

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ МЕДИЧНИХ КАРТ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АНТИФОСФОЛІПІДНИМ СИНДРОМОМ

Савицький В.І. <https://orcid.org/0000-0002-4261-3759>

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

prof_s.i.v@ukr.net

Актуальність. Антифосфоліпідний привертає увагу клініцистів різноманітних областей медицини. Дана патологія характеризується тріадою клініко-лабораторних ознак: рецидивуючими венозними або артеріальними тромбозами з локалізацією у будь-якій ділянці кров'яного русла, акушерською патологією у вигляді первинного недоношення вагітності і внутрішньоутробної загибелі плоду з гематологічними порушеннями (тромбоцитопенією, гемолітичною анемією).

Ціль: провести ретроспективний аналіз медичних карт хворих на антифосфоліпідний синдром.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичних карт амбулаторного/стаціонарного хворого 54 пацієнтів з основним діагнозом: антифосфоліпідний синдром в період з 2016 р. до 2021 р., які знаходились на обстеженні та лікуванні у відділенні ревматології Багатопрофільного медичного центру Одеського національного медичного університету. Діагноз антифосфоліпідний синдром встановлювали за рекомендаціями EULAR (2019), Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2007 р. № 626 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з «Антифосфоліпідним синдромом» та Наказу МОЗ України № 22 від 20.01.2015 р. «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з імунними захворюваннями».

Результати. У загальній групі хворих тривалість даної патології на момент дослідження коливалась від 1 до 10 років. Встановлено, що кількість звернень у зв'язку із загостренням антифосфоліпідного синдрому залежала від віку та мала вірогідні відмінності. Також відмічено, що загальна кількість супутніх патологій корелювала із кількістю звернень стосовно загострення антифосфоліпідного синдрому. Виявлено, що у пацієнтів чоловічої статі 20-44 років на тлі антифосфоліпідного синдрому найчастіше виявляли артралгії та поліартрит, а у чоловіків вікової групи 45-59 років – шкірні прояви. У жінок вікової групи 20-44 років на тлі діагнованого антифосфоліпідного синдрому найчастіше відмічали шкірні прояви у вигляді сітчатого ліведо, артралгії та поліартрит, а також порушення серцево-судинної діяльності. У жінок вікової групи 45-59 років – артралгії та поліартрит та порушення серцево-судинної системи.

Висновки. Методом збору анамнестичних даних та результатів клінічного лабораторного обстеження, відповідно до чинних протоколів надання медичної допомоги та діагностичним критеріям антифосфоліпідного синдрому, ретроспективний аналіз підтверджує той факт, що у жінок антифосфоліпідний синдром зустрічається в 5 разів частіше, ніж у чоловіків.

Ключові слова: антифосфоліпідний синдром, ретроспективний аналіз.

Актуальність. Антифосфоліпідний синдром (АФС) – це системне автоімунне захворювання, яке характеризується тромботичними або акушерськими подіями, що характеризуються наявністю в крові пацієнтів високого титру антитіл до нативно заряджених мембранних фосфоліпідів, а також до зв'язаних з ними глікопротеїдами. Поширеність АФС в загальній популяції коливається в межах 1–5 %, а за деякими оцінками, частота АФС становить близько 5 нових випадків на 100 тис. осіб на рік з поширеністю близько 40–50 випадків на 100 тис. осіб [1, 2, 3].

Недостатньо чітко визначена роль етіологічних факторів, пускові механізми, особливо на початкових етапах формування АФС; мало вивчені біохімічні маркери захворювання, несформовані ефективні схеми лікування АФС. До кінця не розв'язана проблема лікування хворих з АФС, що обумовлено неоднорідністю патогенетичних механізмів, клінічних проявів і відсутністю достовірних клініко-лабораторних показників, які дозволяють прогнозувати рецидивування тромботичних ускладнень [4, 5, 6].

Тому, виникає необхідність комплексного

дослідження хворих з метою уточнення патогенезу, більш повної і ранньої діагностики АФС і визначення оптимальних тестів для моніторингу проведеної терапії і створення схем корекції.

