ЗНАЧЕНИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА В ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕГО ДИАГНОСТИКА

Нажмиддинова Н.К.,
Бердиярова Ш.Ш.
Ассистенты кафедры клинико-лабораторной диагностики с курсом ФПДО клинико-лабораторной диагностики Самаркандского Государственного медицинского университета
Кубаева М.Н.
Курсант кафедры клинико-лабораторной диагностики с курсом ФПДО клинико-лабораторной диагностики Самаркандского Государственного медицинского университета

Аннотация. *Антифосфолипидный синдром (АФС) является одной из значимых причин осложнённого течения беременности и неблагоприятных перинатальных исходов. Наличие антифосфолипидных антител приводит к нарушению процессов гемостаза, развитию тромботических осложнений и плацентарной недостаточности, что существенно повышает риск самопроизвольных выкидышей, внутриутробной гибели плода, преждевременных родов и задержки внутриутробного развития плода. Особое внимание уделено определению антифосфолипидных антител, включая антикардиолипиновые антитела, волчаночный антикоагулянт и антитела к β2-гликопротеину I, которые являются ключевыми маркёрами заболевания. Показана роль комплексной лабораторной диагностики в раннем выявлении АФС, оценке степени риска акушерских осложнений и выборе оптимальной*

тактики ведения беременности с целью улучшения материнских и перинатальных исходов.

Ключевые слова: *антифосфолипидный синдром, беременность, антифосфолипидные антитела, волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые антитела, β2-гликопротеинI, тромбофилия, акушерские осложнения.*

Актуальность. Антифосфолипидный синдром (АФС) является одной из наиболее значимых иммунопатологических причин осложнённого течения беременности и неблагоприятных акушерских исходов. Данное состояние характеризуется выработкой специфических антифосфолипидных антител, приводящих к нарушениям системы гемостаза, развитию тромботических осложнений и патологическим изменениям в плацентарном кровообращении. По данным современных исследований, АФС выявляется у значительной части женщин с привычным невынашиванием беременности, преэклампсией, фетоплацентарной недостаточностью и внутриутробной задержкой роста плода, что подчёркивает его высокую клиническую и социальную значимость.

Особую актуальность проблема АФС приобретает в связи с тем, что заболевание может длительное время протекать бессимптомно и впервые манифестировать именно во время беременности. В условиях физиологической гиперкоагуляции, характерной для гестационного периода, наличие антифосфолипидных антител существенно повышает риск тромбозов маточно-плацентарного русла, что приводит к нарушению имплантации, ранним репродуктивным потерям и тяжёлым осложнениям во II–III триместрах беременности. При этом клинические проявления АФС часто являются неспецифичными, что затрудняет

своевременную диагностику и начало патогенетически обоснованной терапии. [1,4,6].

Современная лабораторная диагностика антифосфолипидного синдрома играет ключевую роль в выявлении группы высокого риска среди беременных женщин. Определение волчаночного антикоагулянта, антикардиолипиновых антител и антител к β2-гликопротеину I позволяет не только подтвердить диагноз АФС, но и оценить степень тромботического и акушерского риска. Внедрение стандартизированных лабораторных критериев и их динамическая оценка в процессе беременности способствуют раннему началу профилактических и лечебных мероприятий, направленных на снижение частоты гестационных осложнений [4,9,10].

Таким образом, углублённое изучение значения антифосфолипидного синдрома в течении беременности и совершенствование подходов к его лабораторной диагностике является актуальной задачей современной акушерской практики. Своевременная идентификация АФС и комплексное ведение беременных с данным синдромом позволяют существенно улучшить материнские и перинатальные исходы, снизить частоту репродуктивных потерь и повысить качество оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста.[2,9].

Клинические проявления антифосфолипидного синдрома (АФС) во время беременности отличаются полиморфизмом и нередко носят стёртый характер, что существенно затрудняет его своевременное выявление. Заболевание может длительное время протекать бессимптомно и манифестировать впервые именно в период гестации, когда физиологические изменения системы гемостаза создают условия для реализации тромботического потенциала антифосфолипидных антител. Наиболее характерными клиническими проявлениями АФС при

беременности являются акушерские осложнения. К ним относятся привычное невынашивание беременности, самопроизвольные выкидыши на ранних сроках, антенатальная гибель плода, преждевременные роды, задержка внутриутробного развития плода и хроническая плацентарная недостаточность. Часто наблюдаются такие осложнения, как преэклампсия и эклампсия, которые при АФС имеют раннее начало и тяжёлое течение. [3,8,11].

Важным клиническим признаком АФС является склонность к тромботическим осложнениям. У беременных женщин могут развиваться венозные и артериальные тромбозы различной локализации, включая тромбоз глубоких вен нижних конечностей, тромбоэмболию лёгочной артерии, ишемические поражения центральной нервной системы и микроциркуляторные тромбозы плацентарного русла. Нередко тромботические эпизоды сочетаются с акушерскими осложнениями и усугубляют их течение. [1,7,15].

