

При сочетанном введении соли ртути и ацизола через один месяц эксперимента так же, как и при изолированном введении сулемы было отмечено реактивное повышение активности ферментов антиоксидантной системы – каталазы и СОД в эритроцитах, как и концентрации церулоплазмينا в плазме крови. Через два месяца, в отличие от соответствующих показателей у животных группы №1 активность каталазы в эритроцитах оставалась выше фоновой, а СОД не отличалась от таковой у интактных животных, а уровень церулоплазмينا увеличился в большей степени, но был ниже, чем у животных с изолированным введением хлорида ртути.

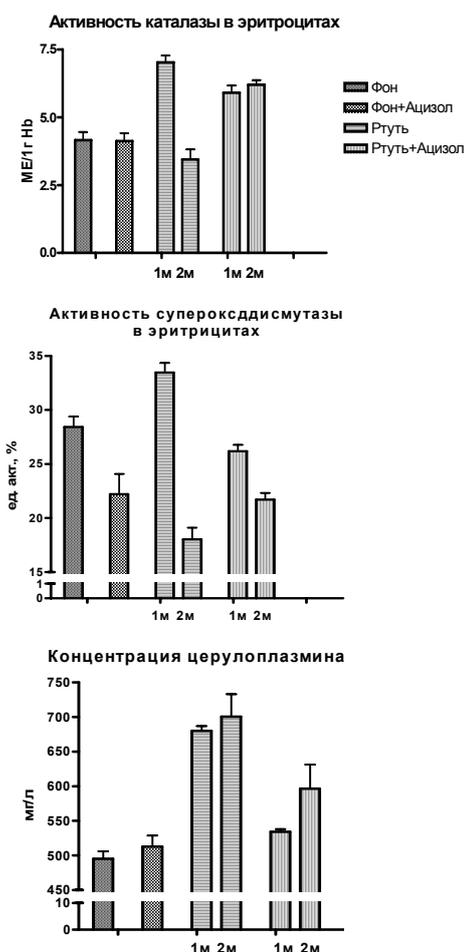


Рис. 3. Влияние ацизола на активность антиоксидантной системы на фоне введения хлорида ртути в дозе 0,1 мг/кг через 1 (1м) и 2 месяца (2м).

**Выводы.** Таким образом, проведенные исследования демонстрируют зависимость между выраженностью гематологических изменений и активности ПОЛ, а также изменениями показателей антиоксидантной защиты. Показана также эффективность профилактического введения ацизола, проявившаяся в уменьшении выраженности изменений гематологических показателей, вплоть до нивелирования изменений уровня гемоглобина и гематокритного показателя, а также в противодействии нарастанию процессов ПОЛ и, спустя 2 месяца интоксикации, активации антиоксидантной системы.

#### Литература

1. Еришов Ю.А., Плетенева Т.В. Механизмы токсического действия неорганических соединений. М., 1989.
2. Иванова Л.А. Сравнительная оценка влияния хлорида, йодида и амидохлорида ртути на субклеточные структуры // Гигиена труда и проф. заболеваний. 1984. В. 15.
3. Трахтенберг И.М., Коршун М.Н. Ртуть и ее соединения в окружающей среде. Киев, 1990.
4. Aiyar J., Bercovits H.J., Floyd R.A. et al. Reaction of chromium

with glutathione or with hydrogen peroxide: identification of reactive intermediates and their role in chromium-induced DNA-damage *Env.Health Persp.*, 1991; vol.92; P. 53–62.

5. Coban T., Beduke Y., Iscan M. In vitro effect of cadmium and nickel on glutathione, lipid peroxidation and glutathione-S-transferase in human kidneys. *Toxicol. in vitro*, 1996; 10: P. 241–245.

6. Fowler B.A. Mechanisms of kidney cell injury from metals. *Envir.Health Persp.* 1992; 100: P. 56–63.

7. Gstraunthaler G., Pfaller W., Kotanko P. Glutathione depletion and in vitro lipid peroxidation in mercury or maleate-induced acute renal failure. *Biochem.Pharmacol.*, 1983; 32: 2969–72.

