19. Sarkar M, Woodland CC, Koren G et al. Pregnancy outcome following gestational exposure to azithromycin. BMC Pregnancy Childbirth 2006; 6: 18.
20. Ogasawara KK, Goodwin TM. Efficacy of azithromycin in reducing lower genital Ureaplasma urealyticum colonization in women at risk for preterm delivery. J Matern Fetal Med 1999; 8 (1): 12–6.
21. Choi EK, Pai H. Azithromycin therapy for scrub typhus during pregnancy. Clin Infect Dis 1998; 27 (6): 1538–9.
22. Simunic V, Vrcic H, Culig J et al. Single dose of azithromycin in the treatment of sexually transmitted disease in infertile and pregnant women. In: The 3rd International Conference on the Macrolides, Azalides and Streptogramins. Lisbon 1996; abstr. 2.21.
23. Jacobson GF, Autry AM, Kirby RS et al. A randomized controlled trial comparing amoxicillin and azithromycin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 1352–4.
24. Adair CD, Gunter M, Stovall TG et al. Chlamydia in pregnancy: a randomized trial of azithromycin and erythromycin. Obstet Gynecol 1998; 91: 165–8.
25. Edwards MS, Newman RB, Carter SG et al. Randomized clinical trial of azithromycin vs erythromycin for the treatment of Chlamydia cervicitis in pregnancy. Infect Dis Obstet Gynecol 1997; 4: 333–7.
26. Rahangdale L, Guerry S, Bauer HM et al. An observational cohort study of Chlamydia trachomatis treatment in pregnancy. Sex Transm Dis 2006; 33: 106–10.
27. Wilton LV, Pearce GL, Martin RM et al. The outcomes of pregnancy in women exposed to newly marketed drugs in general practice in England. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105 (8): 882–9.
28. Workowski KA, Berman S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59 (RR-12): 1–10.
29. Lanjouw E, Ossewaarde JM, Stary A et al. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS. 2010; 21(11): 729–37.
30. Farhat CK, Calvalho LHFR, Chung SS et al. Toxoplasmosis II. J Pediatr 1981; 51: 344–7.
31. Gratzl R, Sodeck G, Platzer P et al. Treatment of toxoplasmosis in pregnancy: concentrations of spiramycin and neospiramycin in maternal serum and amniotic fluid. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2002; 21:12–6.
32. Desmonts G, Couvreur J. Congenital toxoplasmosis: a prospective study of 378 pregnancies. N Engl J Med 1974; 50: 1110–6.
33. Carter AO, Frank JW. Congenital toxoplasmosis: epidemiological features and control. Can Med Assoc J 1986; 135: 618–23.
34. Desmonts G, Daffos F, Forrestier F et al. Prenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis. Lancet 1985; I: 500–4.
35. Fedele L, Acaia B, Marchini M et al. Treatment of Chlamydia trachomatis endometritis with josamycin. J Chemother 1989; 1 (Suppl. 4): 911–2.
36. Czeizel AE., Rockenbauer M., Olsen J., Sørensen H.T. A case-control teratological study of spiramycin, roxithromycin, oleandomycin and josamycin. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79 (3): 234–7.
37. Charles P, Stumpf P, Buffet P et al. Two unusual glandular presentations of tick-borne tularemia. Med Mal Infect 2008; 8 (3): 159–61.
38. Khrianin AA, Reshetnikov OV. Is it safe to use josamycin in the obstetrics practice in Russia? Antibiot Khimioter 2007; 52 (7–8): 32–6.
39. See H, Lachenaud J, Alberti C et al. Outcome of very preterm infants with Mycoplasma/Ureaplasma airway colonization treated with josamycine. Acta Paediatr 2010; 99 (4): 625–6.
40. Решетников О.В., Хрянин А.А. Макролиды в лечении хламидийной инфекции у беременных (эффективность, безопасность, экономичность). Рус. мед. журн., 2008; 16 (1): 23–7. Available from: http://www.rmj.ru/articles_5770.htm
41. SЪltz-SzЪts J, Schneider S, Niebauer B et al. Significance of the dose of josamycin in the treatment of chlamydia infected pregnant patients. Z Hautkr 1989; 64 (2): 129–31.
42. Юцковский А.Д., Юцковская Я.А., Ивашков Е.А. К проблеме урогенитальных инфекций у беременных: опыт лечения вильпрафеном. Рос. журн. кож.-вен. болезней, 2002; 6: 67–70.
43. Берлев И.В., Тестова Г.В. Лечение урогенитального хламидиоза у беременных. Инфекции в хирургии, 2003; 1: 4.
44. Джозамицин. Регистр лекарственных средств России® (РЛС®), 2009 г. http://www.rlsnet.ru/mnn_dzhozamitsin.html.
45. Справочник Видаль «Лекарственные препараты в России» 2011 г. Вильпрафен. http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/wilprafen.htm
46. Kallen BAJ, Otterblad Olausson P, Danielsson BR. Is erythromycin therapy teratogenic in humans? Reprod Toxicol 2005; 20: 209–14.
47. Volberg WA, Koci BJ, Su W et al. Blockade of human cardiac potassium channel human ether-a-go-go-related gene (HERG) by macrolide antibiotics. J Pharmacol Exp Ther 2002; 302 (1): 320–7.
48. Czeizel AE, Rockenbauer M, Sorensen HY et al. A population-based case-control teratologic study of oral erythromycin treatment during pregnancy. Reprod Toxicol 1999; 13 (6): 531–6.

Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности

Ж.Р.Гарданова[1, 2], Р.Г.Шмаков[1], Л.Т.Гацаева[3], А.А.Меньшикова[2]
[1]ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ;
[2]ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ;
[3]ГОУ ВПО МГМСУ Минздравсоцразвития РФ

Резюме
Цель: *изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и совладающего поведения у женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности. В период с 2003 по 2008 г. в исследовании приняло участие 209 женщин из Грозного, из них у 88 беременных был диагностирован смешанный тревожно-депрессивный синдром. Средний возраст обследованных пациенток составил 25,4±2,3 года. В контрольную группу вошли 88 (42,1%) условно здоровых беременных женщин, состоящих на учете в женской консультации №26 (Москва). Выявлено, что смешанное тревожное и депрессивное расстройство в период беременности являются одними из серьезных факторов риска перинатальной патологии. Возрастает угроза прерывания беременности (78,9% в 1-й половине беременности, 62,4% – во 2-й), гестозов (59,5%), гипоксии плода (26,4%), аномалий родовой деятельности (59,9%), акушерских кровотечений (24,5%).*
Ключевые слова: *беременность, роды, послеродовый период, тревожные и депрессивные расстройства, социально-экономическая нестабильность.*

Features of pregnancy, childbirth and after childbirth period of women with anxiety and depressive disorders in situation of social and economic instability

Zh.R.Gardanova[1,2], R.G.Shmakov[1], L.T.Gatsaeva[3], A.A.Menshikova[2]
[1]Federal State Institution V.I.Kulakov Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology;
[2]N.I.Pirogov Russian National Research Medical University; [3]Moscow State Medical and Stomatological University

Summary
The aim of this work is study of features of pregnancy, childbirth and after childbirth period with anxiety and depressive disorders in situation of social and economic instability. 209 women of Grozniy have taken part in study, mixed anxiety and depressive syndrome was diagnosed at 88 pregnant women. Middle age of patients was 25,4±2,3 years. Control group consists of 88 (42,1%) healthy pregnant women, who were stand on the account of women consulting center №26 of Moscow city. There were detected, that mixed anxiety and depressive syndrome at the time of pregnancy is one of the serious factor of risk of perinatal pathology. Threat of pregnancy interruption (78,9% in first half of pregnancy; 62,4% in second half of pregnancy), preeclampsiya (59,5%), fetal hypoxia (26,4%), abnormalities of birth activity (59,9%), obstetrics bleedings (24,5%).
Key words: *pregnancy, childbirth, childbirth period, anxiety and depressive disorders, social and economic instability.*

