

УДК 618.3/5:616.5-002.524:516.12-008.331.1

Ю.В. Давыдова<sup>1</sup>, Е.В. Шевчук<sup>1</sup>, А.Ю. Лиманская<sup>1</sup>, Е.А. Гармиш<sup>2</sup>, А.А. Огородник<sup>1</sup>

## Особенности течения беременности и родов у беременных с системной красной волчанкой и антифосфолипидным синдромом

<sup>1</sup>ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев  
<sup>2</sup>ГУ «Национальный центр «Институт кардиологии им. М.Д. Стражеско», г. Киев, Украина

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2016.2(66):9-13; doi 10.15574/PP.2016.66.9

**Актуальность.** Системная красная волчанка (СКВ) является аутоиммунным заболеванием, которое поражает в первую очередь молодых женщин. Беременность у женщин с СКВ связана с высоким риском развития акушерских и перинатальных осложнений, а также материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

**Цель:** проанализировать течение беременности и родов у женщин с СКВ и антифосфолипидным синдромом (АФС).

**Материалы и методы.** В проспективное исследование включено 96 беременных с СКВ и АФС, из них 62 только с СКВ (1 группа) и 34 с СКВ и АФС (2 группа). Проведен анализ течения беременности, родов послеродового периода в данных группах беременных. Контрольную группу составили 36 соматически здоровых беременных с физиологическим течением беременности.

**Результаты.** Женщины с СКВ и АФС относятся к группе высокого риска по развитию ряда акушерских осложнений, развивающихся вследствие аномальной плацентации (гипертензивные осложнения, преждевременные роды, угроза прерывания беременности), частота которых достоверно выше в этой группе. Обоснована и внедрена система усовершенствованной перинатальной помощи беременным обследуемых групп, включающая унифицированный подход к диагностике СКВ и оценке активности СКВ, а также персонализированный подход с учетом данных о возрастном дебюте СКВ, длительности СКВ на момент наступления данной беременности, характере лечения, SLEDAI на момент взятия под наблюдение, SLEDAI в первой и второй половине беременности. В группе беременных с СКВ и АФС риски тромбозомболических нарушений очень высоки и требуют адекватной тромбопрофилактики, однако необходимо при использовании НМГ у данных пациенток проводить тщательный контроль числа тромбоцитов, так как при аутоиммунных процессах, к которым относятся и СКВ, и АФС, и неадекватном контроле активности СКВ высока вероятность тромбоцитопении. Необходимо отметить высокую частоту осложнений беременности и родов в предыдущих беременностях у повторнобеременных обеих групп. Среди пациенток 1 и 2 групп не было случаев антенатальной и интранатальной гибели плода, тем не менее 12 (19,3%) детей в 1 группе и 8 (26,7%) во второй потребовали длительного пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных с последующим переводом на этап постинтенсивной реабилитации.

**Выводы.** Беременность и роды у женщин с СКВ протекают с высокой частотой акушерских и перинатальных осложнений. Особого внимания заслуживают беременные с СКВ и АФС, у которых достоверно чаще отмечаются ЗВУР, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, необходимость досрочного родоразрешения ( $p < 0,001$ ). Ведение беременности у таких пациенток целесообразно проводить в составе мультидисциплинарной команды. В группе беременных с СКВ и АФС при использовании количественного метода оценки риска тромбозомболических осложнений выявлен крайне высокий показатель риска, что дает возможность, используя данные доказательной медицины, проводить эффективную тромбопрофилактику эноксапарином, имеющим соответствующий уровень безопасности (согласно рекомендациям FDA) и высокую эффективность, доказанную во многих рандомизированных клинических исследованиях.

**Ключевые слова:** беременность, СКВ, АФС, перинатальные исходы, мультидисциплинарная команда, тромбозомболические осложнения, тромбопрофилактика, эноксапарин.

### Введение

Системная красная волчанка (СКВ) является аутоиммунным заболеванием, которое поражает в первую очередь молодых женщин. Беременность у женщин с СКВ расценивается как высокий риск развития акушерских и перинатальных осложнений, а также материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [3,5].

