

АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ**Лузикова Яна Сергеевна**

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Минск

Енко Борис Олегович

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Минск

Майборода Алина Андреевна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Минск

Круглова Татьяна Викторовна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Минск

Метько Елизавета Евгеньевна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Минск

Бондаревич Анна Владимировна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Минск

Данкевич Ольга Александровна

студент, Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь, г. Минск

Апластическая анемия (АА) является опасным для жизни заболеванием, течение которого осложняется во время беременности. Данная патология проявляется панцитопенией в результате угнетения всех трех ростков костного мозга. Заболеваемость составляет от одного до двух случаев на миллион в год. Беременность в сочетании с АА является редким, но тяжелым заболеванием, которое связано со значительной фетальной, неонатальной и материнской заболеваемостью и смертностью. Наблюдается задержка роста плода, а неонатальный сепсис чаще встречается среди младенцев, рожденных у матерей с АА. Осложнения встречаются с частотой от 12% до 33%. Кроме того, при наличии тромбоцитопении, геморрагические осложнения в перинатальном периоде, требующие переливания крови, встречаются с частотой до 75%.

АА у взрослого человека может быть идиопатической (более 80% случаев), индуцированной лекарственными средствами, инфекциями (особенно гепатитом). Прямое повреждение может быть вызвано лучевой терапией и цитотоксическими агентами, тогда как косвенное повреждение связано с иммунологическими путями, которые отвечают за идиопатические случаи. Аутореактивные Т-лимфоциты продуцируют провоспалительные цитокины, включая $\text{TNF}\alpha$ и $\text{IFN}\gamma$. Оба цитокина индуцируют апоптоз, уменьшая образование колоний гемопоэтических клеток-предшественников. Помимо аномального клеточного иммунитета, в патогенез АА вовлечены другие факторы: имеются данные о врожденном угнетении НК-клеток и мутациях в генах теломеразного комплекса, что приводит к снижению пролиферации и устойчивости гемопоэтических клеток-предшественников.

Кровопотеря и сепсис являются основными причинами смерти у беременных женщин с АА. Беременность осложняет течение АА, сообщается о снижении количества тромбоцитов почти у всех женщин с АА, предшествующей беременности. Факторы, ответственные за наблюдаемую тромбоцитопению у беременных пациенток с АА, еще предстоит окончательно выяснить.

Принципы лечения АА во время беременности включают выявление возможной причины и лечение цитопении при одновременной минимизации побочных эффектов терапии для матери и плода. Прерывание беременности показано при тяжелой панцитопении, учитывая высокую вероятность угрожающих жизни осложнений. В недавнем исследовании из 61 женщины с АА у пациенток с более тяжелой тромбоцитопенией частота осложнений (преэклампсия / эклампсия, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста и смерть плода и новорожденного) была выше в шесть раз; было выявлено одиннадцатикратное увеличение риска сепсиса, трансплантации костного мозга и трансфузионной зависимости после родов,

Наиболее распространенными осложнениями АА при беременности, в дополнение к послеродовому кровотечению, являются преждевременное излитие околоплодных вод, эндометрит, субхорионическая гематома и отслойка плаценты.

Для лечения АА применяется трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) и использование иммунодепрессантов. Не смотря на то, что ТГСК связана с высокими 5-летними показателями выживаемости, она противопоказана при беременности в связи с тератогенностью в результате приема иммунодепрессантов.

Оптимальное лечение АА зависит от многих факторов, включая возраст пациентки, количество нейтрофилов и наличие сопутствующих заболеваний. Для лечения АА используются специфические колониестимулирующие факторы, антиtimoцитарный глобулин (АТГ), циклоспорин и метилпреднизолон. АТГ - относительно безопасный препарат, побочные эффекты которого в основном связаны с аллергическими реакциями, тошнотой, рвотой и диареей. Нет сообщений о побочных эффектах для плода, связанных с АТГ, недостаточная масса тела при рождении может быть результатом сопутствующих заболеваний, а не токсичности препарата.

При использовании кортикостероидов, предпочтение отдается тем, которые не проходят через плацентарный барьер, а именно преднизолон и гидрокортизон. Все кортикостероиды могут увеличить риск толерантности к глюкозе, гестационного сахарного диабета, что ограничивает их выбор. Наконец, циклоспорин, иммунодепрессант, рекомендуемый для лечения АА, связан с преждевременными родами и недостаточной массой тела при рождении, хотя представляет сложность разобраться, связано ли это с лекарственным средством или состоянием матери. Было показано, что использование колониестимулирующих факторов являются безопасной и эффективной терапией и может быть рекомендовано при значительной нейтропении.

Переливание препаратов крови является основой симптоматического лечения АА, связанной с беременностью, однако это может привести к осложнениям, включая гемохроматоз и (в большинстве случаев) аллоиммунизации HLA. Аутоантитела против тромбоцитов человека вызывают рефрактерность трансфузий тромбоцитарной массы.

Следует подойти к вопросу о способе родоразрешения весьма ответственно. Родоразрешение через естественные пути предпочтительно, так как даже при значительной тромбоцитопении гемостаз может быть достигнут при соответствующем сокращении матки после родов. Количество тромбоцитов $> 20 \times 10^9$ /л считается приемлемым для естественных родов и $> 50 \times 10^9$ /л для кесарева сечения. Инфекционные осложнения представляет собой опасную проблему у пациентов с АА, особенно при наличии нейтропении. Необходимо соблюдать меры предосторожности при выполнении таких процедур, как венозный доступ, интубация трахеи и т.д. Назначение антибиотиков перед операцией кесарева сечения также обязательно.

Таким образом, апластическая анемия представляет собой тяжелое заболевание, требующее комплексного подхода, основанного на работе многопрофильной команды, включающей специалистов акушерского, гематологического, анестезиологического и неонатального

профиля, для разработки плана ведения беременности, родов, лечения заболевания и прогнозирования осложнений в перинатальном периоде.

Список литературы:

1. Riveros-Perez E, Hermes AC, Barbour LA, Hawkins JL. Aplastic anemia during pregnancy: a review of obstetric and anesthetic considerations // International journal of women's health. – 2018. - № 10. – С.117-125.
2. Killick SB, Bown N, Cavenagh J, et al. Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia // British Journal of Haematology. – 2016. - № 172(2). – С.187-207.
3. Deka D, Malhotra N, Sinha A, Banerjee N, Kashyap R, Roy KK. Pregnancy associated aplastic anemia: maternal and fetal outcome // Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. – 2003. - № 29(2). – С.67-72.