

было отмечено побочных эффектов на фоне приема препаратов «Ферро-Фольгамма» или «Мальтофера».

Исходное значение гемоглобина в группе беременных колебалось от 95 до 110 г/л и в среднем составило  $100,5 \pm 2,1$  г/л. Уровни гематологических показателей до и после лечения у беременных 1-й и 2-й группы достоверно не различались ( $p > 0,05$ ): уровень гемоглобина после лечения составил в 1-й группе  $116,3 \pm 1,5$  г/л; а во 2-й группе  $117,6 \pm 1,6$ ; RBC –  $10^{12}/л$  после лечения составил в 1-й группе  $3,59 \pm 0,5$ ; а во 2-й группе  $3,66 \pm 0,6$ ; уровень гематокрита после лечения составил в 1-й группе  $32,9 \pm 0,5\%$ ; а во 2-й группе  $33,7 \pm 0,46\%$ . Достоверные различия между группами выявлены только по исходному уровню СФ, который составил  $18,3 \pm 1,3$  мкг/л во 2-й группе, что достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем в 1-й группе ( $11,3 \pm 1,2$  мкг/л).

После лечения достоверно возросли уровни СЖ, КНТ и СФ в обеих группах, достигнув нормативных значений, существенно они не различались

( $p > 0,05$ ). Достоверных различий между группами беременных с ЖДА легкой степени, пролеченных разными препаратами железа, при одинаковой продолжительности лечения не было.

Полученные результаты показывают, что соотношение между оптимальным содержанием двухвалентного железа, фолиевой кислоты и цианокобаламина в одной капсуле «Ферро-Фольгаммы» позволяет добиться отличных результатов в лечении ЖДА легкой степени у беременных при суточной дозе 75 мг элементарного железа, в то время как для достижения такого же эффекта при лечении препаратом полимальтозного комплекса гидроксили трихвалентного железа «Мальтофером» необходимо 200 мг элементарного железа в сутки. Наличие в препарате Ферро-Фольгамма» фолиевой кислоты и цианокобаламина является его дополнительным преимуществом, так как при ЖДА у беременных часто имеет место недостаток многих витаминов, и прежде всего участвующих в кроветворении. Мы убедились в целесообразности и высокой эффективности применения «Ферро-Фольгаммы®» для лечения ЖДА в акушерской практике.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ГЕНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Кулавский Е. В.,  
Кулавский В. А.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрасоцразвития России

Среди важнейших проблем перинатального акушерства одно из первых мест занимает проблема преждевременных родов, так как они определяют уровень перинатальной смертности и заболеваемости. Перинатальная смертность недоношенных новорожденных во много раз выше, чем доношенных.

Проблема преждевременных родов также имеет психосоциальный аспект, так как рождение недоношенного ребенка, его болезнь и смерть являются тяжелой психической травмой для матери. Женщины, потерявшие ребенка, ощущают тревогу за исход последующей беременности, чувство собственной вины, что в конечном итоге приводит к заметному уменьшению их жизненной активности, конфликтам в семье, а часто и к отказу от последующей беременности. В этой связи проблема преждевременных родов рассматривается не только как медицинская, но и как социальная. Огромное социальное значение приобретает вопрос преждевременных родов в связи с высокой стоимостью выхаживания недоношенных детей.

Целью исследования явилось изучение причин преждевременных родов у 150 первобеременных без экстрагенитальной патологии и позднего гестоза. Большинство обследованных имели нормальный женский морфотип, правильное телосложение, и только 7 из них страдали ожирением. У 65 женщин прерывание беременности произошло на сроке 28–33 недели, у 85 – 34–37 недель. Из 150 женщин 18,3% были в возрасте 15–19 лет, 62,4% – 20–24 года, 12,1% – 25–29 лет и 7,2% – старше 30 лет.

По социальному положению большинство обследованных были служащими (44,5%), 37,5% – рабочими и 18% – учащимися. Анализ перенесенных заболеваний показал, что 12,6% женщин ничем не болели, 70% имели инфекционный индекс 1–2, 16,6% – 3–4. Обращает на себя внимание тот факт, что у 28% беременных выявлен хронический тонзиллит, а 72% женщин неоднократно болели гриппом и ОРЗ.

