

DOI: 10.31082/1728-452X-2025-241-1-6-11

УДК 618.3:616.72

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Г.С. ЕСИРКЕПОВА¹, <https://orcid.org/0009-0001-3576-5439>,
А.В. БАЛМУХАНОВА², <https://orcid.org/0000-0002-2593-629X>¹ТОО «Асмед Тургут Озала», г. Алматы, Республика Казахстан,²Каспийский общественный университет Каспийская международная школа медицины, г. Алматы, Республика Казахстан

РЕЗЮМЕ

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое аутоиммунное заболевание соединительной ткани, поражает преимущественно женщин детородного возраста. Развитие этого заболевания у женщин репродуктивного возраста вызвало интерес к изучению проблемы беременности при ревматоидном артрите.

Цель исследования – оценить динамику активности РА по DAS28-СОЭ во время беременности и после родов.

Материал и методы. Прослежено 13 беременностей у женщин с достоверным РА. Обследование пациенток осуществлялось на до- и госпитальном этапе на разных сроках гестации, а также в послеродовом периоде.

Результаты. Всего включено в исследование 13 женщин с РА, из них: серопозитивные по ревматоидному фактору (РФ) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) варианты РА составили: 12 (92,3%) и 12 (92,3%), соответственно. РА II и III рентгенологической стадии: 11 (84,6%) и I и II функционального класса – 12 (92,3,2%).

Базисные противовоспалительные препараты (БПВП) получали 10 (76,9%). На момент зачатия 8 женщин (61,5%) принимали глюкокортикоиды (ГК).

Пациентки были взяты под наблюдение при обращении по поводу основного заболевания, при этом у них была диагностирована беременность. Ни у одной из них не было ремиссии заболевания.

Во время беременности все 13 пациенток с РА получали метилпреднизолон в комбинации с базисными препаратами – сульфасалазин, гидроксихлорохина. 3 принимали только ГКС.

После родов, в связи с повышением активности заболевания, у 6 пациенток наблюдалась потребность в ГКС в комбинации с метотрексатом, лефлюнамидом и сульфасалазином.

Обсуждение. В результате проведенного исследования не отмечено снижение активности РА, наблюдаемое другими авторами. Ремиссия РА в нашем исследовании не отмечалась.

Применение ГКС оказало благоприятное влияние на течение беременности, их принимали все беременные.

8 пациенток были мониторированы после родов, у 6 из них имелось обострение РА в виде усиления суставного синдрома. 2 пациентки были в стабильном состоянии.

У большинства пациенток беременность была незапланированной, к беременности не были подготовлены, базисную терапию получали нерегулярно.

Выводы:

1. Не было выявлено снижения активности РА во время беременности.
2. Все беременные пациентки с РА к беременности не были подготовлены, беременность наступала спонтанно, прегравидарная подготовка не проводилась.
3. Имело место нерегулярное получение базисной терапии.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, беременность, активность РА, метипред, базисные медленно действующие препараты.

Для цитирования: Есиркепова Г.С., Балмуханова А.В. Особенности течения ревматоидного артрита у беременных пациенток // Медицина (Алматы). 2025;1(241):6-11. doi: 10.31082/1728-452X-2025-241-1-6-11

ТҰЖЫРЫМ

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТТИҢ ЖҮКТІ ПАЦИЕНТТЕРДЕГІ АҒЫМЫНЫҢ
ЕРЕКШЕЛІГІГ.С. ЕСИРКЕПОВА¹, <https://orcid.org/0009-0001-3576-5439>,
А.В. БАЛМУХАНОВА², <https://orcid.org/0000-0002-2593-629X>¹«Asmed Turgut Ozala» ЖШС, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,²Каспий қоғамдық университеті Каспий халықаралық медицина мектебі, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Ревматоидты артрит (РА) – денекер тіннің созылмалы аутоиммунды ауруы, көбінесе бала туу жасындағы әйелдерде кездеседі. Репродуктивті жастағы әйелдерде бұл аурудың дамуы ревматоидты артритпен ауырған кездегі жүктілік мәселесін зерттеуге қызығушылық туырды.