Сведения об авторах
Гарданова Жанна Робертовна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. психотерапии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ. E-mail:zanna7777@inbox.ru
Шмаков Роман Георгиевич – д-р мед. наук, ст. науч. сотр. ФГУ НЦАГиП им. В.И.Кулакова Минздравсоцразвития РФ. E-mail:mdshmakov@mail.ru
Гацаева Луиза Тапаевна – асс. каф. акушерства и гинекологии ГОУ ВПО МГМСУ Минздравсоцразвития РФ
Меньшикова Александра Алексеевна – аспирант каф. психотерапии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздравсоцразвития РФ. E-mail: menalex2008@rambler.ru

Проблема влияния психоэмоционального стресса на организм человека является одним из актуальных вопросов в настоящее время. В этом аспекте интересны вопросы о влиянии стрессовых факторов на организм беременной женщины, поскольку опасности подвергаются две жизни – будущей матери и плода, чувствительность у которых к повреждениям и реакции на них различны.

Беременные женщины характеризуются незащищенностью к хроническому стрессу в силу лабильности нейрогуморального статуса. В то же время генетическая репродуктивная программа, прогестероновая релаксация, гестационная и родовая доминанты обеспечивают компенсацию психических функций до родоразрешения. Психологический стресс во время беременности влечет за собой целый комплекс перинатальных проблем, требующих серьезного внимания к психологической сфере беременных и лечения связанных со стрессом акушерских осложнений: угроза прерывания беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, гестозы, невынашивание беременности. Однако работ, посвященных этой проблеме, недостаточно. В частности, не описаны стадии общего адаптационного синдрома при беременности, роль стресса в развитии многих осложнений беременности в зависимости от срока, а также его влияние на родовой акт, состояние плода и новорожденного. Недостаточно данных по состоянию фетоплацентарной системы при стрессе. Практически не разработаны методы диспансеризации беременных на фоне перенесенного стресса.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, послеродового периода и совладающего поведения у женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности в Чеченской Республике.

Задачи исследования: 1. Изучить структуру аффективных расстройств в течение беременности, родов, послеродового периода. Выяснить семейный анамнез, факторы, приводящие к возникновению пограничных расстройств, а именно – смешанных тревожных и депрессивных расстройств. 2. Оценить влияние смешанных тревожных и депрессивных расстройств на течение беременности, родов, послеродового периода. 3. Сравнить влияние смешанных тревожных и депрессивных расстройств на состояние плода во время беременности и в раннем неонатальном периоде. 4. Разработать рекомендации по ведению беременности, родов и послеродового периода у женщин со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами в условиях социально-экономической нестабильности.

Пациенты и методы исследования. С учетом поставленных целей и задач в период с 2003 по 2008 г. в исследовании приняло участие 209 женщин из Грозного, из них у 88 беременных был диагностирован смешанный тревожно-депрессивный синдром. Средний возраст обследованных пациенток составил 25,4±2,3 года. В контрольную группу вошли 88 (42,1%) условно здоровых беременных, состоящие на учете в женской консультации №26 Москвы. Для оценки анамнестических данных, настоящего состояния больных, а также результатов дополнительных исследований применялась специальная карта обследования. Карта включала следующие основные разделы: анкетные данные; анамнез жизни; акушерско-гинекологический анамнез; история настоящего заболевания; данные о состоянии больных, содержащие результаты соматических, гинекологических, неврологических и лабораторных методов исследования. Проводили исследование крови и мочи, определение групповой принадлежности и резус-фактора крови, исследование крови на реакцию Вассермана, ВИЧ, гепатиты В и С. План обследования включал также биохимические анализы крови, бактериологическое исследование влагалищной флоры, ультразвуковое исследование с допплерометрией и кардиотокография плода. Состояние новорожденных при рождении оценивали по шкале Апгар и показателям физического развития (масса тела, рост). Ультразвуковое исследование органов малого таза проводили на аппарате «Aloka SSD-650» (Япония). Все пациентки консультировались неврологом, терапевтом, окулистом и психиатром. Для оценки психопатологический проявлений использовался перечень симптомов и синдромов в соответствии с рубриками Международной классификации болезней 10-го пересмотра. С целью изучения особенностей психической патологии, а также имеющихся возможностей ее компенсации в работе был использован клинико-психологический метод (шкала тревожности и депрессии М.Гамильтона) и клинико-катамнестический метод (оценка динамики клинических особенностей заболевания, закономерностей течения и исхода болезни, результатов проведенного лечения). Полученные результаты были обработаны с помощью непараметрических методов статистики: многофункционального критерия углового преобразования Фишера и ранговой корреляции Спирмена. Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ «Stat Graf» и «Excell» на персональном компьютере IBM Pentium.

