

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
2-я КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

С. В. ХИДЧЕНКО, И. П. ТИТОВА

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011

УДК 616.72-002.77-018.2:618.3 (075.8)
ББК 55.5 я73
Х42

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 26.01.2011 г., протокол № 5

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. Н. И. Артишевская; д-р мед. наук, проф.
С. В. Губкин

Хидченко, С. В.

Х42 Беременность при системной красной волчанке : метод. рекомендации /
С. В. Хидченко, И. П. Титова. – Минск : БГМУ, 2011. – 19 с.

ISBN 978-985-528-354-7.

Рассмотрены вопросы о возможности возникновения беременности у пациенток с системной красной волчанкой, о риске обострения основного заболевания во время гестации и родов, об осложнениях беременности и ее исходах на фоне болезни, о развитии ребенка и возможности лактации. Представлены пути решения проблемы, ведение больных системной красной волчанкой и методы лечения заболевания во время беременности, родов и лактации.

Предназначено для студентов 5–6-го курсов лечебного факультета и врачей-интернов.

УДК 616.72-002.77-018.2:618.3 (075.8)
ББК 55.5 я73

ISBN 978-985-528-354-7

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

Список сокращений

АД — артериальное давление

АФС — антифосфолипидный синдром

НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты

СКВ — системная красная волчанка

Мотивационная характеристика темы

СКФ относится к системным заболеваниям соединительной ткани неизвестной этиологии, преимущественно поражает женщин (1 : 8 – 1 : 10) детородного возраста (чаще в 20–40 лет).

В связи с успехами современной терапии, позволяющими значительно улучшить прогноз заболевания и увеличить продолжительность жизни пациентов, число беременных и рожениц растет. Совершенствование знаний врачей, квалифицированное динамическое наблюдение женщин терапевтами, ревматологами, акушерами-гинекологами позволяет достичь успешного исхода беременности.

Цель занятия: научиться решать практические вопросы планирования беременности, определять лечебную тактику в зависимости от конкретной клинической ситуации, изучить особенности течения и возможные исходы беременности, развития плода и грудного вскармливания ребенка у пациенток с СКВ.

Задачи занятия. В процессе занятия студент должен:

1. Систематизировать основные подходы к планированию беременности при СКВ.
2. Изучить возможные осложнения беременности для матери и плода у женщин с СКВ.
3. Научиться дифференцировать признаки активности СКВ при беременности с проявлениями собственно беременности.
4. Изучить алгоритм динамического наблюдения за пациентками с СКВ в период беременности.
5. Ознакомиться с принципами лечения беременных с СКВ и обобщить сведения по группам лекарственных средств, допустимых к применению во время беременности и лактации.
6. Освоить основные подходы к методам контрацепции при СКВ.
7. Изучить тактику ведения беременных с СКВ.

Требования к исходному уровню знаний. Для усвоения темы студенту необходимо повторить:

- современные аспекты этиологии и патогенеза СКВ;
- клинические проявления заболевания;
- лабораторную и инструментальную диагностику СКВ;

- диагностические критерии СКВ;
- современные подходы к лечению СКВ, механизм действия, дозы и побочные эффекты препаратов;
- клинические и лабораторные параметры при физиологически протекающей беременности.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Физиологические изменения в организме женщины при беременности и родах.
2. Нормальные значения лабораторных показателей периферической крови, биохимических параметров, общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, суточной протеинурии.
3. Нормальные значения иммунологических параметров.
4. Основные аспекты этиологии и патогенеза СКВ.
5. Клинические проявления СКВ.
6. Лабораторная диагностика СКВ.
7. Диагностические критерии СКВ.
8. Схемы терапии пациентов с СКВ.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Влияние СКВ на фертильность пациенток.
2. Подходы к планированию беременности при СКВ.
3. Возможные осложнения беременности при СКВ.
4. Влияние беременности на активность СКВ.
5. Особенности течения беременности у больных СКВ.
6. Дифференциальная диагностика проявлений гестоза и активности СКВ.
7. Течение и исходы беременности при СКВ.
8. Условия, при которых беременность пациенткам с СКВ может быть разрешена.
9. Основные противопоказания к беременности при СКВ.
10. Вопросы, подлежащие решению при осмотре беременной с СКВ.
11. Известные группы повышенного риска беременных с СКВ.
12. Характеристика неонатальной волчанки.
13. Терапевтическая тактика и подходы к лечению беременных пациенток с СКВ.
14. Особенности грудного вскармливания детей при СКВ.