За последнее время достигнуты определенные успехи в лечении СКВ, но активизация заболевания во время беременности, поражение различных органов и систем беременной, приводят в ряде случаев к антенатальной потере плода, необходимости досрочного родоразрешения, задержке внутриутробного роста плода [3,4,5,7].

При СКВ существует одна уникальная проблема – распознавание и дифференциация преэклампсии и люпус-нефрита, что имеет определяющее значение в выборе акушерской стратегии и выборе срока, метода и места родоразрешения, так как существует высокий риск досрочного родоразрешения в сроках до 34 недель беременности [2,3].

Залогом успеха при ведении беременной с СКВ является контроль над заболеванием, в то же время есть только несколько относительно безопасных препаратов, что значительно ограничивает возможности медикаментозной терапии [3].

До сих пор остаются не решенными следующие проблемы: повторные потери беременности, связанные

с антифосфолипидными антителами, и вероятность блокады сердца, связанная с анти-Ro-антителами [1,6].

Все вышесказанное обусловило цель исследования.

**Цель:** проанализировать течение беременности и родов у женщин с СКВ и антифосфолипидным синдромом (АФС).

### Материалы и методы

В проспективное исследование было включено 96 беременных с СКВ и АФС, из них 62 только с СКВ (1 группа) и 34 с СКВ и АФС (2 группа). В данных группах проведен анализ течения беременности, родов, послеродового периода. Контрольную группу составили

Таблица 1  
Частота планируемой и непланируемой беременности у женщин с СКВ

Показатель	Беременные с СКВ (n=62)	Беременные с СКВ и АФС (n=34)	Контрольная группа (n=30)
Планирование беременности, прекоцепционное консультирование, прегравидарная подготовка	29 (46,8%)	18 (52,9%)	9 (40,0%)
Запланированная беременность	14 (22,6%)	6 (17,6%)	2 (6,7%)

Таблица 2

**Частота акушерских и перинатальных осложнений  
в предыдущей беременности у женщин обследуемых групп**

Осложнения	1 группа (n=34)	2 группа (n=26)	Контрольная группа (n=5)
Самопроизвольный аборт	3 (8,8%)	6 (23,1%) **	0
Прерывание беременности по медицинским показаниям	1 (2,9%)	1 (3,8%)	0
Угроза прерывания беременности	28 (82,4%) <sup>^</sup>	19 (73,7%) <sup>^*</sup>	1 (20,0%)
Преждевременные роды (спонтанные)	6 (17,6%)	5 (19,2%)	0
Преждевременные роды (ятрогенные)	4 (11,8%)	4 (15,4%)	0
Задержка внутриутробного роста плода (ЗВУР)	9 (26,4%)	11 (42,3%)	0
Тромбоз глубоких вен в анамнезе, связанный с беременностью	2 (5,9%)	3 (11,5%) **	0
Гипертензивные осложнения беременности	21 (58,3%) <sup>^</sup>	18 (69,2%) <sup>^*</sup>	1 (20,0%)
Неразвивающаяся беременность	1 (2,8%)	2 (7,7%) **	0
Аntenатальная гибель плода	1 (2,8%)	2 (7,7%) **	0
Асфиксия (<7 баллов по Апгар)	22 (64,7%)	16 (61,5%)	0
Ранняя неонатальная смерть	4 (11,8%)	4 (15,3%)	0

Примечание: <sup>^</sup> – p<0,001 по отношению к контрольной группе, \* – p<0,05 по отношению к 1 группе, \*\* – p<0,001 по отношению к 1 группе.

36 соматически здоровых беременных с физиологическим течением беременности.

