

Власний досвід лікування звичного викидня у пацієнток з підвищеною НК-цитотоксичністю

Попова Тетяна, провідний фахівець з акушерства та
гінекології клінік «Медісвіт» та «Медична Династія»



Коли і з чого все розпочалося

- 2006 рік
- На прийом прийшла перша пацієнтка з «анамнезом» – 4 завмерлі вагітності у терміні 6-8 тиж(останнє вишкрібання зробили каріотип – синдром Дауна) – порада попереднього лікаря: «вам треба змінити чоловіка чи просто тихенько завагітніти від іншого – у вас з чоловіком генетична несумісність»
- Пошук, «граблі», але наприкінці успіх – вдала вагітність та пологи

На мене звалилась купа пацієток(2007-2009)

Питання, деякі відповіді та висновки

- Дуже схожий анамнез: 2 та більше викіднів у першому триместрі
- Схожі гормональні розлади: багато хто з пацієток мав гіперандрогенію різного генезу та порушений менструальний цикл
- Здивування: не дивлячись на порушений цикл та гормональні розлади легко та швидко вагітніють
- Пошук колег для співпраці: Стрілко Г.В. перша розповіла мені про існування проблеми цитотоксичності та можливостей лікування і познайомила мене з Донським Б.В.
- Складнощі діагностики: імунологічні дослідження – взагалі «темний ліс», зробити потрібні аналізи можна лише в одному місці – у Донського Б.В.
- Найбільша складність для проведення дослідження це неможливість мати групу контролю, бо як можна не лікувати пацієтку якщо ми з'ясували причину її викідней



«Голова предмет темный и исследованию не подлежит»(с)

Що вже казати про імунну систему: не знаю чи є більш темна ділянка людського організму

- **Один чоловік – всі вагітності від нього невдалі**
- **Один чоловік – перша «безпроблемна» вагітність і потім серія викиднів**
- **«безпроблемна» вагітність від одного чоловіка і потім серія викиднів від іншого**
- **Декілька чоловіків, а результат однаковий – викидень**



Пошук «схеми, що працює»

З першою «тематичною» пацієнткою йшли «напомацки» – виносили вагітність на аспирині, метілпреднізолоні та гепарині

- **Метілпреднізолон** потрапив до схеми лікування тому, що як я казала раніше у більшості пацієток була якась гіперандрогенія(яєчникова, наднирникова чи змішаного генезу) і мета призначення на початку була пригнічення синтезу андрогенів. Лише пізніше зрозуміла, що нам тут згодилась і його імуносупресивна дія. Може саме завдяки йому нам вдалося отримати гарний результат від лікування не дивлячись на дуже низьку дозу імуноглобуліну
- **Імуноглобулін людини нормальний**: було більше запитань ніж рекомендацій. Яка доза? Яка кратність введення? До якого терміну вагітності? Чи потрібно контролювати НК-цитотоксичність після введення?



«Схема що працює»

Фонова терапія(призначається на етапі планування вагітності):

- Метілпреднізолон(Метипред, Медрол)4мг по 1 таб зранку щоденно до 14-16 тиж вагітності
- Фоліо(Йодофол) по 1 таб на добу

При позитивному тесті на вагітність:

- Одразу розпочинаємо капати Імуноглобулін людини нормальний 7,5г(Біовен-моно по 150мл) 1 раз на 3 тижні до 13 тижнів(перед кожною крапельницею – контрольне УЗД)

12-13 тижнів вагітності :

- Контрольне УЗД+аналіз крові на РАРРа та ХГЛ+ розрахунок ризиків
- Контрольний аналіз на АФА та цитотоксичність
- Припиняємо лікування Біовеном подальше спостереження вагітності акушером-гінекологом та при необхідності разом з гематологом(при підвищених АФА) лікування)

Складнощі з тими, в кого «анамнез» є, а без вагітності аналізи в межах норми. Тут є 2 можливості:

- Капати Біовен одразу при позитивному тесті виходячи суто з «анамнезу»
- Здавати аналізи одразу після+ тесту на вагітність, але після отримання результатів, нажаль, інколи вже запізно капати Біовен бо вагітність завмерла

Ретроспективно проаналізовано 124 картки пацієнток зі звичним викиднем та підвищеною НК-цитотоксичністю

- **всі отримували лікування за «схемою, що працює»**
- **97 пацієнток мали гіперандрогенію(78%)**
- **Вдало народили після проведенного лікування одну(чи 2-3) дитину 94 пацієнтки(75,8%)**
- **Підвищена цитотоксичність була до вагітності у 70 %, а знижена у 4,5%(так само як в загальній популяції)**
- **Відібрані для підрахунків 46 пацієнток**

46 пацієнок

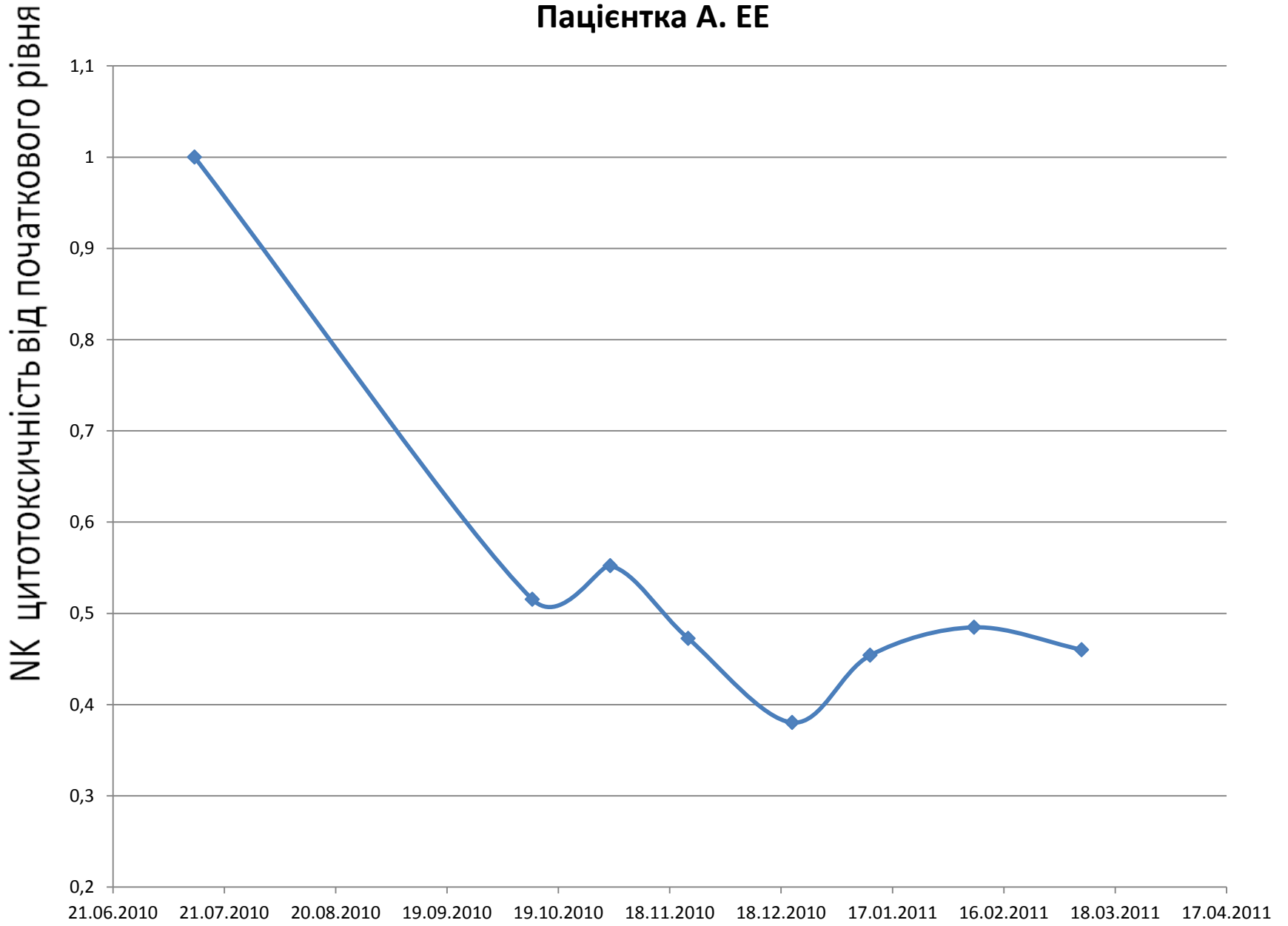
**У всіх 2 чи більше завмерлі вагітності в анамнезі
(середньому 2,2)**