Фертильность при системной красной волчанке

Большинство ревматических заболеваний (в т. ч. СКВ) не влияет на фертильность. Снижение способности к деторождению отмечают у пациенток с высокой активностью болезни при проведении лечения большими дозами глюкокортикоидов. У них же отмечается нерегулярный и ановуля-

торный менструальные циклы. Выраженная стадия почечной недостаточности, обусловленная волчаночным нефритом, приводит в ряде случаев к аменорее, которая развивается из-за яичниковой недостаточности на фоне лечения циклофосфамидом. Аменорея при активной СКВ может иметь и аутоиммунную природу.

Риск яичниковой недостаточности при СКВ из-за терапии циклофосфамидом зависит от пути введения и кумулятивной дозы препарата, возраста женщины в начале терапии. У больных до 26 лет, включая препубертатных девочек, яичниковая недостаточность развивается реже, чем у тех, кому терапию циклофосфамидом начали в старшем возрасте. В среднем, частота преждевременной яичниковой недостаточности у пациенток, леченных циклофосфамидом при тяжелом волчаночном нефрите, колеблется от 11 до 59 %. В настоящее время изучается применение комбинированных оральных контрацептивов для сохранения фертильности у женщин, применяющих циклофосфамид.

Стимуляция овуляции и экстракорпоральное оплодотворение могут влиять на течение СКВ и АФС, вызывая обострение волчаночного процесса и гиперстимуляцию яичников. Последняя сопровождается значительным выбросом эстрогенов, повышающим риск тромбозов у больных с АФС, что заставляет некоторых женщин идти на суррогатное материнство.

Планирование беременности при системной красной волчанке

Беременность обязательно необходимо планировать. Оптимальным временем для наступления беременности является период ремиссии (когда активность болезни и дозы принимаемых препаратов минимальные) или хотя бы стабилизации процесса в течение 6 месяцев после обострения. Следует помнить, что ремиссия к моменту наступления беременности ни в коей мере не гарантирует того, что болезнь не обострится.

Искусственное прерывание беременности нередко вызывает обострение СКВ. Следует предварительно психологически подготовить женщину и ее родственников, объяснить им трудности, связанные с болезнью будущей матери. При этом не нужно преувеличивать возможные проблемы и пугать пациенток.

Беременность может быть сохранена при хроническом течении СКВ или подостром течении с не прогрессирующим не менее года волчаночным нефритом. Противопоказаниями к беременности служат острое течение СКВ, подострое течение с прогрессирующим поражением почек и нарушения функций внутренних органов. При активном волчаночном нефрите необходимо убедить женщину в нежелательности беременности.

При первичном осмотре пациентки с СКВ, если не было предварительного планирования беременности, необходимо решить следующие вопросы:

1. Сохранить или прервать беременность?
2. В какой терапии нуждается пациентка в настоящее время и в дальнейшем?
3. Имелись ли когда-либо признаки хронической почечной или сердечной недостаточности?
4. Были ли в анамнезе беременности и роды, как они протекали?
5. Относится ли пациентка к группе повышенного риска?
6. Какой метод родоразрешения желательно предпринять?

К группам повышенного риска беременных с СКВ относятся:

1. Женщины с АФС. В этой группе часто отмечаются повторные спонтанные аборт и внутриутробная гибель плода по причине, вероятнее всего, плацентарной недостаточности, обусловленной внутрисосудистым тромбозом.

2. Пациентки с активным волчаночным нефритом, при котором риск быстрого снижения функции почек составляет 50–60 %, а риск рождения недоношенного ребенка увеличивается на 60 %.

