

Беременные, получившие ВИЧ при половых контактах, находятся в более ранних стадиях заболевания, что согласуется с длительностью стажа ВИЧ-инфекции. В I группе по результатам иммунологического обследования 3 стадия заболевания установлена у трех беременных при уровне CD4-лимфоцитов 196,0, 151,2 и 187,7 кл/мкл. Из них две пациентки перенесли в прошлом пневмонию, бронхит, заболевания ЛОР-органов, но клинических проявлений СПИД-индикаторных заболеваний не выявлено. Во II группе 3 стадия была присвоена 5 женщинам по клиническим признакам: у всех женщин диагностирован распространенный кандидоз слизистых, кожи и ее придатков, в течение последних 2 лет одна женщина болела плевритом туберкулезной этиологии и одна пациентка перенесла опоясывающий лишай.

#### **Заключение**

На основании проведенного исследования нами сделаны выводы:

1. Наличие зависимости изменяет иммунореактивность организма: никотиновая зависимость способствует снижению показателей хелперного звена иммунитета, алкогольная — повышению супрессорного. Каждая последующая беременность способствует снижению активности супрессорного звена иммунитета, что подтверждено корреляцией между паритетом беременности и количеством CD3- и CD8-лимфоцитов.

2. У ВИЧ-инфицированных беременных часто обнаруживаются маркеры оппортунистических инфекций и парентеральных вирусных гепатитов, способных к трансплацентарному переходу от матери к плоду и интранатальному заражению, особенно при недостаточности клеточного иммунитета в условиях физиологической иммуносупрессии беременных.

3. Беременные с наркотической зависимостью имеют больший стаж ВИЧ-инфекции, находятся в более продвинутой стадии заболевания, имеют худшие пока-

затели иммунореактивности, у них шире распространено инфицирование возбудителями оппортунистических инфекций, что осложняет течение беременности и влияет на внутриутробное развитие плода и прогноз для новорожденного.

4. В настоящее время требуется разработать меры рациональной прегравидарной подготовки и обследования ВИЧ-инфицированных женщин, ведения их беременностей и родов, медикаментозной профилактики перинатальной трансмиссии вируса и оппортунистических инфекций для прогнозирования осложнений беременности и родоразрешения, перинатальных исходов ВИЧ-экспонированных детей.

#### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник / Белор. центр науч. мед. информации МЗ РБ, сост.: Т. И. Атрашкевич. — Мн., 2000. — 386 с.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2002 г. / ГУ РНМБ, сост.: Т. И. Атрашкевич. — Мн., 2003. — 356 с.
3. Мелешко, Л. А. Эпидситуация по ВИЧ/СПИД в Республике Беларусь / Л. А. Мелешко, С. В. Сергеевко, М. И. Римжа // Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и инфекций, передаваемых половым путем: матер. науч.-практ. респ. конф., Минск, 10 ноября 2006 г. / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья; под общ. ред. М. И. Римжа. — Мн., 2006. — С. 14–17.
4. Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья [Электронный ресурс] / Мин-во здравоохр. Респ. Беларусь. — Минск, 2007. — Режим доступа: <http://www.rcheph.by/> / Дата доступа: 21.01.2007.
5. Лавочкин, В. М. Тенденция развития эпидемического и клинического процесса ВИЧ-инфекции в Гомельской области за последние 10 лет (1996–2005 годы) / В. М. Лавочкин, О. Н. Суетнов, В. А. Нараленков. — Гомель, 2006. — 20 с.

*Поступила 19.06.2007*

**УДК 618.3/5-022**

## **ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК ГРУППЫ ВЫСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА**

**И. А. Корбут**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Цель исследования: провести анализ течения беременности, родов и послеродового периода у женщин группы высокого перинатального риска.

Материалы и методы: проспективное обследование 176 женщин группы высокого перинатального риска, у которых беременность осложнилась многоводием, и 73 пациенток с нормальным объемом околоплодных вод.

