



Д

4. Встречаемость антифосфолипидных антител при наличии отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и отягощенного тромботического анамнеза

Долгова Ю.С., Еремеева Д.Р., Зайнулина М.С.,
Лапин С.В., Ткаченко О.У.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ, СПб ГБУЗ «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева», Санкт-Петербург, Россия

Введение. В последние годы возрастает внимание к роли нарушений в системе гемостаза, в частности, к приобретенной иммунной тромбофилии – антифосфолипидному синдрому в развитии осложнений беременности. Антифосфолипидный синдром (АФС) – симптомокомплекс, сочетающий определенные клинические признаки и лабораторные данные: наличие антифосфолипидных антител (АФА) в сочетании с артериальными и венозными тромбозами, синдромом потери плода, иммунной тромбоцитопенией и/или неврологическими расстройствами. Встречаемость АФС у пациенток с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (ОАГА) и отягощенным тромботическим анамнезом (ОТА) достаточно велика. Эту категорию женщин необходимо обследовать на наличие патологии, чтобы определить группу риска по возможным осложнениям и при необходимости использовать дополнительные методы лечения для успешного исхода беременности.

Цель работы: определить частоту встречаемости АФА и зависимость развития осложнений от вида антител у пациенток с ОАА и ОТА.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациенток с ОАГА (тяжелая преэклампсия, хроническая плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития плода, невынашивание беременности, антенатальная гибель плода, бесплодие) и ОТА (артериальный или венозный тромбоз). Проводились иммуноферментный анализ на наличие антифосфолипидных антител и тест на волчаночный антикоагулянт.

Результаты. Все женщины из обследуемой группы были сопоставимы по возрасту и соматическому статусу. У 40 пациенток (в 40% случаев) были обнаружены антифосфолипидные антитела и/или наличие положительного теста на волчаночный антикоагулянт. Среди ОАГА невынашивание беременности было у 75% (30/40) пациенток, в 37,5% (15/40) встречалось бесплодие, антенатальная гибель плода у 10% (4/40) пациенток, тяжелая преэклампсия у 7,5% (3/40) пациенток, хроническая плацентарная недостаточность с задержкой внутриутробного развития плода у 20% (8/40) пациенток. У 10% (4/40) женщин в анамнезе был диагностирован венозный тромбоз, у 7,5% (3/40) – ТЭЛА (мелких ветвей).

Результаты обследования: в 25% (10/40) отмечался положительный тест на волчаночный антикоагулянт, антитела к аннексину V встречались в 47,5% (19/40) случаев, к бета-2-гликопротеину – в 27,5% (11/40), к кардиолипину – 7,5% (3/40). 5 женщин из 40 были обследованы на другие виды антифосфолипидных антител, не входящих в критерии диагностики АФС. Антитела к фосфатидилсерин-протромбиновому комплексу имелись у 7,5% (3/40) пациенток, антитела к протромбину – в 5% (2/40), антитела к фосфатидилинозитолу – 5% (2/40) случаев. Сочетание различных видов АФА и/или волчаночного антикоагулянта имело место у 27,5% (11/40) пациенток.

Анализ частоты встречаемости антител и анамнез у обследуемых пациенток дал следующие результаты. У пациенток с носительством антител к бета-2-гликопротеину в анамнезе в 72,7% (8/11) случаев наблюдалось невынашивание беременности, в 18,2% (2/11) случаев диагностирована ТЭЛА (мелких ветвей), в 18,2% случаев (2/11) – хроническая плацентарная недостаточность с задержкой внутриутробного развития плода, в одном из них с антенатальной гибелью плода, в 27,3% случаев (3/11) – тяжелая преэклампсия, 9,1% (1/11) – бесплодие, в 9,1% (1/11) – венозный тромбоз.

У пациенток с носительством антител к аннексину V в 78,9% (15/19) встречалось невынашивание беременности, в 5,3% (1/19) – тяжелая эклампсия при беременности, в 21,05% (4/19) – хроническая плацентарная недостаточность с задержкой внутриутробного развития плода, в двух случаях с антенатальной гибелью плода, в 5,3% (1/19) случаев – тяжелая преэклампсия, в 10,5% (2/19) – венозный тромбоз, в 26,3% (5/19) – бесплодие.

У пациенток с положительным тестом на волчаночный антикоагулянт в 90% (9/10) случаев в анамнезе невынашивание беременности, в 50% (5/10) – бесплодие, в 10% (1/10) – хроническая плацентарная недостаточность с задержкой внутриутробного развития плода, в 20% (2/10) – тяжелая преэклампсия при беременности.

При сочетании лабораторных критериев АФС в 81,9% (9/11) случаев встречалось невынашивание беременности, в 36,4% (4/11) – бесплодие, в 27,3% (3/11) – тяжелая преэклампсия при беременности, в 18,2% (2/11) – хроническая плацентарная недостаточность с задержкой внутриутробного развития плода. Из антител, не входящих в критерии диагностики АФС, следует отметить случай венозного тромбоза в послеродовом периоде и ТЭЛА (мелких ветвей) на раннем сроке беременности у пациентки с изолированным носительством антител к фосфатидилсерин-протромбиновому комплексу.

Заключение. Частота встречаемости невынашивания беременности была одинаково высока вне зависимости от вида антител (72,7–90%). Бесплодие встречалось чаще при носительстве волчаночного антикоагулянта (50%), при носительстве антител к аннексину V и сочетании антител в 26,3 и 36,4% случаев соответственно, реже всего при наличии антител к бета-2-гликопротеину (9,1%). Хроническая плацентарная недостаточность с задержкой внутриутробного развития плода чаще выявлялась в группе пациенток с носительством антител к аннексину V (21,05%), реже всего при носительстве волчаночного антикоагулянта (10,5%). Тяжелая преэклампсия встречалась с частотой 20–27,3%, реже всего при носительстве волчаночного антикоагулянта (9,1%). Артериальные и венозные тромбозы в анамнезе встречались у пациенток с носительством антител к бета-2-гликопротеину в 2 случаях и к фосфатидилсерин-протромбиновому комплексу в 1 случае.