3. Беременные с наличием антител к ядерным антигенам — SS-A/Ro и SS-B/La, что значительно увеличивает риск рождения ребенка с неонатальным волчаночным синдромом: 40 % детей имеют врожденные блокады сердца, 40 % — поражение кожи и 20 % — оба симптома. Риск развития СКВ у будущего ребенка составляет примерно 1 %.

К показателям у матери, которые играют основную роль для здоровья плода, относятся активность СКВ, наличие висцеритов (поражение почек, сердца, легких, ЦНС), уровень антифосфолипидных антител и материнских аутоантител: анти-Ro/SS-A и анти-La/SS-B.

Неонатальная волчанка

Развитие данного синдрома связано с трансплацентарным поступлением аутоантител от матери в кровь новорожденного. Может наблюдаться кожная сыпь, увеличение печени, анемия, лейко-тромбоцитопения. Эти признаки проходят в течение 6 месяцев после рождения. Сыпь обычно представлена ограниченными округлыми или кольцевидными высыпаниями и бляшками. Часто ее появление провоцирует инсоляция или ультрафиолетовое облучение по поводу неонатальной желтухи.

Самое серьезное проявление неонатальной волчанки — врожденная поперечная блокада сердца. Обычно она развивается в 18–28 недель беременности и клинически проявляется брадикардией плода, которая является тревожным симптомом. В этом сроке очень важен тщательный монито-

ринг беременности с применением серийной доплеровской ЭхоКГ. Полная поперечная блокада сердца является одной из причин младенческой смертности (~20 %). В связи с этим важно определить в крови матери содержание антител к SS-A/Ro и SS-B/La до зачатия и на ранних сроках беременности (до 12 недель), а с 18-й недели гестации следует еженедельно мониторировать (УЗИ) число сердечных сокращений плода.

Возможные осложнения беременности при системной красной волчанке

К осложнениям беременности при СКФ относятся:

- внутриутробная задержка развития плода;
- недоношенность (спонтанные роды);
- токсемия беременных;
- обострение СКВ;
- младенческая и материнская смертность.

Обострения СКВ (20–50 %) прямо связаны с активностью болезни к моменту зачатия и возможны в любом триместре беременности, чаще в третьем, или в послеродовом периоде. Активация заболевания отражается на состоянии плода. В этих ситуациях риск рождения недоношенного ребенка увеличивается на 60 %.

Для оценки состояния пациенток с СКВ важно различать признаки активности болезни, проявления собственно беременности и патологию беременности. Среди клинических признаков активности СКВ следует обратить внимание на артрит, типичную кожную сыпь, особенно «волчаночную бабочку», лихорадку, лимфаденопатию, язвы слизистых. Наиболее значительными лабораторными признаками активности болезни у беременных с СКВ являются высокие титры антител к ds ДНК (двуспиральной ДНК), микрогематурия и наличие эритроцитарных цилиндров в моче.

Повышение СОЭ и умеренная протеинурия из-за увеличения почечного кровотока относятся к проявлениям собственно беременности.

Патология беременности развивается обычно в третьем триместре и проявляется токсемией беременности в виде протеинурии, отеков, артериальной гипертензии, судорог, гемолитической анемии и коагулопатии потребления.

Весь период гестации пациентки нуждаются в тщательном наблюдении врача. Женщин следует осматривать не реже 1 раза в месяц и госпитализировать после 30 недель беременности. Необходимо следить за подъемами АД и как можно раньше выявлять признаки волчаночного нефрита, который представляет наибольшую опасность. У пациентки с волчаночным нефритом в активной фазе риск быстрого снижения функции почек во время беременности или в раннем послеродовом периоде составляет

50–60 %, а в фазе ремиссии болезни риск обострения нефрита менее 10 %. Особенно важно сохранение функции почек, транзиторное снижение которой наблюдается в 8–30 % случаев. Клиренс креатинина у матери менее 50 мл/мин или уровень сывороточного креатинина более 130 ммоль/л повышают риск почечной недостаточности и акушерских осложнений.