Ціль: провести ретроспективний аналіз медичних карт хворих на АФС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз медичних карт амбулаторного/стаціонарного хворого 54 пацієнтів з основним діагнозом: АФС в період з 2016 р. до 2021 р., які знаходились на обстеженні та лікуванні у відділенні ревматології Багатопрофільного медичного центру Одеського національного медичного університету.

Залежно від віку та статі пацієнти були розподілені на 4 групи:

I група – чоловіки віком 20-44 років (n=5); II група – чоловіки віком 45-59 років (n=3); III група – жінки віком 20-44 років (n=28); IV група – жінки віком 45-59 років (n=18).

Дослідження було проведено із дотриманням морально-правових та біотичних норм згідно Гельсінської декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження», затвердженою 18-ою Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (Гельсінкі, 1964) із подальшими переглядами, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977), відповідним положенням ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, Міжнародному кодексу медичної етики (1983) та законам України, що засвідчено комітетом з біоетики Одеського національного медичного університету.

Діагноз АФС (МКХ-11 4A45; МКХ-10 ILDS D68.810) встановлювали за рекомендаціями EULAR (2019), Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2007 р. № 626 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з «Антифосфоліпідним синдромом» [7] та Наказу МОЗ України № 22 від 20.01.2015 р. «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з імунними захворюваннями» [8].

Верифікацію АФС проводили на підставі вивчення відповідної медичної документації, результатів інструментальних досліджень згідно нормативних положень міжнародних класифікаційних критеріїв 2020 р. [28] та Наказу МОЗ України від 08.10.2007 р. № 626 [7].

Перед початком дослідження потенційні учасники були ознайомлені з протоколом, метою та завданнями, алгоритмом проведення клініко-діагностичних процедур, можливими наслідками і підтвердили згоду взяти участь у дослідженні особистим підписом.

Були окреслені наступні критерії включення хворих у дослідження: згода пацієнта взяти участь у дослідженні; жіноча та чоловіча стать; вік >20 років; верифікований діагноз первинного АФС; лабораторні критерії включали вовчаковий антикоагулянт (ВА), антитіла до кардіоліпоїну (АКА) до IgG/IgM, до β 2-глікопротеїну-I в різних титрах не менше двох позитивних результатів із інтервалом понад 12 тижнів.

Критеріями виключення були: відмова пацієнта взяти участь у дослідженні; серонегативні форми АФС; наявність іншої аутоімунної патології; наявність інфекційного захворювання, що підтверджено позитивний аналізом на антитіла до ВІЛ, маркери вірусних гепатитів, сифілісу; важкі та декомпенсовані стани; онкологічні та/або гематологічні захворювання; алкогольна та наркотична залежність; офтальмологічні захворювання: патологія сітківки, катаракта, монофтальмія; хронічні захворювання печінки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно літературним даним частота виявлення АФС підвищується із віком та асоціюється із хронічними захворюваннями, а середній вік розвитку клінічної маніфестації складає 31 рік. У жінок АФС зустрічається в 5 разів частіше, аніж у чоловіків, що корелює із нашими даними. Графічне представлення одержаних результатів щодо розподілу пацієнтів з АФС залежно від статі та віку представлено на рисунку 1.

Лабораторна оцінка АФС у даних пацієнтів

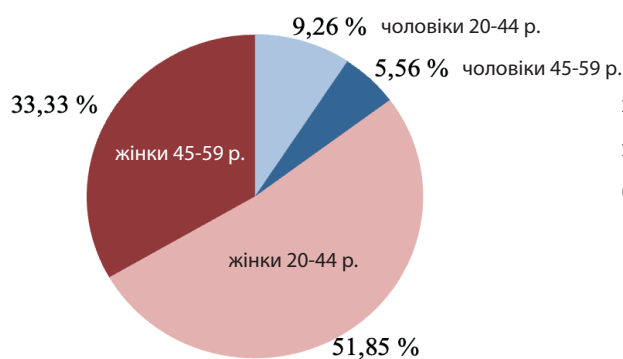


Рис. 1.

