

Тактика ведения ревматологических больных при беременности.

Подготовила: Кадамбаева С.Д. 777 гр.

Ревматоидный артрит и беременность

- ▶ Заболевание не обостряется во время беременности у 75% больных, даже происходит ремиссия ранее активного процесса, вероятно, в результате гиперсекреции глюкокортикоидов. Но через несколько недель после родов или аборта у большинства женщин наступает обострение болезни. Имеются и редкие наблюдения появления ревматоидного артрита во время беременности.



Противопоказания при РА

- ▶ Относительным противопоказанием могут быть системные проявления ревматоидного артрита при наличии симптомов декомпенсации со стороны внутренних органов, суставная форма с высокой степенью активности, требующая лечения препаратами базисной терапии, запрещенными при беременности.

Системная склеродермия и Беременность

- ▶ Системная склеродермия (ССД) и беременность взаимно негативно влияют на течение друг друга.
При развитии беременности резко ускоряется переход в терминальную стадию склеродермии — хроническую почечную недостаточность.

Смерть женщины наступает вскоре после родов — в 80 % случаев. У 30 % женщин течение склеродермии значительно утяжеляется, но у 20 % беременность может привести к стабилизации и даже улучшению состояния.

- ▶ Если беременность наступила на фоне обострения, ее необходимо прервать. Обострение наступает, как правило, после родов и аборт и характеризуется проявлениями почечно-печеночной и сердечно-легочной недостаточности.

Среди детей матерей, страдающих системной склеродермией, высокий уровень перинатальной смертности.

В период беременности необходимо назначение преднизолона в дозе 20 мг в сутки в течение 1,5 месяца с последующим снижением дозы до 5–10 мг в сутки. Показаны витамины группы В, С, А и Е. Можно назначать лидазу внутримышечно, внутривожно или путем электрофореза. Обязательны строгое соблюдение режима, диета, лечебная физкультура, мелкая ручная работа.

- ▶ Системная красная волчанка и беременность. Интерес к проблеме «СКВ и беременность» определяет то, что заболевание поражает преимущественно молодых женщин репродуктивного возраста. В связи с увеличением продолжительности жизни, частоты ремиссии больных СКВ на фоне комплексной патогенетической терапии, в настоящее время увеличилось число беременных женщин с СКВ. Люпус-беременность встречается в 1-ом случае на 1500 родов. У 20% женщин первые признаки СКВ появляются в период гестации, а у 10% заболевших - в послеродовом периоде. В проблеме люпус-беременности имеется 3 аспекта: 1. Влияние беременности на активность и прогноз СКВ, 2. Влияние СКВ на течение гестационного процесса и родов, 3. Влияние люпус-беременности на развитие плода и новорожденного. У большинства женщин в период беременности развивается обострение заболевания, т.к. при беременности в организме женщины возникает мощная эндокринная перестройка, что часто приводит к обострению СКВ. Обострение волчанки чаще наблюдается у женщин, страдающих люпус-нефритом, беременность у них сопряжена с риском ухудшением функции почек. Чаще обострение волчанки развивается после родов, несмотря на то, что в процессе беременности отмечалась ремиссия заболевания. Обострение в большинстве случаев возникает в первые 2 месяца послеродового периода. Однако, у некоторых - беременность не изменяет течения СКВ или даже улучшает его. Последнее объясняется тем, что при беременности задерживается метаболизм кортикостероидов, что приводит к увеличению продолжительности их действия. Волчанка неблагоприятно влияет на течение и исход беременности и развитие плода. Главная роль в осложнениях волчаночной беременности отводится люпус-нефриту и антифосфолипидному синдрому (АФС).

- ▶ Таким образом, у люпус-беременных возможны следующие осложнения:
 - Невынашивание беременности
 - Поздний гестоз беременных 20
 - Преждевременная отслойка плаценты
 - Преждевременные роды
 - Фетоплацентарная недостаточность и внутриутробная гибель плода
 - Неонатальный тромбоз новорожденных
 - Неонатальная волчанка
 - Тромбозы у беременных различных локализаций
 - Обострение СКВ, развитие и обострение люпус-нефрита

- ▶ Проблема люпус-беременности заключается в том, что: 1. Беременность может усугублять течение СКВ, вызывать обострение заболевания, ограничивать, лимитировать ее лечение, 2. СКВ неблагоприятно влияет на течение и прогноз беременности: □ высокий риск невынашивания беременности и преждевременных родов, □ нередкое развитие позднего гестоза, □ неблагоприятное влияние на развитие плода и новорожденного. Однако, современные методы лечения СКВ и возможность контроля над болезнью, позволяют в настоящее время больным СКВ выносить и родить жизнеспособного ребенка. Для прогнозирования течения и исхода беременности у больных с волчанкой, необходимо учитывать: □ Активность СКВ при зачатии и в период гестации, □ Поражение почек и наличие гипертензии, □ Наличие в данное время или в анамнезе АФС, □ Иммунологические предикторы (наличие аФЛ, Ro/SSA - и/или La/SSB АТ (риск врожденной волчанки), гипокомплементемия).

