

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторы	6
Список сокращений и условных обозначений	7
Введение	9
Глава 1. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с экстрагенитальной патологией в период беременности, родов и послеродовый период	13
1.1. Особенности ведения беременности и лечения беременных с экстрагенитальной патологией	13
1.2. Оказание медицинской помощи в период родов и послеродовый период	15
Глава 2. Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность	22
2.1. Анатомо-физиологические изменения сердечно-сосудистой системы и системы гемостаза у женщины в период беременности	22
2.2. Особенности прегравидарной подготовки женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями	24
2.3. Особенности ведения и лечения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	24
2.4. Особенности акушерской тактики и послеродового периода при наличии сердечно-сосудистой патологии у беременных	35
2.5. Актуальные заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных	37
2.5.1. Пороки сердца	37
2.5.2. Артериальная гипертензия	51
2.5.3. Нарушения сердечного ритма	63
2.5.4. Тромбоэмболия легочной артерии	68
2.5.5. Ишемическая болезнь сердца	71
2.5.6. Легочная гипертензия	72
2.5.7. Кардиомиопатии	73
Глава 3. Особенности ведения и лечения беременных с железодефицитной анемией	77

Глава 4. Инфекции мочевых путей и беременность	84
4.1. Анатомо-физиологические изменения мочевых путей у женщины в период беременности	84
4.2. Влияние беременности на развитие инфекции мочевых путей	85
4.3. Актуальные инфекции мочевых путей у беременных	87
4.3.1. Бессимптомная бактериурия	87
4.3.2. Острый цистит	89
4.3.3. Гестационный пиелонефрит	92
4.4. Профилактика инфекции мочевых путей у беременных	97
Глава 5. Заболевания дыхательной системы и беременность	98
5.1. Анатомо-физиологические изменения в дыхательной системе у женщины в период беременности	98
5.2. Особенности ведения беременности и родов с заболеваниями дыхательной системы у беременных	99
5.3. Актуальные заболевания дыхательной системы у беременных	100
5.3.1. Бронхиальная астма	100
5.3.2. Внебольничная пневмония	108
5.3.3. Туберкулез органов дыхания	113
Глава 6. Заболевания пищеварительной системы и беременность	118
6.1. Анатомо-физиологические изменения пищеварительной системы у женщины в период беременности	118
6.2. Влияние заболеваний пищеварительной системы на течение беременности и плод, особенности ведения беременности	119
6.3. Актуальные заболевания пищеварительной системы у беременных	120
6.3.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	120
6.3.2. Язвенная болезнь	124
6.3.3. Желчнокаменная болезнь	127
6.3.4. Внутривенечный холестаз беременных	129
Глава 7. Заболевания эндокринной системы и беременность	137
7.1. Анатомо-физиологические изменения в эндокринной системе у женщины в период беременности	137
7.2. Актуальные заболевания эндокринной системы у женщин в период беременности	138
7.2.1. Сахарный диабет	138
7.2.2. Заболевания щитовидной железы	147

Глава 8. Заболевания кожи и беременность	156
8.1. Анатомо-физиологические изменения кожи у женщины в период беременности	156
8.2. Особенности лечебной тактики при заболеваниях кожи у беременных	158
8.3. Актуальные состояния и заболевания кожи у женщин в период беременности	163
8.3.1. Пограничные состояния кожи	164
8.3.2. Патологические изменения кожи, специфичные для беременности (специфические дерматозы беременных)	164
8.3.3. Патологические изменения кожи, неспецифичные для беременности (неспецифические дерматозы беременных)	169
8.3.4. Дерматологические заболевания вульвы	190
Заключение	203

ВВЕДЕНИЕ

Ведение беременности — это комплекс профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на вынашивание и рождение здорового ребенка. Его целью являются выявление и устранение проблем со здоровьем беременной женщины и плода на ранних стадиях их возникновения. Характер медицинского вмешательства определяется серьезностью патологических состояний.

По данным медицинской статистики в современных условиях менее половины женщин вынашивают беременность без осложнений. В остальных случаях на течение беременности оказывает влияние экстрагенитальная патология, имеющаяся у беременной женщины.

Экстрагенитальная патология — многочисленная группа заболеваний, синдромов и состояний у беременных женщин, объединенных тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности. Экстрагенитальная патология может быть первичной (заболевания, не связанные с беременностью) и вторичной (заболевания, инициированные беременностью).

