

контроле, по данным осмотра в зеркалах, кольпоскопии и бактериоскопии мазка цервикальной слизи, воспалительные заболевания генитального тракта отсутствовали. Урогенитальные микоплазмы выявлены у 165 (75%) больных цервицитами, причем у 127 (77%) больных цервицит был на фоне эктопии шейки матки, что совпадает с данными других исследователей (73,2%) [5,7]. *U. urealyticum* чаще выявлялась у больных цервицитом (в 67% случаях), чем у клинически здоровых лиц в 17% случаях ($p < 0,001$). *M. hominis* с одинаковой частотой имела в основной и контрольной группах. Сочетание *U. urealyticum* и *M. hominis* у пациенток с цервицитом было чаще, чем у здоровых, но различия не достигли уровня статистической значимости ($p > 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2

Частота обнаружения урогенитальных микоплазм

Возбудитель	Основная группа, n=220	Контроль, n=30
<i>U. urealyticum</i>	151 (67%)	5 (17%)
<i>M. hominis</i>	5 (2,8%)	1 (3,3%)
<i>U. urealyticum</i> и <i>M. hominis</i>	8 (3,6%)	0
<i>M. genitalium</i>	1 (0,5%)	0

M. genitalium в основной группе обнаружена лишь у 1 больных, в контрольной группе не обнаружена. Полученные данные о четкой ассоциации инфекции и *U. urealyticum* с проявлениями цервицита согласуются с результатами немногочисленных исследований других авторов [2, 7]. Вместе с тем низкая частота сочетанного выявления *U. urealyticum* и *M. hominis* у больных цервицитом позволяет предположить, что моноинфекция *U. urealyticum* имеет большее значение в развитии цервицита, чем ее сочетание с *M. hominis*. Частота выявления *M. hominis* практически не отличалась от таковой в контрольной группе. Полученные результаты в сопоставлении с данными [7] позволяют говорить об отсутствии взаимосвязи между *M. hominis* и цервицитом. Несмотря на наличие работ, продемонстрировавших значение *M. genitalium* в развитии цервицита и других воспалительных заболеваний органов малого таза [4], в данном исследовании этот возбудитель обнаружен у одной пациентки. Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о четкой ассоциации *U. urealyticum* с цервицитом. Этиологическое значение *M. genitalium* требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Краснополский В.И. и др. // Патология влагалища и шейки матки. – М.: Медицина. – 1997. – 272 с.
2. Кисина В.И. и др. // Вест. дерматол. и венерол. – 2001. – №2. – С. 40–45.
3. Немченко О.И., Уварова Е.В. // Consilium medicum. – 2007. – № 1. – С. 45–50.
4. Прохоренко В.И., Шапран М.В. // Вест. дерматологии и венерологии. – 2006. – № 2. – С. 59–61.
5. Прилепская В.Н. и др. // Гинекол. – 2007. – Т.9, №1. – С. 31.
6. Соколовский Е.В. и др. // Инфекции, передаваемые половым путем. – М.: Медпресс-информ. – 2006. – 256 с.
7. Каримова А.Э. и др. // Рос. ж. кожных и венерических болезней. – 2005. – № 6. – С. 69–71.

УДК 618.39-021.3

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

П.Г. МАРТЫНЕНКО, В.Г. ВОЛКОВ, Н.Н. ГРАНАТОВИЧ*

Ключевые слова: смертность недоношенных новорожденных

Младенческая смертность является показателем, характеризующим не только уровень развития государства в целом, но и уровень развития здравоохранения, в частности системы акушерской и педиатрической помощи. Медицинской наукой достигнуты значительные успехи, что привело к стойкому снижению младенческой смертности. Наибольших значений этот показатель достигает среди недоношенных новорожденных. Поэтому представляет интерес изучение структуры смертности недоношенных новорожденных на территории Тульской области. В то же время

для дальнейшего снижения младенческой смертности по причине преждевременных родов необходим эпидемиологический подход к анализу недонашивания беременности, что позволит разработать эффективные профилактические программы.

Цель исследования – изучение основных эпидемиологических характеристик преждевременных родов в Тульской области: распространенность, причины, факторы риска, исходы.

