

Пересмотренные “Сиднейские” критерии антифосфолипидного синдрома 2006 г. (*J Thromb Haemost* 2006; 4: 295–306).

Антифосфолипидный синдром (АФС) может быть диагностирован, если у больного подтвержден один из клинических и один из лабораторных критериев заболевания*

Клинические критерии

1. Сосудистый тромбоз**

Один или несколько эпизодов*** артериального, венозного или тромбоза мелких сосудов**** в любой ткани или органе. Тромбоз должен быть подтвержден КТ/МРТ, доплеровским исследованием или морфологически. При морфологическом исследовании тромбоз не должен сочетаться с воспалительными изменениями стенки сосуда.

2. Невынашивание беременности:

(а) Одна или более смерть плода от 10 и более недель беременности, подтвержденная нормальной морфологией плода при ультразвуковом исследовании или морфологически;

либо

(б) один или более преждевременные роды морфологически нормального новорожденного на сроке от 34 недель беременности в результате тяжелой пре-эклампсии, эклампсии или плацентарной недостаточности*****;

либо

(с) три или более необъяснимых спонтанных аборта на сроке до 10 недель беременности, при исключении анатомических, гормональных и генетических причин невынашивания.

Лабораторные критерии*****

1. Волчаночный антикоагулянт: обнаруженный два или более раз, с промежутком между исследованиями не менее 12 недель, с помощью комплекса из скринингового, подтверждающего и корректирующего коагулологических тестов в соответствии с требованиями Международного общества изучения тромбозов и гемостаза.

2. Антикардиолипиновые антитела классов IgG и/или IgM в сыворотке или плазме в среднем или высоком титре (т.е. >40 GPL или MPL, или более 99ого перцентиля здоровой популяции), повторно обнаруженные через не менее чем 12 недель, выявленные с помощью стандартизированной ИФА – тест системы :

3. Антитела к бета2 гликопротеину классов IgG и/или IgM в сыворотке или плазме в титре более 99ого перцентиля здоровой популяции, выявленные с помощью стандартизированной ИФА – тест системы

Примечания экспертов к тексту критериев:

*Необходимо избегать установки диагноза АФС если менее 12 недель или более 5 лет разделяют положительные лабораторные результаты и клинические проявления. **Присутствующие врожденные или приобретенные факторы риска тромбоза не являются причиной исключения АФС у больного. Однако рекомендуется выделять отдельные группы пациентов в зависимости от (а) отсутствия и (б) наличия дополнительных факторов риска тромбоза. Такими факторами риска являются возраст (>55 у мужчин, >65 у женщин), наличие любых установленных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (гипертензии, диабета, повышенного холестерина ЛНП или низкий холестерин ЛВП, курения, наследственности, указывающей на раннее начало сердечно-сосудистых заболеваний в семье, индекса массы тела более 30 kg m², микроальбуминурии, снижения СКФ, врожденных тромбофилий, приема пероральных контрацептивов, нефритического синдрома, опухоли, иммобилизации и хирургии.

***Эпизод тромбоза в прошлом может рассматриваться как положительный критерий если он был объективно подтвержден клинически

**** Тромбоз поверхностных вен не включен в клинические критерии.

*****Общепринятые признаки плацентарной недостаточности включают (1) отрицательные признаки жизнедеятельности плода, (2) плохие формы кривой доплерограммы сосудов, указывающую на признаки гипоксемии плода, (3) олигогидрамнион с индексом амниотической жидкости менее 5 см, (4) постнатальный вес плода менее 10 перцентиля срока гестации.

***** Эксперты рекомендуют отдельно классифицировать больных АФС на следующие категории (1) присутствует более 1 лабораторного критерия в любой комбинации, (2а) изолированный волчаночный антикоагулянт, (2б) только антитела к кардиолипину, (2с) только антитела к бета 2 гликопротеину.