

казано данным исследованием. Современная гормональная контрацепция при дифференцированном применении, оказывает благоприятное действие на микробиоценоз влагалища и может применяться в качестве одного из направлений в профилактике воспалительных заболеваний органов малого таза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кафарская, Л. И. Микрoэкология влагалища. Микрoбиоценоз в норме, при патологических состояниях и способы его коррекции. Лекция / Л. И. Кафарская, Б. А. Ефимов, М. С. Покровская. — М., 2005. — С. 1–5.
2. Что такое нормальная влагалищная флора? / С. Дж. Пристли [и др.] // Заболевания, передаваемые половым путем. — 1997. — № 4. — С. 12–18.
3. Тихомиров, А. Л. Бактериальный вагиноз — современные представления, комплексное лечение: метод. рекомендации / А. Л. Тихомиров, Ч. Г. Олейник, С. И. Сарсания. — М., 2005. — С. 5–7, 11–18.

УДК 616-008-097

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Гребенюк А. Н., Хилюта Т. П.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *Е. И. Михайлова*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Антифосфолипидный синдром (АФС) относится к числу наиболее актуальных мультидисциплинарных проблем современной медицины и рассматривается как уникальная модель аутоиммунной тромботической васкулопатии [1]. АФС представляет собой заболевание невоспалительного характера со своеобразным комплексом клинических и лабораторных признаков, в основе которого лежит образование антител к некоторым видам фосфолипидов, являющихся структурными компонентами мембран тромбоцитов, клеток кровеносных сосудов и нервных клеток. У женщин данные антитела выявляются чаще, приблизительно в 5 раз [3]. На АФС приходится до 15 % случаев привычного невынашивания беременности [2]. Поскольку плацента является потенциальной мишенью для циркуляции аФЛ, неудивительно, что женщины с аФЛ могут испытывать акушерские осложнения, поэтому вся беременность и роды ведутся под особым контролем. В Гомельской области за 2017 г. у женщин с АФС родилось 6 детей. Тромбофилия остается отличительной чертой АФС, и профилактика тромбоза является основной целью терапии [4].

Цель

Анализ тактики и лечения АФС в Республике Беларусьи ряде других европейских стран.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования явились публикации, содержащие информацию об эпидемиологии и лечении АФС в РБ и ряде других европейских стран, размещенные в англоязычных ресурсах: PubMed, Oxford academic journal, The Lancet, The NHS и в ряде русскоязычных изданий: РМЖ, CyberLeninka, медицинский журнал «Лечащий врач», а также были использованы данные по Гомельской области предоставленные клиническими протоколами № 17 от 19.02.18 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Основными целями лечения при АФС являются профилактика и борьба с антифосфолипидными антителами. Препаратами выбора являются ацетилсалициловая кислота, гепарин, варфарин и новые оральные антикоагулянты (НОАК). Наибольший эффект при использовании доказали гепарин и НОАК.

В настоящее время во всем мире используется следующая схема лечения: первым препаратом выбора, особенно для беременных, является ацетилсалициловая кислота, в до-

зировке от 300–500 мг в сутки. Аспирин эффективен только в «легких» формах тромбообразования, поэтому хорошо подходит для профилактики таких тяжелых акушерских осложнений как эклампсия и преэклампсия.

Низкомолекулярный гепарин и нефракционный внутривенный гепарин так же нашли свое применение в акушерстве. Гепарин не проникает через плацентарный барьер. Низкомолекулярный гепарин более эффективен, чем аспирин, и более контролируемый, чем нефракционный гепарин. Стоит отметить, что доказаны более низкие риски кровотечений при использовании гепарина, чем при использовании варфарина. Однако, существенным недостатком является развитие остеопороза на фоне приема гепарина. Поэтому дополнительно рекомендуется принимать пациентам так же карбонат кальция (1500 мг в сутки) и витамин D. Так же отмечалось заметная эффективность при приеме низкомолекулярных гепаринов вместе с аспирином. Дозировка составляет 5000 МЕ/мл на 5 мл.

Варфарин является препаратом выбора для терапии АФС у большинства людей, но противопоказан беременным, из-за его фетотоксического влияния на плод. Дозировка составляет 325 мг/сут высокоинтенсивного варфарина или комбинированный прием 100 мг/сут варфарина умеренной интенсивности и аспирина. Однако, проблемой использования данного препарата является постоянный контроль МНО, который должен быть $> 3,0$, соблюдение диет, а так же, повышенный риск кровотечений, даже при малейшем повреждении.

Новые оральные антикоагулянты современные препараты, которые значительно эффективнее и удобнее в применении. Они не нуждаются в контроле МНО, у них имеется фиксированная доза, для них не нужно строгое соблюдение диет. Представителями являются Апиксабан, Дабигатран, Ривароксабан. Однако, из-за относительно недавнего начала использования препаратов, пока нет четких клинических данных об использовании препаратов при АФС, а также, не разработаны препараты-антагонисты для купирования отравления. Стоит отметить высокую стоимость данных препаратов: Ривароксабан обойдется пациенту в 150 бел. руб за 30 таблеток.

До марта 2018 г. в национальные рекомендации лечения пациентов с АФС в РБ входили следующие препараты: гепарин, ацетилсалициловая кислота и варфарин. Средняя стоимость месячного курса приема составляла: для ацетилсалициловой кислоты — 4–11 бел. руб., для гепарина — 11–20 бел. руб., для варфарина — 2–15 бел. руб.

С марта 2018 г. произошли изменения в лечении АФС у беременных начиная с 12 недели, был рекомендован новый стандарт лечения для РБ — ацетилсалициловая кислота.

В странах Западной Европы для лечения рекомендуют использовать гепарин и новые оральные антикоагулянты. Стоимость от 66 до 322.86 бел. руб. Профилактика проводится аспирином в дозировке от 300–500 мг/сут.

Профилактическая терапия заключается в устранении других факторов риска, таких как использование оральных контрацептивов, курение, гипертония или гиперлипидемия. Профилактика необходима во время операции или госпитализации, а также для лечения, любого связанного с ней аутоиммунного заболевания.

Выводы

Тактика фармакотерапии АФС в РБ существенно отличается от мировых стандартов, в первую очередь в профилактике и терапии заболевания. Основной проблемой на сегодняшний день отсутствие единого общемирового стандарта в подходе к лечению пациентов с АФС, а значит, пациенты не получают должной помощи и остаются со своей проблемой один на один. Немаловажным является стоимость препаратов, дороговизна схем лечения, недоступность его для малообеспеченных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антифосфолипидный синдром: клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2005/04/4532387/>. — Дата доступа: 13.02.2018.
2. Антифосфолипидный синдром в акушерстве: современный взгляд и тактика ведения пациенток [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.medvestnik.by/ru/diagnose/view/antifosfolipidnyj-sindrom-v-akusherstve-sovremennyj-vzgljad-i-taktika-vedenija-patsientok-15403-2016/>. — Дата доступа: 28.02.2018.
3. Антифосфолипидный синдром — это... [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://spravochnik.synevo.ua/antifosfolipidnyj-sindrom/id1728.html>. — Дата доступа: 13.02.2018.
4. Antiphospholipid Syndrome: Role of Vascular Endothelial Cells and Implications for Risk Stratification and Targeted Therapeutics [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.medscape.com/viewarticle/880356_5. Дата доступа: 14.02.2018.