Зерттеу мақсаты. жүктілік кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде РА белсенділігінің DAS28-ЖЭС бойынша динамикасын бағалау.

Контакты: Есиркепова Гүлнара Серикалиевна, главный врач
ТОО «Асмед Тургут Озала»,
г. Алматы,
e-mail: gulnara_7610@mail.ru

Contacts: Esirkepova Gulnara Serikalievna, Chief Physician
of «Asmed Turgut Ozala», Almaty,
e-mail: gulnara_7610@mail.ru

Поступила: 13.03.2025
Принята: 27.03.2025

Материал және әдістері. РА диагнозы нақтыланған әйелдердегі 13 жүктілік жағдайы бақылауға алынды. Науқастарды тексеру жүктілікке дейін және стационарға дейінгі кезеңде, жүктіліктің әртүрлі мерзімдерінде, сондай-ақ босанғаннан кейінгі кезеңде жүргізілді.

Нәтижелері. Зерттеуге жалпы 13 әйел енгізілді, олардың ішінен: ревматоидты фактор (РФ) және циклдық цитруллинделген пептидке қарсы антиденелер (АЦЦП) бойынша серопозитивті РА нұсқалары тиісінше 12 (92,3%) және 12 (92,3%) құрады. РА-ның II және III рентгенологиялық сатысы: 11 (84,6%), I және II функционалдық класс – 12 (92,3%).

Базистік қабынуға қарсы препараттарды (БҚҚП) 10 науқас (76,9%) қабылдаған. Жүктілік басталған кезде 8 әйел (61,5%) глюкокортикоидтарды (ГК) қолданған.

Барлық әйелдер негізгі ауру бойынша медициналық көмекке жүгінген кезде және жүктілік анықталған сәтте бақылауға алынған. Олардың ешқайсысында РА ремиссиясы болмаған.

Жүктілік кезінде 13 пациенттің барлығы метилпреднизолон мен базистік препараттардың (сульфасалазин, гидроксихлорохин) комбинациясын алған. 3 пациент тек ГК қабылдаған.

Босанғаннан кейін аурудың белсенділігінің жоғарылауына байланысты 6 әйелге метотрексат, лефлюнамид және сульфасалазинмен қатар ГК қажет болған.

Талқылауы. Зерттеу нәтижесінде басқа авторлар сипаттағандай РА белсенділігінің жүктілік кезінде төмендеуі байқалмады. Біздің зерттеуде РА ремиссиясы тіркелген жоқ.

Жүктіліктің қолайлы өтуіне барлық жүкті әйелдер қабылдаған глюкокортикоидтар оң әсерін тигізген.

Босанғаннан кейін 8 пациент бақыланды, олардың 6-да буын синдромының күшеюі түрінде РА өршуі байқалды. 2 пациенттің жағдайы тұрақты болған.

Көп жағдайда жүктілік жоспарланбаған, жүктілікке арнайы дайындық жүргізілмеген және базистік терапияны тұрақты қабылдамаған.

Қорытындылар:

1. Жүктілік кезінде РА белсенділігінің төмендеуі анықталған жоқ.
2. Барлық жүкті пациенттер жүктілікке дайындалмаған, жүктілік кездейсоқ орын алған, прегравидарлық дайындық жүргізілмеген.
3. Базистік терапияны қабылдау тұрақты болмаған.

Негізгі сөздер: ревматоидты артрит, жүктілік, РА белсенділігі, метипред, баяу әсер ететін базистік препараттар.

Дәйексөз үшін: Есіркепова Г.С., Балмуханова А.В. Жүкті пациенттердегі ревматоидты артрит ағымының ерекшеліктері // Медицина (Алматы). 2025;1(241):6-11. doi: 10.31082/1728-452X-2025-241-1-6-11

S U M M A R Y

FEATURES OF THE COURSE OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN PREGNANT WOMEN

GS ESIRKEPOVA¹, <https://orcid.org/0009-0001-3576-5439>,

AV BALMUKHANOVA², <https://orcid.org/0000-0002-2593-629X>

¹"Asmed Turgut Ozala", Almaty, Republic of Kazakhstan,

²Caspian Public University Caspian International School of Medicine, Almaty, Republic of Kazakhstan

Introduction. Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune disease of connective tissue that predominantly affects women of childbearing age. The development of this condition in women of reproductive age has sparked interest in studying the issue of pregnancy in patients with rheumatoid arthritis.

