



Аллергия и беременность



Рост аллергических заболеваний отмечается не только среди населения вообще, но и среди беременных.

По последним данным распространенность АЗ среди беременных колеблется от 5% до 20%.

Основные проблемы аллергических заболеваний, возникающие при беременности:

- Влияние беременности на течение аллергических заболеваний**
- Влияние аллергических заболеваний на течение беременности**
- Влияние аллергических заболеваний на развитие плода**
- Особенности тактики ведения аллергических заболеваний и ведения беременности у женщин, страдающих аллергией**



Выделяют три типа влияния беременности на течение аллергии :

- беременность никак не влияет на течение аллергии**
- на фоне беременности наступает ремиссия аллергических заболеваний**
- на фоне беременности отмечается обострение аллергического заболевания**

Абсолютно доказано, что наличие аллергических заболеваний не является противопоказанием для беременности и рождения ребенка.

Необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности функционирования различных органов и систем во время беременности с целью назначения адекватной терапии и профилактики обострений аллергических заболеваний.

Факторы, влияющие на течение беременности

- Уплотнение диафрагмы и некоторое повышение внутригрудного давления
- Повышение уровня $p_a O_2$ и снижение $p_a CO_2$ приводит к развитию респираторного алкалоза с колебаниями pH от 7,44 до 7,45
- Увеличение потребности в кислороде (на 30%), вызывающее увеличение дыхательного объема и повышение минутной вентиляции легких на 19-50%
- Снижение эффективности воздействия кортизола за счет конкурентного связывания прогестерона, альдостерона или дезоксикортикостерона с рецепторами к глюкокортикоидам



Факторы, влияющие на течение беременности

- Повышение бронхиальной реактивности
- Повышение проницаемости легочных капилляров
- Повышение гастроэзофагеального рефлюкса при беременности может провоцировать приступ удушья
- Дополнительная стрессовая нагрузка на организм беременной
- Затруднение носового дыхания (ринит беременной и др.)

Возможно повышение частоты обострения ангиоотеков из-за повышения объема циркулирующей крови у беременных, что может приводить к снижению концентрации С1 ингибитора.



Особенности клинического течения аллергических заболеваний при беременности

Аллергический ринит 20% населения планеты страдают АР, ~ 50% беременных – гормональный ринит беременных

Дифференциальные признаки аллергического ринита и неаллергического ринита

Признак	Аллергический ринит	Неаллергический ринит
Причины	Аллергены: бытовые, эпидермальные, пыльцевые, пищевые, инсектные, лекарственные	Анатомические дефекты, заболевания носоглотки, резкие запахи, резкие температурные изменения, постоянный прием деконгестантов, беременность, гипотиреоз, первичная дискинезия ресничек, ИДС, грануломатоз Вегенера
Аллергологический анамнез	Положительный	Отрицательный
Кожные тесты с аллергенами	Положительные	Отрицательные, во время беременности не проводятся
Цитологическое исследование слизистой носа	Содержание эозинофилов в мазке более 2-4%	Эозинофилы отсутствуют. При инфекционном рините – высокое содержание нейтрофилов
Уровень общего IgE в сыворотке крови	Повышен	Норма
Наличие специфических IgE в сыворотке крови	Да	Нет

Категории риска применения лекарственных средств (классификация FDA)

- **Категория А** – препараты с невыявленным тератогенным действием ни в клинике, ни в эксперименте.
- Полностью исключить риск тератогенности никакие исследования не позволяют.
- **Категория В** – препараты, у которых отсутствовала тератогенность в эксперименте на животных, однако клинических данных нет.
- **Категория С** – препараты, оказывающие неблагоприятное действие на плод в эксперименте, но адекватного клинического контроля нет.
- **Категория Х** – препараты с доказанной тератогенностью в эксперименте и клинике. Противопоказаны при беременности.

Неблагоприятные воздействия лекарств на плод



- Эмбриотоксическое (гибель эмбриона и прерывание беременности).
- Тератогенное (развитие врожденных уродств у плода).
- Фетотоксическое (негативные воздействия на плод, не сопровождающиеся развитием тератогенных эффектов).