У всіх до вагітності була висока НК цитотоксичність

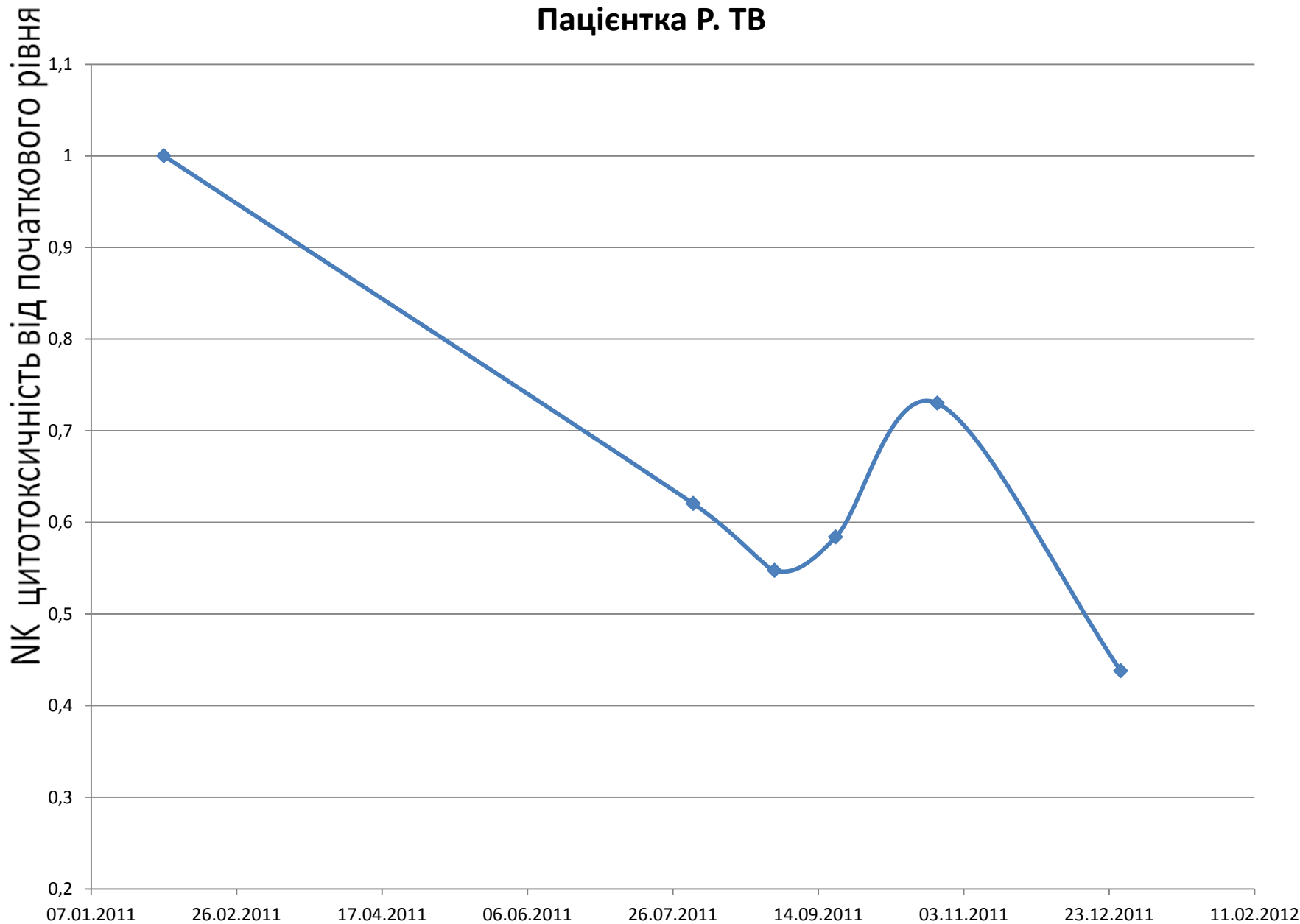
Всіх однаково лікували: «схема, що працює»

**НК-цитотоксичність перевіряли ДО вагітності,
потім через 2-3 тижні після першої інфузії та потім
ще декілька разів через 3-4 тижні**

