

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Гиносян К.В.<sup>1</sup>, Байрамян Т.Л.<sup>1</sup>, Осипян М.А.<sup>1</sup>, Егиазарян Н.Г.<sup>1</sup>, Арутюнян С.В.<sup>1</sup>, Аристанкесян Ш.А.<sup>1</sup>, Варданян В.С.<sup>1</sup>, Казинян И.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ЕГМУ, Кафедра внутренних болезней (ревматология)

<sup>2</sup>ЕГМУ, Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Получена: 01.03.2024, рецензирована: 03.04.2024, принята: 25.04.2024

**Ключевые слова:** системная красная волчанка, мониторинг, беременность, антифосфолипидный синдром.

Беременность требует особого ведения женщин с воспалительными ревматическими заболеваниями (РЗ) с целью контроля активности материнского заболевания и предотвращения осложнений у плода. Несмотря на гетерогенное течение РЗ при беременности, их влияние на течение беременности во многом связано со степенью активного воспаления и активности самих РЗ в момент зачатия. Поэтому точная оценка активности заболевания имеет решающее значение для наилучшего ведения беременных. Тем не менее, существуют ограничения в использовании обычных показателей активности заболевания во время беременности, поскольку некоторые показатели могут быть искажены симптомами или физиологическими изменениями, связанными с беременностью, а сама беременность может влиять на лабораторные параметры, используемые для оценки активности заболевания [5, 7, 9]. РЗ чаще поражают женщин детородного возраста. Планирование семьи стало для этих женщин реальностью благодаря более ранней диагностике и улучшенному лечению РЗ. Беременность – это деликатный период, который требует специального лечения для контроля материнского заболевания и предотвращения осложнений как для матери, так и для плода. Ведение РЗ во время беременности должно быть направлено на минимизацию влияния материнского заболевания на исход беременности [5, 9].

Цель статьи – подчеркнуть важность планирования и ведения беременности у больных с учетом

активности самого заболевания и возможных осложнений, возникающих как у матери, так и у плода. Данная статья даст возможность врачам-ревматологам, акушер-гинекологам, неонатологам выбрать наиболее рациональную и точную тактику ведения беременности у ревматологических больных (поскольку РЗ могут обостряться в период беременности, особенно СКВ – системная красная волчанка), а также обратить внимание на неблагоприятные исходы беременности (включая задержку внутриутробного развития (ЗВУР), преждевременные роды, невынашивание беременности и синдром неонатальной волчанки). Тщательный мониторинг таких пациентов во время беременности является ключом к предотвращению осложнений и снижению смертности как у матери, так и у плода.

У большинства пациенток ревматоидный артрит и ювенильный идиопатический артрит имеют тенденцию к спонтанному улучшению во время беременности, хотя и реже, чем описано в прошлом. СКВ же может обостряться при беременности почти в 50% случаев, включая поражение крупных органов почти в 25% случаев [1, 6, 24]. Влияние других заболеваний соединительной ткани на течение беременности или наоборот – менее изучено.

Особого внимания заслуживают беременные с антифосфолипидным синдромом (АФС), поскольку основные его клинические проявления приводят к осложнениям беременности. При этом, беременность, по-видимому, не ухудшает состояния (активности) системного васкулита, но обострение СКВ в период беременности может привести к развитию тяжелых осложнений беременности [16, 20].

На протяжении многих лет подобным женщинам (особенно с СКВ) не рекомендовали беременеть, учитывая высокую частоту неблагоприятных исходов, развития обострений, а также отсутствия доказательной базы об относительно безопасных вариантах лечения основного заболевания. Действительно, у женщин с СКВ и АФС особенно часто встречаются преэклампсия

### \* АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

С.В. Арутюнян

ЕГМУ, Кафедра ревматологии

Адрес: РА, Ереван, 0025, ул. Корюна 2

Эл. почта: harutyunyansveta97@gmail.com

Тел.: (+374) 41 35 45 10

Таблица 1

Дифференциальная диагностика между обострением СКВ и преэклампсией

	Обострение СКВ	Преэклампсия
Гипертензия	+	+++
Протеинурия	+	+++
Активный осадок мочи	+++	-
Лейкоциты в крови	Норма или ↓	↑(вторичный)
Тромбоциты	Норма или ↓	↓
Печеночные пробы	Норма	↑
Уровень комплементов	↓	Норма или ↑
Мочевая кислота	↓	Норма или ↑