Возраст менархе колебался от 11 до 18 лет: у 32% он составил 11–12 лет, у 60,7% – 13–15 и у

7,6% – 16–18 лет. По-видимому, отсутствие выраженных нарушений менструальной функции объясняется тем, что при ее расстройстве чаще происходит прерывание беременности в первом триместре, а у обследованных был третий триместр беременности.

До наступления беременности у 24% пациенток имелись воспалительные заболевания гениталий, 2,6% перенесли операции по поводу кист яичников. У 60,6% женщин беременность в первом триместре протекала без осложнений, у 20% – наблюдался ранний токсикоз, у 13,4% – угроза прерывания (лечение проводилось в условиях стационара). Во втором триместре угроза прерывания беременности отмечена у 16,6% обследованных. 22,4% женщин перенесли острые респираторные заболевания.

Наиболее частым осложнением в родах было дородовое излитие околоплодных вод, чаще оно наблюдалось у женщин, имеющих в анамнезе воспалительные и острые респираторные заболевания во время беременности. Стремительные и быстрые роды были у 24,3% обследованных, наиболее часто – в группе с прерыванием беременности в 28–33 недели. Средняя продолжительность родов составила  $11,0 \pm 0,3$  часа с индивидуальными колебаниями от 3 часов до суток. Частичная отслойка плаценты во время родов выявлена у 5,6% пациенток, причем она имела место у тех женщин, у которых имели в анамнезе были воспалительные заболевания и/или перенесли ОРВИ в процессе беременности. У 4,6% женщин проведено ручное обследование полости матки в связи с дефектом плаценты и кровотечением в послеродовом периоде (1,3%). Послеродовый период протекал без осложнений у большинства женщин, и только у 2,3% отмечены явления эндометрита. При сроке гестации 28–33 недели масса новорожденных со-

ставляла  $1\,644,5 \pm 58,7$  г, а при сроке 34–37 недель –  $2\,389,7 \pm 42,4$  г.

В плацентах женщин с прерыванием беременности в 28–33 недели преобладали деструктивно-дистрофические изменения: обширные отложения фибриноидных масс в межворсинчатом пространстве и в строме ворсин, преобладание отечных терминальных ворсин, наличие участков обызвествления, инфарктов, воспалительных изменений. Эти нарушения были менее выражены у женщин с прерыванием беременности в 34–37 недель. Помимо дистрофических изменений наблюдались и компенсаторно-приспособительные – наличие ворсин с расширенными и полнокровными капиллярами, с сосудами, расположенными субэндотелиально, с синцитиальными узелками пролиферативного типа. Чаще такие изменения обнаруживались в плаценте у женщин с прерыванием беременности в 34–37 недель.

При сроке беременности 28–33 недели воспалительные изменения последа отмечены в 42,3% случаев, в 34–37 гестации – в 28%. В половине плацент с воспалительными изменениями выявлен децидуит, в каждой четвертой – плацентарный хориоамнионит с субхориальным интервиллузитом (воспаление хориальной пластинки в сочетании с лейкоцитарной инфильтрацией в межворсинчатом пространстве). Воспалительные изменения в плацентах в большинстве наблюдений сочетались с дистрофическими.

Таким образом, анализ анамнеза, клинических особенностей течения беременности и родов и морфологии плаценты у первобеременных женщин с преждевременными родами показал, что во всех случаях имело место развитие плацентарной недостаточности, что и было ведущей причиной досрочных родов.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОСЛЕДЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Перетятко Л. П.,  
Кулида Л. В

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова»  
Минздравсоцразвития России

В последние годы одно из первых место среди нозологических форм экстрагенитальной патологии, оказывающей негативное влияние на течение беременности и родов, занимает артериальная гипертензия. По данным литературы, артериальная

гипертензия в 50% случаев клинически проявляется до 30 недель беременности. Структурные изменения артериолярного звена, развивающиеся при данной патологии, распространяются на сосуды плацентарного ложа и приводят к наруше-