

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. Заболевания крови и беременность.....	7
Введение.....	7
Кроветворение у беременных (в соавт. с Т.В. Абрамовой).....	8
Геморрагические диатезы у беременных.....	17
Анемии у беременных.....	32
Гемобластозы у беременных.....	66
Хронические миелопролиферативные заболевания и беременность (в соавт. с Р.Г. Шмаковым).....	77
Глава 2. Артериальная гипертензия и беременность.....	84
Глава 3. Гестационный пиелонефрит.....	94
Глава 4. Беременность и роды у беременных с единственной почкой (в соавт. с С.Б. Петровой).....	115
Глава 5. Беременность и бронхиальная астма (в соавт. с Т.Б. Елохиной).....	123
Глава 6. Внебольничная пневмония у беременных (в соавт. с Т.Б. Елохиной).....	134
Глава 7. Беременность и роды при митральном стенозе (в соавт. с Л.С. Коковым).....	149
Глава 8. Проплапс митрального клапана и беременность (в соавт. с С.Б. Петровой).....	176
Глава 9. Гестационный диабет (в соавт. с Ю.Ю. Беловой).....	188

Глава 10. Йододефицитные заболевания у беременных.....	194
Глава 11. Системная красная волчанка и беременность (в соавт. с Н.М. Кошелевой).....	200
Глава 12. Системная склеродермия и беременность.....	211
Глава 13. Ревматоидный артрит и беременность.....	223
Глава 14. Болезнь Шегрена и беременность.....	229
Глава 15. Тактика ведения и лечения беременных с системными заболеваниями соединительной ткани.....	232
Глава 16. Дифференциальный диагноз желтух у беременных (в соавт. с Т.М. Игнатовой).....	239
Глава 17. Заболевания желчевыделительной системы у беременных.....	251
Холестатический гепатоз беременных.....	257
Глава 18. Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных (в соавт. с Т.В. Абрамовой).....	262
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.....	262
Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.....	266
Заболевания поджелудочной железы.....	282
Глава 19. Изжога и запоры у беременных.....	287
Изжога.....	287
Запоры.....	289
Глава 20. Депрессивные расстройства в амбулаторной акушерско-гинекологической практике (в соавт. с Г.Я. Каменецкой).....	294
Глава 21. Наркомания и беременность (в соавт. с Г.Я. Каменецкой).....	305
Глава 22. Периферическая витреохориоретинальная дистрофия и беременность (в соавт. с Е.С. Тачевой).....	317
Глава 23. Хроническая венозная недостаточность и беременность (в соавт. с А.В. Мурашко).....	322

Глава 3

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит — неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным и первоначальным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим вовлечением клубочков и сосудов почек.

Код МКБ-10

- **O23.0.** Инфекция почек при беременности (именуется также как «гестационный пиелонефрит»).

Эпидемиология. Инфекции мочевыводящих путей являются наиболее распространенными заболеваниями во время беременности, в том числе у практически здоровых женщин при наличии нормальной функции почек и отсутствии структурных изменений в мочевыводящих путях. В последние годы отмечается рост патологии мочевыделительной системы при беременности. Это приводит к росту перинатальной заболеваемости и смертности. Гестационный пиелонефрит выявляется у 1–12% беременных.

Первичным очагом инфекции является любой гнойно-воспалительный процесс в организме женщины. Пути проникновения инфекции в почку различны: гематогенный, уриногенный (при наличии пузырно-мочеточниковых рефлюксов) и др. Инфицирование в основном происходит гематогенным путем.

Пиелонефрит чаще диагностируется у первобеременных, что объясняется недостаточностью адаптационных механизмов к тем изменениям (иммунологическим, гормональным и др.), которые происходят организму женщины во время гестационного процесса. У большинства женщин атаки пиелонефрита отмечаются во II триместре беременности (22–28 нед.).

Развитие гестационного пиелонефрита может приводить к нарушению течения беременности, родов и послеродового периода. Так, при пиелонефрите беременность в 40–70% случаев может осложниться гестозом, увеличивается частота преждевременных родов, развиваются гипотрофия плода, хроническая плацентарная недостаточность.

Этиология. Виды микроорганизмов, вызывающих инфекции мочевыводящих путей, а также факторы их вирулентности сходны у беременных и небеременных женщин, чем подтверждается общность механизмов проникновения инфекции в мочевые пути.

