

личных патогенетических подтипах ишемического инсульта // Клини. мед. — 2002. — Т.78, № 1. — С. 25—28

4. Фоякин А.В., Гераскина Л.А., Суслина З.А. Нарушение ритма при кардиоэмболическом инсульте //Клини. мед. — 2002. — № 3. — С. 20—23.

5. Фоякин А.В. Гемодинамическая оценка пароксизмальных нарушений ритма и эпизодов немой ишемии миокарда у больных с ишемическим инсультом (применение бимониторирования ЭКГ и АД) //Вестн. аритмол. — 2000. — № 19. — С. 36—41.

6. Front D., F. Frankel et al. Ejection fraction response of left ventricle of the heart to acute cerebrovascular accident in patients with coronary artery disease //Stroke. — 2001. — Vol. 17. — № 5. — P. 613—616.

7. Hart R.G., Halperin J.L., Pearce L.A. Lessons from the stroke prevention in atrial fibrillation trial // Ann. Intern. Med. — 2003. — Vol. 7, № 7. — P. 831—838.

8. Homma S. Surgical closure of patient foramen ovale in cryptogenic stroke // Stroke. — 1997. — Vol.6, № 28. — P. 2376—2387.

9. Tembl J.I. Magnitude of intracranial artery disease in severe coronary heart disease patients // Cerebrovasc. Dis. — 2003. —Vol. 16, № 1. — P. 74.

10. Tsuji H., Venditti F.J., Manders E.S. et al. Reduced heart rate variability and mortality risk in an elderly cohort: the Framingham Study // Circulation. — 1994. — Vol. 90. — P. 878—883.

УДК 616.127—005.8—008.6: 616.379—008.64

СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Аркадий Иванович Кондратьев¹, Валерий Николаевич Лукач¹,
Владимир Терентьевич Долгих², Валентина Викторовна Савилова³

¹ Кафедра анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи (зав. — проф. В.Н. Лукач),
² кафедра патофизиологии (зав. — проф. В.Т. Долгих) Омской государственной медицинской академии,
³ городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1 (главврач — проф. С.И. Филиппов),
г. Омск, e-mail: arca_2004@mail.ru

Реферат

Исследованы основные показатели неинфекционного синдрома системной воспалительной реакции, а также динамика содержания веществ низкой и средней молекулярной массы и олигопептидов в биологических средах групп. Наличие фонового сахарного диабета типа 2 при остром коронарном синдроме характеризуется более высокими показателями неинфекционного синдрома системной воспалительной реакции, что, вероятно, связано с наличием диабетической кардиомиопатии, макро- и микроангиопатий.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, сахарный диабет, системная воспалительная реакция, вещества низкой и средней молекулярной массы, олигопептиды.

Исследование неинфекционного синдрома системной воспалительной реакции (НССВР) в рамках оптимизации под-

11. Urbinati S., Di Pasquale G., Andreoli A. et al. Heart — brain interaction in cerebral ischemia: a non — invasive cardiologic study protocol //Neurol Res. — 1999. — Vol. 14 (2). — P. 112—117.

12. Yamanouchi H. Atrial fibrillation and the prothrombotic state in the elderly // Stroke.— 2003. — Vol . 34 (334). — P. 413—417.

Поступила 15.03.10.

THE RELATIONSHIP BETWEEN CEREBROVASCULAR AND CARDIAC PATHOLOGY IN ELDERLY PATIENTS

L.A. Rogozina, V.V. Simerzin, Yu.V. Shchukin,
M.A. Kachkovsky

Summary

In order to identify the relationship of cerebrovascular history and severity of cardiac pathology in elderly patients used were the ECG, echocardiographic and daily Holter ECG monitoring data. It was established that among patients with a previous history of cerebrovascular events it is more common to find also a history of myocardial infarction, stable angina, a frequent supraventricular and ventricular arrhythmia's and atrial fibrillation.

Key words: cerebrovascular history, cardiac pathology.