Objective. To assess the dynamics of RA activity using the DAS28-ESR score during pregnancy and after childbirth.

Material and Methods. A total of 13 pregnancies in women with confirmed RA were monitored. The patients were examined at both pre-hospital and hospital stages at various gestational ages and during the postpartum period.

Results. A total of 13 women with confirmed RA were included in the study. Among them, 12 patients (92.3%) were seropositive for rheumatoid factor (RF), and 12 patients (92.3%) were seropositive for anti-cyclic citrullinated peptide antibodies (anti-CCP). Eleven patients (84.6%) had radiological stage II or III RA, and 12 (92.3%) were classified as functional class I or II.

Ten patients (76.9%) received disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs), and 8 (61.5%) women received glucocorticoid therapy (GC) at conception.

All patients were enrolled in the study when they sought medical care for RA, and pregnancy was diagnosed simultaneously. None of the patients were in remission at enrollment.

During pregnancy, all 13 patients with RA received methylprednisolone with DMARDs such as sulfasalazine and hydroxychloroquine. Three patients received GC only.

After childbirth, due to increased disease activity, 6 patients required glucocorticoids in combination with methotrexate, leflunomide, and sulfasalazine.

Discussion. The study did not reveal a decrease in RA during pregnancy, as reported by other authors. Remission of RA was not observed in this study.

All pregnant patients received GC, which contributed to favorable pregnancy outcomes.

Eight patients were monitored postpartum; 6 of them experienced a flare of RA, manifested as an exacerbation of joint symptoms, while two patients remained in stable condition.

Most pregnancies were unplanned; the patients were not prepared for pregnancy and received the disease-modifying therapy irregularly.

Conclusions:

1. No decrease in RA was observed during pregnancy.
2. All pregnant patients with RA were unprepared for pregnancy, which occurred spontaneously without preconception planning.
3. Disease-modifying therapy was taken irregularly.

Keywords: rheumatoid arthritis, pregnancy, RA activity, methylprednisolone, disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs).

For citation: Yesirkepova GS, Balmukhanova AV. Features of the course of rheumatoid arthritis in pregnant patients. *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2025;1(241):6-11. (In Russ.). doi: 10.31082/1728-452X-2025-241-1-6-11

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое аутоиммунное заболевание соединительной ткани. Длительное течение ревматоидного заболевания приводит к ранней инвалидности и снижению продолжительности жизни пациентов. Ревматоидный артрит встречается в любом возрасте и у представителей обоего пола. РА поражает преимущественно женщин, в 3 раза чаще, чем у мужчин [1-5, 7]. По данным статистического анализа, ежегодно болеет 8,7 на 100 000 женщин в возрасте 18–34 лет и до 36,2 на 100 000 в возрасте 35–44 лет. Развитие этого заболевания у женщин репродуктивного возраста определило давний интерес к изучению различных аспектов проблемы беременности при ревматоидном артрите. Со времени первых обзорных публикаций по данной проблеме более чем полувековой период ее изучения и накопленный мировой опыт ведения беременных с РЗ позволили пересмотреть первоначально существовавшее мнение о невозможности и/или нежелательности наступления и вынашивания беременности у данного контингента больных из-за высокого риска материнских осложнений (обострения болезни на фоне гестации и даже смерти беременной) и рождения детей с различными патологиями, связанными как с заболеванием матери, так и с проводимой терапией [1-4, 6-8].

Ранее указывалось, что ревматоидный артрит негативно влияет на женскую фертильность, нарушая способность организма к зачатию. Если дебют ревматоидного артрита приходится на детский возраст, то в зрелом возрасте велика вероятность бесплодия. Однако при успешном контроле над заболеванием нет явных причин, по которым женщина с данным ревматическим процессом не сможет забеременеть [1].