8. Inesi G. Mechanism of calcium transport. *A. Rev. Physiol.*, 1985; 47; 573–601.

9. Kessler A., Brand M.D. Localisation of the sites of action of cadmium on oxidative phosphorylation in potato tuber mitochondria using top-down elasticity analysis. *Eur.J.Biochem.*, 1994; 225; 897–906.

10. Lockitch G. Perspectives on lead toxicity. *Clin.Biochem.*, 1993; vol.26; 371–381.

11. Lund B.O., Miller D.M. Studies in Hg-induced H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> production and lipid peroxidation in vitro in rat kidney mitochondria. *Biochem.Pharmacol.*, 1993; 45; 2017–24.

12. Martel J., Marion M., Denizenu F. Effect of cadmium on membrane potential in isolated rat hepatocytes. *Toxicol.*, 1990; 60; 161–172.

13. Mateo M.C., Aragon P., Prieto M.P. Inhibitory effect of cysteine and methionine on free radicals induced by mercury in red blood cells of patients undergoing haemodialysis. *Toxicol.in vitro*, 1994; 8; 4; 597.

14. Zaman K., Maccil R.S., Johnson J.S. An insect for assessing mercury toxicity effect of mercury on antioxidant enzyme activities-housefly. *Arch.Contam.Toxicol.*, 1994; 26: 114–118.

#### HEMATOLOGICAL AND ANTIOXIDANT EFFECTS OF ACYZO AGAINST THE BACKGROUND OF THE CHRONIC INTOXICATION OF MERCURY CHLORIDE IN THE COURSE OF EXPERIMENT

R.I. KOKAEV, V.B. BRIN, H.H. BABANIYAZOV, N.V. PRONINA

Northern Ossetia State Medical Academy, Vladikavkaz  
Chair of Normal Physiology

In this experimental research dependence between expressive-hematological changes and activity of lipid peroxidation at rats of Vistar line within two months of hypodermic injection of mercuric chloride in a dose of 0.1 mg/kg was revealed. Preventive application of acyzo reduces the intensity of toxic effects of mercury by the some hematological indices (hematocrit index, haemoglobin and methaemoglobin level), reduces the intensity of activation of lipid peroxidation and changes in the antioxidant system.

**Key words:** effects acyzo, an intoxication mercury sodium chloridum.

УДК 618

#### ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА. АКУШЕРСКИЕ АСПЕКТЫ

Ш.Б. БАКАШВИЛИ\*, Е.С. ЛЯШКО\*, О.Н. ТКАЧЕВА.

У женщин с ПМК повышается частота рождения детей с малыми аномалиями развития сердца, внутриутробной гипотрофией, ишемическо-гипоксическим поражением центральной нервной системы.  
**Ключевые слова:** митральный клапан, пролапс

Пролапс митрального клапана (ПМК) представляет собой одну из наиболее клинически значимых аномалий клапанного аппарата сердца. Согласно определению экспертов Американской кардиологической ассоциации, ПМК представлен как состояние, при котором по данным эхокардиографии, отмечают смещение одной или обеих створок митрального клапана (МК) вверх и кзади над плоскостью его кольца во время систолы, с их «прогибом», «выпячиванием», «провисанием» в полость левого предсердия [9].

Выделяют первичный (врожденный, идиопатический) и вторичный ПМК, развивающийся на фоне уже имеющихся заболеваний сердечно-сосудистой системы [1,2]. Следует отметить, что первичный ПМК встречается несравнимо чаще, на долю вторичного – приходится только 5% от общего числа случаев.

Распространенность ПМК среди населения различных

\* Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО Зав.кафедрой академик РАН, д.м.н., профессор Адамьян Л.В.