Наличие белка в моче может свидетельствовать об активности волчаночного нефрита или о преэклампсии. В некоторых случаях их очень трудно различить. В этих ситуациях полезно оценивать содержание комплемента и его компонентов (C_3 и C_4) и регулярно контролировать АД. Предиктором развития и прогрессирования волчаночного нефрита является повышение уровня аутоантител к C1q. Следует отметить, что при ухудшении работы почек у беременных с СКВ определенные схемы лечения противопоказаны, что ограничивает возможности врача.

Повышение диастолического АД более 90 мм рт. ст. и/или систолического АД более 140 мм рт. ст. в 3 последовательных измерениях служит независимым предиктором гибели плода, которая происходит у 27 % пациенток без повышения АД и у 70 % беременных с артериальной гипертензией.

Наличие АФС при СКВ является фактором неблагоприятного прогноза исхода беременности. К антифосфолипидным антителам относят волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину и антитела к β_2 -гликопротеину I. Кроме невынашивания беременности, у женщин с АФС чаще встречается угроза прерывания беременности на ранних сроках, фетоплацентарная недостаточность, отслойка плаценты, преждевременные роды, гестоз, хорея беременных и HELLP-синдром, который является тромботическим микроангиопатическим состоянием с тромбоцитопенией, осложняющим беременность. HELLP-синдром обычно встречается до 32-й недели гестации, но в 25 % случаев может наблюдаться в послеродовом периоде. Диагноз HELLP-синдрома базируется на наличии гемолитической анемии, повышении уровня лактатдегидрогеназы и общего билирубина и содержания аминотрансфераз более чем в два раза. При наличии всех четырех критериев диагностируется «полный» HELLP-синдром, если имеется два критерия — «частичный», или «неполный». Ассоциация антифосфолипидных антител с HELLP-синдромом предрасполагает к развитию у женщин инфарктов печени.

Наличие антифосфолипидных антител в ряде случаев является причиной спонтанных аборт и гибели плода. Некомпенсированная фетоплацентарная недостаточность у женщин с АФС достаточно часто сопровождается формированием синдрома задержки развития плода.

Отдельные виды антифосфолипидных антител могут проникать через плацентарный барьер в кровотоки плода. Титр этих антител снижается в течение 3 месяцев после рождения и исчезает через 6 месяцев. Именно с

наличием этих антител связывают случаи различных тромботических осложнений у новорожденных и диссеминированного неонатального тромбоза. Кроме этого, от матери с антифосфолипидными антителами рождаются дети с низкой и даже критической массой тела, имеющие сопутствующий риск легочных и неврологических осложнений, при которых необходима длительная интенсивная терапия.

В целом женщине с СКВ беременность может быть разрешена при следующем:

- хронический вариант течения СКВ;
- подострое течение без вовлечения в процесс почек или не прогрессирующий не менее года волчаночный нефрит без признаков хронической почечной недостаточности;
- отсутствие нарушения функции жизненно важных органов и систем;
- отсутствие клинико-лабораторных признаков активности процесса.

Противопоказаниями к беременности являются:

- острое течение СКВ;
- подострое течение с прогрессирующим поражением почек;
- нарушение функций внутренних органов.

Контрацепция при системной красной волчанке

Женщинам с СКВ следует предпочесть механические виды контрацепции: внутриматочную спираль и лигирование маточных труб. Возможно применение гормональных прогестеронсодержащих контрацептивов. Использование модуляторов рецепторов эстрогена и эстрогенсодержащих контрацептивов противопоказано из-за высокого риска обострений патологического процесса.

Лечение

Исход беременности во многом зависит от адекватной терапии, позволяющей контролировать течение болезни. Внезапное прекращение приема медикаментов увеличивает активность СКВ и ухудшает прогноз как для матери, так и для плода.

Глюкокортикостероиды. Препаратами выбора для беременных с СКВ являются преднизолон или метилпреднизолон. Планировать беременность лучше при минимальной активности СКВ, когда патологический процесс контролируется низкими дозами преднизолона (менее 15 мг/сут) или метилпреднизолона соответственно (менее 12 мг/сут). Прием вышеуказанных доз не приводит к развитию значимых осложнений у матери и плода.