Результаты: у женщин группы высокого перинатального риска при многоводии в 2,2 раза чаще беременность осложняется хронической плацентарной недостаточностью, в 2,9 раза чаще бывает кольпит, в 2,5 раза чаще — гестоз и первичная слабость родовых сил, в 2,6 раза чаще аномалии отделения плаценты и в 7,7 раза — нарушения инволюции матки.

Ключевые слова: беременность, внутриутробная инфекция, многоводие, перинатальный риск.

## COURSE OF PREGNANCY, DELIVERY AND PUERPERAL PERIOD IN PATIENTS FROM GROUP OF HIGH PERYNATAL RISK

I. A. Korbut

Gomel State Medical University

Objective: to analyze course of pregnancy, delivery and puerperal period in patients from group of high perynatal risk.

Design and subjects: a prospective study 176 pregnant women with polyhydramnion and 73 pregnant with normal amount of amniotic fluid.

Results: there are an increase frequency of chronic placental insufficiency in 2,2 times, gestosis and powerless labor in 2,5 times, colpitis in 2,9 times, violations of detachment of placenta in 2,6 times and involution of uterus in 7,7 times.

Key words: pregnancy, intrauterine infection, polyhydramnion, perynatal risk.

### **Введение**

Внутриутробная инфекция (ВУИ) является причиной невынашивания беременности, плацентарной недостаточности, пороков развития плода, инфекционной патологии плода и новорожденного [1]. При ультразвуковом исследовании можно обнаружить косвенные признаки ВУИ (многоводие, утолщение плаценты, структурные изменения в органах плода) [1, 2]. Факторами, способствующими реализации внутриутробной инфекции, являются гестоз, анемия, хронические заболевания у матери. Проявления внутриутробной инфекции неспецифичны, отсутствует выраженная связь между тяжестью инфекционной патологии у матери и у плода [1]. В настоящее время в литературе большое внимание уделяется вопросам прогнозирования манифестации ВУИ, выделения групп высокого риска указанной патологии [1, 3, 4].

**Цель:** провести анализ течения беременности и родов, послеродового периода у женщин группы высокого перинатального риска.

### **Материалы и методы**

Обследованы 249 беременных группы высокого перинатального риска, находив-

шихся на лечении в родильном отделении Гомельской областной клинической больницы и городском клиническом родильном доме. Для оценки пренатальных факторов риска [4] изучены социально-биологические факторы, акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальные заболевания матери, осложнения беременности и оценено состояние плода. Вышеперечисленные факторы риска оценены в баллах. Женщины с суммой баллов выше 10 отнесены в группу высокого риска пренатальных потерь, от 5 до 9 баллов — к группе среднего риска, 4 балла и менее — к группе низкого риска. Факторы риска в родах включали в себя материнские факторы, факторы со стороны плаценты и плода. Кроме того, учитывали содержание гемоглобина, многоводие, дородовое кровотечение, гестоз, продолжительность безводного промежутка. Высокому риску интранатальных и постнатальных потерь соответствовала оценка 3 и более баллов [5]. Многоводие выявляли при сопоставлении клинических данных (высота стояния дна матки и окружность живота превышают таковые при предполагаемом сроке беременности) и данных ультразву-

кового исследования аппаратами «Fucuda» (производства Японии) и «Megas» (производства Италии) с измерением наибольшего вертикального размера пакета околоплодных вод (при размере пакета 1–8 см объем околоплодных вод расценивали как нормальный, более 8 см — как многоводие).

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием прикладных программ Microsoft Excel из пакета Microsoft Office 2003 в среде Windows XP: с помощью статистических функций вычислены средние значения, стандартные отклонения; с использованием критерия  $\chi^2$  проведена оценка достоверности различий полученных результатов исследования в сравниваемых группах (различия сравни-

ваемых величин признавались достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ ).

Все обследованные пациентки были отнесены в группу высокого риска перинатальных потерь. Основную группу составили 176 женщин, у которых беременность осложнилась многоводием. В контрольную группу были включены 73 беременных с нормальным объемом околоплодных вод. Средний возраст беременных основной группы был  $25,4 \pm 4,0$  года, контрольной группы —  $24,8 \pm 4,2$  года.

