

Антифосфолипидный синдром в акушерстве

Доцент кафедры акушерства и
гинекологии лечебного факультета, к.м.
н. Турлупова Т.И.

Антифосфолипидный синдром(АФС)

Это аутоиммунный процесс с образованием антител к **фосфолипидам** – универсальным компонентам клеточной мембран и митохондрий.

Фосфолипиды принимают участие в формировании тромбоцитов, эритроцитов, эндотелия сосудов, нервной ткани.

Широкое распространение фосфолипидов определяет системный характер клинических проявлений при АФС

Первичный и вторичный АФС

Вторичный АФС ассоциирован с аутоиммунными, онкологическими, инфекционными заболеваниями, а также с воздействием некоторых лекарственных препаратов и токсичных веществ.

О первичном АФС можно говорить при отсутствии перечисленных заболеваний и состояний.

- Изучение антител к фосфолипидом началось в 1907 году с разработки Wassermann лабораторного метода диагностики сифилиса, когда в крови больных сифилисом были обнаружены антитела, реагирующие с экстрактом печени плода с врожденным сифилисом. Позже установлено, что активным антигенным компонентом в этой тест-системе является фосфолипид, получивший название кардиолипин.

В 50-е годы было выявлено, что положительная реакция Вассермана иногда бывает у больных системной красной волчанкой (СКВ) при отсутствии клинических признаков сифилиса, что явилось основанием для введения термина «ложноположительная реакция Вассермана». В эти же годы было установлено, что сыворотка больных СКВ способна в опытных условиях **подавлять фосфолипидзависимые коагуляционные реакции**, не влияя на активность специфических факторов свертывания.

Циркулирующий в крови сывороточный ингибитор был назван «волчаночный антикоагулянт» (ВА).

В ходе клинических наблюдений установлено, что присутствие **ВА** ассоциируется не с **кровоточивостью**, как можно было бы ожидать с учетом способности антител в опытных условиях удлинять время свертывания крови, а с **частым развитием тромбозов**.

АФС – это мультисистемное заболевание, которое характеризуется:

1. Повышением уровня антифосфолипидных антител
2. Иммунной тромбоцитопенией
3. Артериальными и венозными тромбозами
4. Неврологическими расстройствами
5. Проявлениями кожными (некрозы, изъязвления, сетчатое ливедо и др.) почечными (почечная недостаточность, тромбоз почечной вены\артерии), легочными (легочная гипертензия, ОРДС), костными (остеонекроз), сердечно-сосудистыми и т.д.

**Катастрофический АФС (опустошающая
невоспалительная васкулопатия) полиоргананная
недостаточность**

-
- **Катастрофический АФС (опустошающая невоспалительная васкулопатия) полиоргананная недостаточность, развивающаяся вследствие рецидивирующих тромбозов в сосудах различных органов в течение короткого промежутка времени.**

ДФС в акушерстве

1. Повторяющаяся гибель плода на ранних сроках беременности
2. Тромбозы сосудов плаценты
3. Задержка внутриутробного развития плода в связи с фето-плацентарной недостаточностью
4. Артериальные и венозные тромбозы
5. Рано возникающий тяжелая прэклампсия, Неллр-синдром .

АФС в акушерстве

Частота встречаемости АФС среди пациенток с привычным невынашиванием беременности составляет 27-42%.

Без адекватной терапии у пациенток с АФС погибает до 90% беременностей.

К гибели плода при АФС

приводит действие аутоантител(волчаночного антикагулятора и антикардиолипиновыхантител)на эндотелий сосудов, вызывающее снижение его антиромбогенной активности, и действие на тромбоциты, приводящее к их гиперагрегации. Развиваются плацентарные инфаркты, фето-плацентарная недостаточность, нарушается имплантация плодного яйца, ухудшается оксигенация и питание плода.

Под действием аутоантител ингибируется синтез **простоциклина** в эндотелиальных клетках, что нарушает соотношение **простоциклина и тромбоксана**.

Тромбоксан обладает выраженным вазоконстрикторным действием и стимулирует агрегацию тромбоцитов, что ведет к повышенному тромбообразованию.

