

УДК 618.1-06:611.8-007.7-06

Оригинальная статья

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, НОСИТЕЛЕЙ СЕМЕЙСТВА ГЕРПЕС-ВИРУСОВ

Л.Н. Дорохова – МУЗ Детская городская клиническая больница № 5 г. Кемерово, заведующая поликлиническим отделением; *А.В. Шаболдин* – МУЗ Детская городская клиническая больница № 5 г. Кемерово, заместитель главного врача по науке, профессор, доктор медицинских наук; *Л.Н. Нароленко* – МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, заведующая родовым отделением; *В.Г. Мозес* – ГОУ ВПО Кемеровская ГМА Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии № 1, профессор, доктор медицинских наук.

FETOPLACENTAL SYSTEM IN PREGNANT WOMEN WITH UNDIFFERENTIATED FORMS OF DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE, AGENTS OF HERPES VIRUSES

L.N. Dorokhova – Kemerovo Children Hospital № 5, Head of Out-patient Department; *A.V. Shabolodin* – Kemerovo Children Hospital № 5, Deputy Head Doctor of Science, Professor, Doctor of Medical Science; *L.N. Narolenko* – Kemerovo Clinical Hospital № 3 n.a. M.A. Podgorbunsky, Head of Maternity Department; *V.G. Mozes* – Kemerovo State Medical Academy, Department of Obstetrics and Gynaecology № 1, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления – 26.08.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

Дорохова Л.Н., Шаболдин А.В., Нароленко Л.Н., Мозес В.Г. Состояние фетоплацентарной системы у беременных с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани, носителей семейства герпес-вирусов // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 531–535.

Цель: определение риска реализации инфекционного процесса в плаценте у женщин с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани (НФДСТ), носителей семейства вирусов герпес-группы (ВГГ – вирус простого герпеса и цитомегаловируса).

У 133 женщин в I триместре беременности при помощи серологического исследования и ПЦР выявлялась персистирующая инфекция семейства ВГГ. У всех беременных выявлялись фенотипические проявления НФДСТ; в III триместре беременности выполнена иммунограмма второго уровня; проведено гистологическое исследование последов и выполнена идентификация антигенов семейства ВГГ в тканях плаценты методом РИФ; проведено серологическое исследование плацентарной крови на инфекцию семейства ВГГ и выделение их ДНК методом ПЦР. У всех новорожденных проводилась клиническая и лабораторная диагностика инфицирования семейства ВГГ.

У беременных женщин с НФДСТ, носителей семейства ВГГ, за счет высокого риска реализации инфекции семейства ВГГ в плаценте чаще выявляли клинические и гистологические признаки фетоплацентарной недостаточности, которые обусловили худшие перинатальные исходы. Риск реализации вирусной инфекции был обусловлен нарушениями клеточного иммунитета: относительной недостаточностью Т-лимфоцитов (CD3) с дефицитом субпопуляции Т-хелперов (CD4) и преобладанием субпопуляции лимфоцитов, участвующей в гуморальном иммунитете, – CD16 (NK-клеток, гранулоцитов, макрофагов) и CD20 (В-лимфоцитов).

Ключевые слова: недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, клеточный иммунитет, беременность.

Dorokhova L.N., Shabolodin A.V., Narolenko L.N., Mozes V.G. Fetoplacental system in pregnant women with undifferentiated forms of dysplasia of connective tissue, agents of herpes viruses // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2010. Vol. 6, № 3. P. 531–535.

The research goal is to determine the risk of infectious process development in placenta of women with undifferentiated forms of dysplasia of connective tissue (UFDCT) by agents - herpes viruses (VHG – virus of herpes simplex and cytomegalovirus).

Persistent infection of VHG was revealed in 133 women in the 1st trimester of pregnancy. All the patients had phenotypic manifestations of UFDCT; in the 3d trimester of pregnancy immunogram of the second level, histological study of placenta, identification of antigens of VHG family, serological study of placental blood and isolation of DNA of VHG were carried out. All newborns were clinically and laboratory tested on VHG infection.

As pregnant women with UFDCT had high risk of VHG infection development in placenta, they suffered from placental insufficiency. It resulted in unfavourable perinatal outcomes. VHG infection development was caused by disturbances of cellular immunity.