Результаты исследования и обсуждение

Среди обследованных женщин было выделено 3 группы. Основную, 1-ю группу составили 34 (16,2%) пациентки с проявлениями тревожного синдрома. К основной 2-й группе отнесено 87 (41,7%) пациенток с депрессивным синдромом. В контрольную группу вошли 88 (42,1%) здоровых беременных, состоящих на учете в женской консультации №26 Москвы.

Наследственность у 181 (86,7%) рожениц не отягощена, у 1 (0,4%) пациентки отец болел туберкулезом, у 8 (3,9%) обследованных родители страдали сахарным диабетом, у 19 (9,0%) – близкие родственники перенесли злокачественные

заболевания различных органов. Аллергологический анамнез у 186 (89,0%) женщин не был отягощен. У 21 (10,0%) обследованной наблюдались аллергические реакции на различные антибиотики, сульфаниламидные препараты, гормоны, анальгетические средства в виде сыпи на коже и слизистых, зуда, ринита и насморка, отека Квинке. У 2 (1,0%) пациенток была крапивница, причину которой не удалось выявить. Анализ анамнестических данных показал, что для обследованных больных характерна высокая частота перенесенных экстрагенитальных заболеваний. Инфекционный индекс (соотношение общего количества инфекционных заболеваний к числу исследуемых – 669:209) составил 3,0, что незначительно превышает контрольные показатели здоровых фертильных женщин. Выявлено, что 173 (82,8%) женщины перенесли детские инфекции (корь, краснуха, скарлатина, ветряная оспа), 146 (69,9%) обследованных женщин – инфекционные заболевания (гепатит, грипп, ангина), 157 (75,1%) пациенток ранее перенесли заболевания органов дыхания (острое респираторное заболевание, бронхит, пневмония), 17 (8,1%) – заболевания органов кроветворения (варикозное расширение вен, порок сердца), 94 (45,0%) – заболевания органов пищеварения (хронический гастрит, колит, гастродуоденит, холецистит), 65 (31,0%) – заболевания органов мочевыделения (хронический пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь), у 17 (8,1%) – аппендэктомия. Средний возраст наступления менархе составил 13,4+1,7 года. При этом раннее наступление менархе (до 11 лет) отмечено у 13 (6,0%) женщин, позднее (15 лет и старше) – у 30 (14,0%) пациенток.

Большинство женщин (82,0%) имели 28-дневный менструальный цикл, в среднем этот показатель составил 28,3±2,5 дня (варьировал от 21 до 35 дней). Длительность менструального цикла от 30 до 35 дней отмечена в 22 (10,6%) случаях, от 21 до 25 дней – у 12 (5,8%) женщин. Альгоменорею отмечали 28 (13,4%) женщин, олигоменорея наблюдалась у 11 (4,8%), полименорея – у 14 (6,8%). Нарушение ритма менструации отмечено 31 (14,9%) женщиной. Установлено, что 51 (24,4%) пациентка ранее лечилась по поводу патологии шейки матки (эктопия, эктропион). У 21 (10,0%) пациентки был выявлен до наступления беременности эндометриоз различной локализации: тела матки, яичников, ретроцервикальный, шейки матки; 32 (15,3%) беременные отмечали дисфункцию яичников. У 8 (3,9%) пациенток в анамнезе имелась миома матки. Выяснено, что кольпитами неспецифической и грибковой этиологии страдали 40 (19,1%) женщин. Полостные операции на внутренних половых органах в прошлом перенесли 10 (4,8%) женщин: из них у 1 (0,4%) пациентки произведена консервативная миомэктомия, у 5 (2,3%) – односторонняя тубэктомия в связи с трубной беременностью, в 4 (2,0%) случаях была выполнена односторонняя резекция яичника по поводу кисты яичника, у 1 (0,4%) пациентки лапаротомия произведена в связи с перфорацией матки во время искусственного прерывания беременности.