и артериальная гипертензия. Неблагоприятные исходы беременности, наблюдаемые при СКВ, хорошо известны и включают ЗВУР, преждевременные роды, невынашивание беременности, а также синдром неонатальной волчанки, в связи с трансплацентарным преодолением SSA-Ro и SSB-La аутоантител [15, 20, 22]. По данным Clowse и соавторов, результаты исследований в США за 2000–2003 годы выявили превышающую в 20 раз смертность женщин с СКВ среди беременных [16]. Осложнения, такие, как преждевременные роды, преэклампсия и другие сопутствующие заболевания, связанные с неблагоприятными исходами беременности (диабет, артериальная гипертензия и тромбофилия) в 3–7 раз выше, чем у здоровой популяции [3, 17]. Bundhun P. K. с соавторами проанализировав данные 529778 женщин показали, что (кроме вышеизложенных осложнений) частота операций кесарева сечения, послеродовых инфекций значительно выше в группе пациенток с СКВ [10].

Риск обострений СКВ во время беременности остается предметом дискуссий. В большинстве проспективных исследований беременных с СКВ показано, что риск обострения заболевания выше в период беременности, хотя есть некоторые расхождения из-за неоднородности «определения обострения волчанки» и показателей, используемых для оценки ее активности. Новые исследования с использованием проверенных критериев для определения активности заболевания выявили 2-3-х кратное повышение активности СКВ во время беременности [13, 14, 18, 24].

Одной из самых сложных клинических головоломок является дифференциация между обострением СКВ и преэклампсией (табл. 1). Это особенно важно, так как до 20% волчаночных беременностей осложняются преэклампсией. Практическая значимость данного вопроса определяется тем, что при преэклампсии необходимо прервать беременность, а при обострении – лечить иммуносупрессивными препаратами

[3, 22]. Bellos I. и соавторы установили, что уровни мочевой кислоты в сыворотке крови повышены при преэклампсии и могут быть использованы для прогнозирования тяжести заболевания и осложнений беременности. Авторы предлагают включить мочевую кислоту в комбинированные прогностические модели [8].

Среди различных проявлений СКВ особое место занимает развитие люпус-нефрита, так как женщины со вторичным нефритом, планирующие беременность, нуждаются в более тщательном контроле. У пациентов с активным волчаночным нефритом (ВН) частота преждевременных родов, потери плода и осложнений у матери выше [2, 7, 11]. В целом у данной категории пациенток отмечается некоторое снижение фертильности, что объясняется активностью воспалительного процесса, длительным приемом цитостатиков (прежде всего, циклофосамида), снижением функции почек и зачастую сочетанием вышеуказанных факторов. В то же время развитие гонадной недостаточности отмечается не всегда и определяется возрастом пациентки на момент начала приема циклофосамида, а также кумулятивной дозой препарата [2, 10]. Диагностика ВН во время беременности может быть затруднена, поскольку он имеет общие черты с преэклампсией, включая гипертонию, протеинурию, тромбоцитопению и нарушения со стороны почек. Точная диагностика имеет решающее значение, так как лечение при этих состояниях существенно отличается [7, 13, 22].

Наличие артериальной гипертензии и повышенной протеинурии до 20-й недели беременности у женщин с СКВ скорее всего говорит о ВН (рис. 2) [13, 24]. Однако после 20-й недели беременности дифференциальная диагностика преэклампсии и ВН еще более усложняется. Высокое артериальное давление, выраженная протеинурия без гематурии, повышенный уровень мочевой кислоты и печеночных ферментов свидетельствуют о преэклампсии. Гипокомplementемия, повышенный титр анти-dsDNA аутоантител, гематурия,

Таблица 2

Клинико-лабораторные различия между преэклампсией и Lupus-нефритом

	Преэклампсия	Волчаночный нефрит
Гипертензия	После 20-ой недели	В любой период
Тромбоциты	Пения-норма	Пения-норма
Комплемент (С3, С4) Anti-ds DNA	Норма-низкий уровень- отрицательный	Низкий уровень Высокий
Креатинин	Норма-повышенный	Повышенный
Мочевая кислота	Высокий уровень	Норма
24 часовой Ca в моче	< 195 мг/дл	>195 мг/дл
Осадок мочи	Инактивный	Активный
Вовлечение других органов	Возможно поражение ЦНС и HELLP- синдром	Признаки активной СКВ
Ответ на глюкокортикостероиды (ГКС)	Нет	Да