Глюкокортикоиды длительного действия (дексаметазон, бетаметазон), в отличие от преднизолона и метилпреднизолона, проникают через фетоплацентарный барьер практически в неизменном виде, в связи с чем почти единственным показанием к их применению при беременности является развитие полной атриовентрикулярной блокады у плода.

Необходимо исключить инсоляцию и переохлаждение, а также ограничить физические и эмоциональные нагрузки.

Целесообразна диета с ограничением легкоусвояемых углеводов, соли и жидкости.

Женщинам, входящим в группу риска рождения ребенка с блокадой сердца, необходимо еженедельно регистрировать ЭКГ у плода с 18-й по 24-ю неделю гестации. Если у плода обнаруживают признаки полной поперечной блокады сердца, то назначение дексаметазона и проведение плазмафереза будущей матери может привести к обратному развитию поражения проводящей системы сердца у ребенка.

При активации СКВ на фоне гестации принимаемую дозу глюкокортикоидов увеличивают в 1,5–2 раза. При волчаночном нефрите проводится терапия высокими дозами глюкокортикоидов (0,5–1 мг/кг/сут преднизолона), по показаниям возможно проведение пульс-терапии метилпреднизолоном.

В обменной карте обязательно необходимо указать, принимает ли женщина ГК и в какой дозе. За 1–2 недели до родов дозу удваивают. До родов препарат принимается внутрь, в день родов в адекватной дозе вводится парентерально.

Убедительных доказательств тератогенного эффекта глюкокортикоидов на плод не получено. Описаны немногочисленные случаи снижения функции коры надпочечников и признаки кушингоида у новорожденных.

Нестероидные противовоспалительные препараты. Применение НПВП при зачатии или на ранних сроках беременности повышает риск самопроизвольного аборта, т. к. ингибирование циклооксигеназы-2 может влиять на имплантацию эмбриона.

Разрешены к применению при беременности ибупрофен и кетопрофен, которые следует использовать в минимальных терапевтических дозах.

Низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (75–150 мг/сут) безопасны и способны эффективно предупреждать эклампсию и внутриутробную задержку развития плода, они оказывают профилактическое действие в отношении тромбозов при наличии позитивных антифосфолипидных антител.

Плаквение (гидроксихлорохин). У женщин с СКВ рекомендовано продолжение приема препарата в дозе 200–400 мг/сут. Установлено, что гидроксихлорохин уменьшает частоту и выраженность обострений СКВ во время беременности, не нарушая развитие плода, способствует поддер-

жанию ремиссии волчаночного нефрита. Препарат не оказывает негативного влияния на исход беременности и развитие плода. Кроме этого, гидроксихлорохин значительно уменьшает риск тромбозов и кумулятивных повреждений при СКВ.

Азатиоприн. При использовании азатиоприна отмечен невысокий риск преждевременных родов, низкой массы тела и желтухи новорожденных. Практически единственным показанием к назначению препарата у беременных с СКВ является тяжелый волчаночный нефрит. В этих случаях азатиоприн применяется в сочетании с высокими дозами глюкокортикостероидов.

Циклоспарин А. Существуют данные о возможном применении во время беременности при СКВ циклоспарина А, однако, эффективность такой терапии не доказана. При приеме этого препарата необходим регулярный контроль функций почек и уровня АД у беременной.

Внутривенный иммуноглобулин. Препарат проникает через плаценту после 32 недель гестации. Сообщений о его тератогенном эффекте пока нет. Описаны случаи гемолитической болезни новорожденного. Основным показанием к назначению внутривенного иммуноглобулина для лечения беременных с СКВ является стойкая тромбоцитопения.

Антикоагулянты. Для профилактики потери плода при СКВ, ассоциированной с АФС, показано назначение низкомолекулярных гепаринов и небольших доз аспирина. При первом эпизоде венозного тромбоза необходимо поддержание искусственной гипокоагуляции на уровне МНО 2,0–3,0. В случае артериального или рецидивирующих венозных тромбозов требуется более интенсивная гипокоагуляция при МНО 3,0–4,0.

