ОСНОВНЫЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Мамадалиев Хасанхон – Ph.D. докторант
Ферганский медицинский институт общественного здоровья (Фергана, Узбекистан)

Неудовлетворительные исходы беременности у пациенток с антифосфолипидным синдромом (АФС) остаются актуальной проблемой современной репродуктивной медицины. Высокий риск тромбозов, фетоплацентарной недостаточности и невынашивания беременности требуют ранней диагностики и выбора персонализированной тактики ведения таких пациенток. По литературным данным, АФС ассоциирован с потерей беременности в 15–20% случаев, а также с преэклампсией, задержкой роста плода и преждевременными родами.

Известно, что АФС характеризуется наличием антифосфолипидных антител (антикардиолипиновых, β2-гликопротеиновых и волчаночного антикоагулянта), которые циркулируют в крови и влияют на эндотелиальную функцию, свертывающую систему и имплантацию эмбриона.

Учитывая высокий уровень акушерских осложнений при АФС, вопросы диагностики, мониторинга и индивидуализации лечебных подходов являются актуальными и активно изучаемыми в современной акушерско-гинекологической практике.

Цель исследования: определить оптимальную тактику ведения беременности у женщин с подтверждённым АФС.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 87 историй болезни беременных женщин с диагнозом "антифосфолипидный синдром", наблюдавшихся в перинатальном центре с 2020 по 2024 гг. Средний возраст пациенток составил 31,6±2,7 года. Диагноз АФС подтверждался на основании клинических и лабораторных критериев согласно Сиднейским критериям. Из них 63 пациентки имели первичный АФС, 24 — вторичный (на фоне СКВ).

Всем пациенткам назначались низкомолекулярные гепарины (НМГ) в профилактической дозе с первых недель беременности, а также ацетилсалициловая кислота в дозе 75–100 мг/сут. В группе высокого риска тромбозов (n=19) проводилась лечебная антикоагулянтная терапия и усиленный мониторинг состояния плода и плаценты.

Результаты исследования. В 72 случаях (82,7%) беременность закончилась доношенными родами. У 9 пациенток (10,3%) родоразрешение проводилось досрочно в связи с преэклампсией и ЗРП. У 6 пациенток (6,8%) произошла внутриутробная гибель плода. Осложнения беременности включали: гестационную гипертензию (27,5%), ЗРП (15,9%), отслойку плаценты (3,4%). Тромботические события в период наблюдения зарегистрированы у 2 пациенток (2,3%).

Обсуждение результатов. Выявлено, что раннее начало антикоагулянтной терапии, комбинированное применение НМГ и антиагрегантов, а также индивидуальный подход в зависимости от типа АФС и сопутствующих аутоиммунных состояний, способствуют снижению частоты акушерских осложнений. Роль лабораторного мониторинга (уровень Д-димера, антифосфолипидные антитела, показатели гемостаза) является ключевой в адаптации схемы лечения. Результаты исследования показали высокую эффективность комплексной терапии при антифосфолипидном синдроме в акушерской практике, особенно при раннем начале антикоагулянтной терапии. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в сочетании с ацетилсалициловой кислотой позволяет значительно снизить риск тромботических осложнений, способствуя благоприятному течению беременности.

Особого внимания заслуживает тот факт, что в группе пациенток с вторичным АФС (на фоне системной красной волчанки) осложнения беременности, включая ЗРП, преэклампсию и преждевременные роды, регистрировались достоверно чаще по сравнению с группой первичного АФС. Это подчёркивает важность дифференцированного подхода к тактике ведения беременных с различными формами АФС, включая более интенсивное наблюдение и контроль за состоянием матери и плода.

В случаях, где отмечался высокий титр антифосфолипидных антител и/или предшествующие потери беременности, усиление антикоагулянтной терапии в лечебной дозировке оказалось оправданным и привело к лучшим результатам. Несмотря на это, в 6,8% случаев наблюдалась внутриутробная гибель плода, что указывает на необходимость дальнейших исследований патогенетических механизмов АФС и поиска новых маркеров для стратификации риска.

Также важно отметить, что лабораторный мониторинг (уровни Д-димера, волчаночного антикоагулянта, антител к β2-гликопротеину I и кардиолипину) позволил своевременно корректировать терапию и принимать решения о сроках и способах родоразрешения.

Таким образом, полученные данные подтверждают эффективность и безопасность персонализированного подхода в терапии АФС при беременности, основанного на ранней диагностике, иммунологическом профилировании пациенток и динамическом контроле системы гемостаза. Это соответствует современным международным рекомендациям (ACOG, EULAR) и подчеркивает необходимость мультидисциплинарного подхода в ведении пациенток с АФС.

Выводы. Индивидуализированная тактика ведения беременности при АФС с ранним началом антикоагулянтной терапии и динамическим наблюдением позволяет значительно снизить частоту неблагоприятных исходов и повысить успешность донашивания беременности. Комплексный подход с учетом клинико-иммунологических особенностей пациентки играет ключевую роль в достижении положительного результата.