### Результаты и обсуждение

В таблице 1 приведена частота и структура осложнений беременности у женщин группы высокого перинатального риска.

Таблица 1 — Частота и структура осложнений беременности у женщин группы высокого перинатального риска

Осложнения беременности	Основная группа, (n = 176)	Контрольная группа, (n = 73)
Угрожающий самопроизвольный выкидыш, всего:	74 (42,1±3,72%)	27 (37,0±5,65%)
• ранний;	28 (15,9±2,76%)	15 (20,6±4,73%)
• поздний	46 (26,1±3,31%)	12 (16,4±4,34%)
Угрожающие преждевременные роды, всего, в сроке:	54 (30,7±3,48%)	15 (20,6±4,73%)
22–27 недель	19 (10,8±2,34%)	7 (9,6±3,45%)
28–33 недели	25 (14,2±2,63%)	4 (5,5±2,66%)
34–36 недель	10 (5,7±1,74%)	4 (5,5±2,66%)
Хроническая плацентарная недостаточность	37 (21,0±3,07%)*	7 (9,6±3,45%)
Вагинит	59 (33,5±3,56%)*	9 (12,3±3,85%)
Первый эпизод: 1 триместр	20 (11,4±2,39%)*	1 (1,4±1,36%)
2 триместр	26 (14,8±2,67%)	5 (6,9±2,96%)
3 триместр	13 (7,4±1,97%)	3 (4,1±2,32%)
Гестоз: всего	59 (33,5±3,56%)*	10 (13,7±4,00%)
• легкой степени;	20 (11,4±2,39%)	5 (6,9±2,96%)
• средней и тяжелой степени	39 (22,2±3,13%)*	5 (6,9±2,96%)

\* — статистически значимое различие с контрольной группой ( $p < 0,05$ )

В основной группе 1 (0,6±0,57%) женщина не наблюдалась в женской консультации во время беременности, еще 2 пациентки с многоводием встали на учет по беременности в позднем сроке (в 25 и 28 недель гестации). Остальные беременные основной и все беременные контрольной группы встали на учет по беременности до 12 недель гестации и регулярно посещали женскую консультацию. У 4 (2,3 ± 1,12%) беременных основной группы эта беременность была многоплодной (двойня).

В контрольной группе 1 беременной была выполнена кистэктомия по поводу опухоли

яичника в сроке 8 недель гестации, еще 1 беременной в сроке 17 недель было произведено удаление полипа цервикального канала.

У 61 (34,7±3,59%) беременной основной и у 12 (16,4±4,34%) беременных контрольной группы угроза прерывания беременности диагностирована однократно на протяжении всего срока гестации. Клинические признаки данного осложнения беременности выявлялись 2 и более раз на протяжении беременности у женщин с многоводием в 4,9 раза чаще, чем у женщин с нормальным объемом околоплодных вод (6,8 ± 1,90% против 1,4 ± 1,36%). В основной

группе чаще был диагностирован угрожающий поздний выкидыш, а в контрольной группе — ранний. При этом направление для лечения в стационар потребовалась у женщин с многоводием в 69 случаях из 74, что составило  $93,2 \pm 2,92\%$  пациенток. У  $6,8 \pm 2,92\%$  женщин основной группы угрожающий самопроизвольный аборт был пролечен амбулаторно. У беременных с нормальным объемом околоплодных вод стационарное лечение угрожающего выкидыша было в  $77,8 \pm 8,00\%$ , а амбулаторное — в  $22,2 \pm 8,00\%$  случаев (в 3,3 раза чаще, чем в основной группе). У 1 женщины основной группы с дихориальной диамниотической двойней признаки угрозы прерывания наблюдались с 8 по 34 неделю гестации, исходом беременности явились преждевременные роды в 34 недели беременности. В контрольной группе у 1 пациентки после кистэктомии по поводу опухоли яичника были признаки угрожающего позднего выкидыша с 12 по 21 неделю гестации, беременность завершилась срочными родами. Все женщины получали сохраняющую беременность терапию согласно утвержденным клиническим протоколам.