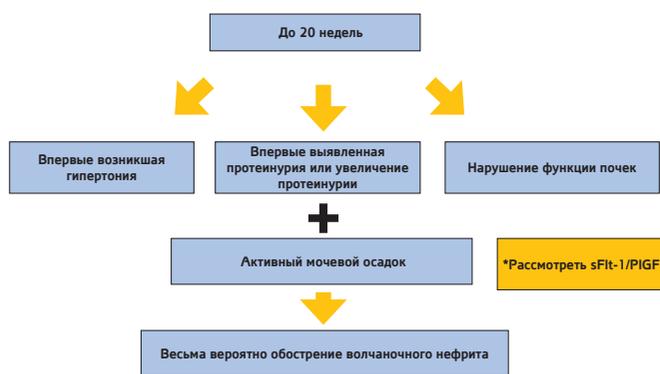


Рис. 2 Алгоритм дифференциальной диагностики между обострением волчаночного нефрита и преэклампсией при сроке до 20 недель беременности [13]

активный мочевой осадок и наличие внепочечных симптомов СКВ предполагают активный ВН (табл. 2).

С середины второго до третьего триместра возникновение или усугубление протеинурии, гипертензии и нарушения функции почек могут быть обусловлены 3 причинами: преэклампсией, обострением ВН на фоне преэклампсии или только обострением ВН (рис. 3).

Низкий уровень плацентарного фактора роста (PIGF <70,3 пг/мл) и высокий уровень растворимого тирозинкиназоподобного фактора (sFlt1 >1872 пг/мл) говорят о начале преэклампсии; активный мочевой осадок с измененным соотношением факторов sFlt1 и PIGF- о наличии преэклампсии и обострения ВН; активный мочевой осадок с гематурией и более низким уровнем комплемента по сравнению с исходным уровнем - об обострении ВН (рис.3) [13, 14].

Одной из основных проблем современного акушерства является АФС, тактика ведения беременности при котором до конца не определена [4, 5]. АФС – клинико-иммунологический симптомокомплекс, включающий рецидивирующие тромбозы и/или привычное



PIGF- плацентарный фактор роста  
sFlt1-растворимый тирозинкиназоподобный фактор

Рис. 3 Алгоритм дифференциальной диагностики между обострением волчаночного нефрита и преэклампсией после 26-й недели беременности [13, 14]

невынашивание беременности. В основе развития клиники АФС лежит невоспалительный аутоиммунный процесс, характеризующийся выработкой антител к фосфолипидам (аФЛ) [4, 19]. Выделяют первичный и вторичный АФС.

Первичный АФС – это идиопатически возникающая патологическая выработка аФЛ, которая может долго протекать бессимптомно, а затем внезапно дебютировать венозными и/или артериальными тромбозами, спонтанными абортами и внутриутробной гибелью плода.

Выработка аФЛ на фоне уже протекающих системных заболеваний (СКВ, склеродермии, дерматомиозита и др.), а также при ряде других патологических состояний является признаком вторичного АФС. Несмотря на многочисленные исследования, механизм действия аФЛ и обусловленные ими клинические проявления до конца не изучены. Наиболее характерным проявлением АФС является акушерская патология (привычное невынашивание беременности, антенатальная гибель плода), частота которой может дости-

Таблица 3

Лекарства и сроки их отмены при планировании беременности

Лекарства, требующие “washout”/отмены	Стратегии
Метотрексат	отменить за 1-3 мес. до беременности
Микофенолата мофетил	отменить за 6 нед. до беременности
Лефлуномид	применять холестирамин
Циклофосфамид	отменить за 3 мес. до беременности