Key words: undifferentiated forms of dysplasia of connective tissue, virus of herpes simplex, cytomegalovirus, cellular immunity, pregnancy.

Введение. Инфекции, вызываемые семейством вирусов герпес-группы (ВГГ), являются одними из наиболее распространенных инфекций среди людей [1]. Как правило, персистенция герпес-вирусов при нормально функционирующей иммунной системе протекает бессимптомно, однако у больных со сниженным клеточным и гуморальным иммунитетом (пациенты после пересадки органов и тканей, больные с врожденным или приобретенным иммунодефицитом) может приводить к развитию тяжелых, а порой и угрожающих жизни инфекций [2]. Физиологическая гравидарная иммуносупрессия у таких больных значительно повышает риск поражения фетоплацентар-

ной системы, внутриутробного инфицирования и неблагоприятных перинатальных исходов [3].

Среди лиц, страдающих иммунодефицитом, особый интерес представляют женщины с врожденной недостаточностью соединительной ткани, так называемыми недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани (НФДСТ). Пациенты с НФДСТ относятся к категории часто болеющих людей и часто имеют нарушения в системе гуморального и клеточного иммунитета [4]. На сегодняшний день отсутствуют единые подходы, определяющие необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий у беременных с НФДТ, с персистирующей инфекцией семейства ВГГ, что определило цель исследования.

Цель исследования: определение риска реализации инфекционного процесса в плаценте у женщин с недифференцированными формами дисплазии со-

Ответственный автор – Мозес Вадим Гельевич.

Адрес: 650099, г. Кемерово, ул. Весенняя, 16-115.

Тел.: 83842754428 (дом.); 89045732443 (моб.); 83842365707 (раб.).

E-mail: vadimmoses@mail.ru

единительной ткани (НФДСТ), носителей семейства вирусов герпес-группы.

Методы. Методом сплошной выборки у 600 женщин в I триместре беременности выявлялась персистирующая инфекция ВГГ. Критерии включения беременных в исследования: отсутствие тяжелых осложнений беременности (тяжелая преэклампсия) и тяжелой соматической патологии, информированное согласие на проведение исследования. Критерии исключения: тяжелые осложнения беременности (тяжелая преэклампсия) и тяжелая соматическая патология, отказ от проведения исследования.

Вирусная инфекция верифицировалась на основании серологического исследования, при котором определялся уровень специфических иммуноглобулинов класса IgG и IgM к цитомегаловирусу и вирусу простого герпеса в сыворотке крови методом ИФА с использованием тестовых систем ЗАО «Вектор-Бэст»; выделения ДНК цитомегаловируса и вируса простого герпеса методом ПЦР в реальном времени.

У всех беременных выявлялись фенотипические проявления НФДСТ при помощи функциональных и оценочных проб, предложенных В.М. Яковлевым (1994). Клинически значимым считалось наличие у беременной пяти и более стигм дизэмбриогенеза – предикторов НФДСТ [5].

После обследования все женщины были разделены на три группы: основную, сравнения и контроля. Критериями включения в основную группу (n=51) являлись: носительство ВГГ, 5 и более стигм дизэмбриогенеза; критериями исключения являлись: отсутствие носительства ВГГ, менее пяти стигм дизэмбриогенеза. Критериями включения в группу сравнения (n=50) являлись носительство ВГГ, менее 5 стигм дизэмбриогенеза; критерием исключения являлось отсутствие носительства ВГГ. Критериями включения в группу контроля (n=32) являлось отсутствие носительства ВГГ, менее пяти стигм дизэмбриогенеза; критериями исключения являлись: носительство ВГГ, более пяти стигм дизэмбриогенеза.

У всех женщин проведена проспективная оценка течения беременности; все пациентки были проконсультированы терапевтом, хирургом, офтальмологом для выявления висцеральной патологии, относящейся к клиническим проявлениям ДСТ; в 34-36 недель беременности проведена ультразвуковая фетометрия по стандартной методике на аппарате «Medison 8000» и «Medison SA X-4».

У всех женщин в III триместре беременности на проточных цитометрах FACScan (Becton Dickinson) и FC-500 (Becton-Coulter) выполнена иммунограмма второго уровня с определением популяций и субпопуляций лимфоидных клеток методом иммунофлюоресценции.

