

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ – ВАЖНЕЙШАЯ ЗАДАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ (обзор литературы)

В.И. Медведь, Т.В. Авраменко, О.Е. Данылкив, В.Е. Исламова
Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, г. Киев

РЕЗЮМЕ

Все меры профилактики осложнений при экстрагенитальной патологии беременных предложено разделять на специфические и неспецифические. Специфическая профилактика направлена на предотвращение осложнений основного заболевания, характер ее определяется диагнозом. Неспецифическая профилактика – комплекс мероприятий, позволяющих предотвратить ряд субклинических проявлений беременности, которые способны усугублять течение экстрагенитальной патологии. Меры неспецифической профилактики показаны всем беременным, характер их не зависит от диагноза. Описаны основные пути предотвращения присущих беременности дефицитов, венозных и инфекционных осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: беременность, экстрагенитальная патология, осложнения

Значение экстрагенитальной патологии в акушерстве, как минимум, не уменьшается. И дело тут не только и даже не столько в неуклонном росте ее частоты, что обусловлено ухудшением здоровья населения в целом и увеличения удельного веса женщин старше 35 лет среди беременных. Дело, во-первых, в том, что некоторые тяжелые экстрагенитальные заболевания становятся причиной материнской смертности, во-вторых, целый ряд болезней ведет к значительному росту перинатальной заболеваемости и смертности, в-третьих, при экстрагенитальной патологии закономерно выше частота осложнений беременности, родов и послеродового периода, в-четвертых, некоторые виды патологии, не влияя ни на материнскую, ни на перинатальную смертность, ни даже на частоту осложнений беременности, определяют необходимость неестественного способа родоразрешения [3].

В силу вышеперечисленного, улучшение качества медицинской помощи беременным с экстрагенитальной патологией остается одним из наиболее перспективных путей улучшения показателей акушерской службы в целом и, что не менее важно, сохранения здоровья больших контингентов женского населения.

На рис. представлены кардинальные моменты тактики ведения беременных с экстрагенитальной патологией. В настоящей статье мы остановимся на одном из наиболее важных вопросов – предупреждении осложнений. С нашей точки зрения, профилактика при экстрагенитальной патологии должна проводиться в двух направлениях.

Специфическая профилактика направлена, в первую очередь, на предотвращение обострения/декомпенсации или осложнений основного заболевания. Мероприятия специфической профилактики зависят от диагноза больной.

Неспецифическая профилактика – это те мероприятия, которые показаны всем беременным с экстрагенитальной патологией, независимо от вида последней.

Меры специфической профилактики многообразны, что определяется многообразием болезней, встречающихся у беременных женщин. Описать их подробно, или даже наметить их направления в одной статье невозможно.

Кроме того, специфическая профилактика – это, в основном, задача терапевта. Поэтому на этих страницах мы остановимся на неспецифической профилактике, которую должен проводить акушер-гинеколог, которая показана всем, в том числе здоровым, беременным женщинам, но которая при экстрагенитальной патологии особенно важна.

Неспецифическая профилактика в наиболее общем виде может быть определена как комплекс мероприятий, которые позволяют предотвратить ряд субклинических проявлений беременности, способных усугублять течение экстрагенитальных заболеваний. Кроме того, к неспецифической профилактике относятся мероприятия, направленные на некоторые общие механизмы патологии, присущие практически всем или очень многим болезням – активация свободно-радикальных процессов вплоть до оксидативного стресса, нарушение структурно-функцио-

нальных свойств мембран, эндотелиальная дисфункция.

Каковы основные направления неспецифической профилактики осложнений при экстрагенитальной патологии?



