

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СКВ

С.Б.Стародубцева  
Тула, Россия

## **Актуальность**

До настоящих дней отношение к беременности у больных с СКВ было однозначно отрицательным и требовало немедленного ее прерывания. Теперь эти взгляды пересматриваются, и допускается возможность вынашивания беременности для части больных СКВ женщин. Современная терапевтическая тактика позволяет не только сохранить жизнь все большему числу пациенток, но и приводит к увеличению количества беременностей, возникающих на фоне заболевания.

## **Материалы и методы**

При подготовки данной работы были изучены и проанализированы 34 литературных источника, среди которых учебные пособия, диссертационные работы, монографии российских и зарубежных авторов, общемедицинские ревматологические и акушерские журналы, клинические национальные руководства в области акушерства и ревматологии.

## **Результаты**

К факторам риска неблагоприятного течения и исхода беременности, относятся: активность волчаночного процесса при зачатии и в период гестации, наличие поражения почек и гипертензии у беременной, а также вторичного антифосфолипидного синдрома (АФС). По данным ИР РАМН из 10-ти беременностей у пациенток с люпус-нефритом в анамнезе 70 % завершились срочными родами, 30 % - до 37-й недели гестации, а 20 % перинатальных потерь произошли у «активных» пациенток. Частота АФС среди беременных с СКВ составила 31,4 %, а случаи ранних и поздних потерь беременности среди них – 82 % против 24 % – у пациенток с СКВ без АФС. Кроме преждевременных родов, спонтанных аборт, ФПН, антенатальной гибели плода неблагоприятным исходом для новорожденного может явиться неонатальная волчанка. 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 обнаружен волчаночный антикоагулянт или антитела к кардиолипину антигену, а также при тяжелой ХПН. Волчаночный синдром наблюдается у 4-10 % детей, чьи матери больны СКВ.

В течение всего периода беременности женщина должна принимать поддерживающие дозы глюкокортикостероидов. Накануне родов поддерживающая доза удваивается и увеличенная дозировка гормонального препарата сохраняется в течение 2-3 недель после родов.

Исход беременности наилучший, если: активность СКВ была минимальна в течение 6 месяцев до зачатия; нет проявлений поражения почек, таких как протеинурия или почечная недостаточность; нет признаков гестоза.

## **Заключение**

Таким образом, наступление беременности у пациенток с СКВ, как правило, приводит к обострению заболевания как в период гестации (100 %), так и после родоразрешения (45 %). Установлено, что СКВ отягощает течение и исходы гестации, определяя высокий процент плодных потерь за счет как медицинских (54 %), так и спонтанных аборт (потеря эмбриона – 8 %).

Однако, совместное ведение беременных с СКВ акушером-гинекологом и ревматологом, индивидуальный подход в выборе плана ведения и метода родоразрешения, а также современные программы интенсивной терапии позволяют улучшить материнские исходы при беременности. Несмотря на это сохраняется отрицательное перинатальное воздействие на плод различной степени выраженности даже при благоприятном исходе в отношении матери, что необходимо учесть при дальнейшем исследовании вопроса.