Этиология гестационного пиелонефрита непосредственно связана с облигатной и факультативной микрофлорой кишечника. Наиболее частыми возбудителями внебольничного пиелонефрита являются бактерии семейства *Enterobacteriaceae*, из которых на долю *Escherichia coli* приходится до 80–90% случаев заболевания. Этиологическое значение других микроорганизмов — как грамотрицательных (*Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, *Serratia*), так и грамположительных бактерий (*Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus spp. (saprophyticus и aureus)*) — существенно возрастает в случае госпитальной инфекции.

В качестве редких возбудителей могут выступать грибы родов *Candida*, *Blastomyces*, возбудители заболеваний, передающихся половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*).

Вирусы и внутриклеточные паразиты не считаются самостоятельными этиологическими факторами, но, выступая в ассоциации с бактериями, могут играть роль пускового механизма.

Патогенез. Пути распространения инфекции:

- 1) гематогенный из очага инфекции;
- 2) уриногенный (восходящий) путь при пузырно-мочеточниковом рефлюксе.

Факторами риска развития гестационного пиелонефрита являются:

- предшествующий анамнез инфекции мочевыводящих путей, особенно до 20 нед. беременности;
- пороки развития почек и мочевых путей, камни почек и мочеточников;
- воспалительные заболевания женских половых органов;
- сахарный диабет;
- нарушения уродинамики, обусловленные беременностью (дилатация и гипокинезия внутриполостной системы почек, мочеточников на фоне метаболических изменений);
- низкий социально-экономический статус.

Острый пиелонефрит беременных развивается у 20–40% женщин с нелеченой бессимптомной бактериурией, что позволяет рассматривать последнюю также в качестве фактора риска развития гестационного пиелонефрита. Экстрагенитальные заболевания также являются преморбидным фоном развития пиелонефрита при беременности. Среди экстрагенитальных заболеваний основное место принадлежит хроническому тонзиллиту и сахарному диабету.

Классификация. Единой классификации нет. Различают следующие формы пиелонефрита по *патогенезу*:

- Первичный.
- Вторичный:
 - обструктивный, при анатомических аномалиях;
 - при дизэмбриогенезе почек;
 - при дисметаболических нефропатиях.

Классификация пиелонефрита *по течению*:

- Острый.
- Хронический:
 - манифестная рецидивирующая форма;
 - латентная форма.

Классификация пиелонефрита *по периоду*:

- Обострение (активный).
- Обратное развитие симптомов (частичная ремиссия).
- Ремиссия (клинико-лабораторная).

Классификация пиелонефрита *по сохранности функции почек*:

- Без нарушения функции почек.
- С нарушением функции почек.
- Хроническая почечная недостаточность.

Клиническая картина. Клинически гестационный пиелонефрит протекает в острой или хронической формах. При обострении хронического пиелонефрита заболевание следует рассматривать как острое воспаление. Клиническая картина гестационного пиелонефрита в различные периоды беременности имеет типичные особенности. Они обусловлены степенью нарушения пассажа мочи из верхних мочевыводящих путей. Если в I триместре беременности могут наблюдаться выраженные боли в поясничной области с иррадиацией в нижние отделы живота и наружные половые органы, напоминая почечную колику, то во II и III триместрах боли обычно неинтенсивные.

Для острого пиелонефрита беременных характерны симптомы общей интоксикации организма, лихорадки с ознобом и пототделением, артралгиями и мышечными болями в сочетании с жалобами на боли в поясничной области, нередко с иррадиацией в верхнюю часть живота, паховую область, бедро. Могут иметь место дискомфорт при мочеиспускании, дизурия. При физическом обследовании выявляются болезненность при надавливании в костовертебральном углу на стороне поражения, положительный симптом поколачивания, при одновременной бимануальной пальпации поясничной и подреберной областей — локальная болезненность в пояснице и напряжение мышц передней брюшной стенки.

У части больных симптомы общей интоксикации преобладают над локальными проявлениями, в связи с чем для уточнения диагноза необходимо проведение лабораторного исследования.

Хронический пиелонефрит во время гестационного процесса может протекать с обострениями (клиническая картина острого пиелонефрита), в виде бессимптомной бактериурии или быть в стадии ремиссии.

Диагностика гестационного пиелонефрита имеет свои особенности, которые заключаются в том, что во время беременности нет возможности использовать весь комплекс диагностических методов. В частности, не могут быть применены рентгенологические методы исследования. Нежелательно при беременности

применять хромоцистоскопию, так как она малоинформативна и способствует инфицированию. Противопоказаны и радиоуклидные методы исследования. Поэтому ведущими в диагностике являются клинические, лабораторные и эхографические методы исследования.