В первом наблюдении, описанном около 80 лет назад, снижение активности болезни отмечалось у абсолютного большинства беременных [3]. В более поздних проспективных исследованиях показано, что только 48–66% беременных имеют клиническое улучшение в период гестации, а послеродовое обострение РА отмечается у 70% больных, при этом большинство пациенток нуждаются в лекарственной терапии [1-3, 6-7].

Цель исследования – оценить динамику активности РА по DAS28-CO2 во время беременности и после родов; уточнить влияние активности РА в начале гестации на дальнейшее течение заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Прослежено 13 беременностей у женщин с достоверным РА, в период с 01.10.2023 г. по 20 февраля 2025 г. Обследование пациенток осуществлялось на до- и госпитальном этапе на разных сроках гестации, а также в по-

слеродовом периоде. Пациентки (n=13,) были включены в исследование на разных сроках гестации.

На момент включения в исследование медиана возраста больных составила 32 [24; 39] лет, длительности болезни – 9,7 [2; 22] лет, возраста дебюта заболевания 23 [8; 34] лет (табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Таблица 1 – Клинико-лабораторная характеристика больных РА (n=13) на момент включения в исследование

Показатель	Значение
Возраст, годы*	32 [24; 39]
Длительность болезни, годы*	9,7 лет [2; 22]
Возраст дебюта заболевания, годы*	23 [8; 34]
РФ: +/-, n(%)	12/1 (92,3/7,7%)
АЦЦП: +/-, n (%)	12/1 (92,3/7,7%)
Рентгенологическая стадия по Штейнброкеру, n (%)	
I	2 (15,4%)
II	5 (38,5%)
III	6 (46,1%)
IV	
Функциональный класс, n (%)	
I	2 (15,4)
II	10 (76,9)
III	1 (7,7)
IV	

Преобладали серопозитивные по ревматоидному фактору (РФ) – n=12 (92,3%) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – n=12 (92,3%) варианты РА, II и III рентгенологические стадии – n=11 (84,6%), I и II функциональные классы – n=12 (92,3,2%). В анамнезе внесуставные проявления заболевания не наблюдались. Первобеременными на момент включения в исследование были 3 (23,1%) больных; у них же (23,1%) обследованных ожидалось первые роды, у 3 (23,1%) – вторые, у 4 (30,8%) – 3 роды; у 2 (15,4%) – 4 роды и у 1 (7,7%) – 6 роды. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в анамнезе принимали 11 (92,3%) больных, на момент зачатия принимала 1 (7,7%). С целью минимизации неблагоприятного действия на плод и течение родов НПВП отменялись с момента установления факта беременности [2,3,6-8].

Базисные противовоспалительные препараты (БПВП) в анамнезе получали 10 (76,9 %) больных. В 8 случаях они были отменены до беременности, у 2 (%) пациенток беременность наступила на фоне приема БПВП, 1 одной

из них препарат лефлунамид был отменен сразу после установления факта беременности, а одна продолжила прием методжекта, в последующем ей провели прерывание беременности.

Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) в анамнезе принимали 2: голимумаб в течение 2 лет с последующим ускользанием положительного эффекта и адалимумаб 3 месяца отменила из-за отсутствия возмож-

ности приобретения. На момент зачатия 8 обследуемых беременных пациенток (61,5%) принимали глюкокортикоиды (ГК) внутрь в дозе от 4 до 12 мг/сут в пересчете на метилпреднизолон. Длительность приема ГК до зачатия составляла от 2 мес. до 4 лет.

Всего у 2 (6,9%) больных РА ранее не проводилась лекарственная терапия. На момент зачатия не принимали лекарственных препаратов 3 (18,8%) больных РА (табл. 2).