Экстрагенитальная патология чаще всего является неблагоприятным фоном для развития беременности, усугубляющим осложнения гестационного периода, родов и послеродового периода.

В то же время на фоне беременности может измениться течение хронических заболеваний, имеющих у женщины (в сторону ухудшения или уменьшения степени выраженности патологического процесса).

Проблемы, связанные с экстрагенитальной патологией у беременных, можно разделить на две основные группы: материнские и перинатальные. Материнские рассматриваются с точки зрения влияния беременности на течение основного заболевания и наоборот. Перинатальные отражают влияние заболевания матери на плод (рис. В1).

По данным литературы в структуре экстрагенитальной патологии у беременных лидирующие позиции занимают:

- анемии (до 45%);
- заболевания сердечно-сосудистой системы (до 23%);
- заболевания мочевыделительной системы (до 15%);
- заболевания дыхательной системы (до 8%);
- заболевания пищеварительной системы (до 5%);

- эндокринные заболевания (до 2%);
- другие заболевания (менее 2%).

Гестационный процесс всегда сопровождается изменениями многих физиологических процессов в организме женщины. В связи с этим при наличии у беременной экстрагенитальной патологии важно не только правильно поставить диагноз, но и оценить функциональные и компенсаторные резервы женского организма, обеспечивающие возможность вынашивания беременности. Наиболее сложной задачей является оценка рисков, связанных с гестационным процессом.

Поэтому в основе профилактики осложнений беременности, особенно у женщин с соматическими заболеваниями, важную роль играет прегравидарная подготовка (от лат. *gravida* — беременная,



Рис. В1. Проблемы, связанные с экстрагенитальной патологией у беременных

pre — предшествующий) (син.: преконцепционная подготовка, преконцепция) — комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнеров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка, обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска (медицинских, социально-экономических и др.) и проведение мероприятий по уменьшению или устранению их воздействия.

Комплекс лечебно-диагностических мероприятий, проведенный медицинскими специалистами в рамках прегравидарной подготовки, направлен на обеспечение снижения рисков материнской и перинатальной смертности и заболеваемости, врожденных пороков развития, хромосомных аномалий и нарушений функционального развития плода, преждевременных родов, самопроизвольных выкидышей.

Очевидно, что, учитывая высокую долю незапланированных беременностей (от всех беременностей по состоянию на 2012 г.: в мире — 40%, в более развитых странах — 47%, в менее развитых странах — 39%, в Азии — 38%, в Европе — 45%, в Латинской Америке — 56%, в Северной Америке — 51%), невозможно в полной мере провести своевременные мероприятия профилактики осложнений беременности. Это определяет необходимость постоянной готовности врачей разных специальностей к всестороннему медицинскому сопровождению беременности с учетом наличия или отсутствия факторов риска, в том числе экстрагенитальных заболеваний.

Фармакотерапия во время беременности предполагает воздействие лекарственных средств на материнский организм и может представлять проблему в связи с возможным отрицательным воздействием лекарственных препаратов на плод, особенно в период органогенеза. При этом эмбрион или плод оказывается реципиентом с уникальной специфической чувствительностью к лекарственным препаратам, в той или иной степени проникающим через плаценту. Вместе с тем подавляющее количество современных фармакологических препаратов не имеют достоверной информации и возможности применения при беременности. Это связано с отсутствием соответствующих исследований по фармакокинетике и фармакодинамике по этическим соображениям, а также сложностью клинической фармакологии в комплексе «мать—плод». В то же время при неэффективном лечении патологический процесс в организме матери и плода прогрессирует, проявляясь утяжелением клинических проявлений, нарастающим психоэмоциональным напряжением, снижением качества жизни беременной.

Междисциплинарный подход, понимание врачом изменений, происходящих в органах и системах женщины на фоне беременности, влияния хронических заболеваний на ее течение позволят спрогнозировать возможные варианты развития гестационного процесса и предотвратить негативные последствия такого влияния для беременной и плода.

Список литературы



Глава 3

Особенности ведения и лечения беременных с железодефицитной анемией

Анемия — клинико-гематологический синдром, характеризующийся снижением концентрации гемоглобина и количества эритроцитов в циркулирующей крови.

Наиболее важной для врача является патогенетическая классификация анемий, которая дает ключ к лечению заболевания.

I. Анемии вследствие нарушения кровообразования.

A. Анемии при функциональных нарушениях эритропоэза.

A.1. Микроцитарные анемии: железодефицитные анемии (железодефицитная анемия у беременных женщин; анемии, связанные с нарушением ионизации и всасывания железа в желудочно-кишечном тракте; вследствие недостаточного поступления железа с пищей), сидеробластные анемии.