Лабораторная диагностика

Клинический анализ крови. Выявляются лейкоцитоз свыше $11 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных форм, гипохромная анемия (гемоглобин ниже 100 г/л), повышение СОЭ.

Биохимический анализ крови. Уровни общего белка, холестерина, остаточного азота при пиелонефрите длительное время остаются нормальными; диагностическое значение имеет обнаружение диспротеинемии, повышение уровня сиаловых кислот, мукопротеинов, положительная реакция на С-реактивный белок.

Анализ мочи. Пиурия присутствует практически у всех больных пиелонефритом и является ранним лабораторным симптомом. Количественное определение — лейкоцитурия более 4000 в 1 мл мочи (проба Нечипоренко). Отсутствие пиурии может служить основанием для альтернативного диагноза. При микроскопии мочевого осадка наряду с лейкоцитурией могут выявляться цилиндрурия (преимущественно за счет гиалиновых или лейкоцитарных цилиндров, обнаружение которых на фоне пиурии с высокой степенью вероятности подтверждает диагноз пиелонефрита), незначительная протеинурия, иногда микрогематурия. Чаще обнаруживается щелочная реакция мочи вследствие жизнедеятельности продуцирующих мочевины бактерий.

Проба Реберга. Фильтрация нарушается лишь при тяжелом поражении почек; уменьшение реабсорбции наступает раньше, чем фильтрации.

Микробиологическое исследование. Наличие большого количества слущенного эпителия в мазках мочи свидетельствует о контаминации мочи влагалищной флорой, в связи с чем необходимо повторение анализа.

Выявление одной или более бактериальных клеток в поле зрения микроскопа свидетельствует о наличии в 1 мл мочи 10^5 и более микроорганизмов.

Стандартным методом микробиологического исследования является посев мочи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам. Диагностическая ценность бактериологического исследования мочи может быть определена как высокая при обнаружении роста возбудителя в количестве $\geq 10^5$ КОЕ/мл. Необходимым условием достоверности результатов бактериологического исследования является правильность забора мочи. Взятие мочи для бактериологического исследования должно производиться после тщательного туалета наружных половых органов и ограничения доступа влагалищных выделений. Средняя порция мочи собирается в стерильный контейнер с крышечкой в количестве 10–15 мл. Мочу для проведения микробиологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии. В случае если пациентка получает антибактериальные препараты, их следует отменить за 2–3 дня до исследования. Интерпретация результатов бактериоскопии и посева мочи должна производиться с учетом клинических данных. В моче до 10% пациентов с инфекциями мочевыводящих путей могут присутствовать два микроорганизма, каждый из которых может рассматриваться в качестве возбудителя заболевания. При обнаружении более двух видов микроорганизмов результаты оценивают как подозрение на контаминацию и требуют повторения анализа.

У 10–20% пациенток с пиелонефритом возбудитель выделяется из крови. Обычно обнаруживаемый в крови микроорганизм аналогичен обнаруженному в моче. При этом исследование гемокультуры не рассматривается в ряде обязательных методов исследования.

Ультразвуковое сканирование почек. При ультразвуковом сканировании возможно в течение нескольких минут получить достаточную информацию о тяжести воспалительного процесса в почке, степени ретенционных изменений в чашечно-лоханочной системе, диагностировать конкременты, врожденную и приобретенную патологию и дифференцированно подходить к лечению. Это способствует своевременному решению вопроса об оперативном вмешательстве.

Глава 20

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Депрессивное расстройство — состояние, характеризующееся угнетенным или тоскливым настроением и снижением психической активности, сочетающимися с двигательными расстройствами и разнообразными соматическими нарушениями.

Код МКБ-10

- F32. Депрессивный эпизод.

У женщин выделяют следующие специфические аффективные расстройства:

- предменструальный синдром, предменструальное дисфорическое расстройство;
- депрессивный синдром беременных;
- «синдром грусти рожениц»;
- расстройства настроения, связанные с менопаузой.

Эпидемиология. Несмотря на противоречивость и разнородность эпидемиологических данных, относящихся к аффективным расстройствам, одна их характеристика остается однозначной. При изучении распределения пациентов по полу установлено, что депрессии чаще (в соотношении 2,5:1) регистрируются у женщин. Существует четкая взаимосвязь между стрессовыми и негативными жизненными событиями и риском развития рас-

стройств настроения. Для женщин помимо общепопуляционных выделяют дополнительные риски в развитии депрессивных расстройств (низкий уровень образования, нестабильное семейное положение, послеродовой период).