Розподіл пацієнтів з АФС, залежно від статі та віку

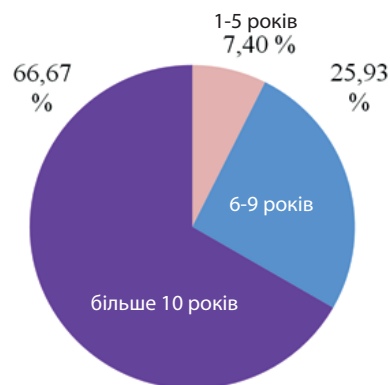


Рис. 2. Розподіл пацієнтів залежно від тривалості антифосфоліпідного синдрому

включала визначення імунологічних показників: АФА класу IgG, IgM, антитіла до двохспіральної ДНК, антинуклеарні антитіла до IgG до нуклеарного антигену SS-A/Ro методом ELISA і, згідно з інструкцією до набору.

Встановлено, що рівні сумарних АФА класу IgG у діапазоні $> 1,2$ Од/мл відмічали у 36 пацієнтів (66,67 %) та свідчили про позитивний результат. Аналогічні результати отримані при вивченні АФА класу IgM – кількість пацієнтів із позитивним результатом складала 36 (66,67 %).

Антитіла до двохспіральної ДНК, антинуклеарні антитіла до IgG до нуклеарного антигену SS-A/Ro також виявлено у 36 пацієнтів (66,67 %). Отже, одержані імунологічні резуль-

тати вказують на наявність одного чи декількох позитивних результатів у пацієнтів з АФС.

У загальній групі хворих тривалість АФС на момент дослідження коливалась від 1 до 10 років та більше (рис. 2). При цьому, частка пацієнтів із тривалістю АФС понад 10 років була основною і становила 66, 67 %, у тому числі було виявлено 25,95 % осіб з тривалістю захворювання 6-9 років та 7,40 % пацієнтів – 1-5 років.

Встановлено, що кількість звернень у зв'язку із загостренням АФС залежала від віку та мала вірогідні відмінності (табл. 1). Зокрема, пацієнти I групи зверталися в середньому $3,40 \pm 0,60$ ($n=5$), а II групи – $4,67 \pm 0,33$ ($n=3$).

Таблиця 1

Загальна характеристика хворих на антифосфоліпідний синдром

Показник, n1=54	Стат. показники	I група	II група	III група	IV група
Загальна кількість супутніх патологій	n2 $\bar{x} \pm S_{\bar{x}}$	5 $2,80 \pm 0,80$	3 $5,67 \pm 0,33^*$	28 $2,21 \pm 0,18$	18 $1,94 \pm 0,06$
Кількість звернень у зв'язку із загостренням	n2 $\bar{x} \pm S_{\bar{x}}$	5 $3,40 \pm 0,60$	3 $4,67 \pm 0,33^*$	28 $2,29 \pm 0,31$	18 $2,67 \pm 0,58$
Вік маніфестації захворювання	n2 $\bar{x} \pm S_{\bar{x}}$	8 $26,00 \pm 6,45$		46 $25,61 \pm 1,37$	

Примітка: n1 – загальна кількість хворих;

n2 – кількість пацієнтів у групі;

$\bar{x}$ – середнє арифметичне;

$S_{\bar{x}}$ – статистична похибка середнього арифметичного;

* – статистично значущі відмінності між віковими групами в межах однієї статі за t-критерієм Стьюдента.

Пацієнти III групи зверталися із частотою в середньому $2,29 \pm 0,31$ ($n=28$), а IV групи – $2,67 \pm 0,58$ ($n=18$).

Загальна кількість супутніх патологій корелювала із кількістю звернень стосовно загострення АФС. Зокрема, у пацієнтів I групи даний показник в середньому складав $2,80 \pm 0,80$ ($n=5$), а II групи – $5,67 \pm 0,33$ ($n=3$). В даних групах встановлено вірогідні відмінності між віковими групами – достовірність була на рівні $p < 0,05$.

У III групі пацієнтів загальна кількість коморбідних патологій в середньому складала $2,21 \pm 0,18$ ($n=28$), а в IV групі – $1,94 \pm 0,06$ ($n=18$). Одержані дані вказують на відсутність впливу коморбідних станів на розвиток АФС: як у чоловіків, так і жінок віком 20-44 років загальна кількість супутніх патологій та кількість звернень у зв'язку із загостренням перевищувала

кількість пацієнтів середньої вікової групи. Підтвердженням даних результатів є вік маніфестації АФС – у пацієнтів чоловічої статі даний показник складав в середньому $26,00 \pm 6,45$ років, а жіночої статі – $25,61 \pm 1,37$ років.