ходов к диагностике и лечению острого коронарного синдрома (ОКС), особенно при наличии «фоновой» готовности организма в виде макро- и микроангиопатий при сахарном диабете (СД) типа 2, может указать на новые патофизиологические звенья в развития осложнений ОКС [2, 6, 7]. Известно, что при остром инфаркте миокарда (ОИМ) выявляется ряд симптомов, обусловленных распадом мышечных волокон и всасыванием продуктов аутолиза. Этот резорбционно-некротический синдром описан А.В. Виноградовым и в мировой литературе традиционно называется резорбционно-некротическим синдромом Виноградова, при котором развивается лихорадка, появляется лей-

Таблица 1

Основные клинко-антропометрические показатели в обследованных группах

Показатели	Все больные (n=48)	1-я группа (n=24)	2-я (n=24)	3-я контрольная (n=10)
Рост, см	172,6±6,5 ⁺	176,1±4,5 ⁺⁺	169,3±7,9 ⁺	178,3±4,1
Масса, кг	98,4±11,2 ⁺	101,3±14,9 ⁺	99,6±10,2 ⁺	89,2±9,3
ППТ, м ²	2,6±0,05 ⁺	2,7±0,04 ⁺⁺	2,44±0,09 ⁺	2,1±4,3
ИМТ (по Кетле), кг/м ²	38,2±2,4 ⁺	39,5±3,7 ⁺	37,8±2,5 ⁺	21,7±3,2

⁺ р<0,05), ⁺⁺ р<0,005 — достоверные различия с контролем. То же в табл. 2.

коцитоз, ускоряется СОЭ. Характерный для инфаркта миокарда симптом перекреста между числом лейкоцитов и СОЭ наблюдается в конце первой недели: лейкоцитоз снижается, а СОЭ увеличивается [4, 10]. Гипергликемия, а иногда гликозурия даже без наличия фонового СД могут быть связаны при инфаркте миокарда с повышением секреции катехоламинов, которые усиливают гликогенолиз и тормозят секрецию инсулина [11, 12]. Максимальная гипергликемия наблюдается в первые пять-десять дней от начала инфаркта миокарда [5, 6]. Увеличение уровня альфа₂-глобулинов, гамма-глобулинов, фибриногена, положительная реакция на С-РБ наблюдается на 2—3-й день и держится 1—2 недели [1]. Резорбционно-некротический синдром обязателен при инфаркте миокарда [2]. Известно также, что и при стабильной стенокардии диагностическая коронароангиография, а также чрескожная реваскуляризация сопровождаются повышением уровней СРБ и других воспалительных маркеров, т.е. вызывают системный воспалительный ответ [2]. С.Ю. Мухачевой у 26 больных со стабильной стенокардией, которым без осложнений была проведена диагностическая коронароангиография, а в последующем 13 пациентам выполнялось и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) через 24 и 48 часов после ангиографии, как и после ЧКВ, выявлен значительный подъем уровня С-РБ, а также интерлейкина-6 (ИЛ-6) [3].

Цель работы — изучить основные показатели воспалительного ответа, а также динамику содержания веществ низкой и средней молекулярной массы и олигопептидов в биологических средах у больных ОКС на фоне СД 2.

Критериями включения больных в исследование были возраст мужчин и жен-

щин до 70 лет, ОКС с реализацией в ОИМ без подъема сегмента ST, наличие СД и, как следствие, диабетической кардиомиопатии, протекающей без зубца Q. Критерии исключения: ОКС с дальнейшей реализацией в Q-ОИМ с зубцом Q, требующий неотложной реваскуляризирующей терапии системным тромболитисом или интервенционными коронарными вмешательствами, наличие СД типа 1.

Были обследованы 48 пациентов (средний возраст — 55±3,6 года), которые были подразделены на 2 группы: 1-я (24) — больные с ОКС без фонового СД, получавшие стандартную терапию; 2-я (24) — больные с ОКС на фоне СД 2. 3-ю группу контроля (10) составили практически здоровые доноры, сравнимые по полу и возрасту с этими группами. Продолжительность СД 2 у большей части больных колебалась от одного года до 5 лет (31,6—38,7%), реже превышала 10 лет и более (22,9—25,9%).

Рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) как отношение массы тела (в кг) к росту, возведенному в квадрат (в м²). Результаты приведены в табл.1.

По данным табл. 1 очевидно наличие сопутствующего ожирения или повышенной массы тела, что характерно для СД 2. Кроме того, у всех больных имелась гиперлипидемия, а также артериальная гипертензия разной выраженности, сразу же при поступлении скорректированная в соответствии со стандартами лечения ОКС и СД 2 до оптимального уровня.