Рис. Алгоритм ведения беременных с экстрагенитальной патологией

Дефицит железа, как доказано многочисленными исследованиями, неизбежно развивается при беременности [8, 16, 19]. К сроку родов железодефицит имеется у 90% беременных женщин, а у 20-60% он достигает степени манифестной анемии. Это связано со значительным повышением потребности в железе во время беременности (6 мг/сут), которое не может быть восполнено исключительно за счет питания. Поэтому в отсутствие дополнительного экзогенного введения железа эта возросшая потребность частично удовлетворяется за счет депо микроэлемента в организме: наступает скрытый (латентный) железодефицит. Это состояние клинически

значимое и приводит к таким негативным последствиям, как снижение иммунологической реактивности (склонность к инфекционным осложнениям), нарушение многочисленных биохимических процессов (в первую очередь, окислительных реакций), в которых участвуют 72 железосодержащих фермента, нарушения адаптации и изменения функций нервной системы. Важнейшим негативным последствием железодефицита и, тем более, анемии у беременной женщины является недостаточное формирование депо железа у плода, что имеет огромное значение для здоровья ребенка не только в периоде новорожденности, но и минимум в течение

первого года жизни. Для профилактики дефицита железа беременной, помимо полноценного питания, показан прием препаратов, содержащих железо двухвалентное (лучше всего в форме сульфата) в дозе 30-40 мг (в пересчете на элементарное железо) в первой половине беременности и 60-80 мг во второй [22]. У женщин без факторов риска железодефицита до беременности (недостаточное питание, хронический энтерит, состояние после гастрэктомии или резекции 2/3 желудка, состояние после обширной резекции тонкого кишечника, длительный прием антацидов, рецидивирующие желудочно-кишечные кровотечения, эндометриоз, симптомная лейомиома матки, обильные и длительные месячные, геморрагические диатезы и др.) начинать профилактический прием железосодержащих препаратов можно с II триместра.

Дефицит фолиевой кислоты, как известно, имеет во время беременности чрезвычайно большое значение, что связано с ключевой ролью этого витамина - кофермента образования пуриновых и пиримидиновых оснований - в биосинтезе ДНК и РНК [11]. Кроме того, фолиевая кислота участвует в синтезе и метаболизме аминокислот (метионин, серин, глицин, гистидин). Таким образом, она обеспечивает важнейшие процессы: деление клеток (бластогенез, эмбриогенез, кроветворение, регенерация), рост и развитие (фетогенез, постнатальный онтогенез) [18].

Потребность в фолиевой кислоте во время беременности повышается вдвое и составляет 400-600 мкг/сут. (в США принято 800-1000 мкг/сут.). При этом, в отличие от потребности в железе, которая повышается постепенно и достигает максимума в конце беременности, необходимость в фолиевой кислоте возрастает до максимума сразу же после зачатия и остается такой же высокой на протяжении всей беременности. Следует помнить, что в организме фолиевая кислота практически не синтезируется, и вся потребность восполняется за счет пищи.

Наиболее известным и тяжелым последствием дефицита этого витамина являются пороки развития нервной трубки. Вместе с тем, недостаток фолиевой кислоты приводит к возрастанию частоты других пороков развития, самопроизвольных выкидышей, патологии плаценты, преждевременных родов, задержки роста плода, а также развитию макроцитарной анемии. Не менее половины случаев анемии беременных имеет сочетанный железо- и фолиеводефицитный характер.

Факторами риска дефицита фолиевой кислоты являются недостаточное питание, многие экстрагенитальные заболевания (патология желудочно-кишечного тракта, системные заболевания соединительной ткани, гемолитические состояния и др.), регулярный прием противосудорожных препаратов [18].

Учитывая особую роль фолиевой кислоты на самых ранних этапах беременности, ее профилактический прием в дозе 350-500 мкг/сут. рекомендуется начинать минимум за месяц до планируемого зачатия и продолжать на протяжении всей беременности [9]. В случаях повышенной потребности (постоянный прием антиконвульсантов, рождение ребенка с аномалией ЦНС в анамнезе) доза должна быть увеличена до 1-2 мг/сут. Отметим, что польза дополнительного потребления фолиевой кислоты во время беременности доказана рандомизированными контролируемыми исследованиями. В частности, показано снижение частоты аномалий ЦНС у плода в четыре раза (до 0,9:1000 против 3,5:1000 в популяции).

