

Н.В. Трунченко, В.Г. Анастасьева

**АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ  
У ПАЦИЕНТОК С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА***Городской неврологический центр «Сибнейромед» (Новосибирск)*

*В статье приводятся данные о высокой частоте осложнений во время беременности и в родах, а также преждевременных родов у женщин с малыми аномалиями развития сердца, обусловленными синдромом дисплазии соединительной ткани. Дети, рожденные такими матерями, часто являются маловесными, у них очень высоки показатели ранней неонатальной заболеваемости, а также частота возникновения врожденных аномалий развития, особенно пороков сердца, как правило, более тяжелых и сложных, чем у их матерей.*

**Ключевые слова:** дисплазия соединительной ткани, малые аномалии развития сердца у матери, осложнения беременности и родов, патология новорожденных

**OBSTETRIC COMPLICATIONS AND PATHOLOGY OF NEWBORNS  
AT PATIENTS WITH SMALL HEART ANOMALIES**

N.V. Trunchenko, V.G. Anastasjeva

*City neurological centre «Sibneuromed», Novosibirsk*

*This article presents the data about high frequency of complications during pregnancy and delivery, and premature births among women with small heart anomalies (mitral valve prolapse, anomalous chord of left ventricle, their combination and some other intra-cardiac pathologies), which are conditioned by the syndrome of dysplasia of connective tissue. Children born by such mothers very often have low weight, high index of early neonatal diseases and high frequency of congenital anomalies of development, especially heart defects which as a rule are more serious and complicated than in their mothers.*

**Key words:** dysplasia of connective tissue, small anomalies of heart development in mother, complications of pregnancy and delivery, pathology in newborns

Наиболее известными «малыми аномалиями развития сердца» (МАРС) являются пролапсы митрального клапана (ПМК) и аномальные хорды левого желудочка (АХЛЖ), частота которых в популяции в настоящее время возрастает. В некоторых случаях эти аномалии сочетаются с пролапсами трикуспидального клапана (ПТК), аневризмами сердца, открытым овальным окном, небольшими дефектами межпредсердной и межжелудочковой перегородки. Все МАРС в настоящее время хорошо диагностируются при эхокардиографии. В последние годы их все чаще связывают с недифференцированной дисплазией соединительной ткани — нДСТ [3, 9].

Как правило, кардиологи, вследствие незначительности нарушений внутрисердечной и общей гемодинамики при большинстве МАРС, не возражают против вынашивания такими пациентками имеющейся у них беременности. Между тем, вопрос об акушерских осложнениях и обусловленной ими патологией новорожденных у женщин с МАРС еще окончательно не решен, а тактика ведения таких пациенток и их детей, как во время беременности, так и в послеродовом периоде, еще недостаточно разработана из-за недостатка и противоречивости имеющейся информации [5, 6].

В этой связи, нами были изучены особенности течения беременности и родов, а также состояние новорожденных у 159 женщин с ПМК (1 группа), 155 — с АХЛЖ (2 группа) и 74 — с сочетанными

МАРС (3 группа). Помимо МАРС все эти пациентки имели множественные другие внешние и висцеральные проявления нДСТ. По возрасту изучаемые группы существенно не различались, во всех преобладали пациентки до 30 лет, преимущественно первобеременные и повторнобеременные перворожавшие.

Считаем необходимым более подробно охарактеризовать 3 группу женщин. Она включала 61 случай сочетания ПМК и АХЛЖ, 4 — сочетания ПМК с ПТК, 3 — ПМК с открытым овальным окном, 3 — ПМК с небольшими дефектами межжелудочковой перегородки, 1 — ПМК с аневризмой сердца. Еще у 2 женщин наблюдалось сочетание АХЛЖ с небольшими дефектами межпредсердной перегородки.

Во время изучаемой беременности все пациентки с МАРС наблюдались кардиологом, им производилась эхокардиография, не выявившая клинически значимых нарушений сердечной гемодинамики и электрокардиография, с помощью которой преходящие нарушения ритма и проводимости были выявлены в 1 группе у 9 (5,6%), во 2 — у 4 (2,6%) и в 3 — у 5 (6,8%) женщин. Все эти пациентки получали необходимое лечение. Ни в одном случае вопрос необходимости досрочного прерывания имеющейся беременности в интересах матери кардиологом не ставился.