У хворих на АФС також ми оцінювали частоту і спектр супутньої патології (синдроми та симптоми) залежно від віку та статі (табл. 2).

Встановлено, що у пацієнтів I групи найчастіше виявляли артралгії та поліартрит (4 пацієнта – 7,41 %), шкірні прояви (2 пацієнта – 3,70 %), люпус-нефрит (2 пацієнта – 3,70 %) та ураження легень (1 пацієнт – 1,85 %). В II групі найчастіше відмічалися шкірні прояви (5 пацієнтів – 9,26 %), люпус-нефрит (3 пацієнта – 5,56 %) та лише у одного пацієнта (1,85 %) було діагностовано порушення серцево-судинної системи, що проявлялося у вигляді стенокардії.

Таблиця 2

Симптоми та синдроми у пацієнтів досліджуваних груп

Симптоми та синдроми, n = 54		I група	II група	III група	IV група
Артралгії, поліартрит	абсолютна частота, n	4	0	14	14
	відносна, частота, %	7,41	0,00	25,93	25,93
Порушення серцево-судинної системи	абсолютна частота, n	0	1	12	13
	відносна, частота, %	0,00	1,85	22,22	24,07
Люпус-нефрит	абсолютна частота, n	2	3	10	3
	відносна, частота, %	3,70	5,56	18,52	5,56
Хронічна ниркова недостатність	абсолютна частота, n	0	0	2	0
	відносна, частота, %	0,00	0,00	3,70	0,00
Ураження легень	абсолютна частота, n	1	0	3	0
	відносна, частота, %	1,85	0,00	5,56	0,00
Шкірні прояви: симптом метелика	абсолютна частота, n	2	5	17	3
	відносна, частота, %	3,70	9,26	31,48	5,56
Імунологічні прояви	абсолютна частота, n	0	0	2	0
	відносна, частота, %	0,00	0,00	3,70	0,00
Астенічний синдром	абсолютна частота, n	0	0	0	2
	відносна, частота, %	0,00	0,00	0,00	3,70
Ураження нервової системи	абсолютна частота, n	0	0	0	4
	відносна, частота, %	0,00	0,00	0,00	7,41
Ураження щитоподібної залози	абсолютна частота, n	0	0	0	2
	відносна, частота, %	0,00	0,00	0,00	3,70

Примітка: n – загальна кількість хворих.

У III групі найчастіше відмічали шкірні прояви у вигляді сітчатого ліведо (17 пацієнтів – 31,48 %), артралгії та поліартрит (14 пацієнтів – 25,93 %), порушення серцево-судинної діяльності (12 пацієнтів – 22,22 %) у вигляді артеріальної гіпертонії, порушенням клапанного апарату, облітеруючими захворюваннями судин, люпус-нефрит (10 пацієнтів – 18,52 %), ураження легень (3 пацієнта – 5,56 %), хронічна ниркова недостатність (2 пацієнта – 3,70 %) та імунологічні прояви (2 пацієнта – 3,70 %).

Нами виявлено, що у жінок з діагностованим АФС IV групи, вірогідно частіше діагностують артралгії та поліартрит (14 пацієнтів – 25,93 %), порушення серцево-судинної системи (13 пацієнтів – 24,07 %), ураження нервової системи, зокрема цереброваскулярні розлади та ішемічні атаки (4 пацієнта – 7,41 %), люпус-нефрит (3 пацієнта – 5,56 %), шкірні прояви (3 пацієнта – 5,56 %), ураження щитоподібної залози у вигляді гіпотиреозу, аутоімунного тиреоїдиту (2 пацієнта – 3,70 %).