У 1 пациентки контрольной группы лечение угрожающего выкидыша было неэффективным, и на сроке 14–15 недель произошел самопроизвольный выкидыш.

Хроническая плацентарная недостаточность достоверно чаще диагностирована у беременных с многоводием, по сравнению с беременными контрольной группы. Диагноз был выставлен при сопоставлении клинических данных, данных УЗИ с доплерометрией и/или кардиотокографии с оценкой состояния плода по шкале Кребса. В основной группе хроническая плацентарная недостаточность в 3 случаях из 37 проявлялась синдромом задержки развития плода, у остальных клиническим проявлением была хроническая внутриматочная гипоксия плода. В контрольной группе у всех пациенток клиническим проявлением плацентарной недостаточности была хроническая внутриматочная гипоксия плода.

Во время настоящей беременности у пациенток с многоводием достоверно чаще наблюдался вагинит. В обеих группах наибольшее количество выявленных случаев воспаления слизистой оболочки влагалища приходится на 2 триместр. В 1 триместре

беременности вагинит был диагностирован только у 1 ( $1,4 \pm 1,36\%$ ) женщины контрольной группы, что в 8,1 раза реже, чем в основной ( $p < 0,05$ ). У 11 ( $6,3 \pm 1,82\%$ ) пациенток с многоводием наблюдались повторные эпизоды заболевания, чего не наблюдалось в контрольной группе.

Среди женщин основной группы также достоверно чаще диагностирован гестоз, по сравнению с контрольной. При этом у пациенток с многоводием достоверно выше число средней степени тяжести и тяжелых форм гестоза.

В основной группе было прекращено наблюдение за 10 беременными в связи с переносом места жительства у 9 из них, за 1 — в связи с прерыванием замершей беременности на сроке 21–22 недели. В контрольной группе наблюдение было прекращено за 2 пациентками (за одной — в связи с изменением места жительства, за другой — в связи с самопроизвольным прерыванием беременности на сроке 14–15 недель гестации).

Продолжительность родов через естественные родовые пути у первородящих беременных основной группы была 6 часов 58 минут  $\pm$  1 час 52 минуты, контрольной группы — 7 часов 15 минут  $\pm$  2 часа 4 минуты ( $p > 0,05$ ). У повторнородящих женщин обеих групп продолжительность родов была, соответственно, 5 часов 20 минут  $\pm$  1 час 28 минут и 5 часов 48 минут  $\pm$  1 часа 39 минут ( $p > 0,05$ ). Продолжительность безводного промежутка в основной и контрольной группах была 5 часов 42 минуты  $\pm$  2 часа 2 минуты и 5 часов 48 минут  $\pm$  2 часа 40 минут соответственно ( $p > 0,05$ ). Физиологическая кровопотеря при родах через естественные родовые пути была у  $99,4 \pm 0,60\%$  пациенток с многоводием, составив  $296,3 \pm 52,68$  мл, и у всех пациенток с нормальным объемом околоплодных вод —  $260,2 \pm 27,20$  мл ( $p > 0,05$ ).

Срок и способ родоразрешения женщин группы высокого перинатального риска представлены в таблице 2.

Частота срочных родов в основной и контрольной группах статистически не различалась. У 11 ( $6,6 \pm 1,93\%$ ) пациенток с многоводием наблюдались запоздалые роды. У женщин основной группы преждевременные роды наблюдались в 1,7 раза чаще, чем у женщин контрольной группы. По 1 женщине с многоводием родили преждевременно в

сроках 26, 28, 29, 30 и 31 неделя беременности, 2 — родили в сроке 33 недели беременности и 5 — в сроке 36 недель беременности.

В контрольной группе по 1 женщине родили преждевременно в сроках 32 и 35 недель и 1 — в сроке 36 недель беременности.