Анализ репродуктивной функции женщин показал, что в обследованных группах средний возраст и количество беременностей достоверно отличались: в среднем женщин с повторной беременностью в 3 раза больше, чем с первой; 112 (53,5%) женщин были первородящими.

По шкале Гамильтона у беременных основной группы показатели тревоги, как психической, так и соматической – в среднем 18,8 балла (p<0,05), а степень выраженности депрессивных расстройств достигала в среднем 18,6 балла (p<0,05), что являлось характерной особенностью этой выборки. Полученные данные позволили выделить в основной группе обследованных беременных 2 подгруппы: 1) пациентки с тревожным синдромом; 2) пациентки с депрессивным синдромом. Проанализируем данные исследования основной группы, где беременность протекала на фоне тревожного синдрома.

В I триместре осложнений беременности не выявлено в 5 (19,2%) наблюдениях при слабо выраженной тревоге и в 8 (28,6%) – при отсутствии таковой. Угроза прерывания в I триместре наблюдалась у беременных: 80,0% – при ярко выраженной тревоге, 58,3% – при выраженной тревоге, 65,3% – при слабо выраженной тревоге, 35,8% – при отсутствии тревоги. Наиболее частым (80,0%) осложнением беременности явился ранний токсикоз: 62,6% – при ярко выраженной тревоге, 30,8% – при слабо выраженной тревоге, 46,4% – при отсутствии признаков тревожного синдрома. Таким образом, ярко выраженная, выраженная и слабо выраженная тревога достоверно влияет на угрозу прерывания беременности в I триместре беременности (p<0,05) и токсикоз I половины беременности (p<0,05).

Во II триместре беременность на фоне тревожного синдрома без осложнений протекала в 2 (8,3%) наблюдениях при выраженной тревоге, в 6 (23,0%) – при слабо выраженной и в 12 (42,9%) – при отсутствии тревоги. Наиболее часто встречаемым осложнением во II триместре беременности является гестоз, который отмечен в 4 (40,0%) случаях при ярко выраженной тревоге, в 9 (37,6%) – при выраженной и в 6 (21,4%) – при отсутствии тревоги. Вторым по частоте встречаемости осложнением является угроза прерывания беременности, которая наблюдалась у 2 (20,0%) беременных при ярко выраженной тревоге, у 9 (37,6%) – при выраженной, у 8 (30,8%) – при слабо выраженной и у 5 (17,9%) – при отсутствии тревоги. Хроническая внутриутробная гипоксия плода выявлена в 2 (20,0%) наблюдениях при ярко выраженной тревоге, в 3 (12,6%) – при выраженной, в 1 (3,9%) – при слабо выраженной и в 4 (14,2%) – при отсутствии признаков тревожного синдрома. Также выявлена хроническая фетоплацентарная недостаточность, которая наблюдалась у 2 (20,0%) пациенток при ярко выраженной тревоге, у 3 (12,6%) – при выраженной тревоге, у 3 (11,6%) – при слабо выраженной и у 2 (7,1%) – при отсутствии тревоги. Гипотрофия плода выявлена у 4 (16,7%) женщин при выраженной тревоге, отслойка плаценты – у 1 (4,1%), замершая беременность – у 1 (3,9%) беременной при выраженной и слабо выраженной тревоге соответственно. Во II триместре беременности ярко выраженная и слабо выраженная тревога достоверно влияет на угрозу прерывания, гестоз и хроническую фетоплацентарную недостаточность (p<0,05 соответственно).