Таблица 2 – Лекарственный анамнез у наблюдаемых пациенток

Терапия	РА в анамнезе РА (подсчет доли от числа больных; n=13), n (%)	РА на момент зачатия и во время беременности (подсчет доли от случаев беременности; n=13), n (%)
БПВП		
Всего	10 (76,9%) из них	13
Метотрексат 5–20 мг/нед.	6 (60%)	1 (7,7%)
Лефлуномид 20 мг/сут	2 (20%)	1 (7,7) отменен
Сульфасалазин 1–2,0 г/сут	1 (10%)	6 (3,1)
Гидроксихлорохин	1(10%)	4
Не принимали БПВП из них	3 (23,1%)	
только метипред	1	2
ГК перорально*		
Всего	11(84,6%)	13 (100%)
Максимальная доза	16мг	12мг
Доза на момент зачатия,		8-12 мг
Длительность непрерывного приема	3 г (2 недели; 15 лет)	весь период беременности
ГК внутривенно капельно:		
Всего		10 (76,9%)
Кумулятивная доза		4270[90; 735]
НПВП при болях	11 (84,6%)	-
Без лекарственной терапии	2 (15,4%)	

Ни у одной пациентки не имела место ремиссия или низкая степень активности заболевания (табл. 3). Они взяты под наблюдение при обращении пациенток по поводу основного заболевания и диагностировании при этом беременности. Пациентки не были осмотрены по

триместрам. Все пациентки с РА на момент взятия под наблюдение имели умеренную и высокую степень активности. В течение 6 месяцев послеродового периода обострения имели место у 6 пациенток, у 2 обострения не было выявлено (табл. 3).

Таблица 3 – Динамика активности РА, n (%)

Изменения активности РА	Начало наблюдения беременности (n=13)	6 месяц после родов (n=6)
Без динамики		7 (53,8%)
Снижение:		
умеренное	9 (69,2%)	
значительное	4 (30,8%)	
Повышение		
умеренное		
значительное	-	6 (46,2%)

Динамика активности РА по DAS28-СОЭ в период наблюдения

Индекс активности РА – DAS28-СОЭ во время беременности у всех пациенток в среднем составила 4,5: у 4 пациенток активность была высокой от 5,36 до 5,7, у остальных активность была умеренной от 3,2 до 4,8. После родов обострение РА отмечено у 6 пациенток в первые 6 месяцев, у 7 – активность была без динамики после родов активность РА возросла у 6 пациенток, клинически имело место усиление суставного синдрома и ухудшение общего состояния пациенток.

У одной пациентки 1988 г.р. родился ребенок с низким весом – 1200 г. – умер после. Данная пациентка базисную терапию не получала, беременность не плани-

ровала, прегравидарную подготовку не проходила. Во время беременности была госпитализирована на 19 неделе. Диагноз при госпитализации: Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя стадия, активность умеренной степени (DAS-28-3,66), АЦЦП+, рентген стадия 2, ФК2. В стационаре был проведен курс внутривенной терапии ГКС в кумулятивной дозе 180 мг с последующим переходом на пероральный прием 4 мг в сутки наряду с приемом гидроксихлорохина 200 (иммард) мг. В анамнезе у пациентки перенесенный туберкулез легкого в 2006 г. с рецидивом в 2013 г., снята с учета по поводу туберкулеза в 2015 году.

Еще одна беременность завершилась медикаментозным абортom. Аборт был сделан пациентке 1991 года

рождения. Базисную терапию до беременности получала только в виде метилпреднизолона. После диагностирования беременности была госпитализирована. Во время госпитализации решила начать прием одного из медленнодействующих препаратов в виде методжекта, обладающего тератогенным эффектом [10], в связи с чем и было принято решение о прерывании беременности.

Терапия в период наблюдения

Основными препаратами для контроля активности РА в период беременности были НПВП (n=11; 84,6%) и ГКС (n=13; 100%). Во время беременности все 13 пациенток с РА получали метилпреднизолон в суточной дозе 4-12 мг в комбинации с базисными препаратами 10 женщин в виде сульфасалазина – 6 женщин, гидроксихлорохина (плаквенил, иммард) – 4, и 3 пациентки принимали только ГКС (метипред).