У всех женщин проведено гистологическое исследование последов с определением степени зрелости по Б.И. Глуховцу [6] и выполнена идентификация антигенов ВГГ в тканях плаценты методом реакции иммунофлюоресценции.

У всех женщин проводилось серологическое исследование плацентарной крови, при котором определялся уровень специфических иммуноглобулинов класса IgG и IgM к цитомегаловирусу и вирусу простого герпеса методом ИФА с использованием тестовых систем ЗАО «Вектор-Бэст»; выделения ДНК цитомегаловируса.

У всех новорожденных проводилась клиническая оценка инфицирования ВГГ; в сомнительных случаях проводилось выделение из биологических жидко-

стей ДНК цитомегаловируса и вируса простого герпеса методом ПЦР в реальном времени.

Выборочные параметры, приводимые в таблицах, имеют следующие обозначения: M – среднее, σ – стандартное отклонение, n – объем анализируемой подгруппы, p – достигнутый уровень значимости. Для проверки нормальности распределения показателей применялся критерий Колмогорова – Смирнова. В случае нормального распределения статистически значимое различие выборочных средних проверялось при помощи t -критерия Стьюдента; в других случаях использовался непараметрический критерий Манна – Уитни. Проверка статистической значимости различий между относительными частотами двух или большего числа событий осуществлялась при помощи критерия χ^2 .

Результаты. Беременные женщины основной группы имели конституционные особенности: сочетание более высокого среднего роста ($166,7 \pm 5,9$ см в основной и $162,9 \pm 5,1$ см в группе сравнения, $p=0,003$; $163,1 \pm 5,1$ см в группе контроля, $p=0,011$) с меньшим средним весом ($59,7 \pm 9,6$ кг в основной группе и $69,4 \pm 16,2$ кг в группе сравнения, $p=0,001$; $64,2 \pm 11,3$ см в группе контроля, $p=0,05$). Фенотипические и висцеральные проявления НФДСТ представлены в табл. 1.

Показатели клеточного иммунитета у пациенток обеих групп представлены в таблице 2.

Течение беременности в I триместре у женщин основной группы чаще осложнялось угрожающим выкидышем, требовавшим стационарного лечения ($58,8\%$ в основной группе и 34% в группе сравнения, $p=0,021$; $15,6\%$ в группе контроля, $p=0,001$). Во II триместре беременности у женщин основной группы чаще выявлялась угроза выкидыша ($50,9\%$ в основной группе и 28% в группе сравнения, $p=0,031$; в группе контроля $21,8\%$, $p=0,016$); обострение герпетической инфекции ($17,6\%$ и 2% соответственно, $p=0,021$; 0% в группе контроля). В III триместре у женщин основной группы чаще выявлялись угрожающие роды ($37,3\%$ в основной группе и 18% в группе сравнения, $p=0,05$; 0% в группе контроля); маловодие ($25,5$ и 8% соответственно, $p=0,037$; $3,1\%$ в группе контроля, $p=0,019$); СЗРП ($78,4$ и 58% соответственно, $p=0,046$; $34,4$ в группе контроля, $p=0,001$).

При ультразвуковой фетометрии у женщин основной группы все показатели были хуже: бипариетальный размер ($74,9 \pm 7,8$ и $79,16 \pm 4,14$ см соответственно, $p=0,001$; $80,8 \pm 6,3$ см в группе контроля, $p=0,001$); длина бедренной кости ($58,3 \pm 4,4$ и $61,79 \pm 4,8$ см соответственно, $p=0,001$; $61,7 \pm 6,3$ см в группе контроля, $p=0,005$); окружность живота ($267,3 \pm 12$ и $277,9 \pm 20,1$ см соответственно, $p=0,004$; $278,1 \pm 26,2$ см в группе контроля, $p=0,02$).

Исходы родов для плода и антропометрические показатели новорожденных у беременных обеих групп представлены в табл. 3.

Результаты гистологического исследования плацент и РИФ на цитомегаловирус и вирус простого герпеса у исследуемых женщин представлены в табл. 4.

При исследовании новорожденных во всех группах не было зарегистрировано ни одного случая внутриутробного инфицирования ВГГ.