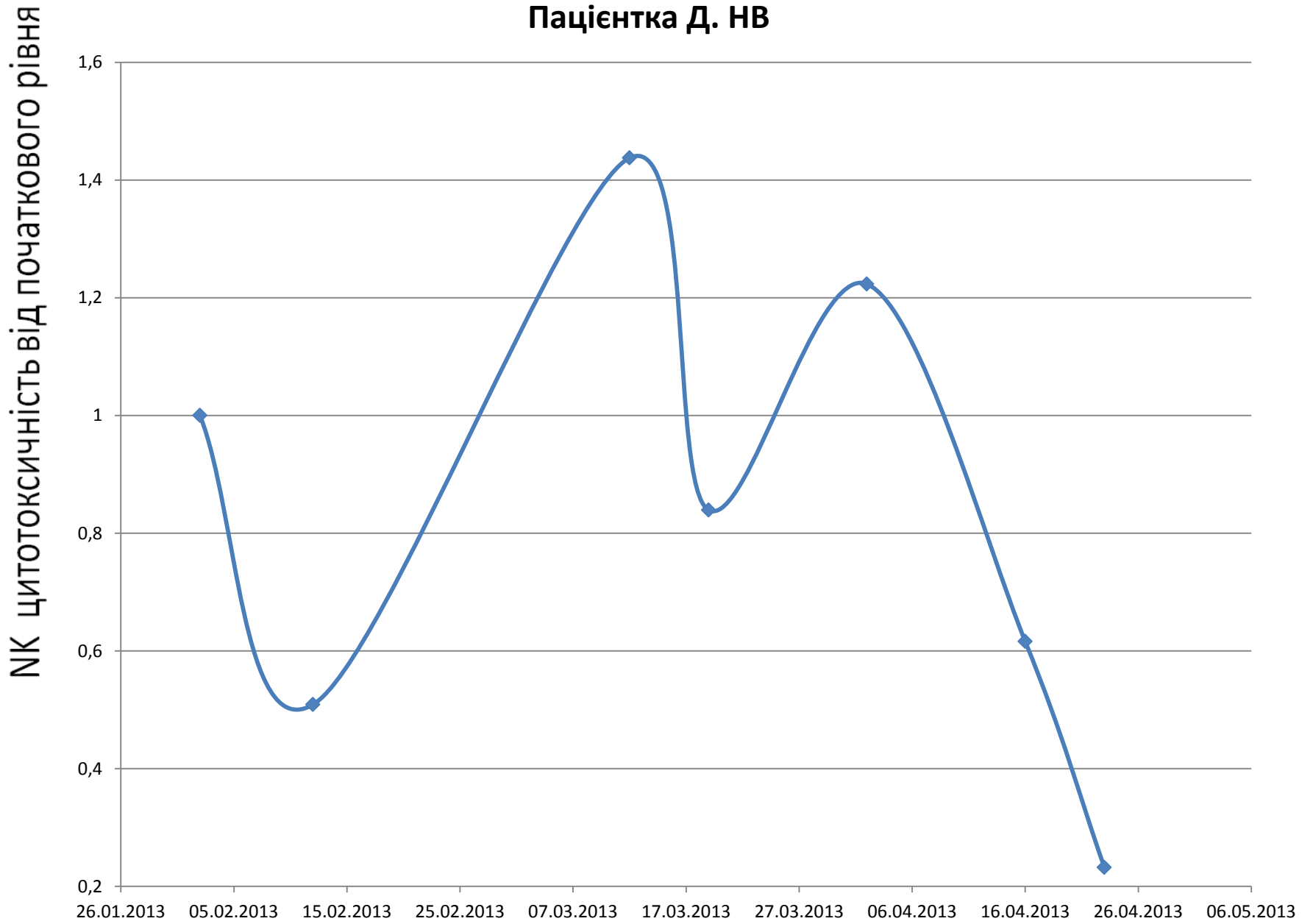
Пацієнтка А. ЕЕ



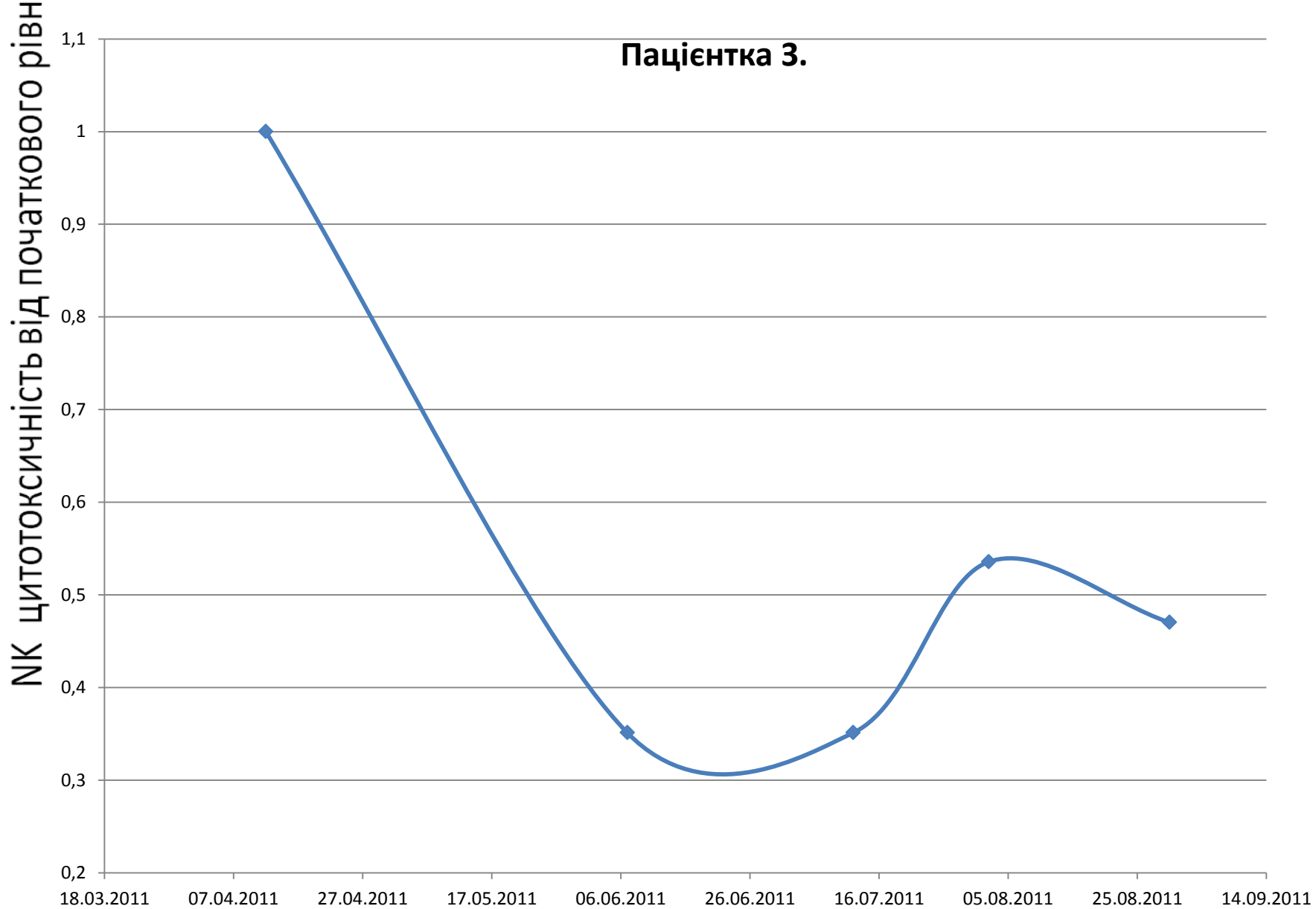
Пацієнтка Р. ТВ



