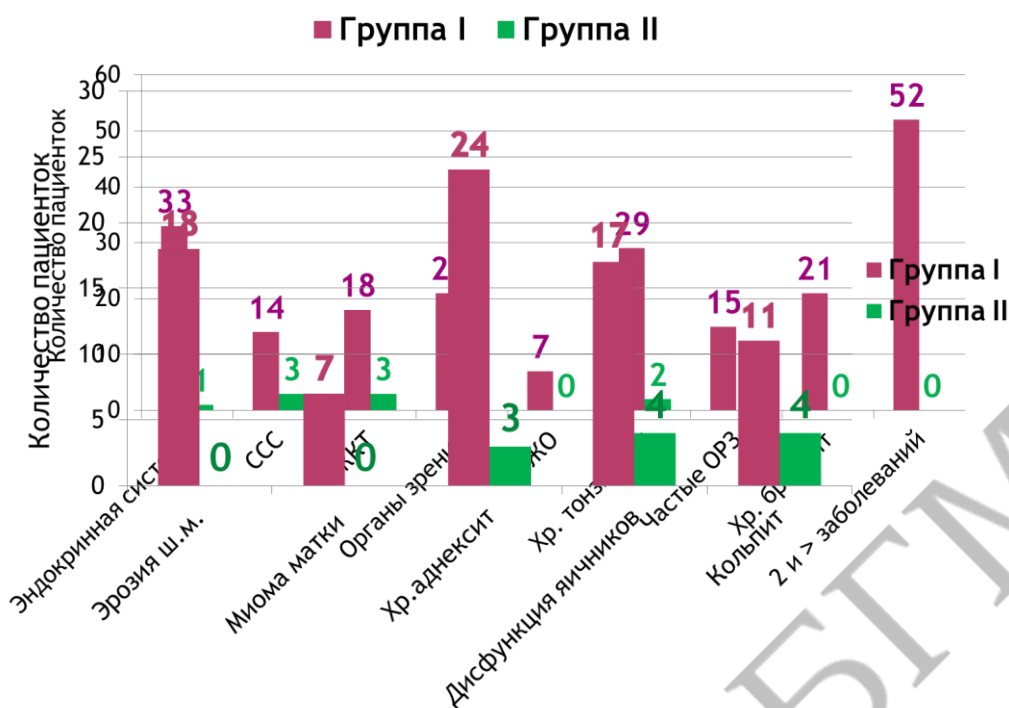


Рисунок 1 – Структура экстрагенитальной патологии в основной и контрольной группах

Сопутствующую гинекологическую патологию имели 98,5% (n=58) беременных основной группы и 31,4% (n=11) пациенток контрольной группы. Из гинекологических заболеваний у беременных основной группы на первом месте стоят хронические рецидивирующие аднекситы с частыми обострениями (рисунок 2).

Рисунок 2 – Структура гинекологических заболеваний в основной и контрольной группах

Частота урогенитальных инфекций в основной группе составила 32,8% (n=20), в контроле – 14,3% (n=5). Основными инфекциями явились хламидиоз, цитомегаловирусная (ЦМВ) и герпетическая инфекции, каждая из которых достоверной чаще (p<0,05) встречалась в I группе.

Изучены особенности течения беременности у пациенток IA и IB и контрольной групп. У беременных с АФС (в обеих подгруппах) достоверно чаще наблюдалось осложненное течение беременности по сравнению с контролем (p<0,05). При этом в подгруппе IA по сравнению с подгруппой IB беременность чаще осложнялась поздним гестозом, хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН), угрозой прерывания беременности, многоводием (таблица 1).

Таблица 1. Осложнения беременности в обследуемых группах

Осложнения	Группа IA	Группа IB	Контроль
Угроза прерывания беременности	29,5%, n=13	56,3%, n=9	8,6%, n=3

(I триместр)			
Угроза прерывания беременности (II триместр)	36,4%, n=16	75%, n=12	11,4%, n=4
Поздний гестоз	25%, n=11	56,3%, n=9	n=0
Преждевременные роды	2,3%, n=1	31,3%, n=5	n=0
ХФПН	40,9%, n=18	68,7%, n=11	n=0
Многоводие	27,3%, n=12	62,5%, n=10	5,7%, n= 2
Маловодие	15,9%, n=7	25%, n=4	n=0

Изучена система гемостаза у обследуемых пациенток: отмечается тенденция к гиперкоагуляции. При этом наиболее выраженная гиперкоагуляция определялась повышенным уровнем фибриногена и низким показателем активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). В подгруппе IV коагуляция была более выражена по сравнению с контролем и подгруппой IA. В подгруппе IA все показатели находились в пределах близких к физиологическим (таблица 2).

Таблица 2. Показатели гемостаза в обследуемых группах во II триместре беременности

Показатели гемостаза	Подгруппа IA	Подгруппа IV	Контроль
Фибриноген, г/л	3,43 ± 0,01	4,08 ± 0,04	2,4 ± 0,04
АЧТВ, с.	17,4 ± 0,3	16,1 ± 0,8	21,7 ± 0,3
Антитромбин-III, (активность, %)	110,6 ± 0,25	109,6 ± 1,41	111,1 ± 2,5
Тромбоциты, 10⁹/л	408 ± 0,41	429 ± 0,4	397 ± 0,32
Д-димеры, нг/мл	502 ± 1,4	517 ± 1,52	361 ± 1,21

Так как диагноз АФС не является прямым показанием к операции кесарево сечение, то большинство пациенток основной группы (68,3%, n=41) были родоразрешены естественным путем. 31,7 % (n=19) беременных были родоразрешены путем операции кесарево сечение в плановом и экстренном порядке.

Осложнениями родов у пациенток основной группы явились: несвоевременное излитие околоплодных вод (39,1%, n=16), аномалии родовой деятельности (21,9%, n=9), разрыв мягких тканей (7,3%, n=3).

Проанализировано состояние детей, родившихся от матерей с АФС. Благодаря правильной тактики лечения, все новорожденные имели удовлетворительное состояние. Из них с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов было 83,3% (n=50), с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов – 16,7% (n=10).

Выводы:

1 Наиболее выраженная клиническая симптоматика АФС оказалась у беременных молодого репродуктивного возраста (до 35 лет), что не согласуется с данными литературы.

2 Частыми осложнениями беременности на фоне АФС являются: гестоз, ХФПН, угроза прерывания беременности, многоводие.

3 Проведение прегравидарной подготовки позволяет стабилизировать гемостазиологические нарушения у беременных и снизить риск и число осложнений во время беременности.

4 АФС у беременных часто сочетается с бактериальной и вирусной инфекциями, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

5 Наиболее значимым прогностическим критерием неблагоприятного исхода беременности является повышенный уровень фибриногена и сниженный показатель АЧТВ.

V. V. Konohova

PREGNANCY AND PARTURITIONS ON THE BACKGROUND OF ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

Tutor PhD, associate professor S. N. Tsaryova

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Можейко, Л. Ф. Антифосфолипидный синдром: диагностика, клиника, прегравидарная подготовка, ведение беременности, родов и послеродового периода : учеб. – метод. пособие / Л. Ф. Можейко, Е. В. Терешко. – Минск: БГМУ, 2013. – 27 с.

2. Сидельникова, В. М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием : метод. пособия и клинич. протоколы / В. М. Сидельникова. – М: МЕДпресс-информ, 2010. – 219 с.

3. Савельева, Г. М. Акушерство / Г. М. Савельева, В. И. Кулаков, А. Н. Стрижаков. – М: Медицина, 2000. – 816 с.