Западно - Казахстанский Государственный Медицинский Университет имени М.Оспанова

Тема : АФС синдром у беременных , лечение гепарином и низкодозированным аспирином превосходит лечение низкодозированным аспирином

Выполнила : Ерконырова Жазира
Тексерген: Кошмаганбетова Г.К.

Ақтөбе 2018ж

Актуальность

Антифосфолипидный синдром – это аутоиммунное тромбофилическое (со склонностью к тромбообразованию) состояние, которое обусловлено наличием в крови антител – АРА. Эти антитела распознают и атакуют протеины, связанные с мембранами клеток, повреждают собственные мембраны клеток. Проявляется АФС развитием тромбозов или осложнениями беременности. Беременность с антифосфолипидным синдромом без лечения на этапе планирования и течения беременности часто имеет катастрофические последствия.

Присутствие в крови антифосфолипидных антител без клинических симптомов – не является антифосфолипидным синдромом.

- АФС синдром классифицируют на:
- вторичный (развивается на фоне другого аутоиммунного заболевания – СКВ – системная красная волчанка или инфекционно-воспалительной патологии — инфекционный мононуклеоз, ВИЧ, паразитарные заболевания);
- первичный (при отсутствии ревматологического заболевания);
- катастрофический АФС – мультиорганный острый тромбоз, развивающийся в очень короткий срок и , несмотря на лечение, может приводить к летальному исходу.

- Частые осложнения беременности с антифосфолипидным синдромом бывают:
- спонтанное прерывание беременности на ранних сроках;
- неразвивающаяся беременность;
- задержка внутриутробного роста плода вплоть до его гибели во 2 и 3 триместре;
- преэклампсия.

- Во время беременности грозными осложнениями АФС синдрома являются:
- Эклапсия и преэклапсия. Риск развития преэклампсии у беременной с АФС составляет 16-21%, против 2-8%, которые наблюдаются в популяции.
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наблюдается в 10% случаев. Частота осложнения в популяции – 1%.
- Тромбоцитопения – частота осложнения 20%.
- Венозные тромбоэмболические нарушения.
- Катастрофический антифосфолипидный синдром, который в 70% случаев заканчивается летально. Его частота у беременных с АФС составляет 1%.

После родов антифосфолипидный синдром опасен венозными тромбоэмболическими нарушениями и катастрофическим антифосфолипидным синдромом.

АФС во время беременности для ребенка имеет следующие осложнения:

- Привычное невынашивание беременности. Вклад АФС в развитие потери беременности — 15%, против 1-2% в популяции.
- Преждевременные роды – 28%.
- Мертворождение или внутриутробная гибель плода – 7%.
- Задержка роста плода 24-39%.
- Фетальные тробмозы (тромбозы у плода).

После родов у новорожденного встречаются следующие осложнения:

Тромбозы.

Повышается риск нейроциркуляторных тромбозов – 3%. Большинство этих нарушений сопровождается аутизмом.

Бессимптомная циркуляция антител к фосфолипидам в 20% случаев.

- Цель исследования : доказать эффективность Гепарина + низкодозированного аспирина , чем лечение только с низкодозированным аспирином у беременных женщин с АФС синдромом .

- Генеральная совокупность : беременные женщины с АФС синдромом в сроке 8-14 недель .
- При помощи генератора случайных чисел в компьютере было выбрано 50 женщин и разрелено простым случайным методом на 2 группы :
- 1 группа (основная группа) – 25 женщин (Гепарин + низкодозированный аспирин)
- 2 группа (контрольная группа) – 25 женщин (низкодозированный аспирин)

- Дизайн исследования : рандомизированное контролируемое исследование
- Выборка : простая случайная (т.к. при помощи генератора случайных чисел в компьютере было выбрано 50 женщин и разрелено простым случайным методом на 2 группы)

Критерии включения :

--- информированное добровольное согласие женщины

--- Беременные женщины со сроком беременности 8 - 14 недель

--- Диагноз был выставлен после двухкратного исследования

--- АФС синдром с клиническими проявлениями

--- Развивающаяся беременность

--- Желание женщины донашивать беременность

--- Отсутствие гинекологической патологии

--- Отсутствие другого экстрагенитального заболевания

--- Маточная беременность

- Критерии исключения :
- --- отсутствие информированного добровольного согласия женщины
- --- Срок беременности более 15 недель
- --- С обильными кровянистыми выделениями
- --- неразвивающаяся беременность
- --- нежеланная беременность
- --- внематочная беременность

Этические аспекты :

1. Не нанести вред (primum non nocere)

2. Уважение

- Информированное согласие

3. Честность

- Информированное согласие
- Полное раскрытие всей необходимой информации
- Адекватная и понятная формулировка
- Учёт уязвимых групп

4. Автономность

- Информированное согласие
- Право отказаться от участия
- Участие третьих лиц в принятии решения

5. Благодеяния

- Действия в интересах пациента
- Полезность для пациента и общества
- Минимизация ущерба
- Риск/польза

6. Справедливость

- Кто какое лечение получит (эквиполентность)
- Отсутствие принуждения к участию
- Равное распределение пользы и риска в группе

- Клинический вопрос : Эффективен (O) ли лечение Гепарин + низкодозированный аспирин (I) , чем лечение только с низкодозированным аспирином(C) у беременных женщин с АФС синдромом(P) ?