В таблице 1 приводятся данные о внекардиальной патологии у женщин изучаемых групп. Из данных таблицы 1 следует, что наиболее частым ви-

дом соматической патологии у пациенток с МАРС являлась вегетососудистая дистония, протекавшая преимущественно по гипотоническому типу. О серьезных нарушениях в иммунной системе у женщин с МАРС свидетельствовала высокая частота хронической воспалительной ЛОР патологии, в которой преобладал хронический тонзиллит, а также хронических воспалительных бронхолегочных заболеваний, хронических холециститов и гастродуоденитов, хронического пиелонефрита. Весьма характерными для женщин с МАРС, как и для всех пациенток с нДСТ, являются также миопия, патология позвоночника, а также склонность к аллергическим реакциям [4].

В таблице 2 приведены данные о гинекологических заболеваниях у взятых под наблюдение пациенток с МАРС. Из нее следует, что наиболее частым видом гинекологической патологии у них являлись псевдоэрозии шейки матки. Высокая частота инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий, склонных к рецидивирующему течению,

подтверждает наличие у изучаемых женщин выраженных нарушений иммунной системы. Также обращает внимание то, что практически каждая пятая пациентка с МАРС до наступления изучаемой беременности лечилась от бесплодия, связанного как с нарушениями функции яичников, так и с воспалительной патологией гениталий.

Весьма характерные для пациенток с нДСТ снижение фагоцитарной активности, нарушения клеточного и гуморального иммунитета [1, 10], усугубленные наступлением беременности, явились причиной того, что во время изучаемой беременности у 129 (81,1%) женщин с ПМК, у 130 (83,9 %) – с АХЛЖ и у 70 (94,6 %) – с сочетанными МАРС было установлено наличие генитальной инфекции. При этом возбудителями влагалищной инфекции в изучаемых группах наиболее часто являлись представители условно-патогенной кишечной микрофлоры и грибы рода *Candida*, а шеечной – персистирующие внутриклеточно хламидии и уреоплазмы.

Таблица 1

Частота встречаемости внекардиальной патологии в группах женщин с МАРС (%)

Внекардиальная патология	ПМК (1-я группа) n = 159		АХЛЖ (2-я группа) n = 155		Сочетанная патология (3-я группа) n = 74		Всего n = 388	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вегетососудистая дистония	86	54,1	65	41,9	25	33,8	176	45,4
Гипертоническая болезнь	5	3,1	–	–	1	1,3	6	1,5
Варикозная болезнь	14	8,8	1	0,65	1	1,35	16	4,1
Хр. воспалительная патология ЛОР-органов	60	37,7	40	25,8	16	21,6	116	29,9
в т.ч. хр. тонзиллит	47	29,6	35	22,6	18	24,3	106	25,8
Хр. воспалительные бронхолегочные заболевания	70	44,0	22	14,2	18	24,3	110	28,3
Заболевания желудочно-кишечного тракта	59	37,1	48	31,0	4	5,4	111	28,6
в т.ч. хронические холециститы	32	20,1	19	12,3	3	4,1	54	13,9
гастродуодениты	25	15,7	11	7,1	2	2,7	38	9,8
Патология почек и мочевого пузыря	39	24,5	28	18,1	5	6,8	72	18,6
в т.ч. хронические пиелонефриты	30	18,9	10	6,5	3	4,1	43	11,1
нефроптозы	13	8,2	10	6,5	4	5,4	27	6,9
Гиперплазия щитовидной железы	25	15,7	22	14,2	6	8,1	53	13,7
Миопия	20	12,6	18	11,6	6	8,1	44	11,3
Патология позвоночника	22	13,8	9	5,8	2	2,7	33	8,5
Аллергозы	17	10,7	10	6,5	5	6,8	32	8,25

Таблица 2

Распространенность гинекологической патологии в группах женщин с МАРС

Гинекологическая патология	ПМК (1-я группа) n = 159		АХЛЖ (2-я группа) n = 155		Сочетанная кардиопатология (3-я группа) n = 74		Всего n = 388	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Патология шейки матки	94	59,1	74	47,7	30	40,5	198	51,0
Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий	85	54,8	55	35,5	35	47,3	175	45,1
Нарушения менструального цикла	52	32,7	21	13,5	9	12,1	82	21,1
Бесплодие	38	23,9	31	20,0	12	16,2	81	20,9
Узкий таз	12	7,5	8	5,1	10	13,5	30	7,7

