

УДК: 616.5-002.525.5:618.3

Системная красная волчанка и беременность. Особенности течения и исходы гестации

О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь***Ключевые слова:** системная красная волчанка, беременность

Системная красная волчанка (СКВ) – тяжелое аутоиммунное заболевание, которое преимущественно поражает молодых женщин репродуктивного возраста, в связи с чем, проблема особенностей течения заболевания на фоне вероятной беременности является достаточно актуальной. В литературе встречается достаточно много данных по проблеме взаимного влияния беременности и СКВ, во многом публикуемые данные противоречивы, что свидетельствует, с одной стороны о сложности данной клинической проблемы, а с другой стороны может быть обусловлено динамикой самого волчаночного процесса в целом. Так, по данным 6-ой Европейской конференции по системной красной волчанке 2005г., 10-летняя выживаемость больных с СКВ к 2000 году достигла 80-90%, углубленное понимание патогенеза заболевания, разработка и использование современных иммуносупрессивных препаратов, привели к улучшению контроля заболевания, что дало возможность многим пациенткам выносить и родить ребенка.

Проблема системной красной волчанки у беременных многоплановая и требует рассмотрения следующих вопросов:

- * влияние беременности на течение и исход СКВ,
- * особенности диагностики у беременных,
- * планирование беременности,
- * влияние СКВ на течение гестационного процесса и родов, исходы беременности,
- * состояние и развитие плода и новорожденного у данного контингента женщин,
- * лечение СКВ во время беременности и особенности ведения родов.

Влияние беременности на течение и исход системной красной волчанки

Именно в данном аспекте проблемы данные наиболее противоречивы. Большинство авторов

указывают на неблагоприятное влияние беременности на течение СКВ, но существует точка зрения, что беременность может приводить к уменьшению активности заболевания. По данным крупных проспективных исследований, частота обострений СКВ при беременности варьирует от 43 до 79%. У 7-10% беременных с СКВ возникают осложнения, непосредственно угрожающие жизни матери и плода. Сложной проблемой является возможность прогнозирования течения СКВ при возникновении беременности. Даже наличие стойкой ремиссии до гестации не гарантирует отсутствие обострения при наступающей беременности, при этом активация СКВ может наступать в любые сроки беременности, а так же в течение первых месяцев после родоразрешения или прерывания беременности. Дебют СКВ во время беременности, в большинстве случаев сопровождается высокой степенью активности процесса, характеризуется бурным вовлечением в патологический процесс жизненно важных органов. Вероятность неблагоприятного течения заболевания наиболее высока при поражении почек, сердца, центральной нервной системы и при наличии признаков активного аутоиммунного процесса в период наступления беременности. В связи с чем, в настоящее время рекомендуется индивидуальное планирование беременности с участием ревматолога, при условии достижения стойкой ремиссии продолжительностью не менее 6 месяцев. Важным вопросом при планировании беременности являются особенности выбора метода контрацепции – эстрогенсодержащие контрацептивы могут спровоцировать обострение заболевания и приводят к тромбозам с большей частотой, чем в здоровой популяции.

Особенности диагностики обострения СКВ

во время беременности обусловлены рядом изменений в организме женщины, характерных для фи-

зиологически протекающей беременности или ее осложнений. Так у беременных, может наблюдаться склонность к тахикардии, снижаться уровень гемоглобина, увеличиваться СОЭ, быть ложноположительными ряд воспалительных тестов. Появление во второй половине беременности протеинурии, артериальной гипертензии, периферических отеков может быть проявлением, как люпус – нефрита, так преэклампсии. Своевременная диагностика обострения СКВ требует регулярного врачебного наблюдения – осмотров терапевта, ревматолога, при необходимости – нефролога, невропатолога, а также самоконтроля (термометрии, исследования частоты пульса), контроля анализов мочи, функции почек, печени, измерения артериального давления, электро- и эхокардиографического контроля, проведения общеклинических анализов крови с определением количества тромбоцитов, определения уровней антинуклеарных антител, иммуноглобулинов, компонентов комплемента.

Влияние СКВ на течение гестационного процесса и родов, исходы беременности

Системная красная волчанка подвергает риску саму беременность. Мать и плод в период гестации представляют собой единую систему. Для СКВ характерна аутоагрессия с бесконтрольным образованием широкого спектра аутоантител. Аутоагрессия и аутоантитела могут быть направлены не только против ядерных компонентов, клеток соединительной ткани, белковых молекул; плацента и плод так же могут стать мишенями атаки иммунной системы матери. Неблагоприятные исходы беременности могут быть во многом связаны с наличием антифосфолипидных и трофобласт реактивных лимфоцитотоксических антител.

Поражение плаценты при СКВ характеризуется повреждением сосудов, что сопровождается прогрессирующим снижением кровотока, развитием плацентарной недостаточности, задержкой роста и развития плода.

Аутоантитела способны проникать через плаценту и вызывать синдром неонатальной волчанки у новорожденного, проявляющийся поражением кожи, гематологическими сдвигами, поражением сердца.

Признаки антифосфолипидного синдрома повышают вероятность угрозы прерывания беременности. Наличие антифосфолипидных антител сопряжено с риском задержки внутриутробного развития плода, его внутриутробной гибели на разных сроках и мертворождения, а так же риском гестоза, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, преждевременных родов. Наличие антифосфолипидных антител является одним из ведущих прогностических маркеров вынашивания беременности, т.к. ранние и поздние потери плода у больных СКВ с антифосфолипидным синдромом достигают 90%.