В период гестации 10 (76,9%) пациенткам потребовалось внутривенное капельное введение ГКС в кумулятивной дозе от 90 до 735 мг метилпреднизолона при высокой активности. После родов в связи с повышением активности заболевания потребность в продолжении терапии ГКС наряду с назначением метотрексата, лефлюнамида и сульфасалазина наблюдалась у 6 пациенток. Одной пациентке назначена актемра.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты настоящего исследования не подтверждают известный факт снижения активности РА во время гестации [1-3, 6-8]. Улучшение состояния женщин с РА в виде снижения активности ревматоидного артрита во время беременности, наблюдаемые другими авторами в более чем 46%, нами не были выявлены. Пациентки были взяты под наблюдение в момент гестации на разных сроках и с уже имеющимся обострением заболевания, минимальный показатель активности был 3,2 по шкале DAS COЭ 28, а максимальный 5,7. Ремиссия или низкая активность РА в нашем исследовании не отмечались.

Все беременные пациентки с РА к беременности не были подготовлены, беременности наступали спонтанно, прегравидарную подготовку не проходили.

Большую роль на течение и исход беременности оказывает прегравидарная подготовка пациенток с РА, приводящая к ремиссии заболевания или к минимальной активности. Прегравидарная подготовка предусматривает назначение медленнодействующих болезнь модифицирующих препаратов со своевременной их отменой (или заменой) в случае планирования беременности [1, 2, 6, 7, 10].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мишина Ю.В., Барсукова Н.А. Ревматоидные заболевания и беременность (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014;1:3-17
2. Ушкалова Е.А., Романова О.Л., Илларионова Т.С. Фармакотерапия ревматоидного артрита у беременных женщин // Consilium medicum. 2010;13(6). www.consilium-medicum.com]

Резкая отмена БПВП или ГИБП в связи с наступлением незапланированной беременности способствует повышению активности РА [3, 6, 7, 10].

Обращал на себя внимание весомый вклад противовоспалительной терапии на благоприятный исход беременности. Противовоспалительная терапия ГКС проводилась во время беременности, с включением внутривенного введения ГКС [1, 2, 3, 6, 7, 9] большинству пациенток - 10 из 13 (76,9%) с общей кумулятивной дозой 4270. Проведение противовоспалительной терапии беременным пациенткам способствовала благополучному родоразрешению 11 из 13.

8 пациенток проходили наблюдение после родов, у 6 из них имелось обострение РА в виде усиления суставного синдрома [1-3, 6-8], индекс активности у пациенток не был вычислен. 2 пациентки были в стабильном состоянии.

У большинства пациенток беременность была незапланированной, лишь 3 планировали, но к беременности не были подготовлены. Все пациентки регулярного диспансерного наблюдения не проходили.

ВЫВОДЫ

1. Улучшение состояния женщин с РА в виде снижения активности ревматоидного артрита во время беременности не выявлены.
2. Все беременные пациентки с РА к беременности не были подготовлены, беременности наступали спонтанно, прегравидарную подготовку не проходили.
3. Имело место нерегулярность получения базисной терапии
4. Изменения течения ревматоидного артрита у исследуемых женщин во время беременности не отмечалось.

Прозрачность исследования

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами. При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Авторы не получали гонорар за исследование.

Вклад авторов

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования; одобрении, анализе и обработке данных; написании первого варианта статьи; в окончательном утверждении статьи для печати. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

REFERENCES

1. Mishina YuV, Barsukova NA. Rheumatic diseases and pregnancy (review). *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii. Elektronnoe izdanie = Bulletin of new medical technologies. Electronic edition.* 2014;1:3-17. (In Russ.)
2. Ushkalova EA, Romanova OL, Ilarionova TS. Pharmacotherapy of rheumatoid arthritis in pregnant women. *Consilium medicum.* 2010;13(6). (In Russ.). www.consilium-medicum.com]