Внутриутробное инфицирование произошло в 1 группе у 77 (48,2%), во 2 — у 65 (41,9%) и в 3 — у 55 (74,3%) беременных, что и обусловило у пациенток с МАРС большое число гестационных осложнений. Так, среди женщин с ПМК осложнения во время беременности наблюдались у 70 (44,0%), при АХЛЖ — у всех 155 (100%) и при сочетанной кардиальной патологии — также у всех 74 (100%) человек. Основные гестационные осложнения, возникшие у пациенток с МАРС, отражены в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что наиболее частыми осложнениями беременности у всех пациенток с МАРС были угроза недонашивания и поздний гестоз, что согласуется с результатами других исследователей [6–8]. Между тем, очень высокая частота раннего токсикоза, на которую также указывают в литературе [7] нами наблюдалась лишь у группы женщин с АХЛЖ.

Особого внимания у пациенток с МАРС заслуживает высокая частота возникновения синдрома задержки развития плода и его хронической внутриутробной гипоксии, подтверждаемые другими исследователями [6–8].

Роды в срок произошли в 1 группе у 134 (84,3%), во 2 группе — у 118 (76,1%) и в 3 группе — у 51 (68,9%) женщин.

Во всех взятых под наблюдение группах пациенток с МАРС отмечалась повышенная частота преждевременных родов: при ПМК — в 23 (14,5%), АХЛЖ — в 34 (21,9%), при сочетанной кардиальной патологии — в 21 (28,3%) случае.

Перенашивание беременности имело место у 2 (1,3%) женщин 1-й, у 3 (1,9%) — 2-й и у 2 (2,7%) — 3-й группы.

Осложнения в родах возникли у 113 (71,1%) пациенток с ПМК, 153 (98,7%) — с АХЛЖ и у всех 74 (100%) — с сочетанной кардиальной патологией. Наиболее часто у женщин с МАРС наблюдалось несвоевременное излитие околоплодных вод (33,5–45,3% случаев), обусловленное преждевременным или ранним разрывом плодных оболочек,

а также материнский родовой травматизм (у 11,3% женщин 1 группы и 43,2% 3 группы, различия достоверны  $p < 0,05$ ). Подобные данные получены и другими исследователями [2, 6, 7].

Особого внимания на наш взгляд заслуживает то, что частота материнского родового травматизма, равно как и ее тяжесть, была достоверно выше в 3 группе женщин. В этой же группе также наблюдалась более высокая частота возникновения преждевременной отслойки плаценты и гипотонических кровотечений, что является основанием для целенаправленного изучения у пациенток с сочетанной кардиальной патологии состояния системы гемостаза.

Высокая частота осложненного течения беременности и родов обусловили применение у рожениц с МАРС большого числа оперативных пособий, в т.ч. в группе с ПМК 63 (39,6%), с АХЛЖ — 94 (60,6%) и с сочетанной кардиальной патологией — 70 (94,6%). Операция кесарева сечения была выполнена при ПМК у 18 (11,3%) женщин, в т.ч. по экстренным показаниям — у 3 и в плановом порядке — у 15; при АХЛЖ — у 20 (12,9%) женщин, все они были оперированы в плановом порядке; при сочетанных МАРС — у 27 (36,5%) женщин, в т.ч. у 10 — в экстренном и у 17 — в плановом порядке.

Всего в изучаемых группах женщин родилось 388 детей, в т.ч. в 1-й — 159, во 2-й — 155 и в 3-й — 74. В группе с ПМК перинатальных потерь не было. В группе с АХЛЖ наблюдались 2 случая интранатальной асфиксии при родах на 26 и 28 неделях беременности, один из плодов имел к тому же врожденный порок развития — атрезию пищевода. Случаев ранней неонатальной гибели не было. Соответственно перинатальная смертность составила в этой группе 13,1%. В группе женщин с сочетанной кардиальной патологией наблюдалось 1 мертворождение: интранатальное от асфиксии при срочных родах погиб маловесный ребенок с врожденным пороком развития — гидроцефалией в сочетании с полидактилией. Случаев ранней