Отримана інформація не залишає сумнівів щодо більшої частоти патології серцево-судинної системи та кістково-м'язового апарату і більш тяжкого їх перебігу у хворих на АФС. Виявилося, що АФС спричиняє більш раннє ураження судин у хворих на АФС. Так, частка осіб з артеріальною гіпертензією у хворих на АФС в молодій віковій категорії відмічалася частіше у жінок, аніж у чоловіків. Аналогічна тенденція встановлена і у групи пацієнтів середньої вікової групи. Артеріальна гіпертензія при АФС виникає як наслідок ниркової патології та пов'язаної з нею активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Тромбоз ниркових судин, інфаркт нирок, тромбоз черевного відділу аорти та клубочків нирки – поширені причини розвитку злоякісної артеріальної гіпертензії у молодих людей.

За даними S. R. Sangle та співавторів поширення артеріальної гіпертензії виявляють у 27 % хворих із АФС, тобто обстежена нами популяція хворих на АФС в Україні суттєво не відрізняється від такої у вищенаведених дослідженнях за частотою основних клінічних маніфестацій АФС [9]. Літературні дані також свідчать про наявність тісного зв'язку між ура-

женнями серцево-судинної системи та рівнем АФА у хворих на АФС. Доведено, що наявність АФА значно підвищує ризик ішемічного інсульту і тромбоемболії легеневої артерії [10].

Неврологічні прояви АФС є найбільш ранніми, частими та різноманітними. Іноді АФС проявляється неврологічною симптоматикою. Патологія характеризується судинними розладами внаслідок тромбозів і безпосереднім ураженням тканини мозку. Розлади мозкового кровообігу є першим і чи не єдиним проявом ішемічної патології при первинному АФС і можуть виникати у різних судинних басейнах. Перший епізод церебральної ішемії виникає у молодому віці. Вогнищева неврологічна симптоматика при ішемічному інсульті розвивається дуже швидко, однак швидко зникає. Можуть виникати поперечна мієлопатія, хорія, синдроми, схожі на розсіяний склероз, периферичні нейропатії. Ряд неврологічних порушень при АФС не пов'язаний з ішемією, а є наслідком первинного імуноопосередкованого пошкодження мозку та периферичної нервової системи [9, 10].

На шкірі при АФС часто спостерігають сітчасте ліведо (*livedo reticularis*) – стази, артеріоловенозні шунти судин шкіри з ділянками ціанозу. У хворих виникають застійні виразки шкіри, псевдоваскулітні та васкулітні ураження (некротизуюча пурпура, долонна та підшовна еритема, вузлики, пустули), множинні крововиливи в нігтьове ложе, гангрена пальців рук і ніг тощо [6, 9, 10].

Ураження нирок у формі нефропатії при АФС обумовлене розвитком тромботичної мікроангіопатії внаслідок тромбозів капілярів клубочків і позагломерулярних судин. Однак можливі і такі грізні ускладнення АФС, як тромбоз ниркової артерії та вени, капілярів клубочків, ниркова тромботична мікроангіопатія, що призводять до формування ниркової недостатності [10].

Також нами проведено аналіз біохімічних показників у пацієнтів з АФС. У всіх пацієнтів ($n=54$) встановлено виражену тромбоцитопенію із середнім рівнем кров'яних пластинок $112,44 \pm 3,94 \times 10^9/\text{л}$. Зазвичай зниження кількості тромбоцитів відбувається поступово,

без видимих клінічних ознак. Літературні дані вказують, що у пацієнтів з тромбоцитопенією частіше реєструються кардіоваскулярні прояви захворювання. Проведений аналіз показав, що зниження рівня кров'яних пластинок, ймовірно, тісно асоціюється з рівнем АФА.

У 27 пацієнтів (50 %) відмічалася підвищення рівня глюкози сироватки крові, що може свідчити про зміни вуглеводного та/або ліпідного обміну у хворих на АФС та початок розвитку цукрового діабету. Одна дані результати, ймовірно, корелюють саме із віком пацієнтів та не мають прямої залежності від розвитку АФС.

У 31 пацієнта (57,41 %) спостерігалася підвищення рівня фібриногену, що в середньому дорівнює $4,69 \pm 0,30$ г/л. У всіх пацієнтів (100 %) відмічали значне зниження рівня ПЧ (в середньому $76,76 \pm 1,19$ с). Також у 37 пацієнтів (68,52 %) спостерігалася подовження часу рекальцифікації плазми (середнє значення $125,69 \pm 2,60$ с). Відомо, що при АФС відбувається активація системи зсідання крові, що призводить до розвитку тромботичних ускладнень. Встановлено, що підвищений вміст фібриногену (гіперфібриногенемія), прискорення ПЧ та часу рекальцифікації плазми є маркерами активації системи зсідання крові та можуть виступати прогностичними показниками розвитку тромботичних ускладнень при АФС.