гать до 80% [4, 20, 21]. Потеря плода может наступить в любые сроки беременности. Особого внимания заслуживает вторичный АФС при СКВ в период гестации. Известно, что сама по себе СКВ является фактором риска неблагоприятного течения и исхода беременности. Число неблагоприятных исходов беременности резко возрастает при наличии вторичного АФС [20, 21]. Возникновение осложнений беременности у больных СКВ с аФЛ связывают с угнетением продукции простаглицлина в организме матери и плода, а также с повреждением фосфолипидных структур эндотелиоцитов плаценты. Эти процессы нарушают развитие плаценты, ингибируют ее трансмиссионную способность и индуцируют развитие в ней и в сосудистом русле плода тромботических и инфарктных изменений. Кроме того, физиологические изменения в системе гемостаза, возникающие при беременности у женщин с аФЛ, обуславливают повышенный риск развития тромботических осложнений различных локализаций в период гестации. У аФЛ-позитивных женщин при отсутствии лечения лишь 9% беременностей заканчиваются рождением живых детей [3, 6]. Антитела к ФЛ включают волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые IgG и IgM и анти-β2-антитела к гликопротеину I. В дополнение к обнаружению аФЛ по крайней мере в двух случаях более чем через 12 недель, акушерский АФС (аАФС) определяется любым из следующих неблагоприятных факторов беременности. Исходы: необъяснимое привычное невынашивание беременности до 10-й недели гестации, необъяснимая гибель плода ≥10 недель гестации, преждевременные роды до 24 недели беременности из-за преэклампсии или плацентарной недостаточности [19, 25].

Другие осложнения аАФС включают тяжелый АФС, тромбоз, HELLP-синдром (гемолиз, повышенный уровень печеночных ферментов, низкий уровень тромбоцитов), ЗВУР, преждевременные роды, внутриутробную гибель плода, преэклампсию [3, 7, 10]. Неблагоприятные исходы беременности, в том числе невынашивание беременности во втором триместре, ЗВУР и преэклампсия наблюдались в связи с АФС в течение многих лет, однако только недавно было доказа-

но, что волчаночный антикоагулянт (ВА)-один из трех аФЛ, является основным предиктором неблагоприятных исходов беременности у женщин как с СКВ, так и без нее, несмотря на наличие или отсутствие других аФЛ [11, 20, 21].

**Синдром неонатальной волчанки (СНВ)** возникает в результате трансплацентарной передачи материнских анти-Ro/SSA (52 или 60 kD) или La/SSB (48 kD) антител. Приблизительно у одной трети женщин с СКВ выявляются анти-Ro/SSA и анти-La/SSB антитела [3, 6]. С симптомами люпус-синдрома на свет появляются по данным разных авторов от 1 до 10% детей от RoSS/A-позитивных матерей, однако риск рождения больного младенца возрастает на 20%, если предыдущий ребенок родился с люпус-синдромом [3, 4, 13]. Преходящими признаками синдрома являются характерная сыпь, нарушения функции печени, гематологические нарушения. Однако тяжесть состояния и смертность связаны с вовлечением в патологический процесс сердца плода, что приводит к аутоиммунному врожденному пороку сердца, блокадам вследствие воспалительных и фиброзных изменений в атрио-вентрикулярной проводящей системе сердца. Могут наблюдаться и более тяжелые осложнения, включая эндокардиальный фиброэластоз и дилатационную кардиомиопатию, которые могут развиваться даже при отсутствии нарушений проводимости [12]. Среди детей, рожденных с блокадами сердца общая смертность составляет 20%, 3-х летняя выживаемость – 79%, потребность в кардиостимуляторе – 64% [3, 12].

Следовательно, учитывая все вышеперечисленное, чтобы улучшить исход беременности, перед зачатием необходимо оценить риски предикторов АРО (Adverse Pregnancy Outcome) такие, как умеренная или тяжелая активность СКВ, инсульт в последние 6 месяцев, тяжелая легочная артериальная гипертензия, умеренная или тяжелая сердечная недостаточность (фракция выброса <40%), ВН, ранняя преэклампсия в анамнезе (<28-й недели), HELLP-синдром и наличие АФС [20, 22]. Также важно выявить коморбидные заболевания, такие как сахарный диабет, артериальная гипертензия и оценить репродуктивный потенциал

пациентки, особенно принимающей циклофосфамид. Циклофосфамид обладает гонадотоксичностью, при которой снижается функция яичников. В этой связи, если планируется беременность, то нужно при возможности снизить дозу препарата или заменить его другим [5, 9]. Кроме циклофосфамида требуют к себе немало внимания и другие базисные препараты, которые было бы идеально отменить за 6 месяцев до планируемой беременности (табл. 3).