Таблица 3

Акушерские осложнения у беременных с МАРС

Акушерские осложнения	ПМК (1-я группа) n = 159		АХЛЖ (2-я группа) n = 155		Сочетанная кардиопатология (3-я группа) n = 74		Всего n = 388	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ранний токсикоз	42	26,4	74	47,7	22	29,7	138	35,6
Угроза недонашивания	91	57,2	77	49,7	70	94,6	238	61,3
Поздний гестоз	125	78,6	139	89,7	40	54,1	304	78,3
Анемия	114	71,7	60	38,7	47	63,5	221	56,9
Гестационный пиелонефрит	14	8,8	15	9,7	23	31,1	52	13,4
Многоводие	19	11,9	7	4,5	11	14,9	37	9,5
Маловодие	27	17,0	18	11,6	13	17,6	58	14,9
Синдром задержки развития плода	46	28,9	54	34,8	10	13,5	110	28,4
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	43	27,0	52	33,5	35	47,3	130	33,5

Данные о наиболее частых заболеваниях новорожденных от матерей с МАРС

Виды неонатальной патологии	ПМК (1-я группа) n = 159		АХЛЖ (2-я группа) n = 153		Сочетанные МАРС (3-я группа) n = 73	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Перинатальная патология ЦНС	70	44,0	61	38,9	70	95,9
в т.ч. у доношенных	50	36,4	31	25,6	50	96,1
у недоношенных	20	90,9	30	93,7	20	95,2
Внутриутробная инфекция	34	21,4	71	46,4	66	90,4
в т.ч. у доношенных	14	10,2	41	33,9	46	88,5
у недоношенных	20	90,9	30	93,7	20	95,2
Респираторный дистресс-синдром	7	23,3	59	38,6	18	24,7
в т.ч. у доношенных	17	12,4	40	33,1	5	9,6
у недоношенных	20	90,9	19	59,3	13	61,9
Кардиопатии	44	32,1	48	31,4	26	35,6
в т.ч. у доношенных	24	17,5	18	14,9	10	19,2
у недоношенных	20	90,9	30	93,7	16	76,2
Желтуха 2-3 ст.	38	23,9	35	22,9	12	16,4
в т.ч. у доношенных	20	14,6	5	4,1	2	2,7
у недоношенных	18	81,8	30	93,7	10	47,6

неонатальной смертности не было, соответственно перинатальная смертность составила 13,7 ‰.

Изучение весо-ростовых показателей новорожденных с использованием процентильных таблиц, показало:

– у женщин с ПМК было 77 (48,4 %) детей с нормальной массой тела, в т.ч. 75 (55,1 %) – среди доношенных и 2 (8,7 %) среди недоношенных; гипотрофиков было 78 (49,0 %), в т.ч. 58 (42,6 %) среди доношенных и 20 (86,9 %) среди недоношенных; детей с избыточной массой тела (паратрофией) было 4 (2,5 %), все доношенные;

– у женщин с АХЛЖ среди живорожденных было 67 (43,7 %) детей с нормальной массой тела, в т.ч. 56 (46,3 %) среди доношенных и 11 (34,4 %) среди недоношенных, внутриутробная гипотрофия имела у 84 (54,9 %), в т.ч. у 63 (52,1 %) доношенных и 21 (65,6 %) недоношенного; паратрофиков было 2 (1,3 %), все доношенные;

– у пациенток с сочетанной кардиальной патологией среди живорожденных детей с нормальной массой тела было – 17 (23,3 %), в т.ч. 16 (30,8 %) доношенных и 1 (4,8 %) недоношенный. Внутриутробная гипотрофия диагностировалась у 52 (71,2 %) детей, в т.ч. у 34 (65,4 %) доношенных и у 18 (85,7 %) недоношенных детей. Паратрофия имела у 4 (5,5 %) детей, в т.ч. у 2 (3,8 %) доношенных и у 2 (9,5 %) недоношенных – за счет выраженного отечного синдрома.

Всего детей с нормальной массой тела было среди живорожденных от матерей с МАРС 161 (41,8 %), гипотрофиков – 214 (55,6 %) и паратрофиков – 10 (2,6 %). На возможность рождения маловесных детей матерей с нДСТ указывают и другие авторы [2, 5–8].