стран, включая Россию, колеблется от 1,8 до 38%, в среднем составляя 4-5% [3,9]. Такой разброс в показателях частоты связан с использованием различных методов диагностики для верификации диагноза. ПМК является патологией лиц молодого возраста. Наиболее часто он встречается у женщин в возрасте 20-29 лет и у мужчин 30-39 лет. ПМК является самой частой патологией сердечно-сосудистой системы у беременных и отмечается у 3-4% женщин детородного возраста [4].

Гемодинамические изменения, развивающиеся при беременности, во время родов и в послеродовом периоде и, в первую очередь, изменение объема циркулирующей крови (ОЦК) и сердечного выброса, не могут не отразиться на течении имеющихся у женщины сердечно-сосудистых заболеваний. Также как и болезни сердца и сосудов могут негативно влиять на течение беременности.

Сведения об особенностях течения беременности и родов у женщин с первичным ПМК достаточно противоречивы. По данным одних авторов, у таких пациенток отмечается повышенная частота осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде [5,6]. Другие авторы указывают на отсутствие подобной закономерности [10,11].

Вышеперечисленные факторы явились основанием для проведения данного исследования.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 146 женщин в III триместре беременности в возрасте от 17 до 43 лет. Основную группу составили 116 беременных с ПМК (средний возраст 26,3±5,3 лет). В группу сравнения вошли 30 беременных без пролапса митрального клапана и других соединительнотканых дисплазий сердца (средний возраст 27,1±1,8 лет).

Критерии исключения: системные наследственные синдромы (синдромы Марфана, Элерса-Данло и др.); тяжелая сердечно-сосудистая патология; преэклампсия средней и тяжелой степени; ревматические пороки сердца; гепатозы; многоплодная беременность; хронические заболевания, требующие постоянного лечения (бронхиальная астма, сахарный диабет и др.) Дополнительные критерии исключения для группы сравнения: сопутствующая патология, рассматриваемая в рамках ДСТ (варикозное расширение вен, сколиоз и т.д.).

Общеклиническое обследование беременных женщин выполнялось по стандартной схеме, используемой в родильных домах при 67 и 15 ГКБ г. Москвы, включавшее в себя выяснение жалоб, сбор анамнеза, оценку состояния органов и систем, акушерский статус. Все беременные были многократно обследованы в условиях поликлиники и стационара совместно акушером и терапевтом.

Комплексное обследование включало также ЭхоКГ, реовазографию, биохимическое исследование сыворотки крови, определение содержания магния в крови и слюне. Проводилось объективное акушерское исследование с определением позиции, вида, предлежания плода, измерением таза, эхографическое, доплерометрическое и кардиотокографическое исследования. Проводилось гистологическое исследование плацент.

По данным ЭхоКГ у всех 116 пациенток основной группы выявлен пролапс митрального клапана: у 47 (40,52%) пациенток ПМК сопровождался митральной регургитацией (MP) I-II степени; у 31 (26,72%) – ПМК без MP; у 38 (32,76%) – ПМК сочетался с другими висцеральными проявлениями дисплазии соединительной ткани сердца в виде пролапса трикуспидального клапана, двухстворчатого аортального клапана, аневризмы межпредсердной перегородки, открытого овального окна, аномальной хорды левого желудочка и др. (рис.1).

Таким образом, в основной группе обследованных беременных было выделено 3 клинические подгруппы. В 1 подгруппу вошли 31 беременная с ПМК без митральной регургитации. Во 2 подгруппу вошли 47 беременных с ПМК и MP I-II степени. 3 подгруппу составили 38 женщин с ПМК в сочетании с другими соединительнотканнми дисплазиями сердца.

У обследованных беременных основной группы выявлены различные функциональные нарушения работы сердца, которые были диагностированы с помощью ЭКГ и суточного мониторинга ЭКГ. Эти нарушения отмечались у женщин с ПМК всех трех подгрупп (рис. 2).