Таблица 2 — Срок и способ родоразрешения беременных высокого перинатального риска

Родоразрешение	Основная группа, (n = 162)	Контрольная группа, (n = 70)
Роды срочные	139 (83,7±2,86%)	67 (94,4±2,74%)
Роды преждевременные	12 (7,2±2,01%)	3 (4,2±2,39%)
Роды запоздалые	11 (6,6±1,93%)	—
Родоразрешение через естественные родовые пути	139 (83,7±2,86%)	69 (97,2±1,96%)
Оперативное абдоминальное родоразрешение, из них: в плановом порядке	23 (13,9±2,68%)* 10 (43,50±10,57%)	2 (2,8±1,96%) 1 (50,0±50,00%)
в экстренном порядке	13 (56,5±10,57%)	1 (50,0±50,00%)

\* — статистически значимое различие с контрольной группой ( $p < 0,05$ )

Частота оперативного абдоминального родоразрешения путем операции «кесарево сечение» в нижнем сегменте матки была достоверно выше в основной группе, по сравнению с контрольной. Показаниями для оперативного родоразрешения в плановом порядке у беременных с многоводием в 4 из 10 случаев была оперированная матка, в 4 случаях — неправильные положения плода и в 2 — заболевания органа зрения. В контрольной группе показанием для операции «кесарево сечение» в плановом порядке явилось смешанное тазовое предлежание плода. В экстренном порядке показаниями для оперативного родоразрешения путем операции «кесарево сече-

ние» в основной группе в 3 из 13 случаев явилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, в 4 — упорная первичная слабость родовой деятельности, в 6 — клинически узкий таз, в контрольной группе показанием явилась упорная первичная слабость родовой деятельности.

В родах выполнялись такие акушерские пособия, как амниотомия и эпизиотомия, частота их была статистически неразличима в обеих группах.

Частота осложнений в родах и в послеродовом периоде у беременных высокого перинатального риска представлена в таблице 3.

Таблица 3 — Частота осложнений в родах и в послеродовом периоде у беременных высокого перинатального риска

Осложнения в родах	Основная группа, (n = 166)	Контрольная группа, (n = 71)
Преждевременное и раннее излитие околоплодных вод	45 (27,1±3,45%)	20 (28,2±5,34%)
Изменение цвета околоплодных вод:	27 (16,3±2,87%)*	2 (2,8±1,96%)
• зеленые	20 (12,1±2,53%)*	2 (2,8±1,96%)
• желтые	4 (2,4±1,19%)	—
• с примесью крови	3 (1,8±1,03%)	—
Первичная слабость родовой деятельности	35 (21,2±3,17%)*	6 (8,5±3,30%)
Вторичная слабость родовой деятельности	4 (2,4±1,19%)	1 (1,4±1,40%)
Нарушения отделения плаценты, всего:	24 (14,5±2,73 %)	4 (5,6±2,74%)
• частичное плотное прикрепление плаценты	7 (4,2±1,56 %)	—
• задержка частей последа в полости матки	17 (10,2±2,35 %)	4 (5,6±2,74%)
Нарушения инволюции матки в послеродовом периоде, всего:	18 (10,8±2,41%)*	1 (1,4±1,40%)
• субинволюция матки	11 (6,6±1,93%)	—
• гематометра/лохиометра	7 (4,2±1,56%)	1 (1,4±1,40%)

\* — статистически значимое различие с контрольной группой ( $p < 0,05$ )

Цвет околоплодных вод оценивался при амниотомии или при их преждевременном и раннем излитии. У рожениц с многоводием он изменялся — не беловатый, а зеленый (при хронической гипоксии плода), желтый (при переносенной беременности) и темный с примесью крови (при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты).