С нашей точки зрения столь значительное число маловесных детей у пациенток с МАРС было связано с внутриматочным инфицированием и развившейся вследствие этого хронической пла-

центарной недостаточностью, что подтверждалось результатами патоморфологического исследования последов после родов. Эти же факторы обусловили среди живорожденных от матерей с МАРС очень высокую заболеваемость. Всего в группе женщин с ПМК заболели в 1 неделю жизни 132 (83 %) ребенка, с АХЛЖ – все 153 ребенка, в группе со смешанной кардиальной патологией также все 73 новорожденных. Соответственно ранняя неонатальная заболеваемость составила в 1 группе 830,2 ‰, а во 2 и 3 группах – 1000 ‰.

В таблице 4 представлены данные о структуре ранней неонатальной заболеваемости у детей от женщин с МАРС. Из нее видно, что у новорожденных изучаемых групп наиболее часто возникала перинатальная патология ЦНС – у 52,2 % детей. Второе место заняли внутриутробные инфекции, которые наблюдались у 44,4 % новорожденных, при этом они достоверно чаще возникали у новорожденных от матерей с АХЛЖ и сочетанной кардиальной патологией. Особого внимания заслуживает высокая частота возникновения у детей, рожденных женщинами с МАРС, кардиопатий, которые были диагностированы в 30,6 % случаев. Важной особенностью детей, рожденных пациентками с МАРС, явилась высокая частота врожденных аномалий развития, всего они были выявлены у 15,5 % детей. Все виды перинатальной патологии значительно чаще наблюдались у недоношенных детей и протекали у них более тяжело.

В группе женщин с ПМК врожденные пороки развития были отмечены у 8 (5 %) детей. У 6 из них имелись врожденные аномалии сердца: у 2 – ПМК, у 2 – дефект межжелудочковой перегородки, у 1 – сочетание ПМК и дефекта межжелудочковой перегородки, еще у 1 – сочетание ПМК и открытого овального окна. У 1 ребенка имела сквозная расщелина верхнего неба, у 1 – паховая грыжа.

В группе женщин с АХЛЖ врожденные пороки развития были диагностированы у 17 (11 %) новорожденных. У 13 детей имелись врожденные аномалии сердца: у 5 — АХЛЖ в сочетании с дефектом межжелудочковой перегородки, у 3 — дефект межжелудочковой перегородки, у 3 — АХЛЖ, у 2 — ПМК. У 1 ребенка имелась атрезия пищевода (погиб интранатально от асфиксии глубоконедоношенным), у 1 — сочетание пахово-мошоночной грыжи и дисплазии тазобедренных суставов, у 2 — кривошея.

В группе женщин с сочетанными МАРС врожденные аномалии развития определялись у 35 (47,3 %) детей. У 20 новорожденных имелись пороки сердца: у 5 — сочетание АХЛЖ с дефектами межжелудочковой перегородки, у 4 — сочетания ПМК с дефектами межжелудочковой перегородки, у 3 — дефекты межжелудочковой перегородки, у 1 — сочетание ПМК, АХЛЖ и дефекта межжелудочковой перегородки, у 1 — сочетание дефекта межжелудочковой перегородки с открытым артериальным протоком, у 1 — сочетание дефекта межжелудочковой перегородки с ПМК и открытым овальным окном, у 1 — сочетание ПМК с открытым артериальным протоком и овальным окном, у 1 — сочетание ПМК с открытым овальным окном, у 1 — сочетание ПМК и АХЛЖ, у 1 — ПМК, еще у 1 — АХЛЖ. У 1 ребенка имелось сочетание гидроцефалии с полидактилией (погиб интранатально при срочных родах), еще у 1 имелась только гидроцефалия, у 2 — гидронефроз, у 5 — крипторхизм, у 3 — кривошея, у 2 — дисплазия тазобедренных суставов, у 1 — водянка яичка.

Анализ аномалий развития, выявленных у детей, рожденных пациентками с МАРС, показал, что наиболее часто они возникали в 3 группе женщин — в 47,3 % случаев. Наиболее частыми видами врожденных аномалий были пороки сердца, выявленные у 39 (10,05 %) новорожденных, причем они в большинстве случаев были более сложными и тяжелыми, чем аномалии, имевшиеся у их матерей.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполненные нами исследования свидетельствуют о том, что у пациенток с МАРС возникает большое количество осложнений во время беременности, особенно угрозы недонашивания, поздних гестозов, задержки развития плода, его хронической внутриутробной гипоксии, а также преждевременных родов, что мы связываем с высокой частотой внутриматочного инфицирования и развивающейся вследствие этого хронической плацентарной недостаточности. Столь высокая частота внутриматочного инфицирования у изучавшихся нами женщин несомненно связана с присущими нДСТ нарушениями иммунитета, усугублявшимися во время беременности.

