

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЗІВ ПРИ АНТИФОСФОЛІПІДНОМУ СИНДРОМІ

Войтович О.І., Селюк О.В., Малиновська Л.Б., Сулік В.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: антифосфоліпідний синдром, тромбоз, діагностика, лікування, профілактика.

Профілактика і лікування тромбозів при антифосфоліпідному синдромі (АФС) – досить складне завдання. Це пов’язано з неоднорідністю патогенетичних механізмів, що лежать в його основі, поліморфізмом клінічних проявів, відсутністю достовірних клінічних та лабораторних показників, що дозволяють прогнозувати рецидиви тромбозів у хворих з даним захворюванням [1, 17, 21].

АФС належить до групи аутоімунних тромбофілій і проявляється симптомокомплексом, асоційованим з вмістом у крові антифосфоліпідних антитіл (аФЛ), а також характеризується рецидивуючими артеріальними та/або венозними тромбозами різної локалізації, звичкою втраченою плода (два і більше випадків невиношування вагітності), тромбоцитопенією та іншими неврологічними, серцево-судинними та гематологічними порушеннями [3, 6, 12, 13, 14].

За даними американських авторів АФС зустрічається у 5 % населення [19, 20]. Підвищення рівня антитіл до кардіоліпіну (аКЛ), за даними різних авторів, виявляють у 5–17% випадків, переважно в жінок. При первинному АФС (ПАФС) співвідношення кількості хворих жінок і чоловіків – 4:1, а при вторинному (ВАФС) – 7:1 [3, 20].

Клінічні прояви розвиваються у 30–50% хворих з підвищеним вмістом аКЛ. У 21% людей, які перенесли **інфаркт міокарда** виявляють аФЛ, у 20–40% – при ішемічному інсульті, у 5–15% жінок з мимовільними абортами, у третини пацієнтів із системним червоним вовчаком (СЧВ). У разі виявлення аФЛ при СЧВ ризик розвитку тромбозів збільшується до 60–70%, а за їх відсутності – знижується до 10–15% [3, 5, 17, 18].

Застосування деяких медикаментів (контрацептивів, наркотичних і психотропних засобів) може стати пусковим механізмом згаданої патології. Нерідко АФС **пов’язують** з розвитком **пухлин різної локалізації**. Описані сіменні випадки АФС, що становлять до 2 % спостережень [3, 9].

Головною особливістю АФС є висока ангіотропність та тромбогенність. В основі судинних проявів лежить незапальна тромботична васкулопатія судин різного калібр, тому спектр клінічних проявів дуже різноманітний. **Часті рецидивуючі** тромбози є характерною особливістю даної патології. Одним із напрямків діагностичного пошуку при рецидивуючих тромбозах є АФС. Дебютними можуть бути флеботромбози кінцівок, синдром Рейно [1, 2]. Якщо першою ознакою АФС був артеріальний

тромбоз, то і в подальшому у більшості **таких** хворих спостерігають тромбози даної локалізації, тоді як у хворих із **венозним тромбозом**, рецидивування відбувається у **венозному** руслі [4, 10, 11, 17, 22].

Єдиної класифікації, що повністю **систематизувала** б дану патологію немає. Поліморфізм клінічних проявів та відсутність достовірних лабораторних показників, що підтверджували б АФС обумовили організацію Міжнародного конгресу (м. Саппорто (Японія), 1998 р.), де запропоновано вважати діагноз АФС достовірним у разі поєднання як мінімум однієї клінічної та однієї лабораторної ознаки [5, 7, 11].

Діагностичні критерії АФС (Sapporo, 1998):

Клінічні:

- судинний тромбоз артерій і/або вен будь-якої локалізації в тканинах чи в окремих органах;
- патологія вагітності без гормональних порушень, дефектів матки чи хромосомних вад;
- livedo reticularis;
- тромбоцитопенія.
- Лабораторні:
- підвищення рівня аФЛ/аКЛ IgG/IgM у двох дослідженнях з інтервалом у 6 тиж;
- хибнопозитивний RW-тест;
- виявлення вовчакового антикоагулянта (ВА) плазми;
- тромбоцитопенія, помірна нейтропенія, гемолітична анемія.

Досі не розроблені загальноприйняті на міжнародному рівні стандарти лікування та профілактики пацієнтів з різними формами АФС, а запропоновані сучасні рекомендації основані на результатах відкритих досліджень чи ретроспективного аналізу. Доведено позитивний ефект антикоагулянтів та дезагрегантів, які є препаратами вибору при цій патології [11, 16, 17]. Серед дезагрегантів найчастіше призначають аспірин, клотіногрель у низких дозах (75 мг/добу) [16]. Проте, монотерапія низькими дозами аспірину не знижує ризик розвитку рецидиву тромбозів, тому загальноприйнятим залишається – лікування непрямими антикоагулянтами, в першу чергу варфарином, під контролем міжнародного нормалізованого відношення (МНВ). Глюкокортикоїди, цитостатичні препарати та плазмофорез використовуються лише для зниження активності основного захворювання, так як вони потенційно збільшують ризик рецидиву тромбозу. Наявність супутнього атеросклерозу викликає ускладнення перебігу АФС, що зумовлює

необхідність призначення статинів. Контроль ефективності лікування здійснюють на основі динаміки клінічних і лабораторних показників. Під час лікування в стаціонарі рівні аФЛ, ВА, МНВ визначають щотижня, а у період ремісії – пожиттєво кожні 3-6 міс. Хворі на АФС перебувають на диспансерному обліку впродовж всього життя.