3. Кошелева Н.М., Матьянова Е.В. Ревматоидный артрит и беременность // Научно-практическая ревматология. 2014;52(6):589-599. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2014-589-599>
4. Казакова А.В., Санталова Г.В., Карташова П.В., Поретскова Г.Ю., Дуфинетц И.Е. Особенности репродуктивной функции девочек и женщин с ревматоидным артритом // Гинекология. 2024;26(1):22–27. DOI: 10.26442/20795696.2024.1.202645
5. Мысаева Г.М., Горемыкина М.В., Манабаева Г.К. Ревматоидный артрит и фертильность: обзор литературы // Наука и Здоровоохранение. 2019;2(21):38-43.
6. Матьянова Е.В., Кошелева Н.М., Алекберова З.С., Александрова Е.Н. Влияние беременности на активность ревматоидного артрита и его терапию по данным проспективного наблюдения // Научно-практическая ревматология. 2015;53(3):266-273. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2015-266-273>
7. Петров Ю.А., Палиева Н.В., Вафина А.Р. Беременность и роды при ревматоидном артрите // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2022;1:46-50
8. Кошелева Н.М., Матьянова Е.В., Федорова Е.В., Клименченко Н.И. Исходы беременности у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой. Часть I. Материнские исходы // Научно-практическая ревматология. 2019;57(2):180-185. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2019-180-185>
9. Wright M, Smed MK, Nelson JL, Olsen J, Hetland ML, Jewell NP, Zoffmann V, Jawaheer D. Pre-pregnancy gene expression signatures are associated with subsequent improvement/worsening of rheumatoid arthritis during pregnancy // Arthritis Res Ther. 2023 Oct 4;25(1):191. doi: 10.1186/s13075-023-03169-6. PMID: 37794420; PMCID: PMC10548620
10. Бакытжанова А.Ж., Кубаева А.Н., Икласова Ф.Б. Лечение ревматоидного артрита у беременных // Валеология: денсаулык - ауру – сауықтыру. 2019;2:9-13
3. Kosheleva NM, Matyanova EV. RHEUMATOID ARTHRITIS AND PREGNANCY. *Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(6):589-599. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2014-589-599>
4. Kazakova AV, Santalova GV, Kartashova PV, Poretiskova GYu, Dufinets IE. Features of the reproductive function of girls and women with rheumatoid arthritis. *Ginekologiya = Gynecology*. 2024;26(1):22–27. DOI: 10.26442/20795696.2024.1.202645
5. Myssayeva GM, Goremykina MV, Manabayeva GK. Rheumatoid arthritis and fertility: literature review. *Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]*. 2019;21(2):38-43
6. Matyanova EV, Kosheleva NM, Alekberova ZS, Aleksandrova EN. IMPACT OF PREGNANCY ON THE ACTIVITY OF RHEUMATOID ARTHRITIS AND ITS THERAPY ACCORDING TO PROSPECTIVE FOLLOW-UP DATA. *Rheumatology Science and Practice*. 2015;53(3):266-273. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2015-266-273>
7. Petrov YuA, Palieva NV, Vafina AR. Pregnancy and childbirth in rheumatoid arthritis. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy = International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2022;1:46–50. (In Russ.)
8. Kosheleva N.M., Matyanova E.V., Fedorova E.V., Klimenchenko N.I. Pregnancy outcomes in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Part I. Maternal outcomes. *Rheumatology Science and Practice*. 2019;57(2):180-185. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2019-180-185>
9. Wright M, Smed MK, Nelson JL, Olsen J, Hetland ML, Jewell NP, Zoffmann V, Jawaheer D. Pre-pregnancy gene expression signatures are associated with subsequent improvement/worsening of rheumatoid arthritis during pregnancy // *Arthritis Res Ther*. 2023 Oct 4;25(1):191. doi: 10.1186/s13075-023-03169-6. PMID: 37794420; PMCID: PMC10548620
10. Bakytzhanova AZh, Kubaeva AN, Iklasova FB. Treatment of rheumatoid arthritis in pregnant women. *Valeologiya: densaulyk - auru – сауықтыру = Valeology: densaulyk - auru - сауықтыру*. 2019;2:9-13

Сведения об авторах:

Есиркепова Гулнара Серикалиевна, главный врач ТОО «Асмед Тургут Озала», г. Алматы, e-mail: gulnara_7610@mail.ru;

Балмуханова Айгуль Владимировны, доктор медицинских наук, профессор, Академик НАН РК, заведующая кафедрой хирургических дисциплин Международной медицинской школы КОУ, г. Алматы, e-mail: bav_med@mail.ru.