A.2. Нормоцитарные анемии: анемия хронического заболевания, недостаточность эритропоэтина (при хронических заболеваниях почек).

A.3. Макроцитарные анемии: при недостаточности витаминов кроветворения (B_{12} -, B_9 -дефицитные анемии); анемии при лечении антагонистами фолиевой кислоты (метотрексат, азатиоприн), при хроническом употреблении алкоголя; анемии при миелодиспластическом синдроме.

Б. Гипо- и апластические анемии:

Б.1. Врожденные гипо- и апластические анемии: семейная апластическая анемия Фанкони.

Б.2. Приобретенные гипо- и апластические анемии: при лучевой болезни; при эндокринных заболеваниях; при инфекционных и вирусных заболеваниях; при миелодиспластическом синдроме; при

злокачественных опухолях; при коллагенозах; при лечении цитостатическими препаратами.

II. Анемии вследствие повышенного кроворазрушения (гемолитические).

А. Наследственно обусловленные.

А.1. Анемии, связанные с врожденными дефектами мембраны эритроцитов (мембранопатии или эритроцитопатии): наследственный сфероцитоз (болезнь Минковского–Шоффара); наследственная овалоцитарная анемия.

А.2. Анемии, связанные с врожденными дефектами энзимных систем эритроцитов (энзимопатии): талассемия (мишеневидно-клеточная анемия); серповидноклеточная анемия (S-гемоглобинопатия).

А.3. Анемии, связанные с аномалией гемоглобина эритроцитов (гемоглобинопатии или гемоглобинозы): гемолитические анемии при ферментных аномалиях эритроцитов, вызванные лекарственными, химическими, растительными веществами.

Б. Приобретенные.

Б.1. Иммунные формы: анемии при резус-конфликте; аутоиммунная гемолитическая анемия.

Б.2. Неиммунные формы: анемии под влиянием гемолитических ядов.

III. Анемии вследствие кровопотери (постгеморрагические):

- острые постгеморрагические анемии;
- хронические постгеморрагические анемии.

Частота встречаемости анемии у беременных в различных регионах мира колеблется в пределах от 5 до 80%, что определяется уровнем развития стран. Согласно критериям ВОЗ анемией беременных следует считать уровень содержания гемоглобина в крови менее 110 г/л и гематокрита — менее 33%.

Более 80% случаев анемий у беременных приходится на железодефицитную анемию.

Железодефицитная анемия (ЖДА) — приобретенное заболевание, характеризующееся снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и тканевых депо, в результате чего нарушается образование гемоглобина и эритроцитов, развивается гипохромная микроцитарная анемия и трофические расстройства в тканях.

Этиопатогенез железодефицитной анемии у беременных.

Отсутствие запаса железа в организме женщины может быть связано с недостаточным содержанием его в обычной диете, со способом обработки пищи и потерей необходимых для его усвоения витаминов (фолиевой

кислоты, витаминов В₁₂, В₆, С), с отсутствием в рационе достаточного количества сырых овощей и фруктов, белков животного происхождения. Помимо алиментарных факторов выделяют и другие:

- ранний токсикоз, препятствующий всасыванию в желудочно-кишечном тракте элементов железа, магния, фосфора, необходимых для кроветворения;
- осложнения беременности (преэклампсия, внутрипеченочный холестаз);
- хронические воспалительные заболевания;
- многоплодная беременность;
- паразитарные инвазии;
- увеличение количества эстрадиола, вызывающего угнетение эритропоэза.

Рост ОЦК во II триместре приводит к прогрессированию дефицита железа, что проявляется значительным снижением гемоглобина. В III триместре также увеличивается расход железа на нужды плода, при этом количество железа, транспортируемого плоду, при анемии у матери обычно остается нормальным.

Влияние беременности на течение ЖДА. При гестации железо усиленно расходуется вследствие интенсификации обмена веществ. В I триместре потребность в железе составляет 1,3–1,5 мг в сутки, во II триместре увеличивается до 3–5 мг, а в III триместре возрастает до 5–7 мг в сутки. Общая потребность в железе при одноплодной беременности составляет около 1000 мг. Из них около 300 мг расходуется на рост плода и плаценты, 500 мг — на рост продукции гемоглобина матери, оставшиеся 200 мг перераспределяются между пищеварительным трактом, кожей и мочевыделительной системой. К концу беременности неизбежно наступает обеднение организма матери железом в связи с депонированием его в фетоплацентарном комплексе (около 450 мг), увеличением объема циркулирующей крови (около 500 мг), в связи с физиологической кровопотерей в послеродовом периоде. Суммарная потеря железа до окончания беременности и лактации может составлять 1200–1400 мг. Это количество существенно превышает запасы железа у женщин, поэтому без назначения препаратов железа вероятность развития анемии значительно возрастает.