Препараты кальция и витамина Д₃. Данные препараты помогают защитить пациенток с СКВ от потери костной массы, обусловленной длительным приемом глюкокортикостероидов. Прием препаратов кальция и витамина Д₃ целесообразно продолжить в период беременности. В случае, если женщина получает бифосфонаты, которые хорошо зарекомендовали себя в лечении остеопороза при СКВ, беременность возможна только через 6 месяцев после их отмены.

Противопоказаны при беременности следующие лекарственные средства:

– циклофосфамид, метотрексат и мофетила микофенолат. Прием этих препаратов повышает риск развития врожденных дефектов плода и его гибели. Лечение данными лекарственными средствами необходимо прекратить не позднее чем за 3 месяца до зачатия;

– биологические агенты (ритуксимаб и другие). В настоящее время нет достаточных сведений о безопасности данных препаратов при беременности.

Лактация

Роженицам с СКВ в большинстве случаев лактация может быть разрешена. Установлено, что антитела анти-SS-A/Ro и/или анти-SS-B/La могут попадать в грудное молоко, но нет доказательств, что грудное вскармливание в этих случаях может приводить к развитию неонатальной волчанки.

В грудном молоке обнаруживается 20–30 % от дозы преднизолона, принимаемого матерью. В случае, если женщина принимает его более 20 мг/сут, следует выдерживать по крайней мере 4-часовой интервал между приемом препарата и кормлением грудью.

Из НПВП при лактации можно принимать ибупрофен, кетопрофен и диклофенак.

Нет противопоказаний к продолжению приема гидроксихлорина (плаквенила) во время лактации.

Лечение азатиоприном, метотрексатом, циклоспорином, мофетилом микофенолатом и биологическими препаратами в период грудного вскармливания проблематично из-за существенного риска иммуносупрессии, снижения эффективности вакцинации, задержки роста у детей.

Ведение беременных с системной красной волчанкой

Обобщая данные по наблюдению и терапии беременных с СКВ, следует отметить, что благоприятному течению болезни во время гестации и после родоразрешения, а также улучшению исходов беременности для матери и ребенка будет способствовать соблюдение следующих рекомендаций:

1. При первом визите к ревматологу следует провести:
 - тщательный осмотр пациентки, включая обязательное определение уровня АД;
 - анализ функции почек (общий анализ мочи, исследование суточной протеинурии, определение клубочковой фильтрации);
 - общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы;
 - биохимический анализ крови (печеночные ферменты, креатинин, мочевины, общий белок, протеинограмма, СРБ);
 - иммунологический анализ крови (анти-ДНК, антинуклеарный фактор, C₃- и C₄-компоненты комплемента — обязательно; анти-Ro/SS-A и анти-La/SS-B — в зависимости от возможности определения данных антител в иммунологической лаборатории);
 - определение уровня антикардиолипиновых антител и волчаночного антикоагулянта;
 - ЭКГ;

– эхокардиографию (у больных с наличием вторичного АФС) для исключения вегетаций на клапанах сердца.

Каждый месяц обязателен общий анализ крови и мочи.

В конце каждого триместра необходимо повторное исследование суточного анализа мочи (с целью определения клубочковой фильтрации и суточной протеинурии), уровня антикардиолипидных антител, а также иммунологический анализ крови (анти-ДНК, антинуклеарный фактор, С₃- и С₄-компоненты комплемента).

2. Наступление и вынашивание беременности у больных с СКВ можно разрешить при клинической ремиссии или минимальной клинико-иммунологической активности болезни, сохраняющихся не менее 6 месяцев до зачатия, а также при отсутствии симптомов функциональной недостаточности любого органа и системы (особенно почек).

3. Диспансерное наблюдение у ревматолога предусматривает осмотр беременной, страдающей СКВ, не реже 1 раза в триместр и матерей после родоразрешения (при активном течении 1 раз в месяц) и выделение в группу повышенного риска женщин с сопутствующим АФС.