Серед причин підвищеної тенденції до розвитку порушень в системі гемостазу у хворих на АФС обговорюється ціла низка чинників і, в першу чергу, кардинальна особливість патогенезу АФС, яка полягає в продукції великої кількості аутоантитіл зі значним ступенем їх поліморфізму. В результаті, у хворих можуть однозначно існувати антитіла до багатьох антигенів, що обумовлює значні варіації в клінічній картині захворювання та різноманітність органних уражень. Отже, висока частота порушень в системі гемостазу та їх тісний зв'язок з АФС вказує на необхідність постійного моніторингу агрегаційної здатності тромбоцитів, дослідження порушень системи зсідання крові та фібринолізу у хворих при АФС.

У 36 пацієнтів (66,67 %) встановлено вірогідний ріст тимолової проби та складала

$6,10 \pm 0,52$ Од. Тимолова проба є важливим маркером змін білково-синтетичної функції печінки, оскільки більшість білків плазми утворюється саме в гепатоцитах. Підвищення значення даного показника свідчить про вірогідне ураження печінки на тлі АФС з подальшим розвитком токсичного гепатиту чи цирозу.

Встановлено, що рівень прямого білірубину у 30 пацієнтів (55,56 %) перевищував референтні значення та в середньому складав $6,23 \pm 0,36$ мкмоль/л. Прямий білірубін – показник патології печінки, при чому його рівень значно зростає при гепатитах різного генезу, а також захворювання біліарної системи, а причиною виступає запальний процес із явищами ексудації. Тобто, можна стверджувати, що у пацієнтів з АФС можливий перебіг захворювання з клінічними проявами з боку гепатобіліарного тракту.

Аналіз білкових фракцій свідчив про те, що у 50 % пацієнтів їх рівень досягав верхньої межі референтних значень, що може свідчити про участь системного імунзапального процесу в патогенезі АФС.

ВИСНОВКИ

1. Методом збору анамнестичних даних та результатів клінічного лабораторного обстеження, відповідно до чинних протоколів надання медичної допомоги та діагностичним критеріям антифосфоліпідного синдрому, ретроспективний аналіз підтверджує той факт, що у жінок антифосфоліпідний синдром зустрічається в 5 разів частіше, аніж у чоловіків. У загальній групі хворих тривалість даної патології на момент дослідження коливалась від 1 до 10 років.
2. Встановлено, що кількість звернень у зв'язку із загостренням антифосфоліпідного синдрому залежала від віку та мала вірогідні відмінності. Також відмічено, що загальна кількість супутніх патологій корелювала із кількістю звернень стосовно загострення антифосфоліпідного синдрому.
3. Виявлено, що у пацієнтів чоловічої статі 20-44 років на тлі антифосфоліпідного

синдрому найчастіше виявляли артралгії та поліартрит, а у чоловіків вікової групи 45-59 років – шкірні прояви. У жінок вікової групи 20-44 років на тлі діагностованого антифосфоліпідного синдрому найчастіше відмічали шкірні прояви у вигляді сітчатого ліведо, артралгії та поліартрит, а також порушення серцево-судинної діяльності. У жінок вікової групи 45-59 років – артралгії та поліартрит та порушення серцево-судинної системи.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Виконання даного дослідження та написання рукопису було виконано без зовнішнього фінансування.