Фармакотерапия аллергического ринита при беременности

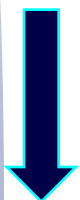
- **Препараты кромоглициевой кислоты**
- **Антигистаминные препараты местного действия (левокабастин, азеластин)**
- **Топические (назальные) стероиды: мометазон фуроат (Назонекс), флутиказона пропионат**



Назальные кортикостероиды

1

Уменьшают воспаление
слизистой оболочки



Угнетение реакций поздней фазы,
исходной назальной
гиперчувствительности

2

Уменьшают число
тучных клеток в слизистой*



Устранение острой
аллергической реакции

3

угнетают
активность желез
и сосудистую
проницаемость
• вызывают
вазоконстрикцию



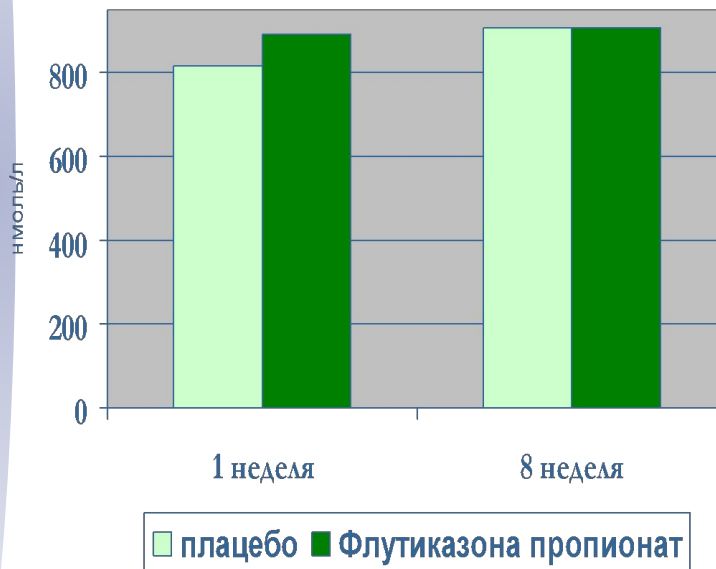
Устранение симптомов и обострения

Безопасность Флутиказона пропионат и мометазона фууроат (Назонекс) у особых групп пациентов

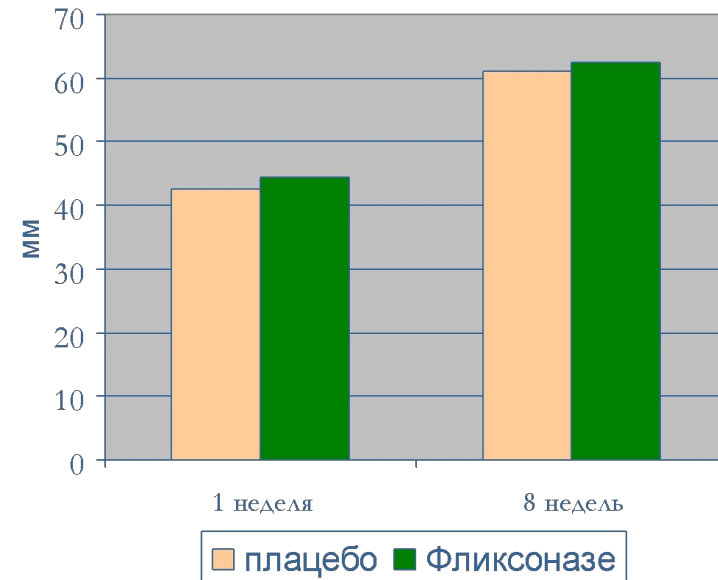
Прием ИГКС во время беременности не вызывал побочного воздействия на организм матери и течение беременности¹