Диагностика АФС

1. Клинические критерии:

- сосудистые тромбозы- один или более клинических эпизодов артериальных и венозных тромбозов в любых органах и тканях (инфаркты миокарда, инсульты, преходящие нарушения мозгового кровообращения, ТЭЛА, тромбоза сосудов сетчатки) у женщины моложе 45 лет)
- особенности акушерского анамнеза
 - а) одна или более неясная смерть морфологически здорового плода старше 10 недель беременности
 - б)одни или более преждевременные роды морфологически здоровым новорожденным до 34 недель беременности из-за тяжелого позднего гестоза или фето-плацентарной недостаточности
 - в)три и более случаев спонтанных выкидышей до 10 недель беременности после исключения анатомических, гормональных и генетических причин

Диагностика АФС

2. Лабораторные критерии:

- а) наличие **антикардиолипиновых** антител в среднем или высоком титре 2 и более раз подряд при исследовании с интервалом в 6 недель
- б) присутствие **волчаночного антикоагулянта** в плазме 2 и более раз подряд при исследовании с интервалом в 6 недель

Диагностика АФС

У беременных с АФС изменены показатели

гемостаза – значительно выше агрегация

тромбоцитов, уже в первом триместре

фиксируется гиперкоагуляция в

плазменном звене гемостаза

Диагностика АФС

При **УЗИ** обнаруживаются инфаркты , кисты плаценты, истончение и уменьшение плаценты или признаки плацентита.

При **доплерометрическом исследовании** возможно выявление признаков нарушения маточно-плацентарного кровотока.

Данные **КТГ** плода обычно свидетельствуют о его хронической гипоксии.

Врачебная тактика

Коррекция гемостаза

1. При гиперкоагуляции в плазменном звене и появлении маркеров внутрисосудистого свертывания применяются **низкомолекулярные гепарины** – фраксипарин по 0,3 п\к. или клексан. Возможно применение гепарина в малых дозах – до 15000 ЕД
2. Малые дозы **аспирина** до 100 мг в сутки.
3. При гиперфункции тромбоцитов назначаются **антиагреганты** – курантил, теоникол, трентал

Врачебная тактика

- 4.С целью профилактики невынашивания беременности (основная задача у беременных с ФЛС) применяется **внутривенный иммуноглобулин**, содержащий определенные антитела, которые связывают у пациенток аутоантитела к фосфолипидам , нарушая тем их патогенное воздействие и ускоряя их вывод с помощью ретикуло-эндотелиальной системы. Схема введения – 400 мг\кг в течение 5 дней каждого месяца.

Врачебная тактика

5. Используются эфферентные методы лечения – **плазмаферез**, который позволяет нормализовать реологические свойства крови, снизить гиперкоагуляцию, уменьшить дозу гепаринов .

Плазмаферез может быть использован и при подготовке к беременности и во время беременности.

Врачебная тактика

6. С первого триместра беременности проводится **профилактика и лечение фето-плацентарной недостаточности** – внутривенное введение актовегина, инстенона, назначение эссенциале, троксевазина, натурального прогестерона – утрожестана, метаболическая терапия.

Родоразрешение

Сроки и способы родоразрешения зависят в основном от состояния плода.

При родоразрешении через естественные родовые пути необходим тщательный **кардио-мониторный контроль** в связи с наличием ХВГП, высокого риска преждевременной отслойки плаценты, развития острой гипоксии плода на фоне хронической.

Родоразрешение

Необходимо исследование гемостаза непосредственно перед родами или в родах для прогнозирования возможности кровотечения.

В послеродовом периоде возрастает риск **тромбоэмболических осложнений**, поэтому наблюдение за состоянием родильницы должно быть особым. Контроль гемостаза проводится на 3 и 5 сутки после родов.

Обычно назначается 10-дневный курс гепаринотерапии по 10-15 тыс. ЕД в сутки, лечение аспирином по 75-100 мг. в сутки.

Состояние новорожденного

следует особо контролировать в течение 5-6 недель после рождения – времени возможного проявления внутриутробного вирусного инфицирования. Необходимо наблюдение невролога и нейросонография головного мозга.

Родильнице целесообразно раз в полгода исследовать систему гемостаза.



- **1.Насколько вы оцениваете организованность и пунктуальность преподавателя (0 – 10)**
- **2 Насколько доступно излагается учебный материал (0 – 10)**
- **3.Как вы оцениваете доброжелательность и тактичность преподавателя (0 – 10)(0 – 10)**
- **4.Насколько Вы оцениваете культуру речи преподавателя (0 – 10)**
- **5. Разъясняет ли преподаватель сложный материал (да, нет)**
- **6.Интересно ли Вам на занятиях (да, нет)**
- **7. Насколько объективно преподаватель оценивает знания студентов(0 -10)**
- **8.Принуждали ли Вас приобретать методические пособия на кафедре (да, нет)**
- **9.Были ли случаи проведения одним преподавателем занятий с двумя группами одновременно (да, нет)**
- **10.Были ли случаи отмены занятий преподавателем (да, нет)**
- **11.Как часто Вы посещаете образовательный портал для подготовки к занятиям (Никогда, редко, часто, очень часто)**