REFERENCES:

1. Giannakopoulos B, Krilis SA. The pathogenesis of the antiphospholipid syndrome. *N Engl J Med*. 2013 Mar. DOI: 10.1056/NEJMra1112830.
2. Houghton DE, Moll S. Antiphospholipid antibodies. *Vasc Med*. 2017 Dec. DOI: 10.1177/1358863X17737374.
3. Mesa CJ, Rife EC, Espinoza LR. Catastrophic antiphospholipid syndrome: is life-long anticoagulation therapy required? *Clin Rheumatol*. 2020 Jul. DOI: 10.1007/s10067-020-04997-6.
4. Knight JS, Kanthi Y. Mechanisms of immunothrombosis and vasculopathy in antiphospholipid syndrome. *Semin Immunopathol*. 2022 May. DOI: 10.1007/s00281-022-00916-w.
5. Devreese KMJ, Ortel TL, Pengo V, de Laat B; Subcommittee on Lupus Anticoagulant/Antiphospholipid Antibodies. Laboratory criteria for antiphospholipid syndrome: communication from the SSC of the ISTH. *J Thromb Haemost*. 2018 Apr. DOI: 10.1111/jth.13976.
6. Tripodi A, Cohen H, Devreese KMJ. Lupus anticoagulant detection in anticoagulated patients. Guidance from the Scientific and Standardization Committee for lupus anticoagulant/antiphospholipid antibodies of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. *J Thromb Haemost*. 2020 Jul. DOI: 10.1111/jth.14846.
7. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з «Антифосфоліпідним синдромом». Наказ МОЗ України № 626 від 08.10.2007 р.
8. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим з імунними захворюваннями. Наказ МОЗ України № 22 від 20 січня 2015 року.
9. Janardhan V, Wolf PA, Kase CS, Massaro JM, D'Agostino RB, Franzblau C, Wilson PW. Anticardiolipin antibodies and risk of ischemic stroke and transient ischemic attack: the Framingham cohort and offspring study. *Stroke*. 2004 Mar. DOI: 10.1161/01.STR.0000117575.48205.
10. Fleetwood T, Cantello R, Comi C. Antiphospholipid Syndrome and the Neurologist: From Pathogenesis to Therapy. *Front Neurol*. 2018 Nov. DOI: 10.3389/fneur.2018.01001.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF MEDICAL CHARTS OF PATIENTS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

*Savytskyi V. I.**Odessa National Medical University, Odessa*

prof_s.i.v@ukr.net

Background. Antiphospholipid attracts the attention of clinicians in various fields of medicine. This pathology is characterized by a triad of clinical and laboratory signs: recurrent venous or arterial thrombosis with localization in any part of the bloodstream, obstetric pathology in the form of primary premature pregnancy and intrauterine death of the fetus with hematological disorders (thrombocytopenia, hemolytic anemia).

Aim: to conduct a retrospective analysis of medical records of patients with antiphospholipid syndrome.

Materials and methods. A retrospective analysis of outpatient/inpatient medical records of 54 patients with the main diagnosis: antiphospholipid syndrome between 2016 and 2021, who were examined and treated in the rheumatology department of the Multidisciplinary Medical Center of Odesa National Medical University, was conducted. The diagnosis of antiphospholipid syndrome was established according to the recommendations of EULAR (2019), Order of the Ministry of Health of Ukraine dated October 8, 2007 No. 626 "Clinical protocol for providing medical care to patients with Antiphospholipid Syndrome" and Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 22 dated January 20, 2015. "Clinical protocol for providing medical care to patients with immune diseases."

Results. In the general group of patients, the duration of this pathology at the time of the study ranged from 1 to 10 years. It was established that the number of appeals in connection with exacerbation of antiphospholipid syndrome depended on age and had probable differences. It was also noted that the total number of concomitant pathologies was correlated with the number of appeals regarding exacerbation of antiphospholipid syndrome. It was revealed that arthralgia and polyarthritis were most often detected in male patients aged 20-44 against the background of antiphospholipid syndrome, and skin manifestations in men aged 45-59. In women of the age group of 20-44 years, on the background of the diagnosed antiphospholipid syndrome, skin manifestations in the form of reticular liver, arthralgia and polyarthritis, as well as cardiovascular disorders, were most often noted. In women aged 45-59, arthralgia and polyarthritis and disorders of the cardiovascular system.

Using the method of collecting anamnestic data and the results of clinical laboratory examination, in accordance with current medical care protocols and diagnostic criteria for antiphospholipid syndrome, a retrospective analysis confirms the fact that antiphospholipid syndrome occurs 5 times more often in women than in men.

Key words: antiphospholipid syndrome, retrospective analysis.