Исследование одобрено комитетом по биоэтике ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Все пациентки дали согласие на участие в исследовании. Диагноз СКВ устанавливался при нахождении 4 из 11 критериев по классификации Американской коллегии ревматологов [3]. В исследование не вошли беременные с активным заболеванием или с ремиссией СКВ менее шести месяцев. Антифосфолипидный синдром диагностирован по критериям Саппоро. Активность СКВ определялась в соответствии с Индексом активности заболевания СКВ (SLE Disease Activity Index (SLEDAI)). К ведению пациенток на прегравидарном этапе и в периоде беременности и родов осуществлялся мультидисциплинарный подход с участием ревматолога, кардиолога, специализирующегося на экстрагенитальной патологии, акушеров-гинекологов, специализирующихся в экстрагенитальной патологии. Включение специалистов других специальностей (нефролог, невропатолог) в разработку тактики ведения беременности и родов осуществлялось в случае необходимости.

### Результаты исследования и их обсуждение

Несмотря на появление за последнее время новых методов лечения и реабилитации больных СКВ, реализация у них репродуктивной функции представляет собой более высокий риск перинатальной заболеваемости и смертности, даже при условии нахождения их в ремиссии не менее шести месяцев.

Анализ планируемой или непланируемой беременности в группах представлен в таблице 1. Очевидно, что у 30 (30,6%) беременных 1 группы и 10 (29,4%) беременных 2 группы беременность была незапланированной, большинство женщин (80,0% и 60,0%, соответственно) были первобеременными.

Необходимо отметить высокую частоту осложнений беременности и родов в предыдущих беременностях у повторнобеременных обеих групп (табл. 2).

Как видно из представленных данных, женщины, включенные в данное исследование, относятся к группе высокого риска по развитию ряда акушерских осложнений, развивающихся вследствие аномальной плацентации (гипертензивные осложнения, преждевременные роды, угроза прерывания беременности), частота которых достоверно выше в группе с СКВ и АФС. В то же время

необходимо обратить внимание на высокую частоту ЗВУР, гипертензивных осложнений беременности в 1 группе женщин, что нельзя объяснить только возможным развитием люпус-нефрита в предыдущей беременности, так как на этапе после 20 недель сложно дифференцировать люпус-нефрит и преэклампсию. Поэтому каждой женщине репродуктивного возраста с СКВ необходимо рекомендовать обследование на концентрацию АФЛА в прегонципационном периоде, а также строгое планирование беременности только через шесть месяцев клинической и лабораторной ремиссии.

В таблице 3 представлены данные о частоте манифестации СКВ у беременных обследованных групп.

Из представленных данных следует, что во второй группе беременных чаще выявлялись поражение почек, неврологические осложнения и гипертензия, что требует изменения режима антенатального наблюдения: более частые лабораторные тестирования, подбор антигипертензивных препаратов, направление такой беременной на высший уровень оказания перинатальной помощи, где есть условия для наблюдения мультидисциплинарной командой, возможности выхаживания недоношенного ребенка при необходимости проведения досрочного родоразрешения.

Все пациентки наблюдались от момента установления беременности до родов и в послеродовом периоде шесть недель. Амбулаторный контроль осуществлялся при благоприятном течении беременности один раз в месяц в течение первого триместра, каждые три недели во втором триместре, а затем два раза в неделю, начиная с 28-й недели беременности, а также раз в неделю, начиная с 36-й недели. Пациентки осмотрены мультидисциплинарной

Таблица 3

**Частота проявлений СКВ у беременных  
обследованных групп**

Проявление СКВ	1 группа (n=62)	2 группа (n=34)
Поражение кожи	54 (87,1%)	29 (85,3%)
Поражение суставов	52 (83,8%)	25 (73,5%)
Поражение почек	30 (48,4%)	19 (55,9%)*
Гематологические нарушения	36 (58,1%)	17 (50,0%)
Неврологические осложнения	12 (19,4%)	10 (29,4%)*
Гипертензия	27 (43,5%)	19 (55,8%)*

Примечание: \* – p<0,001 по отношению к 1 группе.

