

nulliparous women, than in multiparas. Taking the world experience and the results of our research as the basis, significant risk factors for perineal lacerations at childbirth are: nulliparity, maternal age, various complications such as gestosis, chronic fetal hypoxia, fetal weight > 4000 g, forceps delivery, peridural anesthesia.

Conclusions: prompt diagnostics and treatment of complications pathologies will allow to significantly decrease the number of perineal lacerations at childbirth. Intensive outpatient observation for those who has undergone such lacerations will prevent their recurrence at subsequent delivery. Finally, proper early postdelivery pelvic floor will prevent development of remote aftereffects of perineal lacerations.

УДК 618.2-07

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

М.Ю. БАЗОВАЯ, Е.В. БУХАРИНА, Т.А. ДУХИНА, С.М. СЕМАТОВ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

В статье рассматриваются изменения в иммунном статусе и ферментной системе крови, возникающие при угрожающем аборте на ранних сроках беременности. Целью данного исследования явилась разработка и экспериментальная проверка методов прогнозирования течения беременности на ранних сроках гестации. Обследовано 95 женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (ОАА) и угрозой прерывания беременности (УПБ) в 1-м триместре. Диагноз «угроза прерывания беременности» ставился на основе жалоб больной, наличия кровяных выделений, данных ультразвукового исследования с доплерометрией маточно-плацентарного кровотока. Оценку клеточного звена иммунитета проводили непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD72, CD16 («Сорбент», Россия) по стандартной методике.

В результате исследования выявлено, что при нарушении процесса гестации не возникает активации неспецифического иммунитета на фоне физиологической Т- и В-супрессии, характерной для нормально развивающейся беременности. Для прогнозирования угрожающего аборта можно использовать комплекс показателей, включающий общее количество лимфоцитов CD4 и CD8 и соотношение CD4/CD8, а также показатели периферического сосудистого сопротивления маточных артерий в сравнении с контрлатеральной артерией.

Невынашивание беременности — один из основных видов акушерской патологии. Частота этого осложнения остается стабильной в течение многих лет и составляет 15-20% всех желанных беременностей. Рассматривая причины прерывания беременности в ранние сроки, Кулаков В.И. и Сидельникова В.М. (1996) имеют в виду не причины выкидыша, а этиологические и патогенетические механизмы гибели эмбриона [2]. В настоящее время ведется поиск различных маркеров, которые могли бы с большей долей вероятности в ранние сроки гестации указать на наличие осложнений течения беременности и тем самым обеспечить раннюю корректирующую терапию [4, 6, 7]. Но, несмотря на пристальное внимание ученых к данной проблеме, невынашивание по-прежнему остается одной из важнейших проблем в практическом акушерстве [1-4]. Это указывает, как на отсутствие достаточно эффективных методов лечения, так и на отсутствие возможности прогнозирования невынашивания беременности.

Целью исследования явилась разработка и экспериментальная проверка методов прогнозирования течения беременности на ранних сроках гестации.

В соответствии с основной целью исследования были сформулированы следующие задачи:

— дать медико-социальную характеристику женщинам с угрозой прерывания беременности (УПБ) в условиях московского мегаполиса;

- выявить особенности микробиоценоза урогенитального тракта у женщин с угрозой прерывания беременности на ранних сроках гестации;
- определить доплерометрические критерии УПБ;
- изучить особенности клеточного иммунитета при УПБ.

Проведено сплошное рандомизированное обследование 98 женщин с УПБ в первом триместре беременности, 17 из которых имели привычное невынашивание беременности. Контрольную группу составили 53 женщины с нормальным течением беременности.

Диагноз «угроза прерывания беременности» ставился на основе жалоб больной и клинических симптомов.

Проведенная программа исследования предусматривала следующие методы:

- 1) клинико-статистический анализ состояния здоровья обследованных женщин изучался по специально разработанным картам;
- 2) бактериоскопическое и бактериологическое исследование мазков из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища с окраской по Граму, метиленовым синим и акридином-оранжевым.
- 3) доплерометрия маточно-плацентарного кровотока на аппарате «Medison 8800 SonoAce» (Ю. Корея) в сроке беременности от 6 до 18 недель гестации;
- 4) комплексное иммунологическое исследование крови непрямым иммуофлюорисцентным методом с помощью моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD72 («Сорбент», Россия) по стандартной методике [7].

Результаты исследования. Клинико-анамнестическая характеристика обследованных беременных с УПБ дана в табл. 1.