Незважаючи на досягнутий прогрес у вивченні етіології, клінічних особливостей та методик лікування, АФС залишається однією з найактуальніших проблем медицини і вимагає тісної співпраці спеціалістів різного профілю.

Рецензент: чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор Нетяженко В.З.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баркаган З.С., Момот А.П., Сердюк Г.В., Цывкина Л.П. Основы диагностики и терапии антифосфолипидного синдрома. – М.: Ньюдиамед, 2003. – С. 31-35.
2. Баркаган З.С. Очерки антитромботической фармако-профилактики и терапии. – М.: Ньюдиамед, 2000. – 142 с.
3. Геник С.М., Геник С.І. Антифосфоліпідний синдром як фактор ризику тромбозів // Серце і судини. Український науково-практичний журнал. – 2009. – № 2. – С. 101-105.
4. Голубева В.В., Катушкина Э.А. Неврологические проявления антифосфолипидного синдрома // Укр. неврол. ж. – 2007. – № 3. – С. 23-28.
5. Гуца О.В. Антифосфоліпідний синдром: історія, сучасність і перспективи // Укр. ж. нефрології та діалізу. – 2006. – № 4. – С. 69-75.
6. Калашникова Л.А. Первичный антифосфолипидный синдром и нарушения мозгового кровообращения // Ж. невролог. и психиатр. – 2005. – № 5. – С. 11-16.
7. Клюквина Н.Г. Антифосфолипидный синдром: клинические аспекты // Рус. мед. ж. – 2007. – <http://www.rmj.ru/>.
8. Макацария А.Д., Бицадзе О.В., Ганиевская Н.Г. и др. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике. – М.: Руско, 2000. – 344 с.
9. Насонов Е.Л. Антифосфолипидный синдром: диагностика, клиника, лечение // Клин. мед. – 1989. – Т. 67, №1 – С. 5-13.
10. Насонов Е.Л. Антифосфолипидный синдром: диагностика, клиника, лечение // Рус. мед. ж. – 2007. – <http://www.rmj.ru/>
11. Насонов Е.Л. Современные подходы к профилактике и лечению антифосфолипидного синдрома // Терапевт. архив. – 2003. – № 5. – С. 83-87.
12. Пизова Н.В. Неврологические аспекты антифосфолипидного синдрома // Сибир. консилиум. – 2002. – № 2. – С. 64-66.
13. Раденска-Лоповок С.Г., Решетняк Т.М. Патология сосудов при антифосфолипидном синдроме // Архив патологии. – 2002. – № 1. – С. 54-57.
14. Решетняк Т.М. и др. Выживаемость и прогнозистические факторы риска смерти при антифосфолипидном синдроме: результаты 8-летнего наблюдения // Терапевт. архив. – 2003. – № 5. – С. 46-51.
15. Черний В.И. и др. Антифосфолипидный синдром. Этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика // Медицина неотлож. состояний. – 2007. – № 3. – С. 13-18.
16. Шербюк А.Н. и др. Клиническое значение антифосфолипидного синдрома // Хирургия. – 2002. – № 10. – С. 70-75.
17. Яворская В.А. Антифосфолипидный синдром // Межд. мед. ж. – 2003. – Т. 9, № 4. – С. 44-47.
18. Alarcon-Segovia D., Perez-Ruiz A., Vila A.R. Long-term prognosis of antiphospholipid syndrome in patients with systemic lupus erythematosus. J. Autoimmunity 2000; 15: 157-163.
19. Amout J. Antiphospholipid syndrome: diagnostic aspects of lupus anticoagulant // Thromb. Haemost. – 2001. – 86. – 83-91.
20. Hughes G.R., Harris N.N., Gharavi A.E. The anticardiolipid syndrome // J. Rheumatol. – 1986. – Vol. 13, № 3. – P. 486-489.
21. Jimenez S., Garcia-Criado M.A., Tassies D. et al. Preclinical vascular disease in systemic lupus erythematosus and primary antiphospholipid syndrome // Rheumatology (Oxford). – 2005. – Vol. 44, № 6. – P. 756-761.
22. Levine J.S., Branch D.W., Rauch J. The antiphospholipid syndrome. N. Engl. J. Med. 2000; 346: 752-763.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗОВ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ

Войтович О.И., Селюк О.В.,
Малиновская Л.Б., Сулик В.В.

Національний медичинський університет
імені А.А. Богомольця г. Київ, Україна

Резюме. В статье приведены ключевые проблемные вопросы диагностики, лечения и профилактики тромбозов у больных с антифосфолипидным синдромом. Освещены возможные пути улучшения лечения и профилактики тромботических осложнений в данной группе больных.

Ключевые слова: антифосфолипидный синдром, тромбоз, диагностика, лечение, профилактика.

PROBLEMS OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF THROMBOSES IN ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

O.I. Voitovyc., O.V. Seliuk, L.B. Malynovska, V.V. Sulik
National O.O. Bogomolets Medical University
Kiev, Ukraine

Summary. The article is dedicated to the problems of diagnostics, treatment and prophylaxis of thrombosis in antiphospholipid syndrome patients. Also the possible ways of treatment improvement and prophylaxis of thrombotic complications in this group of patients are reflected in this paper.

Key words: antiphospholipid syndrome, thrombosis, diagnostic, treatment, prophylaxis.