Влияние ЖДА на течение беременности и плод. Дефицит железа способствует осложненному течению беременности и родов, нарушению формирования плаценты, повышает риск перинатальной патологии. Кроме того, недостаток железа может быть одной из причин недоношенности и нарушений ранней неонатальной адаптации. Анемия

у матери оказывает влияние на васкуляризацию плаценты и, нарушая ангиогенез на ранних сроках беременности, может стать причиной преждевременной отслойки плаценты, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

ЖДА сопровождается нарушениями белкового обмена с возникновением дефицита белка в организме, что лежит в основе развития отеков у беременной. У беременных заболевание вызывает тканевую гипоксию с последующим развитием вторичных метаболических расстройств, что может сопровождаться дистрофическими изменениями в миокарде и нарушением его сократительной способности, особенно на фоне повышенной нагрузки на сердечную мышцу в гестационном периоде.

При ЖДА развиваются дистрофические процессы в матке и в плаценте, которые ведут к нарушению ее функции и формированию плацентарной недостаточности. В результате развивающийся плод не получает в достаточном количестве питательные вещества и кислород, вследствие чего возникает задержка его роста, увеличивается риск рождения детей с признаками внутриутробной гипотрофии. При анемии тяжелой степени преждевременно рождаются более 40% детей.

ЖДА оказывает значительное влияние на постнатальное развитие ребенка: отставание в весе, росте, повышение инфекционной заболеваемости, снижение активности гуморального иммунитета и т.д. Все это позволяет отнести детей, родившихся от матерей с анемией, к группе высокого риска по развитию перинатальной и младенческой заболеваемости.

Классификация железодефицитных состояний. Выделяют 3 стадии дефицита железа: прелатентную, латентную и ЖДА. Прелатентный дефицит железа (недостаточность накопления) характеризуется снижением депонированного железа (ферритина и железа в костном мозге) без снижения сывороточного. При этом компенсаторно повышается всасывание железа. Латентный дефицит железа наблюдается при истощении запасов железа в депо (уровень ферритина менее 30 мкг/л) и часто сопровождается дефицитом железа сыворотки. На данной стадии могут проявляться начальные клинические признаки анемии (заеды, истончение и выпадение волос, мышечная слабость и др.). ЖДА проявляется лабораторными признаками (снижение уровня ферритина и гемоглобина) и сопровождается клиническими проявлениями.

ЖДА подразделяют по степени тяжести (табл. 3.1).

Клинико-диагностические критерии железодефицитной анемии у беременных. Истинная ЖДА у беременных сопровождается типичной клинической симптоматикой, которая начинает проявляться при средней

Таблица 3.1. Классификация манифестного дефицита железа по степеням тяжести

Степени тяжести железодефицитной анемии	Уровень гемоглобина в крови, г/л
Легкая	110–90 (для беременных); 100–90 (для родильниц)
Средняя	89–70
Тяжелая	<70

тяжести анемии и нарастает — при тяжелой. Симптоматика обусловлена тканевой гипоксией. При этом характерными жалобами являются:

- общая слабость, быстрая утомляемость;
- головокружение, головная боль, шум в ушах;
- сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца;
- одышка;
- обмороки;
- извращение вкусовых ощущений;
- нарушение глотания с ощущением инородного тела в гортани (синдром Пламмера–Винсона).

При объективном обследовании обнаруживают:

- бледность кожи и слизистых оболочек;
- сухость кожи и трещины;
- ломкость и выпадение волос;
- утолщение и ломкость ногтей;
- легкая желтизна рук и носогубного треугольника вследствие нарушения обмена каротина при дефиците железа;
- ангулярный стоматит, хейлит («заеды»), атрофия сосочков языка;
- мышечная слабость;
- жжение и зуд вульвы.