Материалы и методы. Материалами для анализа стали: отчетные формы №32 государственного статистического наблюдения за 2000-2008 гг.; данные регионального регистра смертности «MEDSS» за 2000-2008 г.; данные регионального регистра рождаемости населения «MEDRDN» за 2006-2008 гг., журнал поступления больных отделением реанимации и интенсивной терапии (ИТ) ГУЗ «Тульский областной родильный дом» за 2003-2008 гг. Метод исследования: эпидемиологический на уровне популяции Тульской области.

Для математической обработки данных медицинского регистра рождаемости населения «MEDRDN» было использовано программное обеспечение «Analitic», специально разработанное для этих целей (разработчик В.А. Хромушин). Учитывая отсутствие официальных статистических данных по количеству преждевременных родов в различные сроки беременности, анализ проведен в зависимости от массы тела при рождении: 500-999 г, 1000-1499 г, 1500-1999 г и 2000-2499 г

Результаты. Всего за исследуемый период в Тульской области родилось 114016 новорожденных, в т.ч. с низкой массой тела при рождении – 6984 (6,12%).

Таблица 1

Количество родившихся живыми с низкой массой тела при рождении в динамике за исследуемый период

	2000-2004	2005-2008	Динамика, %	p
Родилось живыми в т.ч. с массой тела:	61,978	52,038		
500-2499 г.,	3,852 (6,21%)	3,132 (6,02%)	- 0,19	0,2
500-999 г.	220 (0,35%)	173 (0,33%)	- 0,02	0,5
1000-1499 г.	302 (0,49%)	274 (0,53%)	+ 0,04	0,4
500-1499 г.	522 (0,84%)	447 (0,86%)	+ 0,02	0,8
1500-1999 г.	814 (1,31%)	711 (1,37%)	+ 0,06	0,5
2000-2499 г.	2,516 (4,06%)	1,974 (3,79%)	- 0,27	0,03
1500-2499 г.	3,330 (5,37%)	2,685 (5,16%)	- 0,21	0,1

Наибольшее число новорожденных в структуре маловесных родилось с массой тела 2000-2499 г, а наименьшее количество – с массой тела 500-999 г (табл. 1). В динамике за исследуемый период не отмечено статистически достоверного изменения количества родившихся новорожденных с низкой массой тела при рождении за исключением группы, родившихся с массой 2000-2499 г, количество которых снизилось с 5,37% до 5,16%. Основными причинами, приведшими к преждевременным родам, стали спонтанное начало родовой деятельности (65,8%), преждевременный разрыв плодных оболочек (25,8%), а также медицинские вмешательства, направленные на досрочное прерывание беременности из-за развившихся осложнений (8,4%) (табл. 2).

Таблица 2

Основные причины преждевременных родов в зависимости от массы тела при рождении

Причина (код МКБ X)	Масса 500-1499 г (n=149)	Масса 1500-2499 г (n=1243)	Разница между группами, % / p	Всего 500-2499 г (n=1392)
Спонтанное начало родовой деятельности	81(54,4%)	835(67,2%)	12,8 / 0,2	916(65,8%)
Преждеврем. разрыв плодных оболочек (O42)	43(28,8%)	316(25,4%)	3,4 / 0,5	359(25,8%)
Среднетяжелая преэклампсия (O14.0)	6 (4,0%)	58(4,7%)	0,7 / 0,9	64(4,6%)
Тяжелая преэклампсия (O14.1)	12 (8,1%)	14(1,1%)	7 / <0.001	26(1,9%)
Кровотечение до родов (O44, O45, O46)	7 (4,7%)	20(1,6%)	3,1 / 0,03	27(1,9%)

Всего нами проанализировано более 60 факторов, с целью оценки их влияния на развитие преждевременных родов (табл. 3).

На основе полученных данных для спонтанных преждевременных родов была выстроена прямая и обратная алгебраическая модель, основанная на конструктивной логике, которая выявила ведущее значение таких факторов риска, как многоплодие, а также осложнений состояния плаценты и плодных оболочек [2].

* Тульский областной роддом, Тульский родильный дом №1

Стало очевидным, что прогнозирование преждевременных родов, основанное только на выявлении факторов риска, не приведет к снижению их числа на уровне популяции и является не перспективным. Это обусловлено тем, что факторы, значимо влияющие на число преждевременных родов, в популяции встречаются редко, а факторы, имеющие значительное распространение, слабо увеличивают риск преждевременных родов [2].