Основные параметры гемодинамического статуса и гликемического профиля отражены в табл. 2. Проявления левожелудочковой недостаточности в динамике, изменения сатурации крови, возраставшей по мере выхода из левожелудочковой недостаточности, наличие декомпенсации СД 2 при поступлении с последующей субкомпенсацией при ин-

Таблица 2

Показатели центральной гемодинамики, насыщения крови кислородом, гликемии и гликозилированного гемоглобина (M±m)					
Показатели	Контроль	Поступление	1-е сутки	7-е сутки	14-е сутки
ЧСС, мин ⁻¹	87,9±2,1	112,0±2,4 ⁺	114,5±2,5 ⁺	98,0±2,0 ⁺	94,8±2,0 ⁺
УОС, мл	92,3±1,2	39,7±1,1 ⁺	38,7±2,5 ⁺	62,6±1,2 ⁺	66,0±1,3 ⁺
МОК, л	6,1±0,6	7,8±0,1 ⁺	4,2±0,3 ⁺	6,5±0,1	6,1±0,1
СИ, л/мин.м ²	3,3±0,1	2,6±0,1 ⁺	2,4±0,2 ⁺	3,5±0,1	3,2±0,1
ОПСС, дин·см· ⁻⁵	2254,0±54,1	1027,8±52,0 ⁺	2031,0±61,0 ⁺	1681,2±20,0 ⁺	1472,1±34,0 ⁺
ОЦК, л	4,51±0,02	6,1±0,2 ⁺	3,6±0,1 ⁺	4,18±0,02 ⁺	4,2±0,04 ⁺
SaO ₂ , %	98±0,6	91±0,9 ⁺	96±0,9 ⁺⁺	95±0,7 ⁺⁺	96±1,1 ⁺
Гликемия, ммоль/л	5,1±0,2	14,8±0,7 ⁺	10,1±0,3 ⁺	7,7±0,6 ⁺	6,9±0,5 ⁺
HbA1c, %	4,1±0,03	11,3±0,2 ⁺	12,5±0,5	11,9±0,3 ⁺	10,1±0,2 ⁺

Условные обозначения: ЧСС — частота сердечных сокращений; УОС — ударный объем сердца, МОК — минутный объем крови; СИ — сердечный индекс, ОПСС — общее периферическое сопротивление сосудов; ОЦК — объем циркулирующей крови; SaO₂ — насыщение гемоглобина кислородом в артериальной крови, HbA1c — гликозилированный гемоглобин.

дивидуализированной гипогликемизирующей терапии.

Фагоцитарную активность лейкоцитов оценивали с помощью люминолзависимой хемилюминесценции цельной крови на хемилюминометре «ХЛ-003». Лейкоцитарный индекс интоксикации рассчитывали по Кальф-Калифу. Вещества низкой и средней молекулярной массы и олигопептиды в плазме и на эритроцитах определяли при поступлении, на 1, 3, 7-е сутки по методике М.Я. Малаховой. Статистическую обработку результатов исследования выполняли на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0, методов параметрической и непараметрической статистики с расчетом показателей Уилкоксона и Манна—Уитни. Статистическую обработку результатов с целью построения интегральных критериев производили методом дисперсионного анализа.

При изучении динамики показателей эндогенной интоксикации во 2-й группе было выявлено значительное увеличение содержания веществ низкой и средней молекулярной массы в плазме крови и на мембранах эритроцитов уже при поступлении. В обеих основных группах концентрация токсинов в плазме возрастала практически в 2 раза, а на эритроцитах — в 3 раза по отношению к контролю. Максимальное содержание веществ низкой и средней молекулярной массы и олигопеп-

тидов на эритроцитах крови с одновременным незначительным снижением токсинов в плазме регистрировалось также во 2-й группе пациентов. В дальнейшем их концентрация на эритроцитах умеренно снижалась, сопровождаясь в ряде случаев увеличением к 7-м суткам в плазме, что свидетельствовало о затяжном или рецидивирующем течении ОИМ (табл. 3).