Диагностику анемии у беременных проводят в соответствии с общепринятыми критериями, главным из которых является низкий уровень гемоглобина в крови. Особенностью обследования беременных является настороженность на выявление признаков анемии и латентного дефицита железа и их подтверждение на этапе рутинного скрининга. Наличие клинических проявлений анемии у беременной, в том числе нарушения функций паренхиматозных органов, развивающиеся в результате дистрофических процессов, обусловленных хронической гипоксией, свидетельствует о продолжительной длительности заболевания и требует коррекции в кратчайшие сроки.

Ведение беременности при железодефицитной анемии. Независимо от наличия или отсутствия железодефицитных состояний во время беременности всем женщинам проводится профилактика препаратами железа.

Согласно требованиям руководящих документов, ведение беременных с анемией на амбулаторном этапе включает: клинический анализ крови — 1 раз в месяц с лейкоцитарной формулой, подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов; биохимический анализ крови (общий белок, сывороточное железо, ферритин, трансферрин, билирубин общий и прямой); другие исследования по назначению врача-терапевта; консультация терапевта (гематолога) и в дальнейшем динамическое наблюдение (1–2 раза в месяц); ЭКГ в каждом триместре; уточнение диагноза и решение вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 нед; стерильную пункцию (по назначению гематолога); кардиотомографию (КТГ) и доплерометрию в динамике.

Лечебная тактика при железодефицитной анемии у беременных. При лечении ЖДА беременным назначают сбалансированную диету с высоким содержанием железа и белка. Патогенетическое лечение ЖДА составляют ферротерапия (пероральная и внутривенная), эритропозстимулирующие препараты в сочетании с ферротерапией и гемотрансфузией (при снижении гемоглобина до 70 г/л и ниже).

При анемии легкой степени (гемоглобин снижен до 90 г/л) или при истощении запасов железа в организме беременной при отсутствии анемии (концентрация ферритина в плазме ниже 30 мкг/л) показана терапия пероральными препаратами железа в виде солей железа (сульфат, полимальтозат/сукциниллат железа (III)). Суточная доза препаратов железа составляет 160–200 мг в день в несколько приемов за 1 ч до приема пищи.

При наличии анемии средней степени тяжести или неэффективности пероральных препаратов железа показан переход на внутривенное введение. Препаратом выбора является железа карбоксимальтозат, который вводят 1 раз в неделю внутривенно капельно или болюсно в дозе 15 мг/кг. Альтернативным препаратом может быть железа (III) гидроксид олигоизомальтозат для парентерального введения. Основными показаниями препарата являются отсутствие эффективности пероральных препаратов железа или необходимость быстрого восполнения железа. Контролируемые клинические исследования по изучению применения препарата у беременных женщин не проводились, применение рекомендуется только при тщательной оценке соотношения польза/риск для решения вопроса о применении препарата. Если предполагаемая польза для матери превышает возможный риск для плода, лечение можно

проводить только во II и III триместрах беременности. Применение в I триместре беременности не рекомендуется. Выделение препарата с грудным молоком не установлено; препарат можно с осторожностью применять в период лактации. Также допустимо применение сахарата железа (III) — 1–3 раза в неделю в дозе 1–2 мг/кг. После достижения уровня гемоглобина более 100 г/л беременных переводят на пероральные формы препаратов железа.

Критерием эффективности препаратов железа является гематологический ответ, заключающийся в увеличении числа ретикулоцитов. Повышение уровня ретикулоцитов (ретикулоцитарный криз) отмечается на 8–12-й день при назначении препаратов железа в достаточной дозе, уровня гемоглобина — к концу 3-й недели. Также во внимание принимается динамика уровней ферритина и трансферрина сыворотки крови. Повышение гемоглобина менее чем на 6% (2% в неделю), гематокрита — менее чем на 1,5% (0,5% в неделю), эритроцитов — менее чем на 3% (1% в неделю) свидетельствует о неэффективности лечения.

Анемия тяжелой степени является показанием для введения рекомбинантного эритропоэтина в дополнение к парентеральному назначению железа карбоксимальтозата. Доза препарата составляет 150 МЕ/кг 1 раз в сутки подкожно, курсовой прием составляет 4 дозы.

Плановая госпитализация показана в случае тяжелой анемии и отсутствия эффекта от противоанемической терапии в амбулаторных условиях.

Экстренная госпитализация проводится при тяжелой степени анемии с выраженным анемическим и циркуляторно-гипоксическим синдромами.

Акушерская тактика при железодефицитной анемии. Наличие у беременной ЖДА, как правило, не оказывает существенного влияния на акушерскую тактику и не является поводом к изменению выбора для варианта родоразрешения.

Список литературы