Таблица 4

## Расчет риска тромбозов во время беременности

Фактор риска	Балл
Возраст >35 лет	0,5
Вес >120 кг	0,5
Эпизод ВТЭ у родственников 1 и 2 степени	0,5
Предварительный неакушерский спровоцированный эпизод ВТЭ	1,0
Предварительный акушерский спровоцированный эпизод ВТЭ	2,0
Предварительный эпизод ВТЭ на фоне приема гормональных контрацептивов	2,0
Дефицит антитромбина III	3,0
Дефицит протеина С	1,5
Дефицит протеина S	1,0
Мутация фактора V Лейдена	1,0
Мутация протромбина (G20210A)	1,0
Антифосфолипидные антитела	1,0
Меньше 1,0 балла — без фармакологической тромбопрофилактики	
1,0–1,5 балла — использование НМГ до 6 недель после родов	
2,0–2,5 балла — использование НМГ с 28 недель беременности и до 6 недель после родов	
3,0 и больше баллов — использование НМГ в течение всей беременности и 6 недель после родов	

Примечание: \* —  $p < 0,001$  по отношению к 1 группе.

Таблица 5

## Профилактика тромбозомболических осложнений у беременных с СКВ и АФС

Суммарный результат по шкале	1 группа (n=62)	2 группа (n=34)
1–1,5 балла	29 (46,7%)	16 (47,1%)
2,0–2,5 балла	5 (8,1%)	5 (14,7%)*
3,0 и > балла	5 (8,1%)	6 (17,6%)*

Примечание: \* —  $p < 0,001$  по отношению к 1 группе.

командой дважды в течение послеродового периода. Авторами обоснована и внедрена система усовершенствованной перинатальной помощи беременным обследуемых групп, включающая унифицированный подход к диагностике СКВ и оценке активности СКВ, а также персонализированный подход с учетом данных о возрастном дебюте СКВ, длительности СКВ на момент наступления данной беременности, характере лечения, SLEDAI на момент взятия под наблюдение, SLEDAI в первой и второй половине беременности. СКВ-вспышка определяется как начало новых признаков или обострение болезни во время беременности у пациенток, которые находились ранее в стадии ремиссии. Вспышки включали: новые проявления или ухудшения поражений кожи, суставов, появление плеврита, перикардита, нефрита, гематологических нарушений, таких как гемолитическая анемия или количество тромбоцитов ниже  $60000/\text{мкл}$ .

При SLEDAI  $\geq 3$  беременная госпитализировалась в отделение акушерских проблем экстрагенитальной патологии ИПАГ, где в составе мультидисциплинарной команды проводилась коррекция терапии с целью получения контроля над активностью процесса, в том числе гипертензией, проявлениями люпус-нефрита. Также в схему профилактики преэклампсии, кроме кальциевых добавок и ацетилсалициловой кислоты, включался L-аргинин (Тивортин, «Юрия-фарм», Украина) в терапевтических дозировках.

Беременным 1 и 2 групп проводился динамический контроль маточно-плацентарного и плацентарно-плодового кровотока, с оценкой данных ультразвуковой фетометрии 1 раз в 10–14 дней.

Особое внимание уделялось тромбопрофилактике в данной группе пациенток. Риск тромбоза и необходимость тромбопрофилактики определялись по шкале D. Schoenbeck (2011) (табл. 4).

Данные об оценке риска тромбоза и назначения эноксапарина (Клексан, «Санофи», Франция) в профилактических дозировках два раза в день представлены в таблице 5. Необходимо подчеркнуть, что ни одного случая тромбозов глубоких вен у женщин обследуемых групп не было.

Стоит подчеркнуть, что в группе беременных с СКВ и АФС риски тромбозомболических нарушений очень высоки и требуют адекватной тромбопрофилактики, однако необходимо при использовании НМГ у данных пациенток проводить тщательный контроль числа тромбоцитов, так как при аутоиммунных процессах, к которым относятся и СКВ, и АФС, и неадекватном контроле активности СКВ высока вероятность тромбоцитопении. У женщин 1 и 2 групп, получавших длительную тромбопрофилактику, проводилась оценка SLEDAI, динамический контроль концентрации гемоглобина и тромбоцитов. Антианемическая терапия проводилась по принципам Patient Blood Management (применение пероральных и внутривенных препаратов железа изолированно или в комбинации), что позволило полностью избежать снижения тромбоцитов ниже  $150\ 000 \times 10^6$  и уровня гемоглобина ниже  $105\ \text{г/л}$ .