Пацієнтка Д. НВ

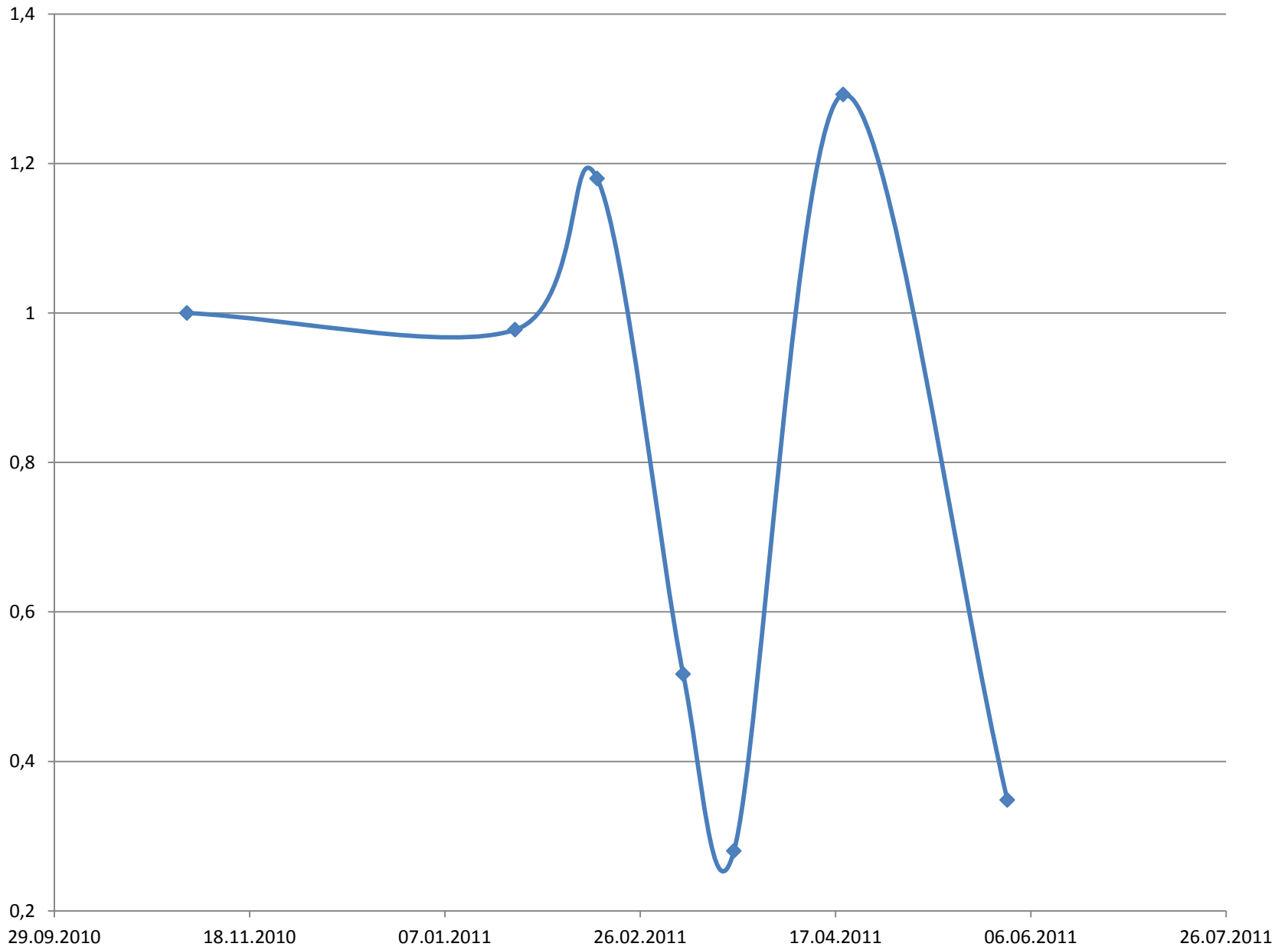


Пацієнтка 3.



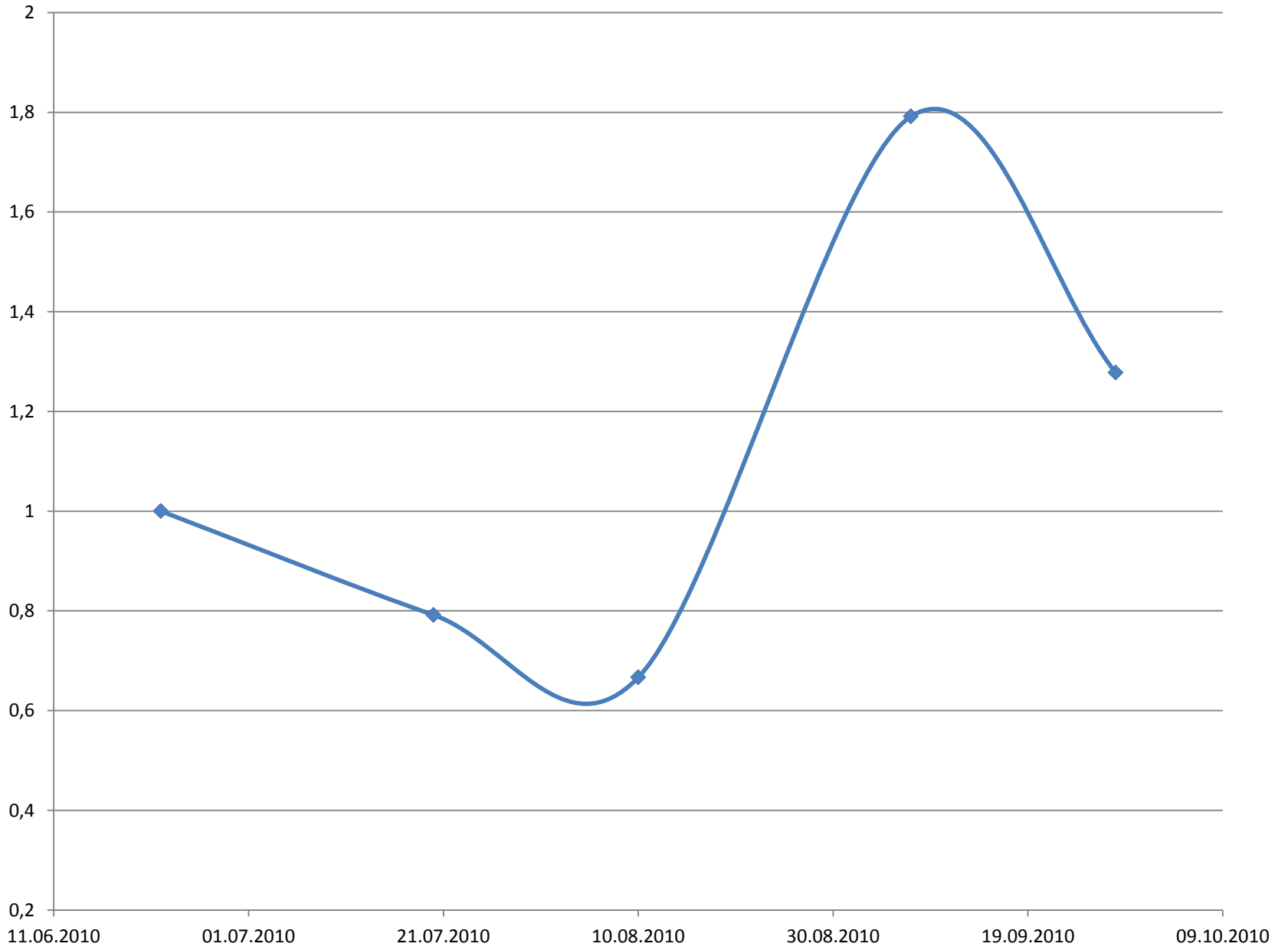
Пацієнтка П.