Во время беременности развиваются и иные дефициты – йода, кальция, цинка, селена, других микроэлементов, витаминов, однако доказательств того, что предупреждать их необходимо с помощью лекарств и у всех без исключения беременных, сегодня нет. Вместе с тем, учитывать возможность недостатка этих очень важных биологически активных веществ при экстрагенитальной патологии нужно. Профилактика их дефицита должна осуществляться за счет разнообразного полноценного питания, а также приема современных витаминно-микроэлементных комплексов, специально разработанных для беременных женщин с учетом суточной потребности в каждом компоненте.

Отдельно отметим важность профилактики дефицитов йода и кальция.

Потребность в йоде во время беременности возрастает до 200 мкг/сут. При этом у беременной женщины повышается экскреция йода. В результате в случаях прежнего, как до беременности, потребления йода с пищевыми продуктами, а тем более в эндемичных районах обязательно развивается **йододефицит**. Это приводит не только к увеличению размеров щитовидной железы, но и к латентному гипотиреозу. При экстрагенитальной патологии это имеет большее значение, чем у здоровых беременных, поскольку может способствовать ухудшению течения основного заболевания, а также

самопроизвольному прерыванию беременности. Йододефицит негативно влияет и на плод, приводит к рождению ребенка с патологией щитовидной железы (зоб, гипотиреоз), нарушением адаптационных реакций [4, 5, 13].

Во время беременности значительно повышается **потребность в кальции**. При условии полноценного питания с ежедневным включением молочных продуктов дополнительный прием кальция в виде фармакологического препарата должен составлять 1-2 г (в пересчете на кальций-элемент) [1, 5, 9]. Это положение включено во многие крупнейшие акушерские руководства, но считать его доказанным и, таким образом, общепринятым нельзя. Поэтому рекомендация назначать всем беременным женщинам препараты кальция пока не является стандартом. А вот положение о том, что регулярный прием кальция в дозе 2 г/сут., начиная с 20 недель (в некоторых источниках с 16 недель), снижает вероятность преэклампсии у беременных группы высокого риска, доказано. Следует признать, что профилактический прием препаратов кальция во время беременности по крайней мере не вреден, а у женщин группы риска по развитию преэклампсии полезен. Наиболее значимым последствием гипокальциемии является гиперпаратиреоз у матери и новорожденного.

Беременность обуславливает склонность к **венозным осложнениям** – тромбозам и тромбоэмболиям. Риск их повышен в 4-6 раз по сравнению с небеременными женщинами того же возраста и составляет 3-9 на 1000 беременностей [1, 2, 23]. После родов распространенность тромбозов и тромбоэмболий еще выше. Это вызвано изменениями свертывающей системы (повышение концентрации фибриногена, протромбина, факторов VII, VIII, IX и X) и значительным замедлением скорости венозного кровотока нижних конечностей. Эти физиологические изменения начинаются со второй половины беременности и усиливаются с увеличением срока. При многих экстрагенитальных заболеваниях они приобретают характер дополнительного фона, способствующего развитию флеботромбоза с угрозой последующей тромбоэмболии. Особое значение вышеописанные изменения свертывающей системы и венозного кровотока имеют при всех заболеваниях сердца, осложненных сердечной недостаточностью, системных заболеваниях соединительной ткани (в первую очередь, системной красной

волчанке), нефротическом синдроме, сахарном диабете, заболеваниях с повышенной свертываемостью крови (наследственный дефицит антитромбина III, протеинов C и S, дисфибриногемии, пароксизмальная ночная гемоглобинурия), гемоцистинурии, хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Помимо перечисленных болезней, факторами риска являются возраст старше 40 лет, четверо и более родов в анамнезе, ожирение, эпизоды тромбозов или тяжелые травмы (с нарушением целостности эндотелия) в прошлом. Крайне неблагоприятное значение имеет длительный постельный режим, который беременным с экстрагенитальной патологией назначается, к сожалению, чаще, чем здоровым женщинам.

Что касается послеродового периода, то риск тромбозов и тромбоэмболий значительно выше после операции кесарева сечения и особенно при длительной иммобилизации родильницы в послеоперационном периоде.