Кроме этого, физиологические изменения в си-

стеме гемостаза, возникающие при беременности у женщин с СКВ обуславливают повышенный риск развития тромботических осложнений различных органов локализаций в период гестации.

Предшествующий беременности люпус-нефрит и/или артериальная гипертензия так же рассматривается как неблагоприятный фактор прогноза для матери и плода. По данным литературы, в этой категории пациенток из акушерских осложнений на первый план выходит риск развития позднего гестоза.

В целом, угроза прерывания беременности у больных СКВ обусловлена маточно-плацентарной недостаточностью, развитием патологии ворсинок, формированием вазоокклюзии, а так же проявлениями гиперкоагуляции и хронического иммунного воспаления. При этом происходит локальная, а затем и системная активация функции эндотелия с ее ишемическими эффектами, клинически проявляющимися повышением артериального давления, снижением перфузии в почках и других органах.

Лечение обострений СКВ

у беременных проводится с использованием кортикостероидов, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), аминохинолиновых производных, цитостатиков. Глюкокортикостероиды не продемонстрировали развития тератогенных и фетотоксических эффектов у беременных, в связи с чем назначаются в тех же дозах, что и у небеременных пациенток. В родах и в течение 3 месяцев после родов доза повышается, предпочтение отдается преднизолону, имеющему высокий плацентарный метаболизм. НПВП могут вызывать неблагоприятные эффекты как у матери, так и у плода. К ним относятся: пролонгирование беременности и родов, транзиторные нарушения процессов коагуляции у плода и новорожденного, а так же развитие дисфункции канальцевого аппарата почек, преждевременное закрытие артериального протока у новорожденных. Из группы НПВП при беременности возможно использование аспирина, индометацина, ибупрофена, напроксена. Все эти препараты должны быть отменены за 8 недель до предполагаемых родов. Безопасность таких препаратов, как диклофенак, фенпрофен, кетопрофен, пироксикам, сулиндак, кеторолак, нимесулид, мелоксикам, целекоксиб при беременности и кормлении грудью остается неустановленной, в связи с чем их применение в настоящее время не рекомендуется. Аминохинолиновые препараты в лечении СКВ у беременных в большинстве случаев не используются. Исключение составляет продолжение лечения гидроксихлорохином беременных, получавших этот препарат до зачатия. Цитостатики хорошо проникают через плаценту, поэтому цитотоксическая терапия при беременности проводится только по жизненным показаниям. Наиболее безопасным для плода является азатиоприн. Все остальные цитостатики противопоказаны беременным из-за высокого

риска неблагоприятных, в т.ч. тератогенных эффектов. При наличии антифосфолипидного синдрома в лечении используются антикоагулянты и средства влияющие на функцию тромбоцитов.

План ведения родов

обсуждается совместно акушером и ревматологом. Родоразрешение через естественные родовые пути возможно, если проявления СКВ незначительны и состояние плода не вызывает опасений. Родоразрешение предпочтительно проводить в центрах, имеющих опыт по выхаживанию маловесных детей.

В целом, в настоящее время наличие СКВ не рассматривается как состояние с неприемлемо высоким риском для матери или ребенка. Тщательное индивидуальное планирование и ведение беременности при тесном сотрудничестве ревматологов, акушеров-гинекологов, неонатологов, своевремен-

ное и адекватное лечение позволяют доносить и родить здорового ребенка.

Литература

1. Дядык А.П., Багрий А.Э., Яровая Н.Ф. Системная красная волчанка и беременность // *Ліки України*.-2007.-№3.-С.16-20.
2. Коваленко В.Н., Шуба Н.М. Ревматические болезни: номенклатура, классификации, стандарты диагностики и лечения.- К.: Катран групп, 2002.-204 с.
3. Пасишвили А.М., Карпенко В.Г., Пасишвили Н.М. Системная красная волчанка: вопросы диспансеризации и особенности ведения беременных // *Український терапевтичний журнал*.-2009.- №1.-С.96-101.
4. Системная красная волчанка / David P.D Cruz; Munter AKbatasbta // *Therapia*.-2007.- №4.-с.5-15.
5. Яременко О.Б. Глюкокортикоиды в ревматологии: современная номенклатура дозовых режимов и рациональное применение // *Укр. ревматол. журн*.-2002.-№3.- с.20-26.
6. Хузмиева С.П., Кошелева Н.М., Алекберова З.С. СКВ и беременность: течение и исходы // *доклады институт ревматологии РАМН*.-2010.- №1.-С.59-78.

Системний червоний вовчак і вагітність. Особливості течії і результати гестації

О.М. Крючкова, О.А. Іцкова.

Наведено сучасні погляди на особливості перебігу системного червоного вовчака у вагітних, вплив хвороби на стан вагітності, розглянуто питання особливостей лікування та ведення вагітності та пологів.

Systemic lupus erythematosus and pregnancy. Features of flow and ends of gestation

O.N. Kryuchkova, E.A. Itskova.

Modern looks are resulted on the feature of motion of systemic lupus erythematosus for pregnant, influence of illness on the state of pregnancy, the question of features of treatment and conduct of pregnancy and births is considered.