При этом нейроэндокринные сдвиги, связанные с репродуктивным циклом женщины, рассматриваются как фактор риска возникновения депрессии. Риск развития депрессии у женщин репродуктивного возраста составляет 10–20%, у беременных — 9%. Частота возникновения предменструального дисфорического расстройства составляет 3–8%. Депрессивные расстройства, связанные с менопаузой, развиваются у 40–60% женщин в период перименопаузы.

По современной классификации выделяют три степени тяжести расстройства с указанием наличия соматических симптомов расстройства.

Во всех трех вариантах депрессии выделяют *основные симптомы*:

- сниженное настроение;
- утрата интересов и удовольствия;
- снижение энергичности и повышенная утомляемость.

К *дополнительным симптомам* относят:

- сниженную способность к сосредоточению и снижению концентрации внимания, а также колебания или нерешительность при принятии решений;
- снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;
- идеи виновности и уничижения (даже при легком типе эпизода), самообвинение без повода;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия по самоповреждению или суициду;
- нарушенный сон;
- изменение аппетита (снижение или повышение) с соответствующими изменениями массы тела.

Пациентки с легким депрессивным эпизодом («малая депрессия») способны сохранять личностный и вербальный контакт с окружающими, несмотря на неудобства от своих симптомов. Симптомы должны соответствовать общим критериям депрессивного расстройства, двум основным депрессивным симптомам и двум дополнительным.

При умеренно выраженном депрессивном эпизоде (два из трех основных депрессивных симптома и четыре дополнительных) пациентки отмечают значительные трудности в поддержании межличностных контактов, вербальной коммуникации, однако в целом количество симптомов меньше и они менее интенсивны, чем при тяжелой депрессии.

Диагностические критерии тяжелого депрессивного расстройства предполагают наличие у пациентки симптомов, соответствующих общим критериям депрессивного расстройства, наличие всех трех основных и как минимум пяти дополнительных симптомов.

Клинические проявления предменструального синдрома (появляются во вторую фазу менструального цикла и исчезают во время менструации более чем у 75% женщин) характеризуются умеренно выраженной психопатологической симптоматикой, плохой концентрацией внимания, нарушениями сна и изменениями аппетита, соматическими симптомами (ощущение вздутия живота, увеличение массы тела, болезненность или припухлость молочных желез).

Предменструальное дисфорическое расстройство характеризуется большей выраженностью клинических проявлений, субъективно тяжелее переносится женщинами и вызывает социальную дезадаптацию. Следует, однако, учитывать, что категория предменструального дисфорического расстройства настроения выделена только в американской классификации DSM-IV: депрессивное настроение, чувство безнадежности, тревога с чувством внутреннего напряжения, выраженная эмоциональная лабильность, сонливость, быстрая утомляемость или инсомния, изменения аппетита, соматические симптомы. Расстройство заметно мешает выполнять работу, поддерживать отношения с другими, симптомы проявляются в начале лютеиновой фазы и отсутствуют в течение недели после прекращения менструации. Дифференциальный диагноз у женщин, обращающихся с симптомами в предменструальный период, требует учитывать большое количество психических и соматических расстройств, которые могут имитировать предменструальный синдром, обострять его или сопутствовать ему. При этом возраст наивысшей уязвимости колеблется между 25 и 35 годами.

Специфика послеродового периода в современной культуре состоит в том, что женщины часто на последних неделях беременности находятся в условиях относительной депривации; если беременность осложнена, этот период продлевается и иногда приводит к семейным проблемам, которые действуют на беременную психогенно, а наличие дополнительных факторов риска усугубляет ситуацию.

Выделяют следующие клинические варианты послеродовых депрессий:

- *Послеродовая депрессия* — как обычный феномен, встречающийся у трети женщин вскоре после рождения ребенка. Это преходящее состояние обычно не требует специального лечения.
- *Легкое или умеренно выраженное депрессивное состояние*, возникающее у 10% женщин в течение года, следующего за рождением ребенка.
- *Послеродовые психозы* с атипичной картиной, когда депрессивные и маниакальные симптомы присутствуют одновременно, в дальнейшем высок риск развития биполярного расстройства.