Напомним, что жизнеугрожающие тромбоэмболии очень редко происходят при тромбозе поверхностных вен ног и, напротив, часто являются осложнением тромбоза глубоких вен. Известно, что тромбоз глубоких вен имеет место у 3 из 1000 беременных, а после родов его частота возрастает в 4-5 раз. При отсутствии профилактики у 24% женщин с тромбозом глубоких вен после родоразрешения наступает тромбоэмболия легочной артерии с летальностью 62,5%. Адекватная антикоагулянтная профилактика снижает риск тромбоэмболии до 5%, а летальность – до 20% [23].

Таким образом, предупреждение тромбозов и тромбоэмболий должно быть одним из направлений неспецифической профилактики у всех беременных с экстрагенитальной патологией. Наиболее общие рекомендации в этом плане сводятся к регулярной физической активности, обязательным ежедневным прогулкам и недопущению ситуаций, требующих постельного режима. Очень важное значение имеет контроль состояния системы гемостаза у беременных группы риска. При малейшем подозрении на тромбоз глубоких вен необходимо проводить дополнительное обследование (плетизмография, дуплексное ультразвуковое сканирование, флебография) с последующим лечением и, возможно, установкой кава-фильтра. В случае назначения постельного режима беременной следует создать упоры для стоп и

рекомендовать частое сгибание и разгибание ног.

Хотя варикозное расширение поверхностных вен, даже осложненное тромбофлебитом, редко становится источником тромбоэмболии легочной артерии, это состояние требует тщательного внимания. При варикозе нижних конечностей показана эластическая компрессия ног в течение дня и возвышенное положение (примерно на 20 см) на ночь. Возможно профилактическое назначение антитромбоцитарных препаратов (аспирин 100 мг/сут.). Перед кесаревым сечением обязательно проводят профилактику нефракционированным или низкомолекулярным гепарином, а в послеоперационном периоде стремятся к ранней активизации больных.

С целью предупреждения прогрессирования венозной недостаточности и одновременно профилактики тромбообразования у беременных с хронической патологией вен нижних конечностей рекомендуют венотонические средства. Наиболее безопасным и апробированным во время беременности в многоцентровых клинических испытаниях является препарат растительного происхождения цикло 3 форт [11, 12], содержащий экстракт иглицы колючей, гесперидин метилхалькон и аскорбиновую кислоту. Венотоническим действием (за счет агонистического влияния на α -адренорецепторы гладкомышечного слоя венозной стенки) обладает экстракт иглицы колючей. Одновременно он предотвращает тромбообразование благодаря стимуляции эндотелиального тканевого активатора плазминогена. Капилляропротекцию со снижением проницаемости сосудистой стенки обеспечивают гесперидин метилхалькон и витамин С.

У беременных с экстрагенитальной патологией на амбулаторном этапе выясняют наличие и, в случае обнаружения, проводят санацию **очагов хронической инфекции**. В этом плане особое значение имеет тщательный сбор анамнеза, внимательный осмотр кожных покровов. Многим женщинам требуется вмешательство стоматолога, нередко – отоларинголога.

В перечень обязательных диагностических исследований беременных должен входить бактериологический посев мочи. На сегодня это наиболее адекватный, хотя и не самый дешевый способ выявления **бессимптомной бактериурии** – состояния, имеющего существенное клиническое

значение (повышает риск острого пиелонефрита, преждевременных родов, перинатальных инфекционных осложнений) и требующего обязательного лечения [15, 20, 21]. Женщинам с факторами риска инфекции мочевых путей (сахарный диабет, иммуносупрессивные состояния, хроническая урологическая патология) целесообразно проводить профилактику с использованием фитосборов или стандартизованных фитониринговых препаратов с целенаправленным действием (канефрон).