Одним из значимых синдромов встречающихся при ПМК является синдром нейроциркуляторной дистонии (НЦД), который был выявлен у 34% женщин основной группы. Распределение типов НЦД по подгруппам представлены на рис. 3.

Кроме того, всем беременным проводили УЗИ и исследование маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков.

Ультразвуковое сканирование проводилось на аппаратах Logic-400 (USA) и Aloka SSD-3500 (Japan) с использованием конвексного датчика частотой 3,5 МГц, работающем в реальном масштабе времени, с использованием конвексного датчика частотой 3,5-5,0 МГц. При УЗИ проводилась фетометрия, плацентометрия, оценка количества и качества околоплодных вод.



Рис.1. Другие проявления дисплазии соединительной ткани сердца

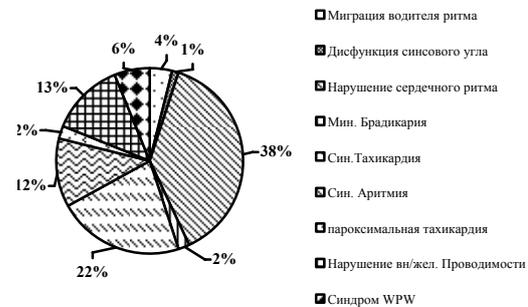


Рис.2. Функциональные нарушения сердечной деятельности у беременных женщин 1 подгруппы

Для выявления нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков проводилось доплерометрическое измерение кривых скоростей кровотока (КСК) с использованием ультразвуковых приборов в режиме двухмерного сканирования (В-режим), цветового доплеровского картирования, импульсной доплерографии. Определялись показатели максимальной систолической и конечной диастолической скоростей.

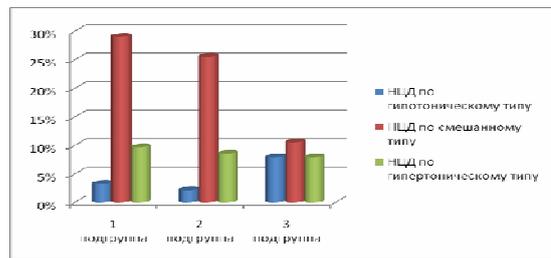


Рис.3. Типы НЦД у беременных женщин с ПМК

Исследование гемодинамики проводили методом реовазографии с помощью аппарата «Диамант» КМ-АР-01.

Анализ данных производился с помощью стандартных методов статистической обработки с использованием программного обеспечения для ПК: Microsoft Excel и Statistica 6.0.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ течения гестационного периода у беременных с ПМК показал, что одним из наиболее частых осложнений первого триместра был ранний токсикоз, который развился у 44,8% пациенток (в 1 подгруппе – у 48,4%; во 2 подгруппе – у 42,5%; в 3 подгруппе – у 44,7%). В группе сравнения ранний токсикоз встречался в 2 раза реже – только у 20% пациенток (p<0,05). Высокая частота данного осложнения возможно обусловлена нарушениями взаимоотношений деятельности ЦНС и внутренних органов. К увеличению частоты встречае-

мости раннего токсикоза также может вести синдром нейроциркуляторной дистонии, который наблюдался у каждой третьей беременной с ПМК (41%).

Другим распространенным осложнением беременности у пациенток с ПМК было угрожающее ее прерывание (рис. 4). В I и II триместрах беременности частота данного осложнения у женщин с ПМК была одинаково высокой независимо от их деления на группы. В III триместре беременности угроза прерывания в 2 раза чаще отмечалась у пациенток с митральной регургитацией (2 подгруппа).