Таблица 3

Основные факторы риска преждевременных родов

Фактор риска	Отношение шансов	
	500-1499 г. (n=149)	1500-2499 г. (n=1243)
Масса тела при рождении	0,7	2,1
Возраст матери <17 лет	1,7	1,3-2,6
Возраст матери >30 лет	2,0	2,2
Отсутствие зарегистрированного брака	1,8-3,3	1,2-4,5
Низкий уровень образования	1,7	1,4-2,0
Мультипаритет (3 и более)	75,8	38,2
Многплодие	3,4	4,2
Гипертензия из-за беременности	6,2	5,2*
Врожденные аномалии матки	1,3*	2,0
Недостаточность питания	0,8	1,6
Послеоперационный рубец матки	54,9	3,2
Истмико-цервикальная недостаточность	16,2	39,0
Недостаточный рост плода	2,1	2,4
Дисфункция плаценты	14,3	0,8
Предлежание плаценты без кровотечения	14,5	н.д.
Лейомиома матки	9,4	0,7
Эрозия и эктропион шейки матки		

* – не достигло статистической достоверности при 95% конфиденциальном интервале

В отличие от числа преждевременных родов, младенческая смертность недоношенных имеет тенденцию к снижению (табл. 4). Но динамика снижения смертности не одинакова в различных массовых группах новорожденных и периодах жизни. Менее всего снизилась смертность новорожденных с массой тела <1000 г., причем уменьшение показателя достигнуто из-за снижения ранней неонатальной смертности, а нео- и постнеонатальная смертность выросли. Рост последней отмечается у новорожденных, родившихся с массой тела 1000-1499 г.

шися в более ранние сроки беременности. Настораживает достаточно большое число смертей из-за травм и несчастных случаев.

Нами проанализирована рождаемость и младенческая смертность недоношенных новорожденных в Тульской области за последние девять лет. Анализ продемонстрировал, что количество преждевременных родов достоверно не изменилось за исследуемый период, за исключением группы новорожденных, родившихся с массой тела 2000-2499 г. Это свидетельствует о сложности проблемы и недостаточной эффективности предлагаемых профилактических стратегий. Надо сказать, что в некоторых развитых странах имеется тенденция к росту количества преждевременных родов. В США отмечается рост доли недонашивания беременности, что обусловлено множеством факторов, в первую очередь, развитием вспомогательных репродуктивных технологий и увеличению количества многоплодных беременностей [6]. Являясь мощнейшим фактором риска преждевременных родов, частота многоплодных беременностей в США составляет 15-20% при преждевременных родах [7]. Развитие вспомогательных репродуктивных технологий в нашей стране также скажется на количестве случаев недонашивания беременности.

Младенческая смертность недоношенных младенцев в Тульской области имеет тенденцию к снижению. Общее изменение этого показателя характеризуется различиями в массовых группах и периодах. Снижение во всех массовых группах отмечено лишь в раннем неонатальном периоде, в то время как отмечается рост поздней неонатальной и постнеонатальной смертности в группах новорожденных, родившихся с массой тела <1500 г. Это обусловлено качественным улучшением помощи в условиях родильных домов и перинатальных центров, имеющих в своем составе отделения интенсивной терапии и реанимации новорожденных. На результат оказало положительное воздействие и применение новых технологий выхаживания: введение сурфактанта, высокочастотная и неинвазивная вентиляция легких и пр. Дооснащение родильных домов стало возможным благодаря национальному проекту «Здоровье» на территории региона.

