



С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті

СКВ и беременность



Выполнила:
Сембиева Гаухар
721-1 группа

Системная красная волчанка – это хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся образованием антител к собственной соединительной ткани, ее воспалением и разрушением.

Волчанка поражает кровеносные сосуды, суставы, клапаны и оболочки сердца, почки, легкие. Она становится причиной васкулита, артрита, миокардита, эндокардита, порока клапанов сердца, пневмонита, гломерулонефрита, нефрита, полиневрита.



СКВ и беременность

- ✓ Дебют СКВ или ее обострение в период беременности иногда ошибочно принимается за пиелонефрит беременных или нефропатию беременных
- ✓ Как сама беременность, так и ее прерывание, могут являться провоцирующими факторами развития заболевания de novo или его обострения
- ✓ Риск преждевременных родов, задержки развития плода, выкидышей, преэклампсии при СКВ повышен, особенно при наличии ВН III-IV класса и АФС
- ✓ У больных с активной СКВ контрацепция должна проводиться механическими средствами или гормональными контрацептивами, содержащими только прогестерон

- Влияние беременности на течение СКВ с поражением почек оценивать трудно из-за специфических особенностей этого заболевания.
- Хорошо известно, что чаще всего СКВ поражает женщин детородного возраста, причем не менее чем у 50% развивается поражение почек и как сама беременность, так и ее прерывание могут являться провоцирующими факторами развития заболевания *de novo* или его обострения.
- При этом дебют СКВ или ее обострение в период беременности иногда ошибочно принимается за пиелонефрит беременных или нефропатию беременных.

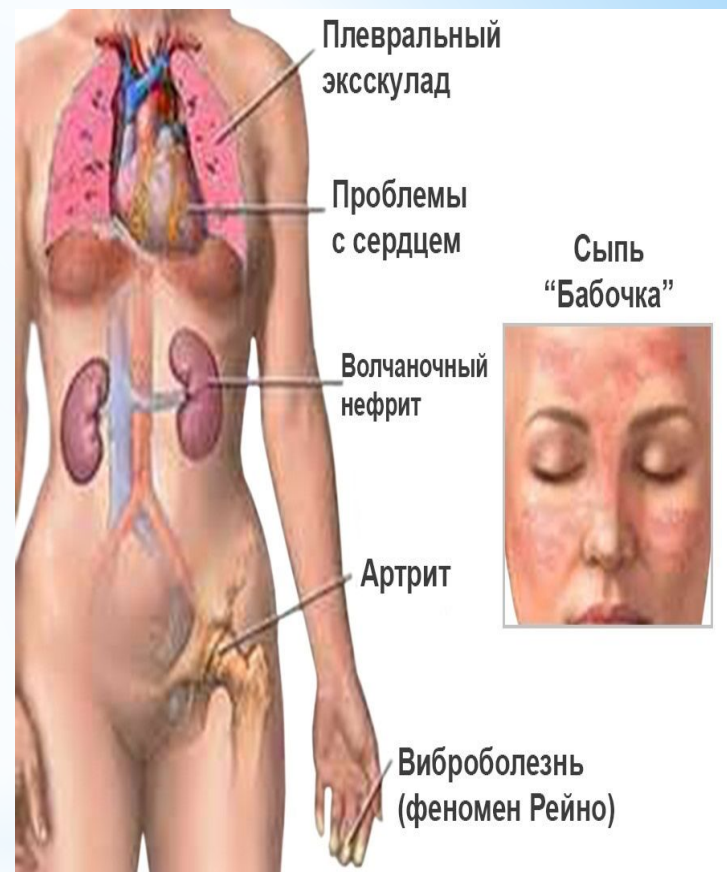
Большинство больных СКВ в настоящее время получают иммуносупрессивную терапию, и течение заболевания не может рассматриваться вне связи с ее результатами.

Для прогноза в отношении беременности имеет значение активность заболевания в течение предшествующих 6 мес, а в случае ремиссии - ее длительность (чем больше срок ремиссии, тем лучше прогноз), состояние почечной функции и уровень АД.

При наличии активного процесса, как уже упоминалось, беременность может вызвать тяжелое обострение. У больных активной СКВ контрацепция должна проводиться механическими средствами или гормональными контрацептивами, содержащими только прогестерон.



У пациенток, находящихся в ремиссии и не имеющих почечной недостаточности и АГ, беременность в большинстве случаев протекает вполне благополучно или сопровождается лишь незначительным и обратимым нарушением почечной функции, что подтверждается и нашими собственными наблюдениями. Пациенткам с СКВ следует рекомендовать планировать беременность не ранее чем через 6 мес после достижения ремиссии и лишь после полной отмены цитотоксических препаратов и снижения поддерживающей дозы преднизолона до менее 7,5 мг/сут. Лишь приблизительно в 10% случаев беременность может вызвать прогрессирование процесса в почках.



Усиление КС-терапии с профилактической целью у больных СКВ в период беременности не оправдано, активное лечение проводится только при обострениях или впервые возникшем заболевании.

Гибель плода. Риск гибели плода в I триместре беременности у больных СКВ составляет 13%, самопроизвольного аборта - 26%. Особенно велик риск этих осложнений у беременных, в крови которых обнаружены волчаночный антикоагулянт или антитела к кардиолипину, а также при тяжелой ХПН. Если функция почек нарушена незначительно, титры волчаночного антикоагулянта и антител к кардиолипину низкие, а ремиссия до наступления беременности продолжалась не менее шести месяцев, прогноз благоприятный. Лечение не разработано.