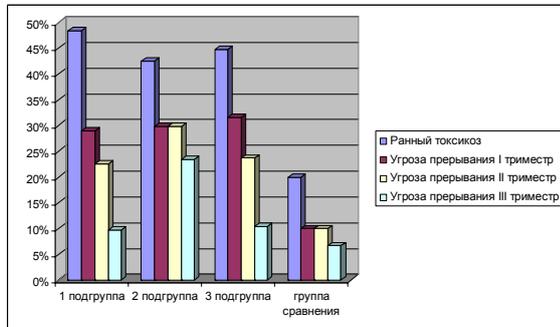


Рис. 4. Частота раннего токсикоза и угрожающего прерывания беременности у женщин обследованных групп

Отеки беременных наблюдались у 41% женщин с ПМК: в I подгруппе – у 41,9%; во II – у 40,4%; в III – у 39,4%. В группе сравнения отеки выявлены у 16,6% беременных, что было достоверно меньше, чем у женщин с ПМК ( $p < 0,05$ ). Различий в частоте возникновения отеков в подгруппах не было.

Преэклампсия легкой степени диагностирована у 9,4% беременных с ПМК, в группе сравнения – у 7%.

Еще одной особенностью течения гестационного периода у беременных с ПМК была высокая частота встречаемости плацентарной недостаточности (ПН) – 34,4%. Основным клиническим проявлением ПН у этих пациенток была хроническая внутриутробная гипоксия плода, которая выявлена у 94%. У беременных группы сравнения хроническая внутриутробная гипоксия плода отмечена в 13,2%, что достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем у женщин с ПМК.

Только у 6% беременных с ПМК и ПН был выявлен синдром задержки роста плода (СЗРП). В группе сравнения СЗРП не было ни у одной пациентки.

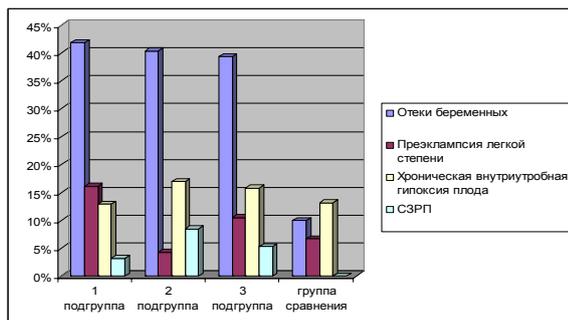


Рис. 5. Осложнения беременности у обследованных женщин

Высокую частоту развития ПН у пациенток с ПМК можно объяснить гемодинамическими микроциркуляторными нарушениями и влиянием факторов, которые генетически детерминированы и изначально существуют в материнском организме при синдроме дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Определенную роль в развитии ПН при ПМК, как одного из проявлений ДСТ, может иметь процесс нарушения коллагенообразования при этой патологии [7]. При анализе гемодинамических показателей работы сердечно-сосудистой системы у беременных с ПМК и здоровых беременных выявлены некоторые отличия.

Результаты обследования показали достоверное снижение объемных показателей кровообращения у беременных с ПМК, таких как минутный объем (МО) и ударный объем (УО). Кроме того, у них выявлено снижение ударного индекса (УИ) и сердечного индекса (СИ) по сравнению с показателями у здоровых беременных. Парал-

лельно отмечено достоверное повышение средних значений общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) (табл.).

Таблица

Показатель центральной гемодинамики

Показатели	1 подгруппа n=31	2 подгруппа n=47	3 подгруппа n=38	Группа сравнения n=30
ЧСС (в 1 мин)	91,8±2,26*	77,67±4,13*	88,11±4,34*	86±30
УО (мл)	64,1±5,6	55,0±5,9	44,4±7,6	80±26
УИ (мл/м²)	32,5±9,7	35,70±2,03	37,47±2,07	47±24
МО (л/мин)	5,08±0,45	4,55±0,27	4,61±0,42	70±14
СИ (л/мин/м²)	3,0±0,5	2,90±0,13	2,80±0,16	4±0,3
ОПСС (дин·с·см⁻³)	1522±336,4	1360±250,1	1384±439,2	91±31
ЧД (в 1 мин)	26,3±3,1	21,8±1,8*	23,7±2,4*	169±3,4
САД (мм рт. ст.)	78,3±4,6	82,0±1,7	89,9±4,5*	88±1,2

Примечание:  $p < 0,05$ , \* $p > 0,05$  при сравнении со здоровыми

Анализ показателей центральной гемодинамики у женщин с ПМК в III триместре беременности выявил незначительное преобладание у них гипокинетического типа кровообращения, как наиболее неблагоприятное в энергетическом отношении варианта гемодинамики, свидетельствующего об истощении адаптационных процессов (41,6%), гипокинетический вариант был у 30,6%, нормокинетическими – у 27,8%.