ИГКС не оказывал влияния на рост и развитие плода¹

Изменение уровня кортизола в крови матери



Длина бедра плода

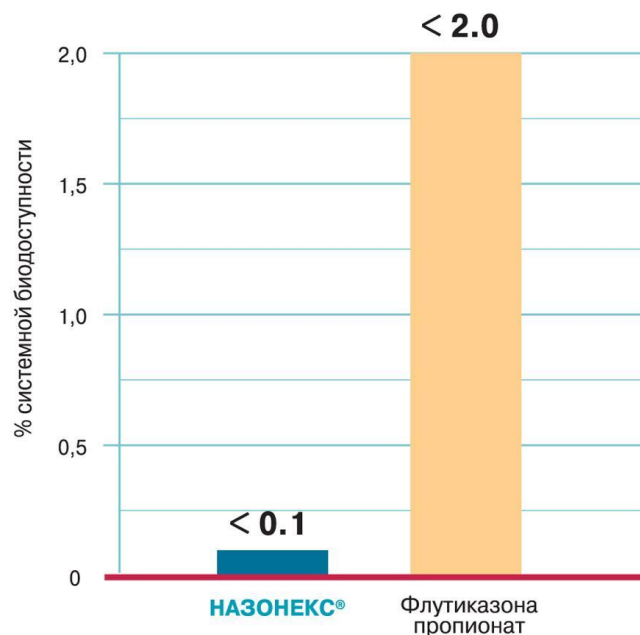
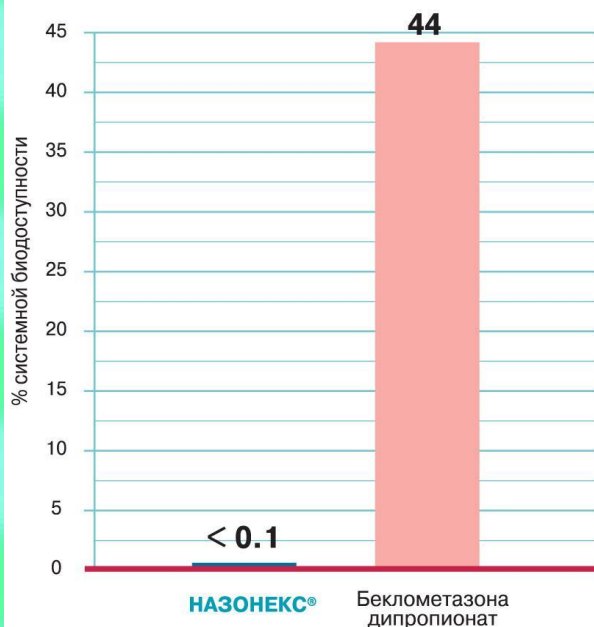


Беременные женщины должны воздержаться от применения назального спрея ИГКС, если только врач не сочтет использование этого препарата необходимым

1. E.K. Ellegard, Clin Otolaryngol. 2001, 2001, 26, 394-400

НАЗОНЕКС ДЕЙСТВУЕТ ТОЛЬКО В МЕСТЕ НАНЕСЕНИЯ И НЕ ВСАСЫВАЕТСЯ В КРОВЬ -

Назонекс® – самая низкая системная биодоступность среди всех назальных стероидов^{1,3}



