

АО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра интернатуры внутренних болезней

**СРС**

**На тему: Применение лекарственных средств в ревматологии у беременных и в период лактации.**

Выполнила: Усупова А. 785 ВБ  
Проверила: Мейрамова Г.Ж.

Астана-2018г.

- Возможность применения отдельных групп препаратов у беременных с системными заболеваниями соединительной ткани.
- Кортикостероидные препараты - базисная терапия. Наступление беременности у больных системными заболеваниями соединительной ткани рекомендуется в фазе ремиссии или низкой активности заболевания, когда больные получают поддерживающую дозу кортикостероидного препарата (5-15 мг/сут. в пересчете на преднизолон). Прием преднизолона, как и других кортикостероидов недлительного действия (метипреда, медрола), в подобных дозах не вызывает осложнений у беременной и плода. Кортикостероиды длительного действия (дексаметазон, бетаметазон), в отличие от преднизолона, проникают через фетоплацентарный барьер, почти не подвергаясь разрушению, поэтому их назначение должно быть ограниченным случаями, требующими создания повышенной концентрации кортикостероидного препарата в плодной циркуляции, например, при внутриутробной полной поперечной блокаде, для профилактики дистресс-синдрома у плода при досрочном родоразрешении..

Нежелательно использовать.



# Разрешены к применению



- Активация диффузных заболеваний соединительной ткани на фоне гестации требует увеличения доз принимаемых кортикостероидов, несмотря на нарастание вероятности развития побочных эффектов у беременных (повышенной чувствительности к инфекции, развитию гестационного диабета, гипертензионного синдрома и остеопороза). Убедительных доказательств тератогенного эффекта кортикостероидов на плод человека нет. Отсутствие врожденных аномалий, случаев недостаточности надпочечников у новорожденных нормальное физическое и интеллектуальное развитие детей, матери которых получали преднизолон во время беременности и в период лактации подтверждают безопасность для плода применения низких и средних терапевтических доз преднизолона в период грудного вскармливания.

- !!! Цитостатические препараты и аминохинолиновые препараты беременным и лактирующим родильницам противопоказаны.

- Нестероидные противовоспалительные препараты нередко применяются при СКВ и АФС, ССД, при РА, болезни Шегрена. Использование НПВП у беременных с СКВ возможно, а в ряде случаев и показано. В настоящее время менее "опасными" из НПВП считаются диклофенак (в дозе 25 мг 3 раза в день) и ибупрофен (0,4 г 3 раза в день). Назначение диклофенака не рекомендуется в III триместре беременности. Побочные эффекты НПВП у беременных с СКВ аналогичны таковым и у небеременных. Кроме развития побочных эффектов этой группы препаратов у матери, в литературе описаны осложнения у плода и новорожденных. Снижение при беременности степени связывания НПВП с сывороточными белками крови приводит к повышению их концентрации в крови плода, что и определяет возможные осложнения у новорожденных, прежде всего - тенденцию к кровоточивости. Наиболее тяжелое осложнение у новорожденных - легочная гипертензия. В эксперименте показано, что ее развитие связано с сужением у плода артериального протока из-за разрастания соединительной ткани. Вместе с тем, этот эффект НПВП применяется в неонатологической практике при лечении незаращения боталлова протока. В связи с этим применение данной группы препаратов с осторожностью и четко сформулированным показаниям.

У беременных с РА пероральные кортикостероиды применяют при обострениях болезни.

- По показаниям допустимо внутрисуставное введение гидрокортизона до 250 мг ( или метипреда 40 мг ) При наличии стойкой ремиссии РА в период беременности возможна временная отмена приема лекарственных препаратов с последующим возобновлением после родоразрешения, учитывая высокую частоту послеродовых рецидивов. Препараты золота ( кризанол и др.), депеницилламин беременным с РА назначать не рекомендуется, поскольку не выяснено влияние их на плод. Колхицин противопоказан.