4. При наличии вторичного АФС или его симптомов у больных СКВ показано:

- проведение повторных исследований содержания антифосфолипидных антител (антитела к кардиолипину, волчаночный антикоагулянт и аβ₂-гликопротеин I) на этапе планирования беременности и мониторинг их концентрации в крови при наступлении гестации с целью своевременной коррекции терапии;

- определение уровня тромбоцитов: каждую неделю в течение первых 3 недель от начала лечения гепарином, затем 1 раз в месяц;

- обучение самостоятельному выявлению тромбозов;

- измерение веса, АД, белка в моче для ранней диагностики преэклампсии и HELLP-синдрома;

- УЗИ (каждые 4–6 недель начиная с 18–20-й недели беременности) для оценки роста плода;

- контроль числа сердечных сокращений у плода, начиная с 32–34-й недели гестации.

5. У беременных с антителами анти-Ro/SS-A и/или анти-La/SS-B необходимо динамическое УЗИ плода и доплерометрия сосудов пуповины после 18 недель гестации для ранней диагностики нарушений деятельности сердца плода и назначения лекарственной терапии с целью предупреждения их прогрессирования, а также для определения показаний к досрочному родоразрешению.

6. При обострении заболевания терапию усиливают в соответствии со степенью активности болезни. Вопрос о прерывании беременности, как и о способе родоразрешения, решают индивидуально.

7. Госпитализацию в родильный дом следует проводить не позднее 37 недель гестации, учитывая повышенную частоту преждевременных родов у беременных с СКВ.

8. За беременными должны совместно наблюдать ревматолог, акушер-гинеколог и неонатолог.

9. При назначении лекарственной терапии беременным нужно руководствоваться следующим принципом: спектр применяемых препаратов и их дозировки должны быть необходимыми и достаточными для подавления активности заболевания и обеспечения успешного протекания беременности, родов и послеродового периода, а также должны минимально воздействовать на эмбрион и плод.

Заключение

Наличие у женщины СКВ не является абсолютным противопоказанием к беременности и родам. В целом при данном заболевании беременность может иметь успешный исход, который во многом зависит от адекватности терапии. Решение вопроса об оптимальном времени беременности требует индивидуального подхода.

Задания для самостоятельной работы

При подготовке к занятию студент должен быть готов самостоятельно разработать алгоритм ведения пациентки с СКВ с учетом варианта течения заболевания, клинических, лабораторных и инструментальных данных обследования.

По окончании теоретического обсуждения темы студент самостоятельно курирует пациентку с СКВ, собирает анамнез, проводит физикальное обследование, формулирует предварительный диагноз, составляет план обследования и лечения с учетом планирования и возможного наступления беременности. Часть студентов докладывают полученную информацию, демонстрируют методику объективного обследования.

Тестовый контроль

1. С какими антителами связано привычное невынашивание беременности и внутриутробная гибель плода у беременных с СКВ?

- А. Антителами к Sm-антигену.
- Б. Антинуклеарными антителами.
- В. Антитромбоцитарными антителами.
- Г. Антителами к кардиолипину.
- Д. Антителами к β_2 -гликопротеину.

2. Что можно отнести к возможному риску беременности при СКВ?

- А. Внутриутробная задержка развития плода.
- Б. Обострение СКВ.
- В. Младенческая смертность.
- Г. Материнская смертность.
- Д. Развитие деформации суставов.

3. Какие методы контрацепции предпочесть женщинам с СКВ?

- А. Внутриматочная спираль.
- Б. Лигирование маточных труб.
- В. Эстрогенсодержащие контрацептивы.
- Г. Прогестеронсодержащие контрацептивы.
- Д. Модуляторы рецепторов эстрогена.

4. С наличием каких аутоантител связан неонатальный волчаночный синдром?

- А. Антитела к кардиолипину.
- Б. Антитела к SS-A/Ro.
- В. Антитела к β_2 -гликопротеину.
- Г. Антитромбоцитарные антитела.
- Д. Антитела к SS-B/La.