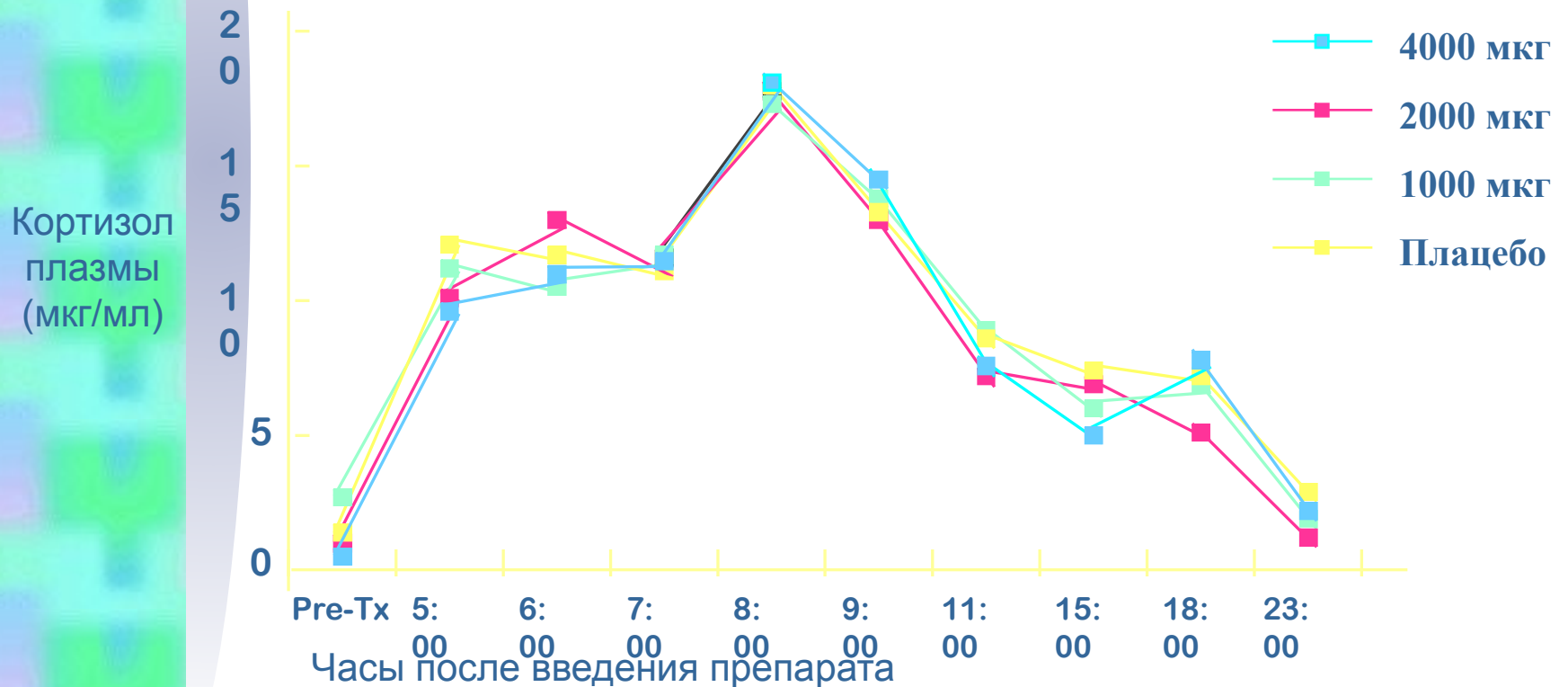
**В 440 раз меньше
ВСАСЫВАЕТСЯ В КРОВЬ,
ЧЕМ беклометазона дипропионат**

**В 20 раз меньше
ВСАСЫВАЕТСЯ В КРОВЬ,
ЧЕМ флутиказона пропионат**

Назонекс

Минимальная биодоступность (<0,1%) –
гарантия системной безопасности

*Уровень кортизола плазмы на фоне применения Назонекса® не
отличается от нормального*



Бронхиальная астма ~2-4% беременных

«Правило 1/3»: 30% - улучшение
состояния

30% - состояние не меняется

30% - ухудшение состояния

Как правило, ухудшение у больных с
тяжелой формой БА (24-36 неделя)

БА не является противопоказанием для
беременности

Неконтролируемая астма

- Преждевременные роды
- Малый вес при рождении
- Гипоксия новорожденных
- Неукротимая рвота беременных (статистически достоверно)