Как видно из полученных данных, наиболее подвержены угрозе невынашивания беременности первобеременные моложе 25 лет и активно работающие повторнобеременные старше 25 лет, имеющие инфекционные заболевания в анамнезе вне зависимости от локализации. У первобеременных доминирует экстрагенитальная патология, у повторнобеременных — гинекологические заболевания. Обращает на себя внимание высокая экстрагенитальная заболеваемость молодых женщин.

Влияние предыдущей беременности на исход последующей показано на рис. 1. Предшествующий аборт и самопроизвольный выкидыш доминируют среди провоцирующих факторов патологии при последующей желанной беременности (45% и 24% соответственно).

Результаты бактериоскопии влагалищных мазков у женщин с нормально развивающейся беременностью представлены как нормоценоз или переходный тип биоценоза в 90,2% случаев, при УПБ биоценоза такого типа не было вообще (преобладали явления дисбиоза).

Выявляемость инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), у повторнобеременных была почти вдвое выше, независимо от возраста, что возможно связано с гипоиммунным состоянием после абортов, способствующим проникновению и персистенции инфекции (рис. 2). Сочетанные ИППП у повторнобеременных составляют почти 92%, в то время как у первобеременных ассоциированные инфекции выявлены лишь в 34% случаев.

При физиологическом течении беременности наблюдается лимфопения, в основном за счет уменьшения количества В-лимфоцитов и Т-хелперов/индукторов с одновременным повышением содержания Т-супрессоров/киллеров (табл. 2). В связи с этим иммунорегуляторный индекс (т. е. соотношение хелперов/индукторов CD4 к количеству Т-супрессоров/цитотоксических клеток CD8) снижен в 1,9 раза по сравнению с аналогичным показателем у небеременных, что не противоречит предыдущим исследованиям в этой области [7].

Параллельно со снижением абсолютного и относительного числа лимфоцитов у беременных наблюдается значительная активизация неспецифического иммунитета в основном за счет увеличения фагоцитарной активности полиморфноядерных лейкоцитов. Возможно, это носит компенсаторный характер [6, 7].

Таблица 1

**Клинико-анамнестическая и социальная характеристика беременных с УПБ
по сравнению с контролем**

Признаки	УПБ				Контроль	
	первобеременные		повторнобеременные			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Возраст						
18—25	18	18	17	17	15	65
25—30	6	6	29	29	6	31
> 30	3	3	27	27	1	4
Социальное положение						
Служащие	15	15	46	47	16	74
Студентки	3	3	5	6	1	4
Домохозяйки	9	9	19	19	5	22
Экстрагенитальная патология						
Хр. тонзиллит	15	15	10	10	7	31
Тонзиллэктомия	2	2	4	5	0	0
ССЗ	10	10	18	18	10	44
Заболевания	3	3	13	13	2	13
ЖКТ	0	0	4	4	0	0
Гинекологическая заболеваемость						
Хр. аднексит	5	6	16	16	2	9
Хр. эндометрит	0	0	11	11	0	0
Болезни шейки матки	1	1	14	15	10	48
Эндометриоз	0	0	9	9	0	0
Миома матки	0	0	6	6	0	0
Киста яичника	0	0	1	1	1	4
ИППП в анамнезе	0	0	12	12	0	0

Таблица 2

Клеточные показатели иммунитета у беременных

Показатель	Единицы измерения	Физиологическая беременность (n=53)	Угроза прерывания беременности (n=98)		Небеременные женщины в группе здоровых доноров (n=50)
			сохранные (n=86)	не сохранные (n=12)	
CD3 Т-лимфоциты	%	38,5±2,2	41,3	47,89±2,5	52,2±8,3
CD4 Т-хелперы	%	22,7±1,3	29,3±1,8	37,6±2,3	32,8±5,4
CD8 Т-супрессоры	%	34,9±2,0	32,6±1,6	28,9±2,1	25,5±4,7
CD72 В-лимфоциты	%	2,8±0,5	4,2±1,2	6,1±1,1	5,9±1,3
ИРИ CD4/CD8		0,65±0,15	0,9±0,15	1,3±0,05	1,26±0,14

