

Кольпоскопічна картина у переважній кількості жінок, які були задіяні у клінічному дослідженні, на 5-6 тижень після оперативного лікування характеризувалася наявністю багатошарового плоского епітелію по всіх зонах і квадрантам шийки матки, епітеліальний стик був збережений, строма звичайна, судини задовільно реагували на 3% розчин оцтової кислоти, проба Шиллера була позитивна.

Стосовно часу повної репарації постопераційних дефектів шийки матки, то у пацієток із ЦІН II час повної епітелізації поверхні шийки матки діагностувався на  $37,2 \pm 2,6$  добу (основна підгрупа) та на  $40,4 \pm 3,2$  добу (підгрупа порівняння).

У хворих жінок, які отримували радіохвильову терапію з приводу ЦІН III термін повної епітелізації при ініціальному лікуванні алофероном напередодні хірургічного лікування становив, у середньому,  $39,6 \pm 2,8$  доби. Пацієнтки із підгрупи порівняння які отримували терапію що регламентована Наказом №236 МОЗ України від 02.04.2014 р., мали дещо пролонгований час повної епітелізації ранового дефекту -  $42,4 \pm 3,6$  доби.

**Висновки.** Таким чином, відбулося достовірне зниження ( $p < 0,05$ ) кількості аномальних кольпоскопічних картин після проведеного комплексного лікування (хірургічна та імунотерапія) в усіх групах нашого клінічного дослідження. Представлені вище результати позитивно характеризують методи лазерної вапоризації та радіохірургії у комбінації із імунотерапією, як прийнятні для пацієток репродуктивного віку. Додавання Лаферомакса в схему лікування пацієток із ЦІН II та ЦІН III дозволило підвищити клінічну ефективність традиційної терапії та домогтися позитивного результату в лікуванні.

## **АНТИФОСФОЛІПІДНИЙ СИНДРОМ У ЖІНОК З ПОГЛЯДУ СУЧАСНОГО АКУШЕРСТВА**

**Тарасюк О.К.**

*Вінницький національний медичний університет  
імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна*

Даний діагноз дуже часто ставиться вагітним жінкам, особливо тим, які втратили хоча б одну вагітність, або жінкам, які планують вагітність, теж з таким анамнезом. Лікують цей синдром мало не кожній другій жінці. І використовують для лікування те, що не можна в акушерстві - плазмаферез (дороговартісний), гепарин,

стероїдні препарати - що в усьому світі практично не використовується.

Насправді, цей синдром - дуже рідкісне захворювання і не зустрічається на стільки часто, як вважають лікарі. Це аутоімунне захворювання, яке супроводжується виробленням антитіл.

Існує первинний і вторинний антифосфоліпідний синдром (АФС). Первинний - виникає на тлі відсутності інших аутоімунних захворювань. А вторинний - як додаткове захворювання на тлі існуючого аутоімунного захворювання (вовчак, склеродермія та ін.).

Дуже часто АФС супроводжується тромбоцитопенією або аутоімунною гемолітичною анемією.

Зазвичай пацієнти знають, що у них в анамнезі є аутоімунне захворювання, тому у таких жінок може бути підвищений ризик виникнення АФС.

Чим він небезпечний для вагітності? В першу чергу, виникненням тромбозів глибоких вен, що в свою чергу може ускладнитися тромбоемболією, яка веде до загибелі жінки. Також АФС супроводжується більш високим рівнем внутрішньоутробної загибелі плоду, мертвонародженням, затримкою росту і розвитку плода, преєклампсією, особливо важким її проявом - еклампсією, що небезпечно для життя жінки. Крім того, спонтанними втратами вагітності - при втраті 3-х і більше вагітностей в терміні до 10-ти тижнів.

Якщо в акушерському анамнезі цього не було, то робити пошук АФС, якщо втратили першу вагітність на ранніх термінах, не варто.

Про АФС як захворювання заговорили вперше у 1999 році, в акушерстві прийняли діагностичні критерії тільки у 2006 році. Їх модифікували і до сих пір доповнюють, але в цілому вони залишаються тими ж. АФС не ставлять за рівнем Д-димера, або за рівнем одного з антитіл, якщо він лише трохи підвищений. При вагітності змінюється вид імунітету з клітинного на гуморальний, підвищується рівень багатьох антитіл (що не так страшно). При АФС підвищуються антифосфоліпідні антитіла, які мають 3 групи. При чому, підвищуються значно, що необхідно враховувати при постановці діагнозу.

Враховується історія жінки: до вагітності - наявність тромбозу, випадок інсульту, випадки пов'язані з порушенням згортання крові і наявністю таких аутоімунних захворювань, як вовчак, склеродермія та ін. Тобто враховуються цереброваскулярні випадки в анамнезі жінки. Також, раптова смерть найближчих родичів до 50-ти років через такі проблеми. Але це ще не вказує, що обов'язково повинен бути АФС у таких жінок.

І звичайно ж враховуються попередні ускладнення вагітностей, якщо вони були при попередніх вагітностях.

Після цього перевіряються лабораторні тести. Д-димер - не показник згортання крові у вагітних жінок. Він збільшується у всіх вагітних, як і фібриноген. Він не враховується і як показник для призначення гепарину. Є 3 важливих антифосфоліпідних маркера - антитіла: вовчаковий антикоагулянт, антикардіоліпінові антитіла і анти 2В-глікопротеїнові антитіла.

Визначаються антитіла 2-типів: анти М і анти G. Їх рівень повинен бути значно підвищений. Є спеціальні графіки і таблиці, де враховується рівень цих антитіл. Причому, має бути 2 показника визначення цих антитіл, 2 випробні зразки протягом 12-ти тижнів (3 міс.). Тому при вагітності такі діагнози не ставляться, або ставляться дуже рідко. В основному, це роблять після вагітності, з урахуванням історії. Проводиться також генне типкування - визначаються гени, які можуть бути у людей з вовчаком та іншими аутоімунними захворюваннями. Хоча не у всіх жінок обов'язково будуть такі гени. Тому генне типкування проводиться суворо за показаннями.

Але навіть якщо виявили АФС, потрібно бути обережним з лікуванням. Гепарин, який вводять усім підряд жінкам, насправді не потрібно призначати. Тільки тим жінкам, у історії яких є епізоди тромбоутворення. І то зараз ефективність цього методу лікування є спірним - не доведена ефективність застосування гепарину у цієї групи жінок. В інших груп жінок гепарин не використовується.

Також останнім часом почали призначати аспірин, в невеликих дозах. Його ефективність при АФС поки що не доведена, вона заперечується.

Ще важливо розуміти, що АФС супроводжується низьким рівнем тромбоцитів (тромбоцитопенія), що може погіршити кровотечу. Тому з обережністю треба призначати препарати, які можуть призвести до кровотечі. Гепарин може привести до серйозної кровотечі, відшарування плаценти. Тому його далеко не завжди слід призначати жінкам з АФС. І всі інші методи лікування практично не слід застосовувати. Жінці тільки можуть порадижити прийом аспірину на етапі планування вагітності. Тому не потрібно посилювати лікування або профілактику синдрому прийомом численних препаратів, які не мають відношення до цього захворювання.

Важливо стежити за станом жінки і станом її крові під час вагітності, приймати рішення вже на підставі тих результатів, які є.

І оскільки це дуже рідкісне захворювання, АФС насправді боятися не потрібно.