В III триместре на фоне тревожного синдрома беременность протекала без осложнений у 2 (20,0%) пациенток при ярко выраженной тревоге, у 3 (12,6%) – при выраженной и у 6 (21,4%) – при отсутствии признаков тревожного синдрома. Наиболее часто встречающимся осложнением при этом является гестоз, который выявлен в 4 (40,0%) наблюдениях при ярко выраженной, в каждом 2-м (50,0%) случае – при выраженной, в 8 (30,7%) случаях – при слабо выраженной тревоге и в каждом 4-м (25,0%) случае – при отсутствии тревоги. Хроническая внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у 2 больных при ярко и слабо выраженной тревоге соответственно и у 3 (10,8%) – при отсутствии тревоги. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты отмечена в 4 (16,7%) случаях при выраженной и в 2 (7,7%) – при слабо выраженной тревоге. Другие осложнения беременности (патологический прелименарный период, внутриутробная задержка развития плода, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия, эклампсия) выявлены в единичных случаях при различной выраженности тревожного синдрома. Ярко выраженная и выраженная тревога достоверно влияет на гестоз в III триместре беременности (p<0,01), ярко выраженный тревожный синдром – на гестационную анемию (p<0,05) и патологический прелименарный период (p<0,05), а выраженная тревога имеет значение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (p<0,01).

В срок родоразрешены 4 (40,0%) женщины с ярко выраженной тревогой, каждая 2-я (54,1%) и 4-я (23,0%) соответственно – с выраженной тревогой и 16 (57,1%) женщин – при отсутствии тревоги. Преждевременные роды наблюдались у 3 (12,5%) рожениц с выраженной, у 4 (15,0%) – со слабо выраженной тревогой, у 4 (14,2%) – при отсутствии тревоги. Стремительные роды наблюдались по 1 случаю при выраженной и слабо выраженной тревоге соответственно. В единичных случаях по медицинским показаниям на фоне тревожного синдрома был произведен медицинский аборт. Антенатальная гибель плода произошла в 2 (20,0%) случаях

при ярко выраженной тревоге и по 1 (4,1 и 3,6% соответственно) случаю при слабо выраженной и отсутствии тревоги соответственно. У 2 (20,0%) беременных при ярко выраженном тревожном синдроме, у 1 (4,1%) – при выраженной тревоге и у 3 (11,6%) – при слабо выраженной тревоге произошел самопроизвольный выкидыш. Ярко выраженная тревога достоверно влияет на исход родов, в частности, на антенатальную гибель плода ($p<0,05$) и самопроизвольный выкидыш ($p<0,05$). Тревожный синдром достоверно влияет на родоразрешение путем операции кесарева сечения ($p<0,05$).

Рассмотрим особенности беременности, родов, послеродового периода у женщин на фоне депрессивного синдрома.

На фоне депрессивного синдрома в I триместре беременность протекала без осложнений в 3 (4,8%) наблюдениях при депрессии средней и в 3 (12,6%) случаях – легкой степени тяжести. Угроза прерывания в I триместре наблюдалась у 39 (62,0%) беременных при средней тяжести депрессии и у 13 (54,1%) пациенток – при легкой степени тяжести депрессии. Наиболее частым осложнением беременности явился токсикоз первой половины беременности, встретившийся в 39 (62,0%) наблюдениях при депрессии средней тяжести и в 14 (58,3%) случаях – легкой степени. Артериальная гипотония наблюдалась у 2 (3,1%) беременных при депрессии средней тяжести. Гестационная анемия наблюдалась у 6 (9,6%) и у 5 (20,9%) беременных при средней и легкой степени выраженности депрессии соответственно. Пиелонефрит выявлен у 5 (7,2%) пациенток при средней и у 2 (8,3%) – при легкой степени выраженности депрессивного синдрома. Депрессия средней и легкой тяжести достоверно влияет на угрозу прерывания беременности в I триместре ($p<0,01$) и ранний токсикоз ($p<0,05$).