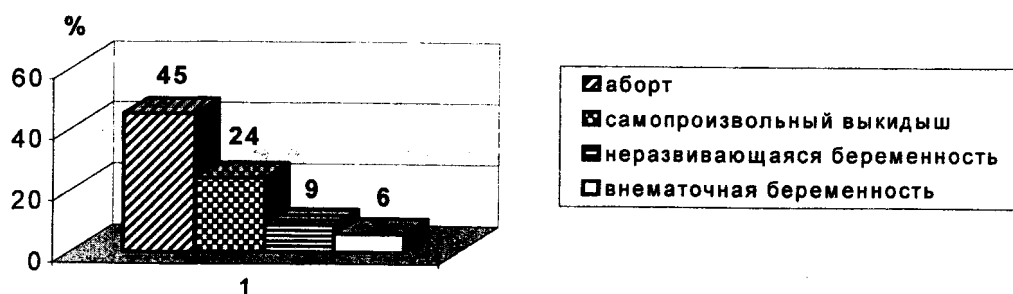


Рис. 1. Исходы предыдущих беременностей у женщин с угрозой прерывания беременности

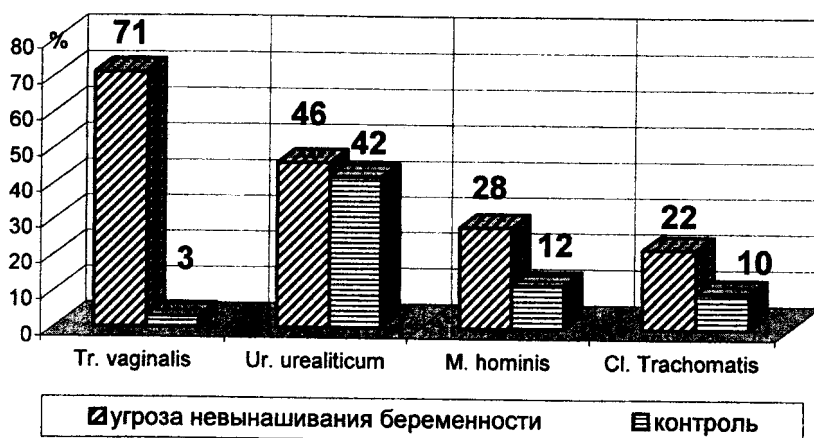


Рис. 2. Выявляемость ИППП у обследованных женщин

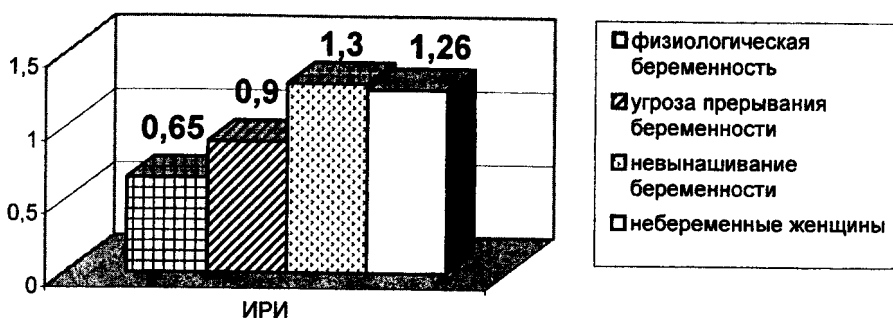


Рис. 3. Значения иммунорегуляторного индекса ИРИ у беременных и небеременных женщин

Таким образом, при физиологической беременности формируется четко выраженная клеточная иммуносупрессия. Зарубежные ученые отмечают, что наибольшая иммуносупрессия наблюдается в период плацентации, особенно во время инвазии трофобласта [6, 7]. Поэтому данный процесс должен рассматриваться как приспособительная реакция, направленная на поддержание иммуно-толерантности в системе мать—плацента—плод и обеспечивающая полноценную инвазию трофобласта.

В нашем исследовании при ИРИ у беременных выше $1,3 \pm 0,05$ прогноз для пролонгирования беременности был неблагоприятный (рис. 3). Значение ИРИ менее 1 дает положительный прогноз.

У женщин с невынашиванием беременности столь четко выраженные сдвиги иммунологических показателей отсутствуют, в связи с чем иммунный статус женщин соответствует таковому у небеременных.

Оценка периферического сопротивления проводилась путем вычисления индексов резистентности (ИР) и пульсации (ИП). Увеличение показателей периферического сосудистого сопротивления (ИП) маточных артерий на стороне прикрепления плаценты в сравнении с ИП контрлатеральной маточной артерией свидетельствует о возможном развитии угрозы прерывания в первом триместре. Выраженная асимметрия периферического сосудистого сопротивления в правой и левой маточных артериях является плохим прогностическим признаком развития данной патологии.