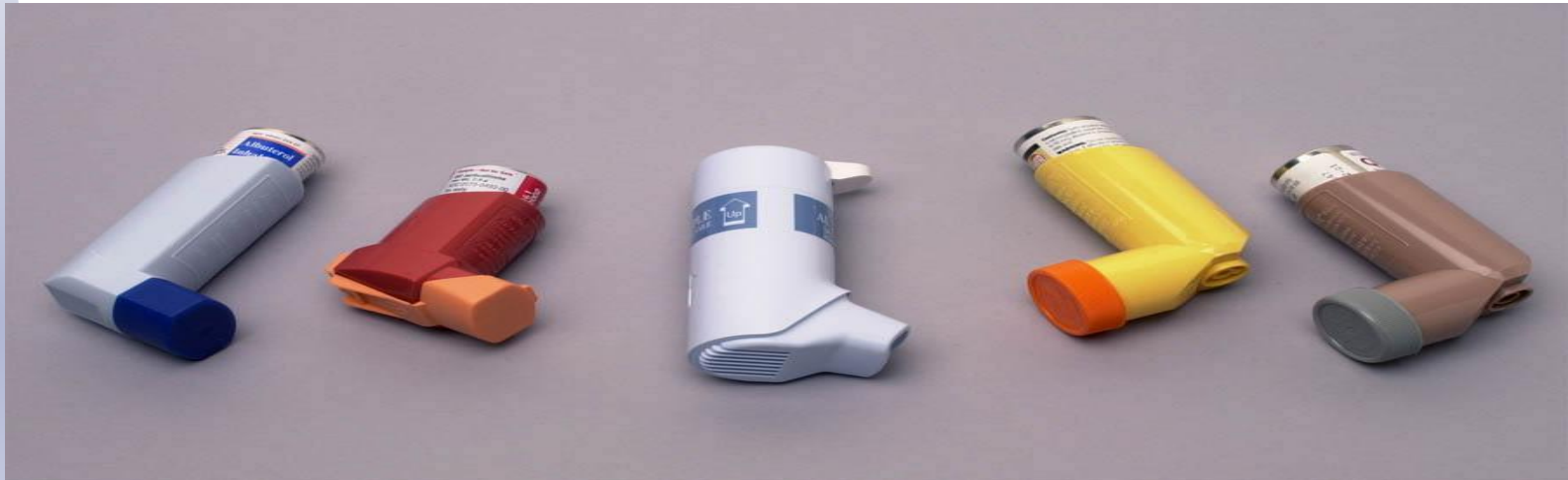
Оптимизированное лечение астмы

1. **Объективная оценка легочной функции у матери и плода**
2. **Устранение и контроль негативных факторов окружающей среды**
3. **Фармакотерапия**
4. **Обучение больных**



Фармакотерапия бронхиальной астмы

- Короткодействующие β_2 -агонисты
- Препараты кромоглициевой кислоты (Интал, кромогексал, кромоглин и др.)
- Ингаляционные стероиды (Назонекс и другие)



Аллергодерматозы

- Атопический дерматит
- Крапивница
- Ангионевротический отек
- Контактный дерматит

Дифференциальный диагноз

Почесуха беременных (Prurigo gravidarum) (2% беременных, 25-30 неделя беременности) – эритематозные папулы.

Полиморфная сыпь беременных – зудящие отечные папулы и бляшки. **PUPP-синдром** (Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy) - (0,5% беременных). Локализация – живот, область стрий.

Зуд беременных (Pruritis gravidarum) (2,5% беременных, 2-3 триместр).

Патологических элементов нет.

Патогенез – нарушение функций печени.

Атопический дерматит

~ 1-50% беременных

25% - улучшение

25% - без изменений

~ 50% - ухудшение

Лечение

- Устранение триггерных факторов
- Наружная терапия
- Системные препараты

Наружная терапия

- Нефторированные топические КС (Элоком, Локоид) - не более 10 дней
- Топические АГ препараты
- Диметидин (фенистил гель)
- Уход за кожей

Антигистаминные препараты

- Клемастин (тавегил). Не назначается в первом триместре беременности.