Во II триместре беременность на фоне депрессивного синдрома без осложнений протекала в 5 (8,0%) наблюдениях при средней и в 5 (20,9%) – при легкой степени течения. Наиболее частым осложнением во II триместре беременности являлся гестоз, который отмечен в 26 (41,2%) случаях при средней степени депрессии и в 8 (33,3%) случаях – при легкой степени депрессии. Вторым по частоте встречаемости осложнением является угроза прерывания беременности, которая наблюдалась у 19 (30,1%) женщин при средней и у 8 (33,3%) – легкой степени выраженности депрессии ($p<0,01$). Анемия беременных во II триместре наблюдалась у 14 (22,2%) женщин с депрессией средней тяжести ($p<0,001$) и у 2 (8,3%) – легкой тяжести. Хроническая внутриутробная гипоксия плода выявлена в 10 (15,9%) наблюдениях при средней и в 2 (8,3%) – при легкой степени депрессии. Выявлена хроническая фетоплацентарная недостаточность, которая наблюдалась у 11 (17,4%) пациенток при депрессии средней тяжести и у 3 (12,6%) – легкой степени. Гипотрофия плода выявлена у 5 (8,0 и 20,9% соответственно) женщин при средней и легкой выраженности депрессии. Также при средней степени депрессии по 1 случаю соответственно наблюдалась отслойка плаценты и неразвивающаяся беременность. Во II триместре беременности депрессия средней и легкой степени тяжести достоверно влияет на угрозу выкидыша ($p<0,05$), гестоз ($p<0,05$) и депрессия средней тяжести – на анемию ($p<0,01$).

В III триместре на фоне депрессивного синдрома беременность протекала без осложнений только у 1 (4,1%) пациентки. Наиболее частым осложнением при этом является гестоз, который выявлен в 24 (38,0%) наблюдениях при средней степени депрессии и в 11 (45,9%) – при легкой степени депрессии, статистически достоверно с вероятностью $p<0,05$. Хроническая внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у 7 (11,1%) беременных при тяжелой степени депрессии и у 2 (8,3%) – при легкой степени депрессии. С достоверностью $p<0,01$ выявлена анемия в III триместре у 13 (20,7%) беременных при депрессии средней и только у 2 (8,3%) – легкой степени тяжести. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты отмечена только при тяжелой степени течения депрессии у 7 (11,1%) беременных. Угроза преждевременных родов наблюдалась в 10 (15,9%) наблюдениях при средней степени тяжести депрессии и в 2 (8,3%) – при легкой. Хроническая фетопла-

центарная недостаточность отмечена при депрессии легкой степени у 6 (25,0%) больных (p<0,001), в то время как при депрессии средней тяжести – у 2 (3,1%) (p<0,001). Депрессия средней и легкой степени тяжести достоверно влияет на гестоз в III триместре беременности (p<0,05 соответственно), депрессия средней степени – на гестационную анемию и угрозу преждевременных родов (p<0,01; p<0,05), депрессия легкой степени – на хроническую фетоплацентарную недостаточность (p<0,05).

В срок родоразрешены 26 (41,2%) беременных с депрессией средней тяжести и 16 (66,7%) – с легкой депрессией. 10 (15,9%) женщин с депрессией средней тяжести и 16 (66,7%) – с депрессией легкой степени родоразрешены оперативно. Преждевременные роды наблюдались у 9 (14,2%) рожениц со средней степенью тяжести и у 1 (4,1%) пациентки с легкой степенью депрессии. Стремительные роды наблюдались в 2 (3,1%) случаях при средней и в 1 (4,1%) случае при легкой депрессии. У 3 (4,8%) пациенток при депрессивном синдроме средней тяжести по медицинским показаниям было совершено прерывание беременности. Антенатальная гибель плода произошла в 7 (11,1%) наблюдениях при средней депрессии и в 3 наблюдениях (12,6%) – при легкой депрессии. У 3 (4,8%) беременных при депрессии средней тяжести и у 2 (8,3%) – при депрессии легкой тяжести произошел самопроизвольный выкидыш. Депрессия средней тяжести статистически достоверно оказывает влияние на исход родов, что имело значение при абдоминальном родоразрешении (p<0,05) и преждевременных родах (p<0,05), а легкая стпень депрессии – на самопроизвольный выкидыш (p<0,01) и индуцированные роды (p<0,05).