Психопатологическая структура послеродовых депрессий в целом соответствует клиническим проявлениям гипотимических состояний при депрессивных нарушениях. Феноменологически переживания представлены тревожными опасениями, связанными с жизнью желанного ребенка, преобладают явления апатии, психической анестезии, отчуждения эмоций (чувство неспособности испытывать любовь к ребенку, близким), иногда сопровождающиеся суицидальными мыслями. Основные лечебные мероприятия делятся на два основных блока: профилактические и собственно фармакологические. К профилактическим мерам относят выявление женщин групп риска, образовательные меры, связанные с просвещением женщин по вопросам беременности и родов, а также различные психотерапевтические методы.

Климактерическая депрессия, развивающаяся в структуре климактерического синдрома, обычно сопровождается соматовегетативными расстройствами. Ее выраженность зависит от тяжести и длительности этих нарушений. Она может проявляться разнообразными синдромами: эмоционально-аффективным,

астеническим, вегетативным. Выявляются сниженное настроение, потеря интереса к собственной личности и к окружающему, повышенная утомляемость, уменьшение активности, немотивированная тревожность, мнительность, беспокойство, постоянное ощущение внутреннего напряжения, страх перед надвигающейся старостью и тревожные опасения за свое здоровье. Часто женщины отмечают повышенную ранимость, обидчивость, избыточную чувствительность, лабильность настроения, плаксивость. У некоторых в этот период нарастают раздражительность, агрессивность, чувство враждебности к окружающим. Вегетативные расстройства, как правило, сочетаются с эмоциональными нарушениями и обозначаются как *психовегетативные синдромы*. Их структура представлена как перманентными, так и пароксизмальными расстройствами, обычно они включают несколько систем, т.е. речь может идти об их полисистемности. Психовегетативные расстройства часто сочетаются с болевыми синдромами различной локализации, причем преобладают хронические формы: головные боли напряжения и боли в спине.

Доказана связь повышения частоты аффективных нарушений депрессивного спектра при хирургической менопаузе. По нашим данным, частота депрессивных расстройств при хирургической менопаузе, проведенной в репродуктивном возрасте, составляет более 44%. Клиническая картина заболевания характеризуется сочетанием представленных в разной степени и широком диапазоне аффективных (тревожных, тоскливых, апатических, дисфорических) и соматовегетативных нарушений. Изучение особенностей депрессивных нарушений при хирургической менопаузе позволяет выделить два их основных клинических варианта: с доминированием типичных аффективных (в частности, идеаторных депрессивных) проявлений и с преобладанием соматовегетативных расстройств. Для лечения аффективных расстройств депрессивного спектра оптимальной является комбинированная терапия. Последовательность назначения гормонозаместительной терапии натуральными эстрогенами и антидепрессантами определяется соотношением соматовегетативных и идеаторных компонентов депрессивного синдрома: первичное назначение гормонозаместительной терапии с последующим присоединением антидепрессантов оправ-

данно при доминировании соматовегетативных компонентов депрессии (для купирования депрессивной симптоматики у этих пациенток рекомендуется проведение гормонозаместительной терапии сроком не менее 3 мес.).

Дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз проводится с хроническими расстройствами настроения (дистимические расстройства), паническими расстройствами, разнообразными тревожными расстройствами, злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами, расстройствами личности; с соматическими заболеваниями: артериальная гипертензия, системная красная волчанка и эндомиокардиоз.

Лечение. После того как диагноз депрессивного расстройства поставлен, основной задачей терапевтического процесса становится сокращение времени проявления соматических и психопатологических симптомов. В первую очередь должны применяться средства, имеющие высокую эффективность и низкую вероятность развития побочных эффектов.

Цели лечения:

- уменьшить или полностью исключить все признаки и симптомы депрессивного расстройства;
- восстановить психосоциальные и коммуникационные возможности пациента до преморбидного уровня;
- минимизировать вероятность ухудшения состояния или рецидива заболевания.

Немедикаментозное лечение. Для немедикаментозного лечения депрессивных нарушений широко используют психотерапию. Во многих психотерапевтических направлениях описаны эффективные способы лечения депрессивных нарушений: когнитивная — бихевиоральная психотерапия по А. Беку, психодинамические направления психотерапии, экзистенциально-гуманистические направления психотерапии, гештальттерапия, рациональная психотерапия и т.д. Проведение психотерапии показано при высокой мотивированности пациента, наличии противопоказаний для проведения терапии антидепрессантами, настроенности пациента на длительное лечение.

Медикаментозное лечение. Если состояние пациентки отвечает критериям депрессии в соответствии с МКБ-10, отсут-