Гидроксихлорохин, пероральные ГКС, азатиоприн, циклоспорин-А и такролимус могут использоваться для предотвращения или лечения обострений СКВ во время беременности [11, 17]. Стоит упомянуть и о том, что женщины, принимавшие иммунодепрессанты, должны находиться под более тщательным наблюдением из-за более высокого риска инфицирования HPV (human papillomavirus).

EULAR (European League Against Rheumatism) рекомендует проводить мониторинг аАФС следующим образом [23].

1) Женщинам с высоким титром аФЛ, но без тромбоза или осложнений беременности в анамнезе (с СКВ или без нее), следует назначить аспирин (75–100 мг в день) во время беременности.

2) Женщинам только с аАФС (без тромбоза), с СКВ или без нее:

- ◆ при наличии  $\geq 3$  рецидивирующих спонтанных выкидышей до 10-й недели или гибели плода ( $\geq 10$ -й недели) следует назначить: аспирин + гепарин в профилактической дозе;

- ◆ при преждевременных родах  $< 34$  недель вследствие эклампсии /преэклампсии или плацентарной недостаточности следует назначить: аспирин или аспирин + гепарин в профилактической дозе;
- ◆ при наличии 'non-criteria' аАФС: наличие 2 рецидивирующих спонтанных выкидышей до 10-й недели или родоразрешения  $\geq 34$  недель вследствие эклампсии /преэклампсии следует назначить: аспирин или аспирин + гепарин в профилактической дозе;
- ◆ при наличии аАФС профилактическую дозу гепарина нужно продолжить еще 6 недель после родов;
- ◆ женщинам 'с критериальным' аАФС с рецидивирующей акушерской патологией следует назначить: аспирин + гепарин в терапевтической дозе + гидроксихлорохин или низкие дозы преднизолона в первом триместре;
- ◆ женщинам с тромбозами АФС следует назначить: аспирин + гепарин в терапевтической дозе.

Таким образом, тщательный мониторинг пациентов с СКВ во время беременности является ключом к предотвращению осложнений со стороны матери и плода [5, 13].

Кроме того, при принятии решения о лечении беременных с СКВ и АФС всегда следует сопоставлять потенциальные риски для плода с преимуществами контроля заболевания. Исходы беременности можно улучшить, планируя зачатие во время ремиссии заболевания, а также предусматривая риски предикторов неблагоприятного исхода беременности [9, 10].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кошелева Н.М., Матянова Е.В., Федорова Е.В. Исходы беременности у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой. Часть I. Материнские исходы. Научно-практическая ревматология, 2019; 57 (2), 180-185
2. Халфина Т.Н., Максудова А.Н., Фахрутдинова О.Ю., Исламова Г.М. Беременность у пациенток с системной красной волчанкой и люпус-нефритом ПМ. 2013; №1-2 (69)
3. Abdwani R., Al Shaqsi L., Al-Zakwani I. Neonatal and Obstetrical Outcomes of Pregnancies in Systemic Lupus Erythematosus. Oman Med. J., 2018 Jan; 33(1):15-21
4. Alijotas-Reig J., Esteve-Valverde E., Ferrer-Oliveras R. et al. The European Registry on Obstetric Antiphospholipid Syndrome (EUROAPS): a survey of 1000 consecutive cases. Autoimmunity reviews 2019;18(4):406-414
5. Andreoli L., Brucato A., Cetin I. et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. Ann. Rheum. Dis., 2017;76(3):476-85
6. Andreoli L., Nalli C., Lazzaroni M.G. et al. Long-term Outcome of Children Born to Women with Autoimmune Rheumatic Diseases, Clinical Reviews in Allergy & Immunology, 2022; 62:346-353
7. Attia D.H., Mokbel A., Haggag H.M. et al. Pregnancy outcome in women with active and inactive lupus nephritis: a prospective cohort study. Lupus, 2019;28 (7): 806-817
8. Bellos I., Pandita A., Panza R. Maternal and perinatal outcomes in pregnant women infected by SARS-CoV-2: A meta-analysis. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2021 Jan; 256:194-204
9. Buyon J.P., Kim M.Y., Laskin C.A. et al. Predictors of pregnancy outcomes in patients with lupus: a cohort study. Annals of internal medicine, 2015;163(3):153-163
10. Bundhun P.K., Soogund M.Z., Huang F. Impact of systemic lupus erythematosus on maternal and fetal outcomes following pregnancy: A meta-analysis of studies published between years 2001-2016. J Autoimmun., 2017 May;79:17-27
11. Bramham K., Hunt B., Germain S. et al. Pregnancy outcome in different clinical phenotypes of antiphospholipid syndrome. Lupus, 2010;19(1):58-64
12. Brito-Zerón P., Izmirly P.M., Ramos-Casals M. et al. Autoimmune congenital heart block: complex and unusual situations. Lupus, 2016 Feb;25(2):116-28
13. Dao K.H., Bermas B.L. Systemic Lupus Erythematosus Management in Pregnancy. Int. J. Womens Health, 2022 Feb 15;14:199-211
14. del Carmen Zamora-Medina M., Orozco-Guillena O.A., Dominguez-Quintanab M. et al. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: Strategies before, during and after pregnancy to improve outcomes. Revista Colombiana de