Терапия циклофосфамидом может вызывать угнетение гонад (по данным литературы, в 60% случаев, особенно при суммарной дозе циклофосфамида свыше 10 000 мг) однако наши данные этого не подтверждают. Имеются сведения об успешном и безопасном применении циклоспорина А (Сандиммун Неорал) у пациенток с поражением почек при СКВ, протекающем с НС, в период беременности. В нашей клинике также имеется наблюдение благополучного течения последовательно двух беременностей, завершившихся нормальными родами, у пациентки с СКВ, получающей Сандиммун Неорал.

Особую проблему представляет антифосфолипидный синдром, являющийся причиной спонтанных аборт, злокачественной АГ и разнообразных тромботических осложнений у пациенток с СКВ. В связи с этим у женщин с СКВ и наличием циркулирующих антител к фосфолипидам в случае наступления беременности показано назначение аспирина в дозе 80-325 мг/сут. Применение комбинации гепарина с аспирином рекомендуется для пациенток с высокими титрами антител или наличием тромботических эпизодов или привычных выкидышей в анамнезе.

Неонатальная волчанка (НВ) - следствие пассивно приобретенного аутоиммунного заболевания, серологическими маркерами которого являются антитела к растворимым антигенам тканевых рибонуклеопротеинов - Ro/La-антитела. С НВ связано около 1% всех случаев плодных потерь при "СКВ-беременности". Пассивная трансплацентарная передача Ro/La-антител во время беременности плоду ведет к развитию у него поражения кожи и/или сердца - двум основным признакам НВ. Редко НВ сопровождается другими проявлениями (гепатомегалией, печеночной дисфункцией, спленомегалией, лимфоаденопатией, пневмонитом, тромбоцитопенией, анемией), которые обычно носят преходящий характер.



Кожные высыпания - наиболее частый синдром НВ, появляются обычно в течение первых 2-х месяцев жизни, типично - на лице и верхних конечностях, нередко после инсоляции или ультрафиолетового облучения по поводу неонатальной желтухи. Часто по форме сыпь представлена ограниченными округлыми пятнами и бляшками, нередко имеет сходство с подострой кожной красной волчанкой. Поражение обычно регрессирует в течение 6 месяцев, оставляя в отдельных случаях гипопигментацию.

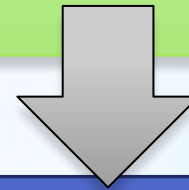
Влияние СКВ на течение

Фертильность (способность к зачатию) у больных СКВ обычно не страдает, но тяжелые обострения заболевания и использование высоких доз кортикостероидов, умеренная почечная недостаточность вызывают субфертильность (олиго- и аменорею). К потере фертильности у больных СКВ может привести использование цитостатика циклофосфамида. Данных о влиянии других лекарственных препаратов, обычно используемых при лечении СКВ, на фертильность не имеется.



СКВ может неблагоприятно сказываться на беременности и ее исходе, что проявляется повышенной частотой самопроизвольных абортов, преждевременных родов, мертворождений и гипотрофий новорожденных, а также высоким процентом аномалий родовой деятельности и послеродовых осложнений. Поздний токсикоз у беременных с СКВ встречается в 2,8 раз чаще, чем у здоровых беременных, у 18,6% больных в последовом и раннем послеродовом периодах возникают кровотечения.

Клиника гестоза может напоминать таковую при волчаночном гломерулонефрите. Только учет клинико-лабораторной картины заболевания, времени ее проявления могут быть решающими при проведении дифференциального диагноза. Различная тактика ведения больных с активным волчаночным нефритом (назначение иммуносупрессивной терапии) и гестозом (симптоматическая терапия) обуславливает практическую значимость правильной и своевременной диагностики этих состояний.



Большое значение в улучшении течения и исходов беременности и родов при СКВ имеет предшествующая гестации длительная (не менее 6-12 месяцев) ремиссия заболевания.

Дети, родившиеся от матерей с СКВ обычно этим заболеванием не страдают и развиваются нормально, несмотря на то, что в крови у них продолжает обнаруживаться трансплацентарно переданный волчаночный фактор. Он обнаруживается в крови плода еще на 12-16 неделе внутриутробного развития, но губительного влияния на плод не оказывает. В редких случаях, у плода развивается врожденная полная блокада сердца, связанная с тем, что антинуклеарные антитела могут проходить через плацентарный барьер и поражать проводящую систему сердца. У некоторых детей после рождения возможно появление преходящих признаков геморрагического диатеза, волчаночных элементов на коже, что обусловлено волчаночным фактором; эти явления исчезали после физиологического распада последнего.



Литература

- * Алекберова З.С., Кошелева Н.М., Белицкая С.Г., Маричик Н.В. Мониторирование активности системной красной волчанки во время беременности. // Тер. Архив. 1994. - № 10. - С. 46-51.
- * 2. Ангалева Е.Н., Лунева И.С., Лебедев А.С. Прогностические возможности специфических белков беременности // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя»: Тезисы докладов. М., 2004. - С. 13-14.
- * 3. Анохин П.К. / Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975.-447 с.
- * 4. Анохин П.К. / Кибернетика функциональных систем. М.: Медицина, 1998.-400 с.
- * 5. БагрийА.Э., ДядыкаА.И., Хоменко М.В. Системная красная волчанка и беременность. // Тезисы докладов IV Всесоюзного съезда ревматологом. - Минск, 1991.-С. 11.
- * 6. Витушко С.А. Типы гормональной адаптации плода у беременных с пороками сердца. // Вопр. охр. материнства и детства. 1986. - № 6. - С. 53-56.
- * 7. Витушко С.А. Гормональная функция фето-плацентарного комплекса и диагностика нарушений адаптации плода у беременных с ревматическими пороками сердца: Дисс. .канд. мед. наук: 14.00.01. Москва, 1988. -182 с.