Данные о перинатальных исходах у женщин обследуемых групп представлены в таблице 6.

Необходимо отметить, что среди пациенток 1 и 2 групп не было случаев антенатальной и интранатальной гибели плода, тем не менее 12 (19,3%) детей в 1 группе и 8 (26,7%) во второй потребовали длительного пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных с последующим переводом на этап постинтенсивной реабилитации.

## Выводы

1. Беременность и роды у женщин с СКВ протекают с высокой частотой акушерских и перинатальных осложнений.
2. Особого внимания заслуживают беременные с СКВ и АФС, у которых достоверно чаще отмечается ЗВУР, преждевременная отслойка нормально расположенной

Таблица 6

## Перинатальные исходы у беременных обследуемых групп

Показатель	1 группа (n=62)	2 группа (n=34)	Контрольная группа (n=30)
Преждевременные роды (спонтанные)	3 (4,8%)	2 (5,8%)	0
Преждевременные роды (ятрогенные)	5 (8,1%)	6 (17,6%)*	0
ЗВУР	5 (8,1%)	6 (17,6%)*	0
Абдоминальное родоразрешение	19 (30,6%)	16 (50,0%)*	3 (10,0%)
Асфиксия (оценка по Апгар <7 баллов)	9 (14,5%)	7 (20,5%)	1 (3,3%)
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	1 (1,6%)	2 (5,8%)*	0

Примечание: \* —  $p < 0,001$  по отношению к 1 группе.

плаценти, необхідність досрочного родорозрешення ( $p < 0,001$ ).

3. Ведення вагітності у таких пацієнток цілеспрямовано проводити в складі мультидисциплінарної команди (ревматолог, спеціаліст по веденню вагітних з екстрагенітальною патологією неакушерського профілю, акушер-гінеколог) на етапі прекоцепційного консультирування, прегравідарної підготовки, періода гестації, родов та післяродового періода, що дозволяє модифікувати управляемі фактори ризику (ремісія захворювання), контролювати можливу активацію аутоімунного процесу во время вагітності та спільно сформувати стратегію та тактику ведення

вагітності з урахуванням високого ризику розвитку гіпертензивних ускладнень, невынашивания, спонтанних та ятрогенних преждевременних родов, тромбоцитопенії та порушень системи коагуляції.

4. В групі вагітних з СКВ та АФС при використанні кількісного методу оцінки ризику тромбоемболічних ускладнень виявлено дуже високий показник ризику, що дає можливість, використовуючи дані доказової медицини, проводити ефективну тромбопрофілактику еноксапарином, маючи відповідний рівень безпеки (згідно з рекомендаціями FDA) та високу ефективність, доведену в багатьох рандомізованих клінічних дослідженнях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. A comprehensive review of hypertension in pregnancy / Mustafa R., Ahmed S., Gupta A., Venuto R. C. // J. Pregnancy. — 2012. — Vol. 2012:105918.
2. Impact of previous lupus nephritis on maternal and fetal outcomes during pregnancy / Saavedra M. A., Cruz-Reyes C., Vera-Lastra O. [et al.] // Clinical rheumatology. — 2012. — Vol. 31 (5). — P. 813—819.
3. Lateef A. Management of pregnancy in systemic lupus erythematosus / A. Lateef, M. Petri // Nat. Rev. Rheumatol. — 2012. — Vol. 8 (12). — P. 710—718.
4. Predictors of maternal and fetal outcomes in pregnancies of patients with systemic lupus erythematosus / Kwok L. W., Tam L. S., Zhu T. [et al.] // Lupus. — 2011. — Vol. 20 (8). — P. 829—836.
5. Pregnancy and systemic lupus erythematosus: review of clinical features and outcome of 51 pregnancies at a single institution / Carvalheiras G., Vita P., Marta S. [et al.] // Clin. Rev. Allergy Immunol. — 2010. — Vol. 38 (2—3). — P. 302—306.
6. Pregnancy outcome in 100 women with autoimmune diseases and anti-Ro/SSA antibodies: a prospective controlled study / Brucato A., Doria A., Frassi M. [et al.] // Lupus. — 2002. — Vol. 11 (11). — P. 716—721.
7. The benefits of transplacental treatment of isolated congenital complete heart block associated with maternal anti-Ro/SSA antibodies: a review / Hutter D., Silverman E. D., Jaeggi E. T. // Scand. J. Immunol. — 2010. — Vol. 72 (3). — P. 235—241.