Выводы. 1. Особенностью микробиоценоза влагалища при УПБ является высокая обсемененность влагалища и дисбиотическое состояние, характеризующиеся преобладанием анаэробов и микроаэрофилов, а также простейших и внутриклеточных паразитов.

2. Наибольший риск развития угрозы прерывания беременности наблюдается у женщин с инфекционно-воспалительными заболеваниями вне зависимости от локализации инфекции.

3. В 45% случаев к нарушению развития последующей желанной беременности приводит предшествующий аборт.

4. При дифференциальной диагностике угрозы прерывания беременности и начавшегося аборта высокоинформативным является определение абсолютного и относительного количества Т-супрессоров/киллеров (CD8) и иммунорегуляторного индекса. При иммунорегуляторном индексе выше $1,3 \pm 0,05$ можно прогнозировать высокий риск прерывания беременности.

5. Выраженная асимметрия периферического сосудистого сопротивления в правой и левой маточных артериях, увеличение показателей ИП маточных артерий на стороне прикрепления плаценты в сравнении с контрлатеральной маточной артерией являются неблагоприятными прогностическими признаками в отношении развития угрозы прерывания беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайфуллина Н.И., Мусатова О.Е., Даниленко Л.Г. Об эффективности диспансеризации женщин, страдающих невынашиванием беременности // Актуальные вопросы клинической медицины. — Комсомольск-на-Амуре, 1998, с. 181—183.
2. Кулаков В.И., Сидельникова В.М. К вопросу о патогенезе привычного выкидыша // А. и Г., 1996, № 4, с. 3—4.
3. Рыжавский Б.Я. Состояние важнейших систем в эмбриогенезе: отдаленные последствия. — Хабаровск, 1999. — 203 с.
4. Салов И.А., Перепелица С.Е., Перепелица В.Я. Прогностическая ценность ультразвукового доплеровского исследования маточного кровотока в первом триместре беременности // Инструментальные методы исследования во врачебной практике. — Саратов, 1996. — 160 с.

5. *Alfonso D.A., Picariello A., Maccarone D. et al.* Modificazioni dei parameter immunologici nella gravidanza physiologic // *Minerva — Gynecol*, 1993, vol. 45, № 4, p. 145—148.
6. *Johnstone F.D., Thong K.J., Bird A.G. et al.* Lymphocyte subpopulations in early human pregnancy // *Obstet — Gynecol*, 1994, vol. 83, № 6, p. 941—946.
7. *Matalliotakis I., Neonaki M., Giannakopoulou C. et al.* Immunology variables in normal pregnancy and spontaneous abortion // *Int. J. Fertile Women — Med.*, 1998, vol. 43, № 5, p. 262—266.

THE PROGNOSTIC VALUE OF PRENATAL DIAGNOSIS IN THE FIRST TRIMESTER

M.J. BAZOVAYA, E.V. BUHARINA, T.A. DUCHINA, S.M. SEMYATOV

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya str., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

The variations of both immune status and plasma lysosomatic activity that occur during threatened abortion at the early gestation are analyzed. The study results of 95 pregnant women disturbances the nonspecific immunity activation in the presence of physiological T- and B-suppression, that is specific for normal pregnancy, has not occurred. It is possible to use the set of values including protein CD4 and CD8 total count, CD4/CD8 ratio.

УДК 618.3-06:616.98+616-053.31

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

М.А. БЕЛОПОЛЬСКАЯ

Инфекционная больница № 30 им. С.П. Боткина
Санкт-Петербург, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Проанализированы данные обследования 48 беременных с хроническим вирусным гепатитом С и 46 ВИЧ-инфицированных беременных, родивших в больнице № 30 им. С.П. Боткина в 2000 г.

Выводы: в настоящее время нет четко выработанных критериев диспансеризации беременных с вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией.

Необходимо дальнейшее изучение факторов риска инфицирования ребенка, детальная разработка тактики ведения беременных.

Вирусные гепатиты с парентеральным путем передачи и ВИЧ-инфекция являются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины.

Количество людей, зараженных вирусами гепатитов и ВИЧ, продолжает увеличиваться. Более миллиона людей в мире ежегодно умирают от заболеваний, связанных с этими инфекциями, или их последствий.

По данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, с 1996 года и по настоящее время в России сохраняется тенденция роста количества беременных с ВИЧ-инфекцией и рожденных ими детей [1].

В связи с этим представляется актуальной проблема так называемой «вертикальной» передачи вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Установлено, что вирус гепатита С и ВИЧ могут передаваться от матери ребенку внутриутробно, в процессе родов (интранатально) или при кормлении