Выводы

В условиях социально-экономической нестабильности такие стрессовые факторы, как военные действия, неблагоприятные социальные и бытовые условия, отсутствие специализированной медицинской помощи, страх за свою жизнь и жизнь близких людей приводят к формированию у беременных аффективных расстройств, одним из которых является смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство в период беременности является одним из серьезных факторов риска перинатальной патологии. Возрастает угроза прерывания беременности (78,9% в 1-й половине беременности, 62,4% – во 2-й), гестозов (59,5%), гипоксии плода (26,4%), аномалий родовой деятельности (59,9%), акушерских кровотечений (24,5%).

Перенесенные во время беременности стрессовые факторы приводят к формированию пороков развития (13,1%), антенатальной гибели плода (13,3%) в 1-й половине беременности.

Стрессовые факторы и формирующиеся вследствие них смешанные тревожные и депрессивные расстройства являются одной из причин угрозы прерывания как в 1-й, так и во 2-й половине беременности. Наиболее часто угроза прерывания беременности встречалась среди женщин, которые имели психотравмирующую ситуацию на сроках менее 12 нед.

У женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств при отсутствии седативной и специализированной психотерапии возрастает частота гестозов, фетоплацентарная недостаточность (хроническая гипоксия плода – 15,1%, маловодие – 17,2% , многоводие – 20,8%).

У женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств чаще встречаются слабость (15,1%), дискоординация (5,0%) и другие аномалии родовой деятельности (34,1%), послеродовые атонические кровотечения (15,1%).

Практические рекомендации

Для выявления стрессовых факторов при беременности рекомендуется использовать двухэтапную программу психологического скрининга: I этап (на приеме в женской консультации) – выявление стрессовых факторов путем клинического интервью или анкетирования, II этап – на приеме психолога в женской консультации или перинатальном центре.

У беременных со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами при проведении скрининга наиболее приемлемым является одновременное проведение как психопрофилактической терапии, так и консультаций психолога с целью обучения адаптивным способам совладания с дисфункциональными эмоциями.

При выявлении смешанных тревожно-депрессивных расстройств необходимо проводить углубленную диагностику фетоплацентарной системы, начиная со II триместра.

Необходима дородовая госпитализация женщин со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами в сроке доношенной беременности в акушерский стационар для комплексной оценки биологической готовности к родам, проведения дородовой подготовки.

С целью проведения психокоррекционных мероприятий для беременных в штатную структуру женской консультации, перинатальных центров необходимо ввести должность медицинского психолога.

Список использованной литературы

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. СПб.: Сотис, 2001.

2. Актуальные проблемы невынашивания беременности: цикл клинических лекций. Под ред. В.М.Сидельниковой. М., 1999. С. 64–6.

3. Бойко Ю.П., Мусатов Л.И. Тенденции психического здоровья населения г. Москвы. Объедин. мед. журн., 2001; 1: 12–4.

4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Пер. с нем. М., 1999.

5. Ворошнин В.В., Токарь В.И., Мальгина Г.Б. Гормональная функция плаценты у беременных женщин, перенесших острый психоэмоциональный стресс при катастрофе. В сб.: Здоровье матери и ребенка и экологические проблемы. М., 1990. С. 55–63.

6. Дикая Л.Г., Махнач А.В. Отношение человека к неблагоприятным событиям и факторы его формирования. Психолог. журн., 1996; 3 (17): 137–45.

7. Додхоева М.Ф. Состояние родовспоможения и детородной функции у жительниц Таджикистана за период 1986–1999 гг. с учетом кризисной ситуации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1998.

8. Макаров О.В., Козлов П.В., Насырова Д.В. Синдром задержки развития плода: современные подходы к фармакотерапии. Рос. вестн. акушера-гинеколога, 2003; 6 (3): 18–22.

9. Мальгина Г.Б. Влияние острого психоэмоционального стресса при катастрофе на течение и исход беременности, состояние плода и новорожденного: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1985.

10. Римашевская Н.М. Человеческий потенциал России: взгляд в 21 век. Народонаселение, 1999; 1: 15–20.

11. Werny T, Weintraub P, Klimek P. Prenatal and Perinatal Psycho-Medicine.-Cracov: DreAM 2000.