В последние десятилетия многочисленными исследованиями доказано, что при большинстве болезней (если не при всех) задействованы такие фундаментальные патофизиологические механизмы, как активация перекисного окисления липидов и белков, нарушение структурно-функциональных свойств клеточных мембран, эндотелиальная дисфункция. В этих же работах, правда, менее убедительно, демонстрируются профилактические или лечебные эффекты разнообразных немедикаментозных и фармакологических влияний, в том числе во время беременности. Из всего этого множества воздействий наиболее целесообразным и применимым с профилактической целью в клинике экстрагенитальной патологии представляется использование природных антиоксидантов (витамины Е и С), включение в пищу продуктов с высоким содержанием ω -3 полиненасыщенных жирных кислот, являющихся в организме предшественниками простагландинов 2 серии и лейкотриенов 5 серии и конкурирующих за пути превращения с арахидоновой кислотой (морская рыба, нерка, мясо других морских животных), и аминокислоты L-аргинин (соевые бобы, горох, семя подсолнуха, ячмень, перловая крупа), являющейся предшественником оксида азота. Эти продукты, безусловно, полезны всем беременным с экстрагенитальной патологией и должны быть рекомендованы как компонент полноценного питания [6, 14, 17].

Чрезвычайно важным и эффективным элементом неспецифической профилактики осложнений экстрагенитальных заболеваний является санаторное оздоровление беременных женщин. Возможности специализированных санаториев (санаторных отделений) для беременных постоянно расширяются. Основная задача санатория – комплексная реабилитация (восстановительное лечение) беременных с

экстрагенитальной патологией. Для этого используется богатый арсенал немедикаментозных методов, которыми располагают санатории: климатотерапия, лечебная дозированная ходьба, гидрокинезотерапия (лечебная физкультура в бассейне), бальнеотерапия, разнообразные физиотерапевтические процедуры, фитотерапия, психотерапия и др.

Курс санаторного оздоровления беременной должен продолжаться не менее 24 дней. Целесообразно проводить его в сроки от 20 до 32 недель беременности, однако при необходимости, например, при выписке из стационара, беременную можно направить в санаторий и значительно раньше. Оправданно пребывание беременной в санатории дважды или продление срока оздоровления до 30-42 дней. Следует избегать пребывания больной в санатории после 36 недель беременности.

Можно считать, что при отсутствии противопоказаний санаторное оздоровление полезно всем беременным с экстрагенитальной патологией. Основными противопоказаниями являются

обострение/декомпенсация основного заболевания или его острые осложнения, т.е. состояния, требующие стационарного лечения. Кроме того, в санаторий не следует направлять женщин с выраженной угрозой прерывания беременности и преэклампсией.

Использование санатория для беременных должно стать постоянным этапом ведения больных с разнообразной экстрагенитальной патологией.