Таблица 4

Количество умерших младенцев в различные периоды жизни в зависимости от массы тела при рождении в динамике за исследуемый период

Масса, г	Из них умерло/на 1000 родившихся 2000-2004 гг.				Из них умерло/на 1000 родившихся 2005-2008 гг.							
	0-6 сут.	7-27 сут.	28 сут. – 1 год	Всего до 1 года	0-6 сут.	Дин.**	7-27 сут.	Дин.	28 сут. – 1 год	Дин.	Всего до 1 года	Дин.
500-2499	415/107,7	108/28,0	84/21,8	607/157,6	200/63,8	-43,9	64/20,4	-7,6	59/18,8	-3,0	323/103,1	-54,5
500-999	182/827,3	6/27,3	5/22,7	193/877,3	133/768,8	-58,5	10/57,8	+30,5	8/46,2	+23,5	151/872,8	-4,5
1000-1499	70/231,8	37/122,5	14/46,3	121/400,7	24/87,6	-144,2	23/83,9	-38,6	19/69,3	+23,0	66/240,9	-159,8
500-1499	252/482,7	43/82,4	19/34,4	314/601,5	157/351,2	-131,5	33/73,8	-8,6	27/60,4	+26,0	217/485,4	-116,1
1500-1999	92/113,0	35/43,0	26/31,9	153/187,9	22/30,9	-82,1	19/26,7	-16,3	10/14,1	-17,8	51/71,7	-116,2
2000-2499	71/28,2	30/11,9	39/15,5	140/55,6	21/10,6	-17,6	12/6,1	-5,8	22/11,1	-4,4	55/27,9	-27,7
1500-2499	163/48,9	65/19,5	65/19,5	293/88,0	43/16,0	-32,9	31/11,5	-8,0	32/11,9	-7,6	106/39,5	-48,5

** - динамика за исследуемый период

Среди причин ранней неонатальной смертности преобладают респираторный дистресс-синдром (РДС), нетравматические внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), а также ателектазы легких (табл. 6). Доля ВЖК уменьшается по мере увеличения массы тела при рождении, смертность от РДС встречается одинаково часто при всех преждевременных родах. По мере роста срока беременности увеличивается в структуре количество смертей по причине врожденных пороков развития плода (ВПР) и инфекций перинатального периода. Родовому травматизму больше подвержены менее доношенные плоды. В позднем неонатальном периоде основной причиной смертности новорожденных, родившихся с массой тела <1500 г являются ВЖК и инфекции перинатального периода, составляя вместе >50% смертей. Структура смертности младенцев, родившихся с массой тела 1500-2499 г, в позднем неонатальном периоде более размытая и представлена ателектазами легких, ВЖК, эндокардиальным фиброэластозом, ВПР, легочным кровотечением и пр. РДС встречается в структуре смертности в этом периоде реже.

Структура смертности недоношенных новорожденных в постнеонатальном периоде представлена ВПР и инфекциями, среди которых преобладают поздние, т.е. приобретенные. От врожденных инфекций чаще погибают новорожденные, родив-

Эффективность организационного решения, по которому все беременные с угрожающими и начавшимися преждевременными родами перегоспитализируются в стационары третьего уровня была доказана в [3]. Анализ показал, что надо повысить уровень оказания медпомощи недоношенным младенцам в более поздние периоды, характеризующиеся ростом смертности. Младенческая смертность в регионе остается на высоком уровне, превышая показатели в развитых странах (табл. 6) [5, 8]. Это требует совершенствования акушерской и неонатальной помощи.

Анализ причин младенческой смертности в различных массовых группах и периодах жизни выявил основные из них: нетравматические ВЖК, РДС, ателектазы легких. Смертность от этих причин имеет место во всех группах, причем если число смертей по причине ВЖК уменьшается по мере роста срока беременности, в котором произошли роды, то смертность от РДС и ателектазов встречается одинаково часто во всех группах. Число ВЖК в структуре причин младенческой смертности снижается в позднем неонатальном периоде и почти не встречается в постнеонатальном. Инфекции перинатального периода имеют значимую долю в структуре младенческой смертности во все периоды, причем смертность из-за перинатальных инфекций больше характерна для новорожденных с массой тела <1500 г.

Инфекционное поражение более характерно для ранних преждевременных родов, что надо учитывать при выяснении их причин.