- Лечение беременных больных с СКВ Лечение беременных больных с СКВ Больные СКВ, которым разрешена беременность, должны находиться под диспансерным наблюдением терапевта женской консультации и ревматолога. В период, непосредственно предшествующий беременности, целесообразно проведение курса лечения для профилактики обострения заболевания с наступлением беременности Больным необходимо на протяжении всей беременности и в периоде лактации продолжать противорецидивную терапию кортикостероидами (5-10-15 мг преднизолона / сут ). В родах доза должна быть удвоена ; после родов следует некоторое время сохранить увеличенную дозу. Прием преднизолона в подобных дозах с первых недель беременности не влияет на продолжительность беременности и вынашивание плода, не приводит к появлению уродств у ребенка, у новорожденных не находят симптомов кортикостероидной недостаточности надпочечников.

- Для длительного многомесячного лечения не годятся другие кортикостероидные препараты ( триамцинолон, дексаметазон ) из - за резкой миопатии, которую вызывает первый из них, быстрого развития синдрома Иценко Кушинга и артериальной гипертензии при приеме второго. При обострении процесса дозу преднизолона увеличивают при I степени активности до 10-20 мг / сут, при II ст. до 30-40 мг, при III ст. до 40-60 мг, что уже несовместимо с продолжением беременности. Используемые при хроническом течении СКВ препараты хинолинового ряда хингамин ( хлорохин, резохин, делагил ), плаквенил во время беременности противопоказаны, так же как и цитостатические иммунодепрессанты ( циклофосфан, азатиоприн ) и D- пеницилламин, назначаемые небеременным при недостаточном эффекте лечения кортикостероидами.

- Лечение преднизолоном требует регулярного питания для предотвращения развития пептических язв ; с этой же целью рекомендуется назначение щелачивающих и спазмолитических средств. Во избежание нарушения минерального обмена, развития отеков требуется контролировать уровень калия и кальция в крови. Кортикостероиды следует назначать в комплексе с витаминами С и группы В ( курсами по 23 мес ), переливаниями плазмы и другими симптоматическими средствами ( мочегонные, гипотензивные ). Физиотерапия при СКВ не рекомендуется. Обострение может быть вызвано ультрафиолетовым облучением, радоновыми ваннами, инсоляцией. Выбор времени и метода родоразрешения должен быть индивидуальным с учетом состояния матери и плода, данных анамнеза. Беременные, принимающие поддерживающие дозы кортикостероидов, с подострым и хроническим течением СКВ, без поражения почек, могут донашивать беременность до срока своевременных родов. Роды у большинства больных можно вести через естественные родовые пути. Кесарево сечение должно применяться по акушерским показаниям.

В послеродовом периоде необходимо особое наблюдение за женщиной.

- Нередко СКВ впервые выявляется в послеродовом периоде, что представляет определенные трудности для ее диагностики. Любое отклонение в состоянии здоровья женщины ( септические осложнения, « остаточные явления нефропатии », плеврит, артрит, субфебрилитет, снижение массы тела и т. д.) должно быть расценено с точки зрения возможной связи с СКВ. При появлении симптомов обострения в послеродовом периоде необходимы тщательное обследование и комплексное лечение основного заболевания.

- Глюкокортикостероиды необходимо включать в комплексное лечение больных ССД, в первую очередь, при наличии клинических и лабораторных признаков воспалительной активности и / или отчетливых иммунологических сдвигов. Решающим для выбора терапии ими является подострое течение ССД, при котором эти изменения ( артрит, миозит, серозит, миокардоз, ускоренная СОЭ, увеличение СРБ, ЦИК, АНФ, РФ и др.) наиболее выражены. Хроническое течение ССД с преобладанием процессов склероза и атрофии тканей наряду с выраженными сосудисто - трофическими изменениями не требует, как правило, применения глюкокортикостероидов, за исключением коротких курсов в периоде обострений. Переносимость ГКС обычно удовлетворительная. У больных с явлениями эзофагита, гастрита их применение сочетают с антацидами.