Стратегическое значение и высокая результативность профилактического направления здравоохранения не только сохраняется в начале XXI века, но неуклонно возрастает. По нашему мнению, активное предупреждение разнообразных осложнений у беременных с экстрагенитальной патологией на амбулаторном этапе ведения – это наиболее оправданный путь улучшения перинатальных исходов беременности у этого контингента женщин. Помимо сугубо медицинского значения, профилактика в данном случае имеет экономическое значение, позволяя избежать госпитализаций и часто дорогостоящего медикаментозного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: Справочник Калифорнийского университета (пер. с англ.) / Под ред. К.Нисвандера, А.Эванса.-М.: Практика. - 1999. - 703 с.
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашков Ю.И. и др. Руководство по безопасному материнству. –М.: Триада-Х. - 1998. - 531 с.
3. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных.-К.:Авиценна. -2004. - 168 с.
4. Медведь В.И., Данилко В.О. // Журн. АМН України. - 2004. - Т. 10. - № 3. - С. 517–529.
5. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: Руководство для врачей и акушеров (пер. с англ.). - Женева: ВОЗ. - апрель 2002. - 104 с.
6. Павлович С.В. //Акушерство и гинекология. - 1998. - № 1. - С. 48-52.
7. Чобитько В.Г., Солун М.Н. // Тер. архив. - 1998. - № 10. - С. 52-55.
8. Шехтман М. // Врач. - 1998. - № 1.- С. 6-9; - № 2. - С. 6-9.
9. Энкин М., Кейрс М., Ренфрью М., и др. Нейлсон Дж. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах (пер. с англ.) / Под. ред. Э.Энкин. – С.-Петербург:Нордмед-Издат. - 2003.
10. Barbier A. // La Presse Medicate. - 1998. - Vol. 23. - № 5. – P. 213–224.
11. Beckman D.A., Brent R.L. //Ann. Rev. Pharmacol. Toxicol. - 1999. - Vol. 24. - P. 483-489.
12. Boyle D., Diehm C., Robertson C. // Int. Angiol. - 2003. Vol. 22. - № 3. - P. 250–262.
13. Casey L., McDonald P. Endocrine changes of pregnancy. - Saunders Co. - 1998. - 213 p.
14. Chappell L.C., Seed P.T., Briley A. et al. // Lancet. - 1999. - Vol. 354. - P. 810–816.
15. Christensen B. // Int. J. Antimicrob. Agents. - 2001. - Vol. 17. - № 4. - P. 283-285.
16. Cuervo L.G., Mahomed K. // The Cochrane Library, Issue 2, 2004. - Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
17. Dietary reference intakes for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids food and nutrition board.– Washington: National Academy Press. - 2000. - P. 164, 257.
18. Hernandez-Diaz S., Werler M.M., Walker A.M., et al. // New Engl. J. Med. - 2000. - Vol. 343. - P. 1608-1614.
19. Milman N. Anemia in pregnancy//J. Gynaecol. Obstet.- 1999.- V.78.- P. 299-301.
20. Smaill F. // The Cochrane Library, Issue 2. - 2003. Oxford: Update Software.
21. The Sanford guide to antimicrobial therapy. 33th ed./Ed. by D.N.Gilbert, R.C.Muellerling, M.A.Sande.- Hyde Park (VT): Antimicrobial Therapy Inc. - 2003. - 150 p.
22. US preventive Services Task Force. Routine iron supplementation during pregnancy. - Review article // JAMA. - 1997. - Vol. 270. - P. 2848-2852.
23. Williams M.S. Pregnancy and Vascular Diseases // Manual of Obstetrics / Ed. by K.R. Niskwander, A.T. Evans. - Little, Brown and Co. - 1998.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ ПРИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ – НАЙВАЖЛИВІШЕ ЗАВДАННЯ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ (огляд літератури)

В.І. Медведь, Т.В. Авраменко, О.Є. Данилків, В.Є. Ісламова

Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України, м. Київ

РЕЗЮМЕ

Усі міри профілактики ускладнень при екстрагенітальній патології вагітних запропоновано розділяти на специфічні і неспецифічні. Специфічна профілактика спрямована на запобігання ускладненням основного захворювання, характер її визначається діагнозом. Неспецифічна профілактика – комплекс заходів, що дозволяють запобігти низці субклінічних проявів вагітності, що здатні погіршувати перебіг екстрагенітальної патології. Заходи неспецифічної профілактики показані усім вагітним, характер їх не залежить від діагнозу. Описано основні шляхи запобігання притаманним вагітності дефіцитам, венозним та інфекційним ускладненням.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вагітність, екстрагенітальна патологія, ускладнення

PREVENTIVE MAINTENANCE OF PREGNANCY COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH EXTRAGENITAL PATHOLOGY - MAJOR TASK OF OUTPATIENT DEPARTMENT (review)

V.I. Medved, T.V. Avramenko, O.E. Danylkiv, V.E. Islamova

Institute of pediatry, obstetrics and gynecology of AMS of Ukraine, Kyiv

SUMMARY

All measures of preventive maintenance of extragenital pathology associated complications in pregnant women are offered for dividing on specific and not specific. The specific preventive maintenance is directed on prevention of complications of the basic disease which character is determined by the diagnosis. Not specific preventive maintenance - complex of measures allowing to prevent a number of subclinical conditions of pregnancy which are capable to aggravate current of extragenital pathology. The measures of not specific preventive maintenance are shown to all pregnant women and their character does not depend on the diagnosis. The basic ways of prevention of deficiencies, inherent in pregnancy, venous and infectious complications are described.

KEY WORDS: pregnancy, extragenital pathology, complications