- P – беременные женщины с АФС синдромом в сроке 8- 14 недель
- I – низкодозированный аспирин + гепарин
- C - низкодозированный аспирин
- O – донашивание беременности\невынашивание беременности
- T – 32 недель

- **Is there a suitable method of anticoagulation in pregnant patients with mechanical prosthetic heart valves?**
- Malik HT[1], Sepehripour AH, Shipolini AR, McCormack DJ.
- **Author information**
- 1
- Department of Cardiothoracic Surgery, The London Chest Hospital, London, UK.
- **Abstract**
- A best evidence topic was written according to a structured protocol in order to identify the mode of anticoagulation that has the best safety profile for both the mother and the foetus in pregnant patients with mechanical prosthetic heart valves. A total of 281 papers were identified using the reported search, of which eight represented the best evidence to answer the clinical question. The authors, date, journal, study type, population, main outcome measures and results are tabulated. The reported measures were foetal mortality, maternal mortality, congenital abnormalities and embryopathy, and maternal thromboembolic and haemorrhagic complications. The medical orthodoxy has warned of the combination of oral anticoagulation and pregnancy due to the well-documented warfarin embryopathy. Yet only one of the reported papers identified a greater incidence of foetal aberrations among warfarin use, with the highest reported rate being 6.4% and two of the assessed papers reporting no embryopathy at all. Foetal mortality with oral anticoagulation use ranged from 1.52 to 76%. All reported publications demonstrated a superior maternal outcome with warfarin use, with a range of thromboembolic events from 0 to 10% in comparison with 4 to 48% where heparin was used. Thus, it is concluded that warfarin is a more durable anticoagulant with a better maternal outcome despite it carrying a greater foetal risk. Although, in contrast to previous teaching, the risks of embryopathy are not the major drawback of oral anticoagulation. Heparin is consistently less effective, but may be preferred for the superior foetal outcome. Heparin usage during the first trimester reduces the foetal risk but is still associated with an adverse maternal outcome. While the focus for clinicians looking after pregnant women with mechanical heart valves may be to prevent maternal thromboembolic complications, the overriding concern for many women is to avoid any harm to their unborn child, even when this places their health at risk. Thus women with mechanical heart valves must be fully informed of the risks involved with different anticoagulation for an informed decision to be made.
- PMID:
- 22634472
- PMCID:
- PMC3422924
- DOI:
- 10.1093/icvts/ivs178
-

- Вопрос : Существует ли подходящий метод антикоагуляции у беременных с механическими протезными клапанами сердца ?

- P – беременные женщины с механическими протезными клапанами сердца
- I –варфарин
- C – гепарин
- O – донашивание беременности \ неблагоприятный материнский исход
- Дизайн : поперечное исследование
- Выборка : простая случайная

- Использованные материалы :

- 1)Клинические испытания , Kutteh WH. Am J Obstet Gynecol. 1996. Авторы Kutteh WH 1 . Информация об авторе 1 Отдел акушерства и гинекологии, Юго-западный медицинский центр Университета Техаса в Далласе 75235-9032, США. Цитирование Am J Obstet Gynecol. 1996 май, 174 (5): 1584-9.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/9065133/?i=2..

- 2)Backos M, et al. Br J Obstet Gynaecol. 1999. Авторы Backos M 1 , Рау R , Бакстер H , Чилкотт ИТ , Коэна H , Риган л . Информация об авторе 1 отдел акушерства и гинекологии, Императорский колледж школы медицины в Сент-Мэри, Лондон, Великобритания.цитированиеBr J Obstet Gynaecol. 1999 год февраль, 106 (2): 102-7.

3) Рандомизированные контролируемые испытания Rai R, et al. BMJ. 1997. Авторы Рау R 1 , Коэна H , Дэйв M , Риган л . Информация об авторе 1 Имперский колледж, Медицинская школа в Сент-Мэри, Лондон. Цитирование BMJ. 1997 год 25 января, 314 (7076): 253-7.

4) Рандомизированные контролируемые испытания Triolo G, et al. Ревматизм артрита. 2003. Авторы Triolo G 1 , Феррант , Ciccia F , Аккардо-Паламбо , Перин , Кастелли , Giarratano , Ликат G . Информация об авторе
1 Cattedra di Reumatologia, Istituto di Clinica Medica, Policlinico и Университет Палермо, Палермо, Италия. triolog@tiscalinet.it цитирование Ревматизм артрита. 2003 г. Март, 48 (3): 728-31

5) Рандомизированные контролируемые испытания Dendrinos S, et al. Int J Gynaecol Obstet. 2009. Авторы Дендринос S 1 , Sakkas E , Makrakis E . Информация об авторе 1 2-й отдел акушерства и гинекологии, больница Aretaieion, медицинская школа, Афинский университет, Афины, Греция. Цитирование Int J Gynaecol Obstet. 2009 г. Март, 104 (3): 223-5. doi: 10.1016 / j.ijgo.2008.11.010. Epub 2008 29 декабря.

6) Обзорная статья Хамашта M.A. Lupus. 1998. Авторы Хамашта M.A. 1 . Информация об авторе 1 Исследовательский центр волчанки, Институт Рейна, Госпиталь Святого Томаса, Лондон, Великобритания. 106404.2325@compuserve.com цитирование Lupus. 1998; 7 Suppl 2: S162-5.

7)Обзорная статья Hoppe B, et al. Curr Opin Rheumatol. 2011. АвторыHoppe B 1 , Бурместер ГР , Dörner T .
Информация об авторе 1 Институт лабораторной медицины и патобиохимии, Charité - Universitätsmedizin Berlin,
Германия. berthold.hoppe@charite.de цитирование Curr Opin Rheumatol. 2011 май, 23 (3): 299-304. doi: 10.1097 / BOR.0b013e328344c3f7.

8)Обзорная статья Cowchock S. Lupus. 1998. Авторы Cowchock S 1 . Информация об авторе 1 отделение акушерства и гинекологии, Нью-Йоркский университетский медицинский центр, Нью-Йорк 10016, США. цитированиеLupus. 1998; 7 Suppl 2: S95-7.

- Спасибо за внимание !!!