Reumatologia, 2021;28:53-65

15. Lockshin M.D., Kim M., Laskin C.A. et al. Prediction of adverse pregnancy outcome by the presence of lupus anticoagulant, but not anticardiolipin antibody, in patients with antiphospholipid antibodies. Arthritis & Rheumatism, 64.7 (2012): 2311-2318

16. Machen L., Clowse M.E.B. Vasculitis and pregnancy. Rheumatic Disease Clinics, 2017; 43(2):239-247

17. Marder W., Littlejohn E.A., Somers E.C. et al. Pregnancy and autoimmune connective tissue diseases. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 2016;30(1):63-80

18. Maynard Sh., Guerrier G., Duffy M. Pregnancy in women with systemic lupus and lupus nephritis. Advances in Chronic Kidney Disease, 2019; 26.5: 330-337

19. Miyakis, S., Lockshin M.D., Atsumi T. et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). Journal of thrombosis and haemostasis, 2006;4(2),295-306

20. Ruffatti A., Tonello M., Visentin M.S. et al. Risk factors for pregnancy failure in patients with anti-phospholipid syndrome treated with conventional therapies:

a multicentre, case-control study. Rheumatology, 2011 Sep;50(9):1684-9

21. Schreiber K., Radin M. Sciascia S. Current insights in obstetric antiphospholipid syndrome. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2017; 29(6): 397-403

22. Sinkey R.G., Battarbee A.N, Bello N.A et al. Prevention, diagnosis, and management of hypertensive disorders of pregnancy: a comparison of international guidelines. Current hypertension reports, 2020;22: 1-10

23. Tektonidou M.G., Andreoli L., Limper M. et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. Ann. Rheum. Dis., 2019; 1296-1304

24. Tincani A., Dall'Ara F., Lazzaroni M.G. et al. Pregnancy in patients with autoimmune disease: a reality in 2016. Autoimmunity reviews, 2016; 15(10): 975-977

25. Wilson W.A., Gharavi A.E., Koike T. et al. International consensus statement on preliminary classification criteria for definite antiphospholipid syndrome: report of an international workshop. Arthritis & Rheumatism, Official Journal of the American College of Rheumatology, 1999;42(7):1309-1311

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԿԱՐՄԻՐ ԳԱՅԼԱԽՏՈՎ ԵՎ ՀԱԿԱՖՈՍՖՈԼԻԴԻԴԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՈՎ ԶՂԻՆԵՐԻ ԿԱՐՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱԳԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Բ.Վ. Գինոսյան<sup>1</sup>, Թ.Լ. Բայրամյան<sup>1</sup>, Մ.Ա. Օսիպյան<sup>1</sup>, Ն.Գ.Եղիապարյան<sup>1</sup>, Ս.Վ. Հարությունյան<sup>1</sup>, Շ.Յ. Արիստակեսյան<sup>1</sup>, Վ.Ս. Վարդանյան<sup>1</sup>, Ի.Ս. Ղապինյան<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ԵՊԲՀ Ներքին հիվանդությունների (ռևմատոլոգիա) ամբիոն  
<sup>2</sup>ԵՊԲՀ Ներքին հիվանդությունների պրոպեդևտիկայի ամբիոն