Полученные данные свидетельствуют о различном уровне адаптации сердечно-сосудистой системы у беременных с ПМК.

Все наблюдаемые беременности закончились родами. Своевременные роды произошли у 94,5% пациенток основной группы: I подгруппы – 96,8% пациенток с ПМК, II подгруппы – у 91,5% пациенток, III подгруппы – у 94,7% пациенток и у всех 100% женщин группы сравнения. Преждевременные роды – у 0,6% женщин с ПМК (только у I пациентки II подгруппы), запоздалые роды – у 5,7%, из них: – у 3,2% женщин I подгруппы, 6,4% II подгруппы, 5,3% III подгруппы ( $p > 0,05$ ).

К родам через естественные родовые пути было допущено 102 пациентки основной группы и 22 – группы сравнения.

Различные осложнения родов достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) встречались у рожениц основной группы: преждевременное излитие вод – в 2,9 раз; аномалии родовой деятельности – в 2 раза; дефекты плаценты и частичное плотное ее прикрепление встречались только у 6,7% пациенток основной группы (рис. 6).

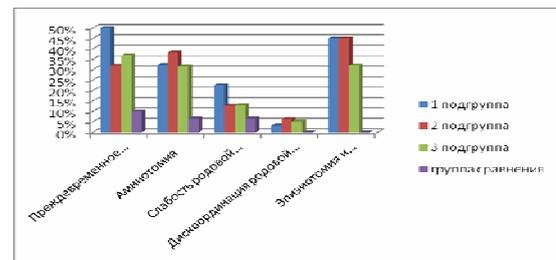


Рис. 6. Осложнения родов

Через естественные родовые пути родоразрешено 89 (76,7%) женщин основной группы (86,8%; 76,5% и 71,0%, соответственно) и 19 (63,4%) – группы сравнения.

Путем операции кесарева сечения – 27(23,3%) пациенток основной группы (13,2%; 23,5% и 29,0%, соответственно) и 11 (36,6%) – группы сравнения. В плановом порядке кесарево сечение произведено 14 (51,9%) пациенткам основной группы и 8 (72,8%) – группы сравнения, в экстренном – 13(48,1%) и 3(27,2%), соответственно. У 1 (2,6%) роженицы основной группы роды были закончены путем наложения выходных акушерских щипцов.

У рожениц основной группы в 1,8 раз чаще возникали различные осложнения в родах, потребовавшие экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения или наложения выходных акушерских щипцов.

Показания для плановой операции кесарева сечения у пациенток обеих групп были сочетанными: снижение генеративной функции, осложненная миопия, обострение генитального герпеса, тазовое предлежание плода, рубец на матке, последствия черепно-мозговой травмы, посттравматическая деформация костей таза.

Масса новорожденных у женщин с ПМК составила в среднем

3449,9±30,1 граммов в 1 подгруппе, 3553,6±29,7 граммов во 2 подгруппе, 3516,5±30,5 граммов в 3 подгруппе, рост – в среднем 51,0±0,16 см в 1 подгруппе, 51,7±0,2 см во 2 подгруппе, 51,5±0,5 см в 3 подгруппе. Масса детей в группе сравнения составила в среднем 3472,0±54,9 граммов, рост – 51,0±0,5 см. Достоверной разницы в массо-ростовых показателях новорожденных не выявлено ( $p>0,05$ ). Внутриутробная гипотрофия диагностировалась у 6 (13,7%) новорожденных основной группы (у 4 во 2 подгруппе и у 2 в 3 подгруппе) и у 1 (3,3%) ребенка группы сравнения ( $p<0,05$ ). Крупных детей ( $>4000$  г) родилось в основной группе 14 (12%), из них в 1 подгруппе 3 (2,6%), во 2 подгруппе 8 (6,9%), в 3 подгруппе 3 (2,9%).

В удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар 8-9 баллов) родилось 24 (77,4%) ребенка в 1 подгруппе, 41 (87,2%) – 2 подгруппе, 27 (71%) в 3 подгруппе и 24 (80%) ребенка в группе сравнения. В легкой асфиксии (оценка по шкале Апгар 6-7 баллов) родилось 7 (22,5%) детей в 1 подгруппы, 5 (10,5%) – в 2 подгруппе, 7 (18,3%) – в 3 подгруппе и 5 (16,6%) детей в группе сравнения. В асфиксии средней степени тяжести (оценка по шкале Апгар 5 баллов) родились 1 (2,12%) ребенок во 2 подгруппе и 2 (5,2%) в 3 подгруппе, в тяжелой асфиксии (оценка по шкале Апгар 4 балла) родились 2 (5,2%) детей в 3 подгруппе и 1 (3,3%) ребенок группы сравнения.

У детей, родившихся от матерей с ПМК, достоверно чаще диагностировались малые аномалии развития сердца 16,8%.

У детей, родившихся от женщин с ПМК (независимо от их деления на группы), достоверно чаще, чем у новорожденных группы сравнения, имели место ишемическо-гипоксические поражения центральной нервной системы – у 16 (41,3%) и 3 (4%) соответственно ( $p<0,05$ ).

**Заключение.** Течение беременности и родов у женщин с ПМК сопровождается развитием различных осложнений, частота и тяжесть которых не зависит от наличия митральной регургитации и других соединительнотканых дисплазий сердца у матери.

У женщин с ПМК повышается частота рождения детей с малыми аномалиями развития сердца, внутриутробной гипотрофией, ишемическо-гипоксическим поражением центральной нервной системы.

#### Литература

1. *Земцовский Э.В.* Соединительнотканые дисплазии сердца. СПб: ТОО «Политекс-Норд-Вест», 2000. 115 с.
2. *Мартынов А.И., Степура О.В., Остроумова О.Д.* Врожденные дисплазии соединительной ткани // Вестник РАМН. 1998, №2. С. 47–54.
3. *Мартынов А.И., Степура О.В., Шехтер А.Б., Мельник О.О. и др.* Новые подходы к лечению больных с идиопатическим пролабированием митрального клапана // Терапевтический архив. 2000, №9. С. 67–70.
4. *Козина О.В.* Пролапс митрального клапана у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. 2007, №1. С. 16–18.
5. *Елисеева И.В.* Особенности течения беременности и родов у женщин с пролапсом митрального клапана // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 21с.
6. *Клеменов А.В., Алексеева О.П., Ткачева О.Н., Востокова А.А. и соавт.* Особенности течения беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Проблемы репродукции. 2005, №3. С. 85–88.
7. *Козина О.В., Ищенко А.И., Липман А.Д., Паршикова О.В.* Беременность, роды и перинатальные исходы у женщин с соединительноткаными дисплазиями сердца // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008. Т 7, №1. С. 21–25.
8. *Шехтман М.М.* Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных // М., «Триада-Х», 2008. 816 с.
9. *Bonow R.O. et al.* ACC/AHA 2006 Guideline for the Management of Patient with Valvular Heart Disease//Circulation. August 1, 2006. P.146.
10. *Rayburn W.F. et al.*, 1981.
11. *Tang L.C. et al.*, 1985.