В 1-й группе отмечалось значительное снижение с последующей стойкой нормализацией уровня веществ низкой и средней молекулярной массы на мембранах эритроцитов с их умеренным уменьшением в плазме. Обращал на себя внимания тот факт, что показатели интоксикации в данной группе к 7-м суткам статистически не отличались от контроля (p>0,05). Содержание веществ низкой и средней молекулярной массы на эритроцитах во 2-й группе было на 58% больше, чем в 1-й группе, а в плазме это увеличение составляло около 36%. При изучении динамики содержания олигопептидов в обеих группах при поступлении было выявлено значительное их превышение в сравнении с нормой, которое в последующем продолжало возрастать до 3 суток. Максимальные концентрации олигопептидов на мембранах эритроцитов и в плазме были зарегистрированы на 3-и сутки наблюдения во 2-й группе. При дальнейшем наблюдении во 2-й группе их нормализация происходила медленнее, чем в 1-й, в среднем на 24%. Снижение содержания олигопепти-

Таблица 3

Динамика содержания веществ низкой и средней молекулярной массы и олигопептидов в биологических средах групп (Me±Q25-75)

Показатели	Период наблюдения	Группа 1	Группа 2	Группа 3 (контроль)
Светосумма люминолзависимой ХЛ крови, усл. ед.×мин	поступление	5,57±0,91*	4,12±0,67*	2,12±0,290
	1-е сутки	2,41±0,07*	1,78±0,13*	
	3-и	7,12±2,83**	3,39±0,54*	
	7-е	17,11±1,12**	9,1±2,11*	
Светосумма люминолзависимой ХЛ крови после инкубации, усл. ед.×мин	поступление	162,5±7,2*	151,21±8,3*	102,12±3,78
	1-е сутки	38,49±2,47*,**	26,23±2,11*	
	3-и	46,2±2,18*,**	36,01±2,13*	
	7-е	64,14±3,11*,**	48,14±3,18*	

* p<0,05 — разница по отношению к контролю, ** p<0,05 — по отношению к 1-й группе.

дов в плазме крови и на мембранах эритроцитов при отсутствии фонового СД 2, по-видимому, свидетельствовало о выраженном уменьшении процессов протеолиза у пациентов 1-й группы. Образование факторов вторичной аутоагрессии из веществ низкой и средней молекулярной массы и олигопептидов было наиболее выражено у умерших больных. Так, у них регистрировалось значительное увеличение содержания веществ низкой и средней молекулярной массы и олигопептидов как в плазме, так и на эритроцитах, причем максимально к моменту смерти. В первые сутки отмечалось достоверное увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации по сравнению с контролем. В дальнейшем, в процессе лечения, наблюдалось его снижение, при этом у пациентов 1-й группы он был достоверно ниже, что являлось, по-видимому, прогностически благоприятным признаком. В 1-е сутки в обеих группах (выраженнее во 2-й) имело место значительное снижение спонтанной и люминолзависимой хемилюминесценции цельной крови (табл. 2). На 3-и сутки болезни фагоцитарная активность лейкоцитов резко снижалась: спонтанная и индуцированная хемилюминесценция во 2-й группе уменьшалась соответственно в 18,8 и в 4 раза, в 1-й — в 10,5 и 2,6 раза. Клиническое улучшение в обеих группах сопровождалось повышением фагоцитарной активности лейкоцитов, при этом лучшая динамика иммунологических показателей отмечалась в 1-й группе.

Анализ полученных результатов показал, что фоновый СД 2 характеризуется

более высокими показателями неинфекционного ССВР, или так называемого резорбционно-некротического синдрома, связанными с наличием диабетической кардиомиопатии, макро- и микроангиопатий [2, 8]. Высокий уровень и продолжительное течение ССВР у пациентов с ОКС на фоне СД обуславливают высокую частоту развития таких осложнений, как острая левожелудочковая недостаточность и полиорганная дисфункция — основных причин летальных исходов у больных данной категории [4, 9].

Таким образом, проведенное нами исследование выявило более тяжелое течение ССВР при ОКС на фоне СД 2 даже без последующего формирования крупноочагового или трансмурального инфаркта миокарда. Наряду со стандартной схемой интенсивной терапии при наличии диабетической кардиомиопатии требуются более активные дезинтоксикационные мероприятия и коррекция метаболических нарушений, обусловленных СД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зборовская И.А., Банникова М.В. Антиоксидантная система организма, её значение в метаболизме. Клинические аспекты // Вестн. РАМН. — 1995. — № 6. — С. 53—61.
2. Сторожаков Г.И. Дилатационная кардиомиопатия — связь с воспалением. // Сердечн. недостат. — 2008. — Т. 9. — №2 (46). — С. 91—97.
3. Мухачева С.Ю., Руднов В. А., Галян С.Л., Кадочникова Г.Д. Состояние свободнорадикального окисления липидов и антиоксидантной защиты организма при сепсисе с позиций тяжести системной воспалительной реакции // Интенс. тер. — 2005. — № 3. — С. 23—28.
4. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. // Лечение сахарного диабета и его осложнений (руко-

водство для врачей). — М.: Мед., 2005. — 511 с.