Первичная слабость родовой деятельности достоверно чаще была диагностирована у женщин основной группы, по сравнению с контрольной. После амниотомии у пациенток с многоводием в  $35,8 \pm 5,87\%$  случаев была диагностирована первичная, а в  $3,0 \pm 2,08\%$  случаев — вторичная слабость родовых сил. У рожениц с нормальным объемом околоплодных вод после амниотомии в  $8,0 \pm 5,54\%$  случаев наблюдалась первичная слабость родовых сил. Преждевременное и раннее излитие околоплодных вод сопровождалось слабостью родовых сил в  $33,3 \pm 7,03\%$  случаев в основной и в  $25,0 \pm 9,93\%$  случаев в контрольной группе. Терапия утеротониками была неэффективной у 4 ( $2,4 \pm 1,19\%$ ) рожениц основной и у 1 ( $1,4 \pm 1,40\%$ ) роженицы контрольной группы, что привело к необходимости оперативного родоразрешения.

В основной группе у 3 ( $1,7 \pm 1,00\%$ ) беременных была диагностирована преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, что явилось показанием для экстренного родоразрешения.

В 4 ( $2,4 \pm 1,19\%$ ) случаях у пациенток с многоводием была диагностирована острая гипоксия плода (у 2 рожениц с переносенной и у 2 — с доношенной беременностью), в 3 ( $1,8 \pm 1,03\%$ ) случаях были наложены выходные акушерские щипцы. Среди пациенток контрольной группы острой гипоксии плода не диагностировано.

В 5 ( $3,0 \pm 1,33\%$ ) случаях в основной группе в родах было затрудненное выведение плечиков, чего не было в контрольной группе.

Аномалии отделения плаценты в 2,6 раза чаще были диагностированы в основной группе, по сравнению с контрольной. Частичное плотное прикрепление плаценты наблюдалось только у пациенток с многоводием, а задержка частей последа в полости матки у них наблюдалась в 1,8 раза чаще, чем в группе женщин с нормальным объемом околоплодных вод. У пациенток

основной группы после амниотомии аномалии отделения плаценты диагностированы в  $22,4 \pm 5,09\%$ , что в 2,8 раза чаще, чем у пациенток контрольной группы ( $8,0 \pm 5,54\%$  случаев) и почти в половине случаев сочетаясь со слабостью родовых сил. При преждевременном и раннем излитии околоплодных вод частота аномалий отделения плаценты статистически неразличима в обеих группах ( $8,9 \pm 4,24\%$  и  $10,0 \pm 6,88\%$  соответственно). По показаниям были выполнены операции ручного отделения плаценты и выделения последа, а также контрольное ручное обследование полости матки.

У 1 ( $0,6 \pm 0,60\%$ ) родильницы основной группы в раннем послеродовом периоде было гипотоническое маточное кровотечение, которое было остановлено консервативно, кровопотеря при этом составила 500 мл.

С одинаковой частотой в послеродовом периоде у родильниц обеих групп были зафиксированы разрывы шейки матки, разрывы влагалища и промежности. Швы с промежности были сняты на 5 сутки послеродового периода, заживление происходило первичным натяжением.

Нарушения инволюции матки в послеродовом периоде чаще ( $p < 0,05$ ) были диагностированы у родильниц с многоводием, причем субинволюция матки встречалась только в основной группе. Гематометра и лохиометра у родильниц с многоводием были диагностированы в 3 раза чаще, чем у родильниц с нормальным объемом околоплодных вод. Нарушения инволюции матки у родильниц с многоводием наблюдались с одинаковой частотой после амниотомии и после преждевременного и раннего излития околоплодных вод (в  $11,9 \pm 3,96\%$  и  $11,1 \pm 4,68\%$  случаев соответственно). У пациенток с нормальным объемом околоплодных вод нарушения инволюции матки были диагностированы после несвоевременного излития околоплодных вод в  $5,0 \pm 5,00\%$  случаев. Лечение указанных осложнений было комплексное (утеротоники, антибиотики, инфузионная терапия). У 2 родильниц основной группы была лохиометра, у всех остальных родильниц потребовалось проведение кюретажа слизистой оболочки полости матки. После родов через естественные родовые пути выписка женщин производилась на 5–7 сутки, а по-

сле оперативного родоразрешения — на 9–10 сутки. Состояние родильниц при выписке было удовлетворительным.