MITRAL VALVE PROLAPSE. OBSTETRIC ASPECT

SH.B.BAKASHVILI, YE.C. LYASHKO, O.N. TKACHOVA.

Moscow State Medical-Stomatological University  
Faculty of Reproductive Medicine and Surgery

At women with mitral valve prolapse the frequency of giving birth to children with small anomalies of heart development, intra-

uterine hypotrophy, ischemic and hypoxic defeat of the central nervous system increases.

**Key words:** mitral valve, prolapse.

УДК: 616-022.14-053.31:614

#### СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К АНАЛИЗУ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

О.Г. ПАВЛОВ\*

Системное изучение факторов, предрасполагающих к инфекциям новорожденного в раннем неонатальном периоде, с учетом различных медико-социальных показателей женщин и родителей женщин. Был проведен проспективный клинический анализ 1584 новорожденных, их матерей и родителей женщин в Курском областном перинатальном центре. Выявлено появление инфекций новорожденного, специфичных для перинатального периода, которое системно предопределяется фактором латентных инфекций материнского организма, а также фактором низкой социальной ответственности беременных женщин, сформированном на отрицательном примере их родителей.

**Ключевые слова:** новорожденный, инфекции, факторы риска.

Актуальность вопроса инфекций новорожденного, специфичных для перинатального периода, подтверждается увеличением частоты внутриутробного инфицирования плода в России за последние годы до 14,4-22,5% [5,6], что в значительной степени обусловлено высокой распространенностью сексуально передающихся инфекций у женщин и связано с ухудшением социально-экономической ситуации в стране [1,4].

Организм матери и плода представляет собой единое целое на протяжении длительного периода гестации. Следовательно, причины развития инфекционных процессов, специфичных для перинатального периода, являются практически одинаковыми с таковыми для материнского организма. Однако воздействие разнообразных предрасполагающих к инфекционным процессам факторов на плод будет опосредовано организмом матери. В результате данного защитного действия организма матери по отношению к плоду предполагается различная детерминация и системность воздействия общих причин, предрасполагающих к инфекционным процессам, как для матери, так для и новорожденного.

**Цель исследования** – системное изучение факторов, предрасполагающих к инфекциям новорожденного в раннем неонатальном периоде, с учетом различных медико-социальных показателей женщин и родителей женщин.

**Материалы и методы исследования.** Объектом исследования послужили 1584 новорожденных, родившихся в Курском областном перинатальном центре в течение 1999-2001 г., их матери и родители женщин. Выборка обследуемых производилась сплошным методом. Основная группа формировалась по наличию инфекций новорожденного, специфичных для перинатального периода. Контрольная группа организовывалась по признаку отсутствия клинической манифестации инфекций новорожденного в раннем неонатальном периоде. Статистическая обработка предусматривала установление достоверных различий между обследуемыми новорожденными, их матерями, родителями женщин основной группы и контролем по всем изучаемым признакам. Полученные таким образом результативные признаки в основной группе путем корреляционного анализа подразделялись на «образующие систему» и «независимые». «Независимые» признаки, характеризовавшиеся несущественными корреляционными взаимосвязями, удалялись из модели. К «образующим систему» признакам относили взаимосвязанные корреляциями переменные, которые включались в модель и подвергались обработке методами системного анализа (кластерный анализ и метод главных компонент), позволяющими выявить скрытые связи и закономерности влияния признаков и факторов. Вместе с тем интерпретация результатов системного анализа осуществлялась с учетом наличия «независимых» признаков. Обработка материала выполнена на основе пакетов прикладных статистических программ «Statgraphics 3.0», «Statistica 5.5».

В группе обследуемых с инфекционными осложнениями новорожденного, специфичными для перинатального периода, значительно преобладали женщины, имевшие сексуально-передающиеся инфекции в анамнезе (24,6±3,1%,  $P<0,001$ ), тогда как в контроле – 10,3±0,8%. Среди обследуемых женщин с инфекцион-

\* Курский государственный политехнический университет