- ▶ Противопоказанием для беременности является: □ Активность СКВ II-III ст., □ Поддерживающая доза преднизолона > 10 мг, 21 □ Лечение цитостатиками на протяжении последнего года, □ Функциональная недостаточность органов и систем, □ Беременность противопоказана при наличии поражения почек, а также в случаях СКВ, трудно поддающихся лечению ГК. Во всех этих ситуациях проводится прерывание беременности по медицинским показаниям. Развитие обострения СКВ несовместимо с продолжением беременности. Категорически не рекомендуется повторная беременность женщинам, имеющим детей.

- ▶ Для зачатия наиболее благоприятными являются:
 - Период ремиссии СКВ,
 - Минимальная активность СКВ,
 - Небольшая поддерживающая доза преднизолона (не более 10 мг/сут.),
 - Отсутствие лечения цитостатиками (ЦФ и др.) на протяжении последнего года.
- 22 Цель и задачи ведения люпус-беременности:
 - сохранение низкой активности СКВ,
 - завершения гестации в срок,
 - обеспечение здоровья новорожденного

- ▶ Принципы лечения больных СКВ во время беременности. Женщинам, страдающим СКВ, рекомендуются:
 - Регулярные визиты к акушеру-гинекологу и ревматологу для своевременного распознавания возможных осложнений и коррекции лечения.
 - Полное обследование и контроль течения болезни матери являются очень важными не только во время беременности, но и при подготовке к ней и даже после родов.
 - Антитромботическая терапия, которая повышает шанс рождения живого и здорового ребенка в случае, когда беременная женщина имеет АФС.Ведение и лечение зависит от активности болезни и соотношения между пользой от лечения для матери и неблагоприятным влиянием лекарственной терапии на плод

- ▶ Беременным: □ Противопоказана терапия циклофосфамидом и метотрексатом в связи с выраженным тератогенным действием. □ Не рекомендуются НПВП, за исключением низких доз аспирина. □ Аминохолиновые препараты (хлорохин) назначают в очень редких случаях. □ Для профилактики обострений СКВ возможно назначение низких доз преднизолона (< 10 мг/сут). □ При обострении заболевания - увеличение дозы преднизолона, при необходимости пульс-терапия ГК. □ При выраженной тромбоцитопении, рефрактерной к ГК, показан внутривенный иммуноглобулин. □ Плазмаферез люпус-беременным не желателен. В 1-ую половину беременности рекомендуется дозу преднизолона увеличивать на 5- 7,5 мг/сут., так как имеется опасность обострения СКВ. Во 2-ую половину беременности - уменьшать, так как с началом функционирования надпочечников плода ГК поступают в кровоток матери (во время беременности мать и плод представляют единую систему).

- ▶ Во время родов проводится профилактика обострения СКВ парентеральным введением МП, доза преднизолона увеличивается до 20 мг/д. Перед и 1-2 дня после родов вводится МП 120 - 150 мг парентерально. В родах и в течение 3 мес после родов дозу кортикостероидов слегка повышают. Разрешение беременности рекомендуется с помощью операции кесарева сечения. Кормление грудью не предусматривается.

- ▶ Заключение. Таким образом, в настоящее время СКВ не рассматривается всегда как высокий риск для матери и ее ребенка. Прогноз люпус-беременности может быть благоприятным, если: □ Осуществляется правильное планирование и ведение беременности, □ Имеется тесное сотрудничество ревматологов, акушеров-гинекологов и неонатологов, □ Проводится своевременное и адекватное лечение СКВ При соблюдении этих условий беременность течет без осложнений и завершается рождением жизнеспособного ребёнка.

Ревматическая лихорадка и беременность.

- ▶ С увеличением срока беременности возрастает нагрузка на сердечно-сосудистую систему. Прогноз зависит от характера порока, от фазы ревматической лихорадки, стадии НК до беременности. Активная фаза является абсолютным противопоказанием для сохранения беременности.
- ▶ При НК, сочетанном митральном пороке беременность не противопоказана.
- ▶ При митральном стенозе вопрос о возможности сохранения беременности весьма сложен (учитывать вид порока, его осложнения).
- ▶ Сохранение беременности при аортальных пороках сердца, особенно при недостаточности аортальных клапанов, противопоказано. Во время родов нередко возникает ОЛЖН, отек легких.

- ▶ Независимо от вида порока сердца ХНК II Б и III стадии являются абсолютным противопоказанием для сохранения беременности. В случае комиссуротомии наиболее оптимальный срок для беременности - 2-ой год после операции.
- ▶ При всех видах аритмий сохранение беременности нежелательно, а пароксизмальная тахикардия и особенно мерцательная аритмия служат противопоказанием для беременности.
- ▶ При искусственных клапанах сердца разрешено сохранение беременности, если полностью компенсирована сердечно-сосудистая система и отсутствуют сложные нарушения ритма. Беременная при этом должна находиться под постоянным наблюдением ревматолога, акушера-гинеколога, периодически консультироваться кардиохирургом.

- ▶ Метотрексат
- ▶ Цитостатики
- ▶ Сульфасалазин
- ▶ Метаджект
- ▶ Ритуксимаб
- ▶ Делагил
- ▶ Плаквенил
- ▶ купренил