5. Ainal T., Baburin A., Teesalu R., Rahu M. The association between hyperglycaemia on admission and 180-day mortality in acute myocardial infarction patients with and without diabetes// Diabet Med. — 2005. — Vol.22. — P.1321–1325.

6. Al-Bermani A., Desha Y.H., Morgan J. et al. Management of incidental hyperglycaemia in acute medical emergencies// Diabet Med. — 2005. — Vol.22. — P.937–941.

7. Bloomgarden Z. T. Developments in diabetes and insulin resistance//Diabetes Care. — 2006. — Vol. 29. — P. 161–167.

8. Eibl N., Krugluger W., Streit G. et al. Improved metabolic control decreases platelet activation markers in patients with type-2 diabetes// Eur. J. Clin. Invest. — 2004. — Vol. 34. — P.205–209.

9. Gresele P., Guglielmini G., De Angelis .t al. Acute, short-term hyperglycemia enhances shear stress-induced platelet activation in patients with type II diabetes mellitus// J. Am. Coll. Cardiol. — 2003. — Vol.41.— P.1013–1020.

10. Lerman O.Z., Galiano R.D., Armour M. et al. Cellular dysfunction in the diabetic fibroblast: impairment in migration, vascular endothelial growth factor production, and response to hypoxia// Am. J. Pathol. — 2003. — Vol. 162. — P.303–312.

11. Malmberg K., Ryden L., Efendic S. et al. Randomized trial of insulin-glucose infusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction (DIGAMI study): effects on mortality at 1 year//

J. Am. Coll. Cardiol. — 1995. — Vol.26. — P.57–65.

12. Malmberg K., Ryden L., Wedel H. et al. Intense metabolic control by means of insulin in patients with diabetes mellitus and acute myocardial infarction (DIGAMI 2): effects on mortality and morbidity// Eur. Heart. J. — 2005. — Vol. 26. — P.650–661.

Поступила 08.12.09.

SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE IN A COMPLICATED COURSE OF ACUTE CORONARY SYNDROME WITH UNDERLYING DIABETES MELLITUS

A.I. Kondratiev, V.N. Lukach, V.T. Dolgikh, V.V. Savilova

Summary

Studied were the main indicators of non-infectious systemic inflammatory reaction syndrome, as well as the dynamics of the content of low and medium molecular weight substances and oligopeptides in the biological media. The presence of underlying type 2 diabetes mellitus in acute coronary syndrome was characterized by higher rates of noninfectious systemic inflammatory reaction syndrome, which is probably due to the presence of diabetic cardiomyopathy, macro-and microangiopathies.

Key words: acute coronary syndrome, diabetes mellitus, systemic inflammatory reaction, substances of low and medium molecular weight, oligopeptides.

АНАЛИЗ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РОЖДЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РЕАНИМАЦИИ

Ильмира Раисовна Галимова, Ильдар Фаридович Фаткуллин,
Гузель Ильдаровна Шаймарданова, Александр Алексеевич Лобанихин

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. И.Ф. Фаткуллин) Казанского государственного
медицинского университета, МУЗ «Городская клиническая больница № 7»
(главрач — канд. мед. наук М.Н. Садыков), г. Казань, e-mail: fatkullin@ya.ru

Реферат

Исследованы анте- и интранатальные причины тяжелого состояния недоношенных новорожденных, обусловленного не только сроком беременности, но и особенностями ведения родов, находившихся на искусственной вентиляции легких после рождения. Даны рекомендации по оптимизации акушерской тактики, которые позволят улучшить перинатальные исходы для недоношенных новорожденных.

Ключевые слова: преждевременные роды, недоношенный ребенок, респираторный дистресс-синдром, искусственная вентиляция легких.

Преждевременные роды являются одной из актуальных проблем современного акушерства. Частота этой патологии не имеет тенденции к снижению и варьирует от 6 до 10% [1]. На состояние новорож-

денного влияют уровень внутриутробного благополучия, срок беременности и тактика родоразрешения [2, 5]. Значимость исходного фона, тактики ведения родов и родоразрешения в случае преждевременного завершения беременности настолько велика, что зачастую превосходит даже важность гестационного возраста новорожденного [6]. Вместе с тем тяжелое состояние детей, родившихся недоношенными, часто рассматривается как нечто закономерное и даже ожидаемое.