### Особливості перебігу вагітності та пологів у вагітних із системним червоним вовчаком та антифосфоліпідним синдромом

Ю.В. Давидова<sup>1</sup>, О.В. Шевчук<sup>1</sup>, О.Ю. Лиманська<sup>1</sup>, Е.А. Гармш<sup>2</sup>, А.А. Огородник<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup>ДУ «Національний центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска», м. Київ, Україна

**Актуальність.** Системний червоний вовчак (СЧВ) є аутоімунним захворюванням, яке уражає передусім молодих жінок. Вагітність у жінок із СЧВ пов'язана з високим ризиком розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, а також з високим ризиком материнської та перинатальної захворюваності і смертності.

**Мета:** провести аналіз перебігу вагітності та пологів у жінок з СЧВ та антифосфоліпідним синдромом (АФС).

**Матеріали та методи.** У проспективне дослідження включено 96 вагітних, що хворіють на СЧВ та АФС, з них 62 тільки з СЧВ (1 група) і 34 з СЧВ і АФС (2 група). Проведено аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду в даних групах вагітних. Контрольну групу склали 36 соматично здорових вагітних із фізіологічним перебігом вагітності.

**Результати.** Жінки з СЧВ і АФС належать до групи високого ризику розвитку ряду акушерських ускладнень, що розвиваються внаслідок аномальної плацентації (гіпертензивні ускладнення, передчасні пологи, загроза переривання вагітності), частота яких достовірно вище в цій групі. Обґрунтовано і впроваджено систему вдосконаленої перинатальної допомоги вагітним обстежуваним груп, що включає уніфікований підхід до діагностики СЧВ та оцінки активності СЧВ, а також персоніфікований підхід з урахуванням даних про віковий дебют СЧВ, тривалість СЧВ на момент настання даної вагітності, характер лікування, SLEDAI на момент взяття під спостереження, SLEDAI в першій і другій половині вагітності. У групі вагітних з СЧВ і АФС ризики тромбоемболічних порушень дуже високі і вимагають адекватної тромбопрофілактики, однак необхідно при використанні НМГ у даних пацієнток ретельно контролювати число тромбоцитів, оскільки при аутоімунних процесах, до яких належать і СЧВ, і АФС, та неадекватному контролю активності СЧВ висока ймовірність тромбоцитопенії. Слід зазначити високу частоту ускладнень вагітності та пологів у попередні вагітності у повторно вагітних обох груп. Серед пацієнток 1 та 2 груп не було випадків антенатальної й інтранатальної загибелі плода, проте 12 (19,3%) дітей у 1 групі і 8 (26,7%) у другій потребували тривалого перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії новонароджених із подальшим переведенням на етап постінтенсивної реабілітації.

**Висновки.** Вагітність і пологи у жінок з СЧВ перебігають із високою частотою акушерських та перинатальних ускладнень. На особливу увагу заслуговують вагітні з СЧВ і АФС, у яких достовірно частіше відзначається ЗВУР, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, необхідність дострокового розродження ( $p < 0,001$ ). Ведення вагітності у таких пацієнток є доцільним у складі мультидисциплінарної команди. У групі вагітних з СЧВ і АФС при використанні кількісного методу оцінки ризику тромбоемболічних ускладнень виявлено вкрай високий показник ризику, що дає можливість, використовуючи дані доказової медицини, проводити ефективну тромбопрофілактику еноксапарином, який має відповідний рівень безпеки (згідно з рекомендаціями FDA) і високу ефективність, доведену в багатьох рандомізованих клінічних дослідженнях.