НК ЦИТОТОКСИЧНІСТЬ ВІД ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ



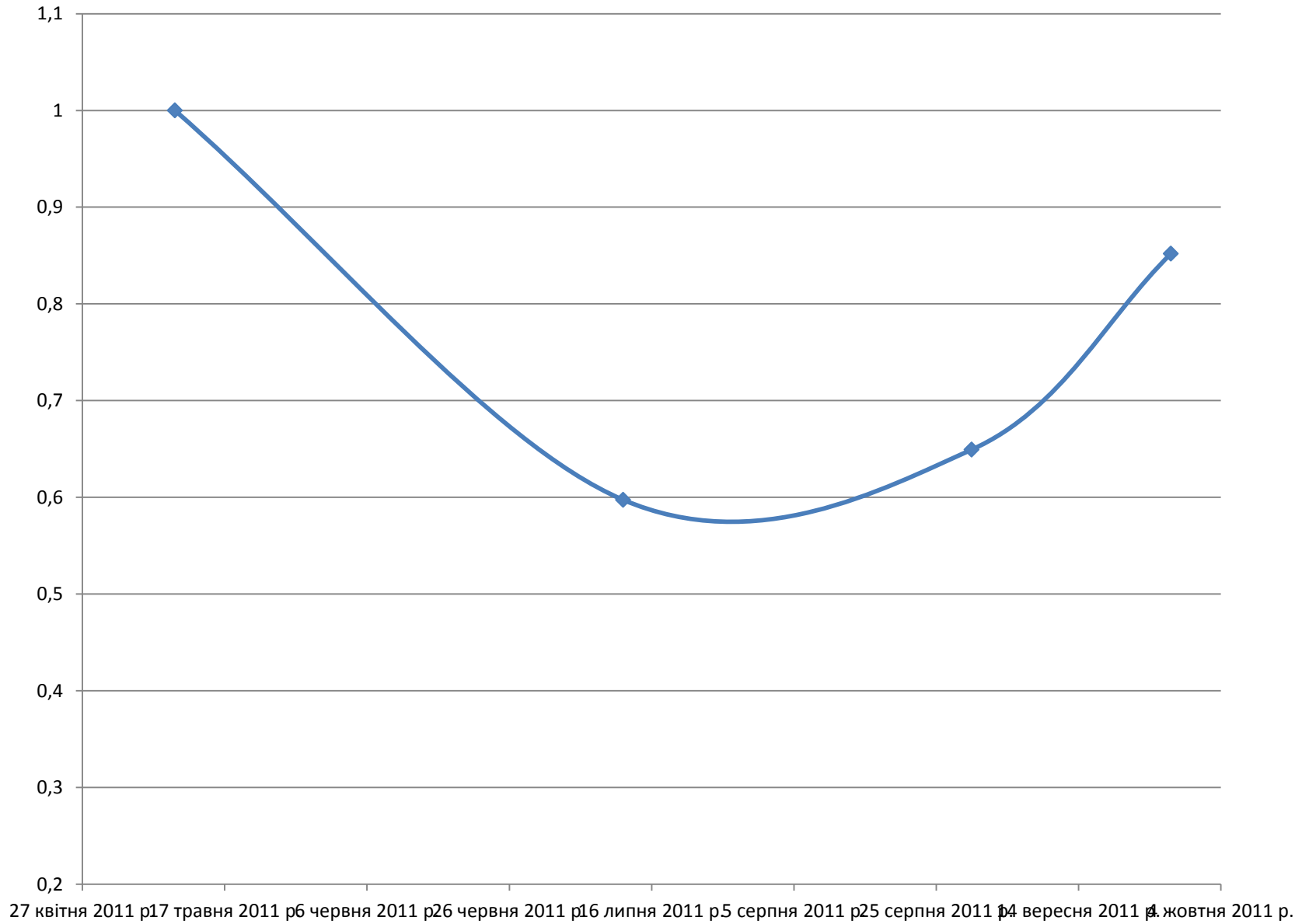
Пацієнтка П.НО

НК ЦИТОТОКСИЧНІСТЬ ВІД ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ



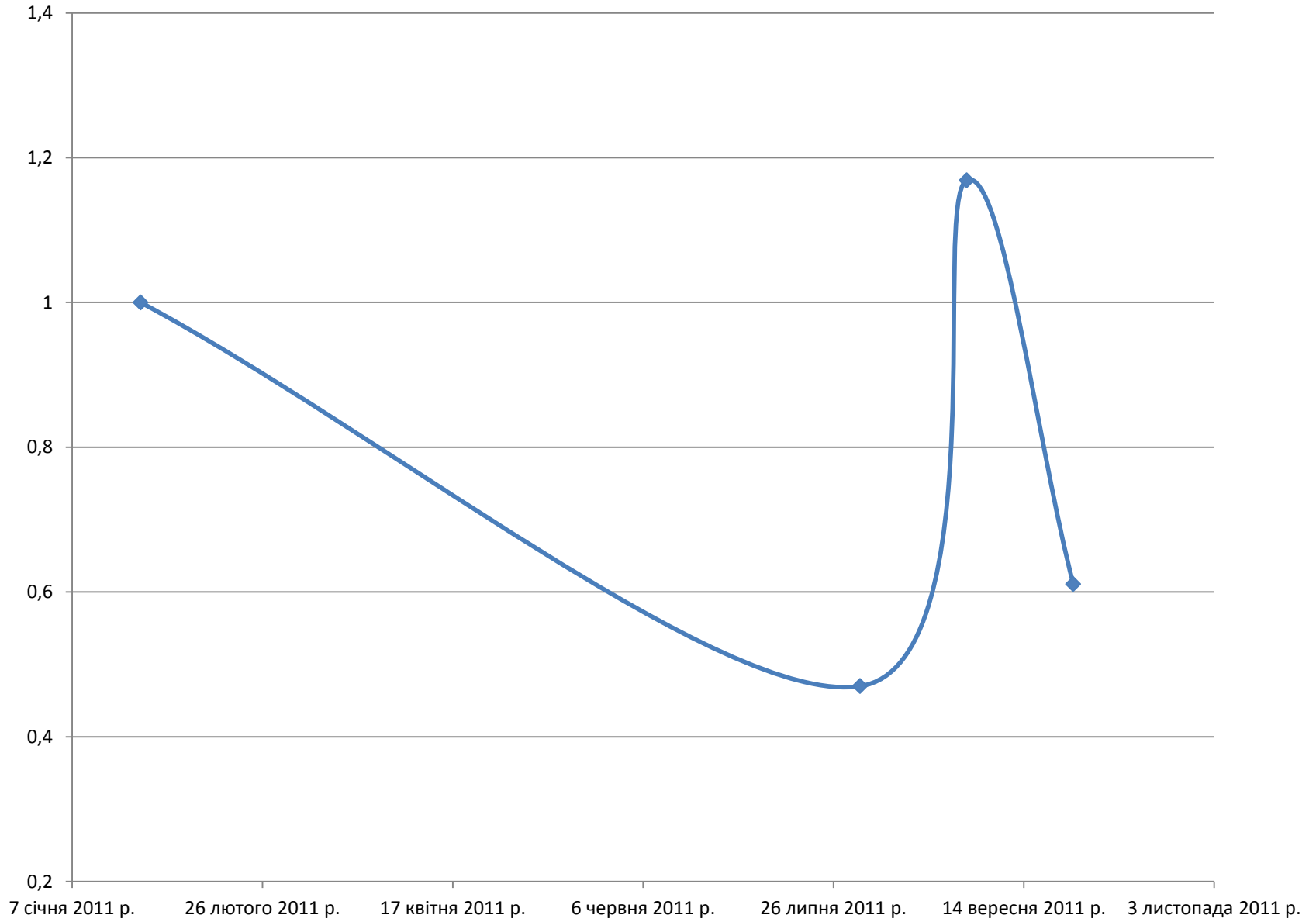
Пацієнтка К.НВ

НК ЦИТОТОКСИЧНІСТЬ ВІД ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ

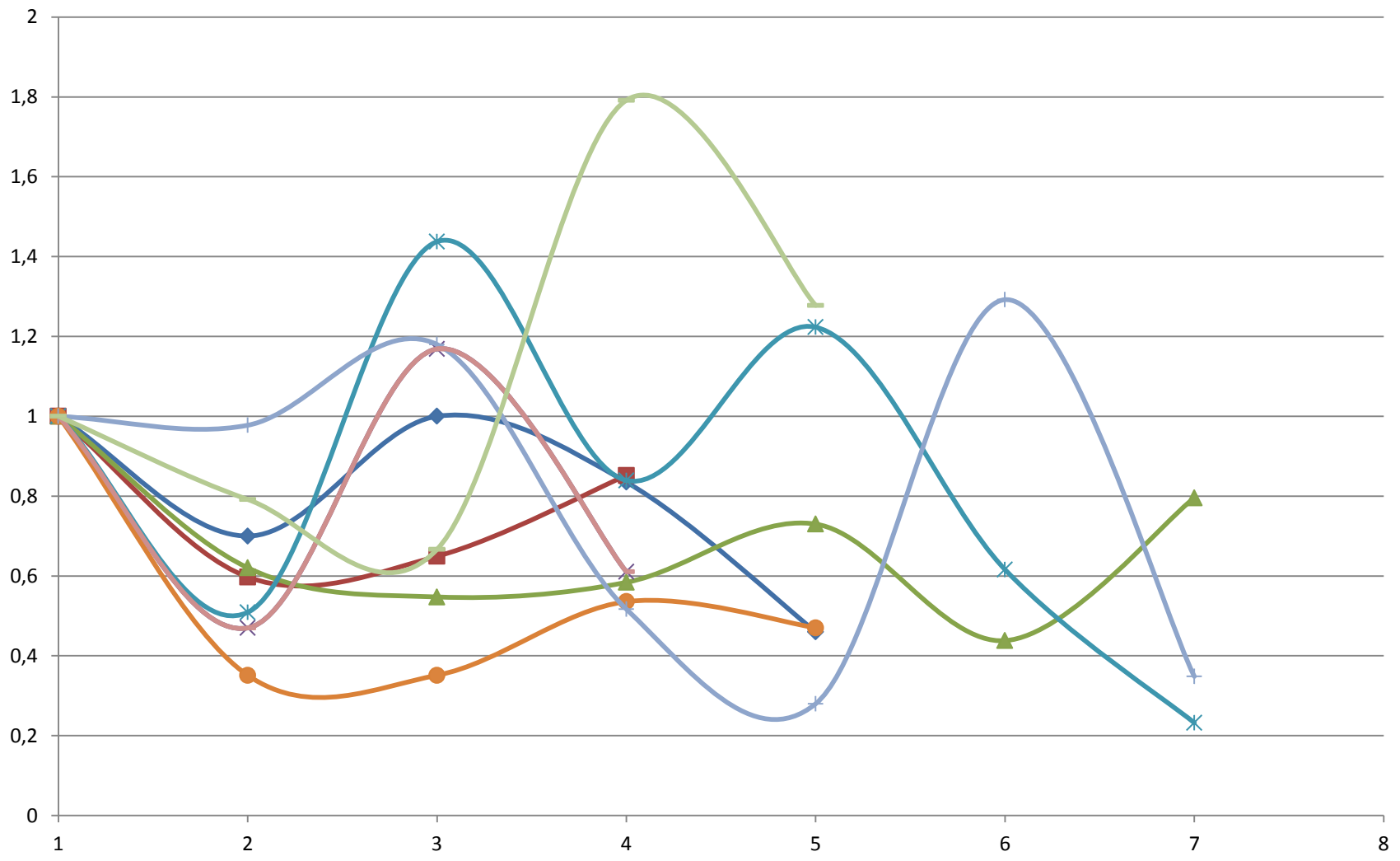


Пацієнтка С.СГ

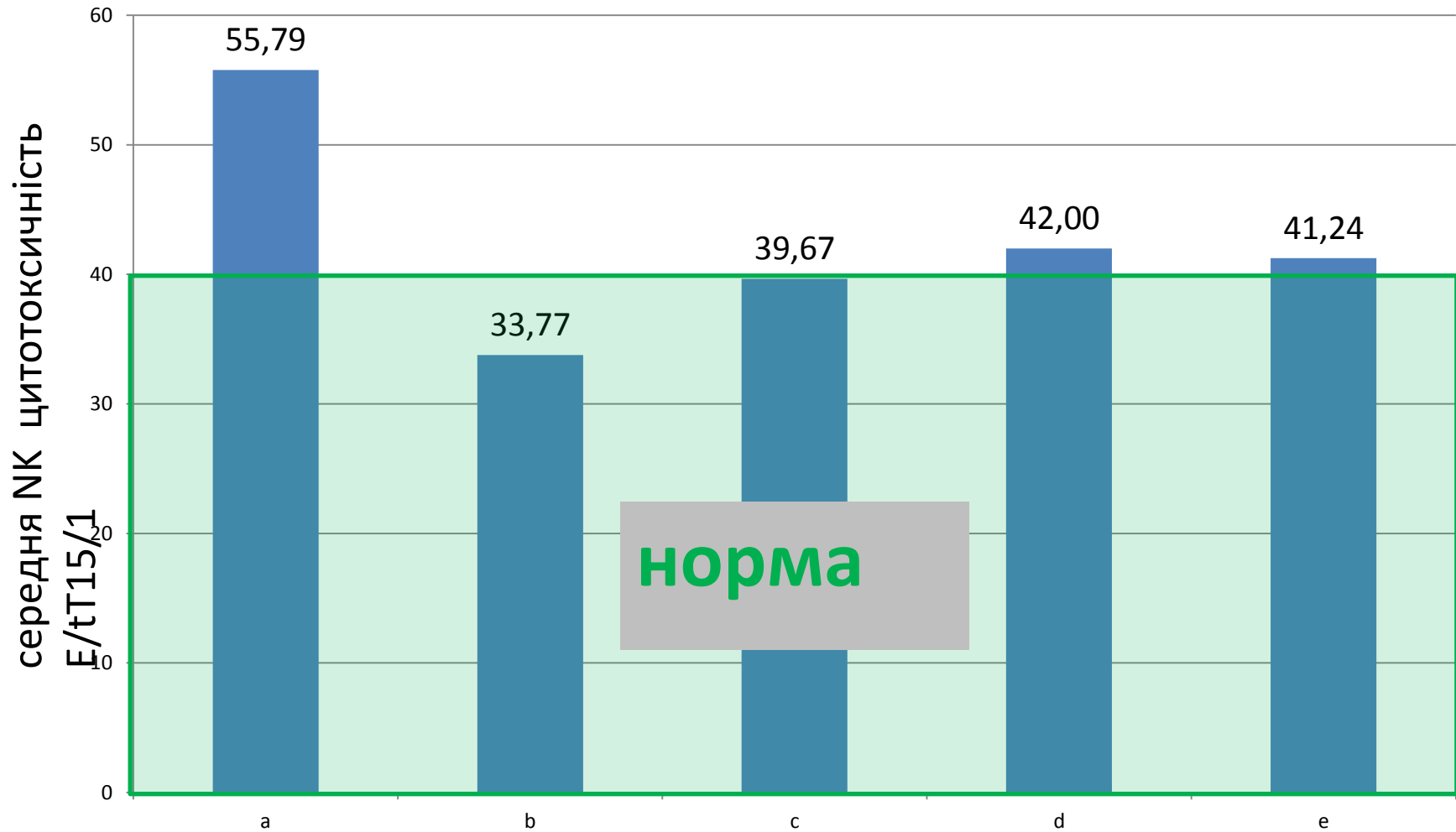