повышенный интерес исследователей. Это связано, в первую очередь, с прогрессом в изучении основы возникновения этой патологии [5-7] во-вторых, с детализацией основных клинических проявлений [4,5,7], и, в третьих, – с высокой частотой выявления патологии среди женщин детородного возраста. С учетом частоты недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) она составляет от 30 до 80% [5-7] чрезвычайно актуальной становится проблема по изучению течения беременности и исхода родов у женщин с различными клиническими вариантами НДСТ. Особенности течения гестационного процесса при данной патологии вообще мало изучены, до настоящего времени не выделены критерии диспансерного наблюдения беременных, группы риска, нет публикаций, посвященных морфологическим характеристикам плаценты при НДСТ у рожениц. Заслуживает серьезного внимания взаимосвязь этой патологии с состоянием внутриутробного плода и новорожденного в неонатальном периоде. В доступной литературе отсутствуют сведения об организации лечебно-профилактической помощи этому контингенту беременных, остается открытым вопрос и о необходимости разработки специальных мероприятий по перинатальной профилактике.

Таблица 5

Основные причины младенческой смертности недоношенных новорожденных

Основная причина смерти	0-6 суток		7-27 суток		28 суток – 1 год	
	г (n=158)	г (n=206)	г (n=76)	г (n=96)	г (n=45)	г (n=96)
НВЖК	48 (30,4)	15 (7,3)	23 (30,3)	11 (11,4)	4 (8,9)	2 (2,1)
РДС	29 (18,3)	41 (19,9)	4 (5,3)	4 (4,2)	-	-
Ателектазы легких	26 (16,5)	28 (13,6)	2 (2,6)	20 (20,8)	-	-
Врожденные пороки развития	7 (4,4)	50 (24,3)	7 (9,2)	3 (3,1)	14 (31,1)	25 (26,0)
Инфекции перинат. периода	16 (10,1)	29 (14,1)	17 (22,4)	3 (3,1)	10 (22,2)	7 (7,3)
Родовая травма	10 (6,3)	7 (3,4)	4 (5,3)	-	1 (2,2)	1 (1,0)
Асфиксия при рождении	13 (8,2)	21 (10,2)	2 (2,6)	3 (3,1)	-	-
Аспирация мекония	1 (0,6)	-	-	-	-	-
Некротизир. энтероколит	1 (0,6)	-	6 (7,9)	2 (2,1)	1 (2,2)	2 (2,1)
Абстиненция	2 (1,3)	-	-	1 (1,0)	-	-
Эндокард. фибрилляций	1 (0,6)	-	-	7 (7,3)	-	2 (2,1)
Бронхо-легочная дисплазия	-	1 (0,5)	4 (5,3)	-	1 (2,2)	2 (2,1)
Церебральная лейкомаляция	-	2 (1,0)	3 (3,9)	-	1 (2,2)	1 (1,0)
Легочное кровоотечение	-	2 (1,0)	1 (1,3)	6 (6,2)	-	-
Кишечная непроходимость	-	-	1 (1,3)	2 (2,1)	-	1 (1,0)
Инфекции поздние	-	-	2 (2,6)	-	8 (17,8)	26 (27,1)
Травмы, несчастные случаи	-	-	-	1 (1,0)	3 (6,7)	14 (14,6)
Гидроцефалия	-	-	-	2 (2,1)	1 (2,2)	-
Внезапная смерть	-	-	-	-	1 (2,2)	8 (8,3)
Гемолитическая болезнь	-	2 (1,0)	-	-	-	-
Задержка роста плода	-	5 (2,4)	-	-	-	-
Геморрагическая болезнь	-	1 (0,5)	-	-	-	-
Кровоизлияние в надпочечник	-	1 (0,5)	-	-	-	-
Плодово-плацентарная трансфузия	-	1 (0,5)	-	-	-	-
Кишечный фиброз	-	-	-	-	-	1 (1,0)
Спазматический церебральный паралич	-	-	-	-	-	1 (1,0)
Сердечно-легочная недостаточность	-	-	-	-	-	1 (1,0)
Заболевания крови	-	-	-	-	-	2 (2,0)

Таблица 6

Структурные составляющие младенческой смертности новорожденных с низкой массой тела при рождении. Тульская область 2008 г., США 2005 г.

Масса тела при рождении	500-999 г.		1000-1499 г.		1500-1999 г.		2000-2499 г.	
	ТО, 2008	США, 2005	ТО, 2008	США, 2005	ТО, 2008	США, 2005	ТО, 2008	США, 2005
Смертность	442,0	247,9	133,9	40,9	36,6	17,03	8,4	5,52
Неонатальная	33,1	56,2	57,3	17,0	23,6	9,8	13,6	5,37
Младенческая	745,1	304,2	191,2	57,9	60,2	26,9	22,04	10,89

Примечание: ТО – Тульская область

Перспективами снижения младенческой смертности по причине недоношенности считаем усовершенствование системы прогнозирования и профилактики преждевременных родов и фатальных осложнений, таких как РДС и ВЖК, а также увеличением доступности квалифицированной педиатрической помощи.