**Ключові слова:** вагітність, ВКВ, АФС, перинатальні результати, мультидисциплінарна команда, тромбоемболічні ускладнення, тромбопрофілактика, еноксапарин.

**The features of pregnancy and delivery in pregnant women with systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome**

*Yu. Davydova<sup>1</sup>, E. Shevchuk<sup>1</sup>, A. Limanskaya<sup>1</sup>, E. Garmish<sup>2</sup>, A.A. Ogorodnyk<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS Ukraine», Kyiv

<sup>2</sup>SE «National Centre «Institute of Cardiology. M.D. Strazhesko», Kyiv, Ukraine

**Purpose:** Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease that primarily affects young women. Pregnancy in women with SLE is regarded as a high risk of obstetric and perinatal complications, as well as at high risk of maternal and perinatal morbidity and mortality.

**The aim** — to analyze the features of pregnancy and childbirth in women with systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome.

**Materials and methods.** The prospective study included 96 pregnant women with systemic lupus erythematosus (SLE) and APS, among them only 62 SLE (group 1) and 34 with SLE and APS (group 2). Review during the analysis of pregnancy, childbirth postpartum period in these groups of pregnant women. A control group comprised 36 somatically healthy pregnant women with physiological pregnancy.

**Results.** SLE and APS women are a group at high risk for the development of obstetric complications that caused of abnormal placentation (hypertensive complications, premature birth). The frequency was significantly higher in the SLE group. Substantiated and implemented a system of improved perinatal care for pregnant women this groups include a unified approach to the diagnosis of SLE and SLE activity assessment. Use a personalized approach based on the data on the age debut SLE, duration at the time of the onset of the pregnancy, treatment, SLEDAI score at the time of the taking under observation, SLEDAI score in the first and second half of pregnancy. In the group of pregnant women with SLE and APS risks of thromboembolic disorders is very high and require adequate thromboprophylaxis. However, it is necessary when using LMWHs in these patients to carry out careful monitoring of the platelet count, as in autoimmune processes, which include SLE and APS, and inadequate monitoring of SLE activity likely thrombocytopenia. It should be noted the high incidence of complications of pregnancy and labor in a previous pregnancy in multiparous both groups. In patients 1 and 2 groups, there were no cases of antenatal and intrapartum fetal death, however, 12 (19.3%) children in group 1 and 8 (26.7%) in the second required a long stay in the intensive care unit newborns with subsequent transfer to the stage postintensive rehabilitation.

**Conclusions.** There is high frequency of obstetric and perinatal complications of pregnancy and childbirth with SLE women occurs. Particularly noteworthy are pregnant with SLE and APS who have significantly more marked IUGR, premature detachment of normally situated placenta, the need for early delivery ( $p < 0,001$ ). Prenatal care in these patients it is advisable to carry out as part of a multidisciplinary team. In the group of pregnant women with SLE and APS using quantitative risk assessment method thromboembolic complications revealed an extremely high rate risk, which makes it possible, using data from evidence-based medicine, to conduct effective thromboprophylaxis drug enoxaparin, having an appropriate level of safety (according to FDA guidelines) and high efficiency, proven in many randomized clinical trials.

**Key words:** pregnancy, SLE, APS, perinatal outcomes, multidisciplinary team, thromboembolism, thromboprophylaxis.

**Сведения об авторах:**

**Давыдова Юлия Владимировна** — д.мед.н., магистр государственного управления, зав. акушерским отделением экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

**Шевчук Е.В.** — ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

**Лиманская Алиса Юрьевна** — к.мед.н., врач терапевт высшей категории ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

**Гармиш Е.А.** — ГУ «Национальный центр «Институт кардиологии им. М.Д. Стражеско»

**Огородник Артем Александрович** — к.мед.н., врач отделения экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

Статья поступила в редакцию 14.05.2016 г.