НК ЦИТОТОКСИЧНІСТЬ ВІД ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ



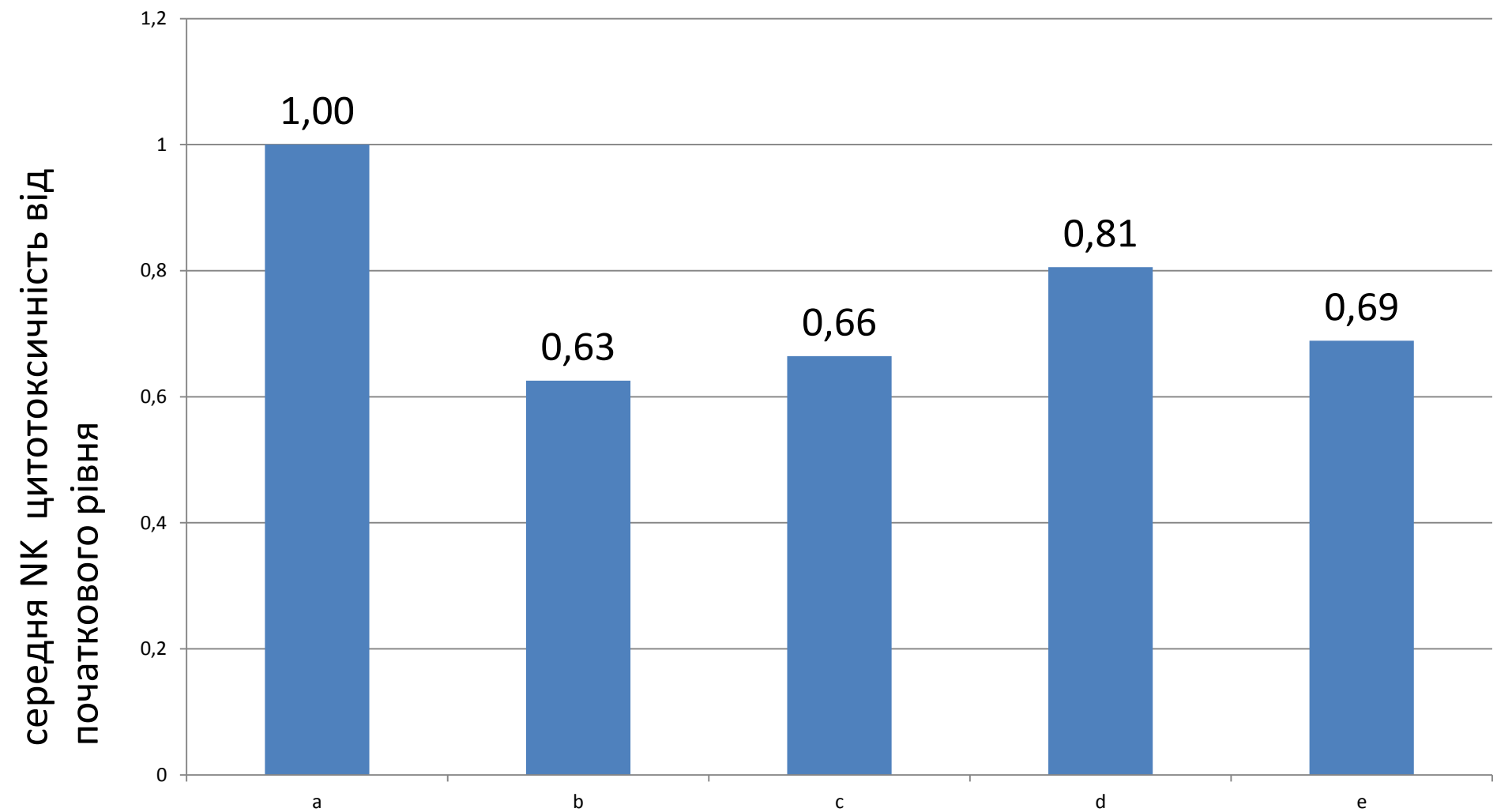
НК ЦИТОТОКСИЧНІСТЬ ВІД ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ



В деякого вона впала і більше не зростала а в деякого вона постійно поверталась до початкового рівня у деяких навіть починала зростати ще більше.....проте клінічно ні до чого це не призвело – всі на щастя народили здорових діточок.

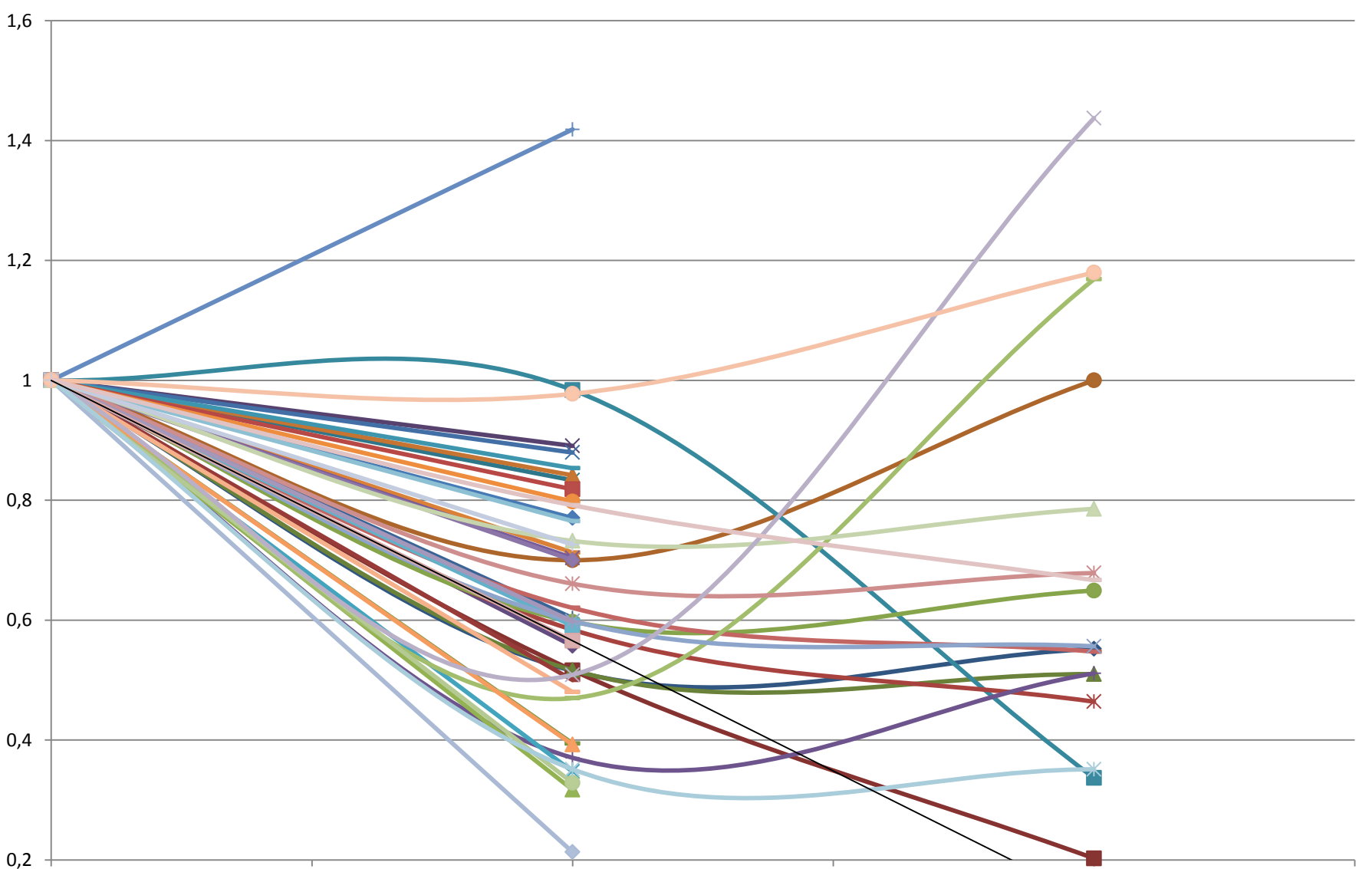


Звичайно це “середня температура по палаті” проте видно що в середньому після ІvГ значення майже у зоні норми = доза достатня та інтервал між інфузіями коректний



Поступове зниження ефекту можливо звикання до ІvІg а можливо менша дисциплінованість пацієток щодо інфузій та перевірки НК (бо після 3 інфузій перевіряли лише ті в кого була дуже висока НК????)

НК ЦИТОТОКСИЧНІСТЬ ВІД ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ



Лише у 1 зросла та у 2 не впала після 1 інфузії !!!! **А у 43 впала !!!** У тієї що не впала із першого разу добре впала після другої (тобто це не статус)
У 3 що спершу добре відреагували вона зросла потім (тобто гарна НК динаміка розслаблює пацієнта) і ті що гарно відреагували і ті що погано виносили то чи потрібно міряти?)))

Дякую за увагу!
Запитання? Пропозиції?