Дополнительными клиническими проявлениями антифосфолипидного синдрома могут быть тромбоцитопения, сетчатое ливедо кожи, анемия, головные боли, транзиторные ишемические атаки, а также признаки аутоиммунных нарушений. Однако данные симптомы не являются специфичными и требуют подтверждения лабораторными методами диагностики. Диагностика антифосфолипидного синдрома (АФС) у беременных женщин основывается на сочетании клинических и лабораторных критериев и требует комплексного, стандартизированного подхода. Учитывая неспецифичность клинических проявлений и высокий риск тяжёлых акушерских и тромботических осложнений, ключевая роль в верификации диагноза отводится современным лабораторным методам исследования системы гемостаза и иммунологических показателей. [3,7,15].

Лабораторная диагностика АФС включает обязательное определение антифосфолипидных антител, к которым относятся волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые антитела и антитела к β2-гликопротеину I. Выявление данных маркёров проводится с использованием иммуноферментного анализа и коагулологических тестов. Существенным диагностическим критерием является стойкое присутствие антифосфолипидных антител, подтверждённое при повторном исследовании с интервалом не менее 12 недель, что позволяет дифференцировать АФС от транзиторных иммунных реакций. [6,10].

В рамках коагулологического обследования оцениваются показатели свёртывающей системы крови, включая активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время, уровень фибриногена и D-димера. Особое внимание уделяется выявлению признаков гиперкоагуляции, которые при наличии антифосфолипидных антител свидетельствуют о высоком риске тромботических осложнений. Комплексная оценка данных показателей позволяет определить степень нарушения гемостаза и необходимость профилактической антикоагулянтной терапии. [8,13].

Диагностически значимым является также анализ акушерского анамнеза, включающий сведения о привычном невынашивании беременности, антенатальной гибели плода, преждевременных родах и развитии преэклампсии. Инструментальные методы, такие как ультразвуковое исследование и допплерометрия маточно-плацентарного кровотока, используются для оценки функционального состояния плаценты и выявления признаков фетоплацентарной недостаточности, однако они носят вспомогательный характер и не заменяют лабораторную диагностику. [9,12].

Таким образом, диагностика антифосфолипидного синдрома при беременности должна основываться на строгом соблюдении клинико-

лабораторных критериев и динамическом наблюдении пациенток. Раннее выявление АФС и оценка степени тромботического риска позволяют своевременно назначить профилактические и лечебные мероприятия, что способствует снижению частоты акушерских осложнений и улучшению перинатальных исходов. [5,6].

Заключение. Антифосфолипидный синдром является одной из ведущих причин осложнённого течения беременности и неблагоприятных перинатальных исходов, что обусловлено его выраженным влиянием на систему гемостаза и маточно-плацентарное кровообращение. Полиморфизм клинических проявлений и отсутствие специфической симптоматики нередко затрудняют своевременную диагностику заболевания, особенно на ранних этапах гестации, что повышает риск развития тромботических и акушерских осложнений. Проведённый анализ подчёркивает ключевую роль современной лабораторной диагностики в верификации антифосфолипидного синдрома у беременных женщин. Определение волчаночного антикоагулянта, антикардиолипиновых антител и антител к β2-гликопротеину I в сочетании с оценкой показателей системы гемостаза позволяет не только подтвердить диагноз, но и определить степень тромботического риска. Комплексный диагностический подход обеспечивает раннее выявление пациенток группы высокого риска и обоснованный выбор тактики ведения беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адамян Л.В., Серов В.Н., Сухих Г.Т. Акушерство и гинекология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 768 с.
2. Радзинский В.Е. Акушерство: клинические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 640 с.

3. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Осложнённая беременность. — М.: МЕДпресс-информ, 2020. — 432 с.

4. Серов В.Н., Прилепская В.Н. Гемостаз и беременность. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 304 с.

5. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Антифосфолипидный синдром в акушерстве и гинекологии. — М.: Триада-Х, 2018. — 368 с.

6. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х. Антифосфолипидный синдром и беременность // Акушерство и гинекология. — 2019. — №6. — С. 5–12.

7. Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х. Современные подходы к диагностике антифосфолипидного синдрома // Клиническая лабораторная диагностика. — 2020. — №3. — С. 17–23.

8. Киселёва Н.В., Иванова И.И. Нарушения системы гемостаза у беременных с АФС // Лабораторная служба. — 2021. — №2. — С. 28–34.

9. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Аутоиммунные причины невынашивания беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2018. — №5. — С. 22–27.

10. Sammaritano L.R. Antiphospholipid syndrome and pregnancy // Rheumatic Disease Clinics of North America. — 2017. — Vol. 43. — P. 539–553.

11. Shukurullaevna B. S. et al. THE IMPORTANCE OF MACRO-AND MICROELEMENTS IN THE DEVELOPMENT OF THE CHILD'S BODY //Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing. – 2025. – Т. 3. – №. 5. – С. 681-684.

12. Branch D.W., Khamashta M.A. Antiphospholipid syndrome: obstetric diagnosis // Autoimmunity Reviews. — 2019. — Vol. 18. — P. 102–108.

13. Ruffatti A., Tonello M., Cavazzana A. et al. Risk factors for pregnancy failure in APS // Thrombosis and Haemostasis. — 2018. — Vol. 119. — P. 471–478.

14. World Health Organization. WHO recommendations on thrombophilia and pregnancy. — Geneva: WHO, 2019. — 72 p.

15. Cunningham F.G., Leveno K.J., Bloom S.L. et al. Williams Obstetrics. — 26th ed. — New York: McGraw-Hill, 2022. — 1344 p.