В родах у женщин с МАРС также наблюдается большое число осложнений, особенно несвоевременного излития околоплодных вод вследствие преждевременного и раннего разрыва плодных

оболочек и материнского родового травматизма, возникающих на фоне соединительно-тканых нарушений и персистирующей в половых путях инфекции.

У новорожденных от матерей с МАРС отмечается очень высокая заболеваемость, среди них высок удельный вес маловесных детей, что связано с хронической плацентарной недостаточностью и внутриутробным инфицированием.

Особое значение имеет высокая частота возникновения у детей, рожденных пациентками с МАРС, аномалий развития, среди которых преобладают врожденные пороки сердца, в большинстве случаев более сложные и тяжелые, чем у их матерей.

С учетом того, что МАРС в большинстве случаев являются висцеральным проявлением нДСТ, возникает необходимость организационных мероприятий: специальной подготовки таких женщин к родам, иммунопрофилактики обострений у них во время беременности хронических инфекционно-воспалительных соматических и генитальных заболеваний, своевременного выявления и лечения внутриматочного инфицирования и развивающейся хронической плацентарной недостаточности. Поскольку патология при нДСТ наследуется, и, как правило, отличается прогрессирующим течением, дети от матерей с МАРС, особенно при наличии у них антенатальной патологии и заболеваемости в период новорожденности, должны браться на специальный учет для проведения в последующие периоды жизни профилактических и лечебных мероприятий, призванных обеспечить у них к периоду достижения половой зрелости удовлетворительные показатели соматического, психического и репродуктивного здоровья.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Глотов А.В. Клиническая и структурно-функциональная характеристика иммунной системы при дисплазии соединительной ткани: Дисс. ... докт. мед. наук / Глотов А.В. — Новосибирск, 2003. — 290 с.
2. Елисеева И.В. Клинико-функциональные особенности соматического состояния и течения родов у женщин с пролапсом митрального клапана / И.В. Елисеева // *Клин. мед.* — 2003. — № 3. — С. 22–24.
3. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца / Э.В. Земцовский. — СПб.: Политекс, 1998. — 94 с.
4. Клеменов А.В. Внекардиальные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани (обзор) / А.В. Клеменов // *Клин. мед.* — 2003. — № 10. — С. 4–7.
5. Клеменов А.В. Дисплазия соединительной ткани и беременность (обзор) / А.В. Клеменов, А.В. Ткачева, А.Л. Верткин // *Тер. архив.* — 2004. — № 11. — С. 80–83.
6. Козина О.Б. Беременность и роды у больных с недифференцированной дисплазией

соединительной ткани / О.Б. Козина // *Вопр. акуш., гинекол. и перинатол.* — 2007. — № 1. — С. 66–69.

7. Савельева И.В. Течение беременности и исход родов для матери и плода при дисплазии соединительной ткани: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Савельева. — Омск, 2002. — 20 с.

8. Течение и исходы беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / А.В. Клеменов, О.П. Алексеева,

А.А. Востокова и др. // *Гинекология.* — 2005. — № 12. — С. 53–57.

9. Трисветова Е.Л. Малые аномалии сердца / Е.Л. Трисветова, А.А. Бова // *Клин. мед.* — 2002. — № 1. — С. 9–15.

10. Яковлев В.М. Клинико-лабораторные синдромы иммунных нарушений при дисплазии соединительной ткани / В.М. Яковлев, В.И. Коненков, А.В. Глотов // *Консилиум.* — 2000. — № 1. — С. 43–46.

#### **Сведения об авторах**

**Трунченко Наталья Викторовна**, врач акушер-гинеколог; тел.: 8 (913) 986-30-78

**Анастасьева Валентина Гурьевна**, д.м.н., ведущий научный сотрудник СО РАМН, врач акушер-гинеколог; тел.: 8 (913) 207-56-48, 8 (3832) 26-14-81