5. Какой должен быть временной интервал между приемом препарата и кормлением грудью у женщин, которые получают преднизалон в дозе более 20 мг/сут?

- А. 2-часовой.
- Б. 3-часовой.
- В. 4-часовой.
- Г. 5-часовой.
- Д. 6-часовой.

6. Какие признаки активности СКВ при беременности наиболее информативные?

- А. Артрит.
- Б. Артралгия.
- В. Микрогематурия.
- Г. Протеинурия.
- Д. Повышение СОЭ.

7. Какие основные показатели подлежат оценке у женщин с СКВ к моменту зачатия?

- А. Длительность заболевания.
- Б. Активность процесса.
- В. Присутствие специфических антител.
- Г. Степень выраженности кожных проявлений.
- Д. Степень поражения внутренних органов.

8. Какие препараты безопасны для применения беременным с СКВ?

- А. Варфарин.
- Б. Циклофосфамид.
- В. Инфликсимаб.
- Г. Гидроксихлорохин.
- Д. Метилпреднизалон.

9. При каких условиях беременность у пациенток с СКВ может быть сохранена?

- А. Острое течение СКВ.
- Б. Хроническое течение СКВ.
- В. Подострое течение с не прогрессирующим не менее года волчаночным нефритом.
- Г. Подострое течение с прогрессирующим поражением почек.
- Д. Подострое течение с не прогрессирующим не менее полугода волчаночным нефритом.

Ответы: 1 — Г, Д; 2 — А, Б, В, Г; 3 — А, Б, Г; 4 — Д; 5 — В; 6 — А, В; 7 — А, Б, В, Д; 8 — Г, Д; 9 — Б, В.

Литература

1. Досин, Ю. М. Роль гормональных нарушений в патогенезе системной красной волчанки / Ю. М. Досин // Мед. новости. 1997. № 7. С. 11–13.
2. Захарова, Е. В. Системная красная волчанка в нефрологии — волчаночный гломерулонефрит и другие ее проявления / Е. В. Захарова // Лечащий врач. 2003. № 8. С. 63–67.
3. Иванова, М. М. Системная красная волчанка в клинической практике / М. М. Иванова // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2000. № 2. С. 38–50.
4. Клиническая ревматология (руководство для практических врачей) / под ред. В. И. Мазурова. СПб. : Фолиант, 2001. 416 с.
5. Насонова, В. А. Клиническая ревматология / В. А. Насонова, М. Г. Астапенко. М. : Медицина, 1989. 591 с.
6. Ревматология 2006: клинические рек. / под ред. Е. Л. Насонова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 267 с.
7. Тареева, И. Е. Нефрология : рук. для врачей / И. Е. Тареева. М. : Медицина, 2000. 688 с.
8. Титова, И. П. Системная красная волчанка : современные аспекты диагностики и лечения / И. П. Титова // Медицинская панорама. 2001. № 3. С. 49–53.
9. Хидченко, С. В. Клинико-морфологическая диагностика нефрита у больных системной красной волчанкой / С. В. Хидченко, М. В. Дмитриева // Здоровоохранение. 2006. № 8. С. 22–26.
10. Cameron, J. S. Lupus nephritis / J. S. Cameron // J. Am. Soc. Nephrol. 1999. Vol. 10. P. 413–24.

Оглавление

Список сокращений.....	3
Мотивационная характеристика темы.....	3
Фертильность при системной красной волчанке	4
Планирование беременности при системной красной волчанке.....	5
Неонатальная волчанка	6
Возможные осложнения беременности при системной красной волчанке.....	7
Контрацепция при системной красной волчанке.....	9
Лечение	9
Лактация	12
Ведение беременных с системной красной волчанкой	12
Заключение.....	14
Задания для самостоятельной работы	14
Тестовый контроль	14
Литература.....	17

Учебное издание

Хидченко Светлана Викторовна
Титова Ирина Петровна

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Н. Ф. Сорока
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 27.01.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,8. Тираж 99 экз. Заказ 117.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.