Целью нашего исследования являлось изучение антенатальных и интранатальных причин тяжелого состояния недоношенных новорожденных.

Проведен ретроспективный анализ 46 историй родов матерей недоношенных детей (6 близнецов), состояние которых при рождении потребовало проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Изучены гинекологический и соматический анамнезы матерей, течение беременности и возникшие осложнения, состояние фето-плацентарной системы накануне родов, особенности родоразрешения и перинатальные исходы.

В зависимости от срока беременности в соответствии с наиболее распространенной градацией [7] новорожденные были распределены следующим образом: 25–27 нед — один (1,9%) ребенок, 28–33 нед — 37 (71,2%), 34–36 нед — 14 (26,9%). Возраст матерей колебался от 17 до 36 лет. Первородящих было 27 (58,7%), повторнородящих — 19 (43,1%). Отягощенный акушерский анамнез (медицинские или самопроизвольные аборт) имели 13 (28,7%) беременных. Преждевременные роды были в анамнезе у каждой четвертой повторнородящей.

Из хронических экстрагенитальных заболеваний чаще, чем в популяции, встречались заболевания почек. У 14 (30,4%) пациенток беременность сопровождалась пиелонефритом. В структуре гинекологической заболеваемости была велика доля хронических воспалительных заболеваний половых органов: хронический аднексит — у 6 (13%) женщин, хронический эндометрит — у 2 (2,6%), рецидивирующий кольпит различной этиологии — у 18 (39,1%). У 50% женщин беременность протекала на фоне железодефицитной анемии различной тяжести. У 4 (8,7%) пациенток имелся рубец на матке после предыдущего кесарева сечения. У большинства беременных отмечалось головное предлежание плода, у 5 (10,9%) — тазовое. Двойни имели 6 (13,1%) пациенток.

У 21,7% беременных досрочное родоразрешение и рождение недоношенного ребенка было обусловлено преэклампсией. У 32,6% пациенток диагностировали хроническую плацентарную недостаточность, у 28,3% — задержку внутриутробного развития плода. У 7 рожениц имело место меконияльное окрашивание околоплодных вод, хотя синдром аспирации мекония не был выявлен ни у одной из них. Приведенные данные свидетель-

ствуют о том, что недоношенные новорожденные, состояние которых потребовало ИВЛ в раннем неонатальном периоде, начали страдать еще до рождения. Роль инфекционно-воспалительного фактора и хронической плацентарной недостаточности в патогенезе недонашивания подтверждают результаты гистологического исследования последов. Воспалительные изменения в плаценте, такие как базальный децидуит, мембранный плацентит, интервиллит, выявлялись практически у каждой третьей пациентки, однако у 4 из них при наличии гипоплазии плаценты они отсутствовали.

Очевидно, что тактика родоразрешения во многом определяет состояние новорожденного [6]. Шансы на успешную адаптацию после бережного родоразрешения (анте- и интранатальный токолиз, профилактика респираторного дистресс-синдрома, отсутствие акушерского пособия в родах через естественные родовые пути, извлечение головки в плодном пузыре при кесаревом сечении [8]) достаточно высоки. Роды через естественные родовые пути произошли у 21 (45,7%) женщины, а у 25 (54,3%) беременность и роды были завершены путем кесарева сечения. Большинство беременных, дети которых нуждались в ИВЛ при рождении, были госпитализированы в стационар до начала активной родовой деятельности: 25 (54,3%) — с угрозой преждевременных родов, 13 (28,3%) — с родовым излитием околоплодных вод. У 25 (54,3%) пациенток отмечалась угроза прерывания беременности, которая реализовалась в преждевременные роды. В активной фазе преждевременных родов в родильный дом поступили 13 (28,2%) беременных, причем 10 (21,7%) в первом периоде родов и 3 (6,5%) во втором. Прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты у 2 пациенток потребовала экстренного их родоразрешения.

Анализ историй родов показал, что 25 беременным с угрозой преждевременных родов была проведена токолитическая терапия β_2 -адреномиметиками и/или сульфатом магния. У беременных с родовым излитием околоплодных вод применялась консервативно-выжидательная тактика с назначением антибиотиков и профилактикой респираторного дист-