**Բանալի բառեր՝** համակարգային կարմիր գայլախտ, մոնոտորինգ, հղիություն, հակաֆոսֆոլիպիային համախտանիշ:

Ռևմատոլոգիական աուտոիմուն հիվանդություններով հղիների վարումը պահանջում է հատուկ տակտիկա՝ մայրական հիվանդության ակտիվությունը գնահատելու և պտղի բարոդությունները կանխարգելելու նպատակով: Չնայած ռևմատիկ հիվանդությունների հետերոգեն և այլթաձև բնույթին՝ հղիության ընթացքը առավելապես պայմանավորված է բեղմնավորման պահին հղի կնոջ հիվանդության ակտիվության աստիճանով: Հղիությունը ինքնին կնոջ օրգանիզմում ենթադրում է ֆիզիոլոգիական փոփոխություններ, որոնք արտացոլվում են նաև լաբորատոր ցուցանիշների փոփոխությամբ: Այս նույն ցուցանիշները փոփոխվում են նաև ռևմատոլոգիական հիվանդության ակտիվության դեպքում: Քանի որ ռևմատիկ հիվանդությունների դեպքում հիմնականում կիրառվում են գլյուկոկորտիկոիդներ և ցիտոստատիկ իմունադեպրեսանտներ, ուստի դրանց կիրառումը տվյալ դեպքում

կախված է ոչ միայն հիվանդության ակտիվությունից, այլև հղիության փաստից. անհրաժեշտ է զգուշորեն ընտրել համապատասխան դեղի դեղաչափը և նախընտրությունը տալ պտղի համար անվտանգ դեղորայքային խմբերին: Այսպիսով, ռևմատիկ հիվանդության ընթացքը և բարոդությունները հաշվի առնելով՝ պետք է տարբերակիչ ախտորոշում կատարել այս հիվանդությունների սրացման և հղիության պրոգնոզի միջև՝ ուղղորդվելով այնպիսի լաբորատոր ցուցանիշներով, ինչպիսիք են՝ միզաթթուն, կոմպլեմենտի բաղադրիչները, լյարդային ֆերմենտները, միզային նստվածքի արդյունքները, արյան մեջ լեյկոցիտների: Հղիության ելքը կարելի է դարձնել բարենպաստ, եթե այն պլանավորվի հիվանդության ռեմիսիայի շրջանում՝ հաշվի առնելով հղիի կոմորբիդ հիվանդությունները: Սա է պատճառը, որ համակարգային կարմիր գայլախտով հղիների շրջանում մանրամասն մոնիտորինգը մոր և պտղի բարոդությունների կանխարգելման լավագույն միջոցն է:

## SUMMARY

**PECULIARITIES OF DURATION AND MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME**

Ginosyan K.<sup>1</sup>, Bayramyan T.<sup>1</sup>, Osipyan M.<sup>1</sup>, Eghiazaryan N.<sup>1</sup>, Harutyunyan. S.<sup>1</sup>, Aristakesyan Sh.<sup>1</sup>, Vardanyan V.<sup>1</sup>, Ghazinyan I.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>YSMU, Department of Internal Diseases (Rheumatology)

<sup>2</sup>YSMU, Department of Propedeutics of Internal Diseases

**Keywords:** *systemic lupus erythematosus, monitoring, pregnancy, antiphospholipid syndrome.*

Management of pregnancy among patients with rheumatological autoimmune diseases requires special attentiveness to control maternal disease activity and prevent fetal complications. Despite the heterogeneity of rheumatic diseases, the course of pregnancy depends mostly on the degree of disease activity at the time of conception. Pregnancy itself implies physiological changes, that are also expressed in laboratory tests. The same tests are changed during disease activity of the rheumatic disease. Since glucocorticoids and cytostatic immunosuppressants are mainly used in the treatment of rheumatic diseases, the prevalence of the drug depends in this case not only on the degree of activity of the disease, but also on the fact of the

pregnancy. It is necessary to carefully choose the appropriate drug dosage and prefer drug classes that are harmless for fetus. Thus, taking into consideration the course and complications of rheumatic disease, a differential diagnosis should be made to identify it from preeclampsia of pregnancy. Such laboratory indicators as uric acid, complement components, liver enzymes, urine sediment results, and the count of leukocytes in the blood can be used. The outcome of pregnancy can be favorable, if it is planned during the period of remission of the disease, taking into account the comorbid diseases of the pregnant woman as well. This is why detailed monitoring of a pregnant woman with systemic lupus erythematosus is the best way to prevent maternal and fetal complications.