Проанализировав течение беременности, родов, послеродового периода женщин группы высокого перинатального риска, мы сделали **выводы**:

1. Во время беременности у пациенток с многоводием достоверно чаще была диагностирована хроническая внутриматочная гипоксия плода. Это может быть следствием плацентарной недостаточности, развившейся вследствие повреждения плаценты микроорганизмами (патогенными и условно-патогенными), а также в ходе воздействия биологически активных веществ, вырабатываемых в ответ на воздействие инфекционного агента.

2. Вагинит у беременных группы высокого перинатального риска при многоводии наблюдается в 2,87 раза чаще ( $p < 0,05$ ), чем при нормальном объеме околоплодных вод, а течение его длительнее. Это может быть обусловлено как физиологической иммуносупрессией беременной, так и проявлением внутриутробной инфекции, вызвавшей многоводие.

3. Гестоз встречается в 2,5 раза чаще у женщин основной группы, по сравнению с контрольной ( $p < 0,05$ ), что может подтверждать его роль в механизмах реализации ВУИ.

4. Угроза прерывания настоящей беременности является частым осложнением у пациенток обеих групп, но выявление клинических признаков 2 и более раз на протяжении беременности у женщин с многоводием было в 4,9 раза чаще, чем у женщин с нормальным объемом околоплодных вод ( $6,8 \pm 1,90\%$  против  $1,4 \pm 1,36\%$ ).

5. В родах у родильниц с многоводием в 5,6 раза чаще возникали осложнения, требующие экстренного родоразрешения путем операции «кесарево сечение», чем у родильниц с нормальным объемом околоплодных вод. Острая гипоксия плода, антенатальная и интранатальная гибель плодов отмечена только у женщин с многоводием.

6. Первичная слабость родовых сил в 2,5 раза чаще диагностирована в основной группе, по сравнению с контрольной ( $p < 0,05$ ).

7. У пациенток с многоводием, по сравнению с женщинами с нормальным объемом околоплодных вод, достоверно чаще были диагностированы нарушения инволюции матки в послеродовом периоде ( $10,8 \pm 2,41$  и  $1,4 \pm 1,40\%$  соответственно), что объяснимо влиянием хронической инфекции на состояние эндометрия, сократительную способность миометрия, сосуды матки и плаценты.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Кан, Н. Е. Современные представления о внутриутробной инфекции / Н. Е. Кан, Н. В. Орджоникидзе // Акушерство и гинекология. — 2004. — № 6. — С. 3–5.
2. Кан, Н. Е. Прогнозирование ВУИ у беременных с высоким инфекционным риском / Н. Е. Кан // Матер. V Российского форума «Мать и дитя», М., 2003 г. / РАМН; ред.: В. И. Кулаков [и др.]. — М., 2003. — С. 84–85.
3. Частота, факторы риска и причины развития мало- и многоводия / О. А. Пустотина [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2005. — № 54. — С. 18–21.
4. Справочник врача женской консультации / Г. И. Герасимович [и др.]; под ред. Г. И. Герасимовича. — 2-е изд. — Мн.: Беларусь, 1988. — С. 93–98.
5. Чернуха, Е. А. Родовой блок: руководство для врачей / Е. А. Чернуха. — 3-е изд. — М.: «Трида Х», 2003. — С. 65–76.

Поступила 25.05.2007

УДК 618.36 – 008.64: 615 – 275

### БИОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ — ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Е. И. Лобан

Гомельский государственный медицинский университет

В обзоре литературы представлены современные взгляды на развитие плацентарной недостаточности. При невынашивании беременности частота развития этой патологии составляет от 50 до 77%, при гестозах — 32%, при экстрагенитальной патологии — 25–45%. Обсуждаются возможности лечения плацентарной недостаточности с помощью биорегулирующих препаратов.

**Ключевые слова:** хроническая плацентарная недостаточность, биорегулирующая терапия, диасплен.