Литература

1. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – 448 с.
2. Мартыненко П.Г. и др. // ВММТ. – 2009. – Т. XVI, №1. – С. 210–213.
3. Мартыненко П.Г. Причины и факторы риска перинатальной смертности в Тул. обл. и мероприятия по ее профилактике: Автореф. дис...к. мед. н. – 2004. – 23 с.
4. Mathews T.J., MacDorman M.F. Infant mortality statistics from the 2005 period linked birth/infant death data set. National vital statistics reports. Vol 57, № 2. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2008.
5. Callaghan W.M. et al. // Pediatrics. 2006. Vol. 118, №4. P. 1566.
6. Tucker J., William M. // BMJ 2004; 329: 675–678.
7. Goldenberg R.L. et al. // Lancet. 2008 Jan 5; 371 (9606): 75–84.
8. Monaghan et al. // Obstet Gynecol 2000; 95: 752–5.

УДК 616-007.18

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Т.С. ФАДЕЕВА*

Ключевые слова: экстрагенитальная патология, роды

Важным остается изучение влияния экстрагенитальной патологии у женщин на течение беременности и родов, на развитие плода и новорожденного, его адаптационные возможности, заболеваемость и смертность. В настоящее время отмечается

Цель исследования – выявление особенностей течения беременности и родов у женщин с НДСТ и возможностей профилактики осложнений пренатального и перинатального периодов.

Материал и методы. Было проведено проспективное наблюдение за течением исходов беременности и родов у 160 женщин в возрасте от 20 до 30 лет. Сформировано II группы: I группа (основная) с маркерами НСДСТ (n=98), II группа (контрольная) без маркеров НСДСТ (n=62). Для выявления маркеров НСДСТ использовали подометрический метод Фридлянда, тест на гипермобильность в трех из пяти представленных пар суставов, метод Бейтона, индекс Варги, тест на повышенную растяжимость кожи, УЗИ брюшной полости, ЭхоКГ. Также проводился анализ течения беременности, особенностей родов, раннего и позднего послеродового периодов, анализ анамнестических данных, исследование соматического профиля. Достоверность различий в частоте анализируемых осложнений в указанных группах пациенток оценивалась по критерию χ^2 , при анализе количественных признаков использовался критерий Стьюдента, порядковых – критерий Манна – Уитни.

Таблица 1

Распространенность некоторых висцеральных фенотипических маркеров у женщин с дисплазией соединительной ткани

Признак	Распространенность, %
Астеник	90,5
Повышенная растяжимость кожи	70,8
Очаги депигментации	60,7
Стрии	58,9
Гипермобильность суставов	50,7
Холестит	40,8
- нефроптоз	20,7
- гипоплазия	15,6
Сколиоз	17,8
Кифоз	10,7
Миопия	60,8
Пролапс сердечных клапанов	-
- митрального	5,8
- трикуспидального	4,2
Варикозное расширение вен	30,7

Результаты. Возраст женщин основной группы составил 20±30 лет, контрольной – 23±27. При обследовании основной группы отмечены признаки признаков НДСТ. К внешним проявлениям «слабости» соединительной ткани относились астеническое телосложение, особенности строения скелета и связочного аппарата (аномалии прикуса, искривленные мизинцы, сколиоз, плоскостопие, миопия). За висцеральные фенотипические маркеры дисплазии соединительной ткани принимались аномалии развития сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, диагностированные УЗИ, и варикозное расширение вен нижних конечностей. Распределение ряда висцеральных фенотипических маркеров НДСТ в основной группе представлены в табл. 1.

У женщин с НДСТ чаще отмечалось осложненное течение беременности и родов (88,3% против 50,2%, p<0,001) достоверно чаще осложнялось развитием поздних гестозов (включая отеки,

* ТулГУ, медицинский институт, Тула, пр. Ленина, 92. 300600