Гнойные осложнения АД

- Макролиды, цефалоспорины.
- Абсолютно противопоказаны тетрациклины и аминогликозиды



Аллергодиагностика и беременность

Специфические аллергологические методы исследования и тесты, проводимые *in vivo* (тесты с использованием аллергенов, медиаторов, неспецифических раздражителей, физической нагрузки и др.) при беременности запрещены, поскольку могут привести к обострению заболевания и отразиться на состоянии беременной и плода

Основные методы обследования

- Тщательный сбор анамнеза жизни и болезни
- Тщательный сбор аллергологического анамнеза
- Тщательный сбор фармакологического анамнеза
- Тщательный сбор пищевого анамнеза
- Анализ данных клинико-лабораторного обследования с учетом физиологических особенностей при беременности
- Методы *in vitro* (содержание общего и специфических IgE в сыворотке крови и др.)

Необходимо учитывать:

При анализе ФВД обратить внимание, что максимальная скорость экспираторного потока у беременных не должна изменяться. Вентиляционный объем у беременных увеличивается на 40%.

Кислотно-щелочное состояние в условиях гипервентиляции: pH составляет 7,44-7,45; $p_a\text{CO}_2$ – 28-32 мм рт. ст. ; $p_a\text{O}_2$ – 100 – 110 мм рт.ст.; PCO_3 – 18-21 ммоль/л.

При R-гр. гр. Клетки радиационная нагрузка должна быть менее 0,01 дж/кг. В норме у беременной может регистрироваться горизонтальное положение оси сердца, увеличение поперечного размера и приподнятое положение грудной клетки.

В гемограмме отмечается снижение Hb, повышение лейкоцитов без изменений формулы.

Алгоритм диагностики аллергических реакций



Особенности лечения аллергических заболеваний при беременности

Цели лечения

- Купирование симптомов заболевания или перевод в состояние максимальной безопасности для нее и плода во время беременности и родов
- сохранение нормального функционирования дыхательной, сердечно-сосудистой и других систем организма, снижение частоты и тяжести обострений, повышение толерантности к физическим нагрузкам

Общие рекомендации

- Обязательное динамическое наблюдение с проведением физикального обследования, контроля ФВД и оценки эффективности и безопасности проводимой терапии АЗ для беременной и плода
- плановое проведение консилиума в составе аллерголога-иммунолога, акушера, а при необходимости и других специалистов, с целью определения тактики лечения и профилактики обострений АЗ во время беременности
- категорически запрещено прекращение лечения АЗ или назначение медикаментов при обострении АЗ, так как это является причиной более тяжелого течения болезни, развития осложнений беременности и родов
- назначаются препараты с доказанным высоким профилем безопасности, способные эффективно контролировать симптомы заболевания, но не влияющие на течение беременности и развитие плода
- отдается предпочтение лекарственным средствам местного действия, при условии, что они контролируют симптомы заболевания (назальный спрей, аэрозоли, мази, капли и тп)

Общие рекомендации по использованию фармакотерапии АЗ у беременных

1. Антигистаминные препараты

Системные АГ-препараты не следует назначать во время первой четверти беременности.

Местные АГ-препараты (азеластин, левокабастин) – препараты выбора.

2. Стероиды

ГКС не обладают тератогенным эффектом.

Системные стероиды – только при тяжелом течении аллергических заболеваний (отек Квинке, тяжелая астма и т.д.).

Местные стероиды – препараты выбора. Схемы и дозы - обычные

3. Кромоны

Нет побочных эффектов, широкое применение в период беременности.

4. Теофиллины

Проникают через плацентарный барьер, вызывая у плода аритмию.

5. Антихолинергические препараты

Не оказывают тератогенных эффектов. Малоэффективны.

6. Антагонисты β_2 - адренорецепторов

Достаточно безопасны.

7. Антилейкотриеновые

Противопоказаны (нет данных о безопасности и эффективности)

Абсолютно противопоказаны

Аминогликозиды, препараты тетрациклинового ряда





Аллерген-специфическая иммуноterapia и беременность

**Если беременность возникла на
фоне АСИТ, рекомендуется
продолжить лечение**

Беременным АСИТ не назначается

Благодарим за внимание!