Обсуждение. Недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани (НФДСТ) являются довольно распространенной врожденной патологией, достигающей 26% в общей популяции. Для этой патологии характерно поражение разных локусов генов, кодирующих синтез коллагена, что обуславливает множественность и полисистемность клинических проявлений и затрудняет генетическую классифика-

Таблица 1

Фенотипические и висцеральные проявления НФДСТ у исследуемых женщин

Стигмы дизэмбриогенеза	Основная группа n=51		Группа сравнения n=50		Контрольная группа n=32	
	абс	%	абс	%	абс	%
Ни одной стигмы	-	-	28	56	29	90,6
От 1 до 5 стигм	-	-	22	44	3	9,4
Свыше 5 стигм	51	100	-	-	-	-
Косметический синдром						
Низкий лоб	4	7,8	1	2	-	-
Гиперрастяжимая кожа	4	7,8	1	2	1	3,1
Гиперпигментированные пятна	19	37,3	-	-	-	-
Приращенные мочки ушей	19*	37,3	2	4	-	-
Большие оттопыренные уши	5	9,8	-	-	-	-
Гиперрастяжимая кожа	4	7,8	1	2	-	-
Клапанный синдром						
Пролапс митрального клапана	18*	35,2	2	4	1	3,1
Торакодиафрагмальный синдром						
Астеническая грудная клетка	15	29,4	-	-	-	-
Сколиоз	12*	23,5	2	4	-	-
Патология органа зрения						
Нарушение рефракции	14*	27,5	5	10	1	3,1
Мышечный синдром						
Диастаз прямых мышц живота	6	11,8	-	-	-	-
Гипотрофия мышц	8	15,6	-	-	-	-
Гипотония мышц	11*	21,5	2	4	-	-
Суставной синдром						
Сандалевидная щель пальцев стопы	6	11,8	-	-	-	-
Гипермобильность суставов	9	17,6	-	-	-	-
Привычные вывихи	7	13,7	-	-	-	-

Примечание: * – $p < 0,001$.

Таблица 2

Показатели клеточного иммунитета у женщин обеих групп

Параметр	Основная группа n=51	Группа сравнения n=50	Контрольная группа n=32	P1	P2
CD3	43,6±8	49,5±9	60,1±14,0	0,001	0,000
CD4	34,8±3,8	36,8±3,9	39,0±4,9	0,01	0,028
CD8	20,5±2,5	20,6±2,8	21,1±3,3	0,849	0,466
CD16	15,7±3,4	14,2±2,1	13,1±2,5	0,009	0,036
CD20	10,1±2,5	8,8±2,7	10,4±2,8	0,013	0,012
CD4\ CD8	1,57±0,2	1,7±0,1	1,8±0,2	0,001	0,003

Примечание: P1 – основная группа и группа сравнения; P2 – основная группа и контрольная группа.

цию и диагностику [4]. Это нашло свое отражение в полученных результатах исследования. Несмотря на то, что у беременных основной группы отмечались конституционные особенности, присущие НФДСТ, а количество стигм дизэмбриогенеза у каждой женщины превышало пять, качественный анализ стигм показал преобладание клапанного, торакодиафрагмального, суставного, мышечного, косметического синдромов и патологии органов зрения.

Интерес к течению инфекционного процесса у беременных с НФДСТ, носителей ВГГ, обусловлен разностью лечебно-диагностических подходов, которые применяются при персистенции вирусной инфекции у беременных женщин. Существует мнение, что нет никакой взаимосвязи между клиническими проявлениями инфекции у матери и риском внутриутробного поражения плода, а выявляемые у матери антитела к инфекционному агенту защищают плод [7]. Однако чаще все-

Таблица 3

Состояние новорожденных у женщин обеих групп

Параметр	Основная группа n=51	Группа сравнения n=50	Контрольная группа n=32	P1	P2
Антропометрические данные новорожденных					
Средняя масса	3001,3±558 г	3568,3±525,3 г	3332,2±461,4	0,001	0,001
Средний рост	50,6±3,4 см	52,6±2,6 см	51,9±1,9см	0,005	0,05
Окружность головки	31,8±4,6 см	34,4±1 см	33,5±1,1см	0,001	0,04
Окружность грудной клетки	32,1±1,7 см	33,8±1,3 см	33±1,8см	0,04	0,024
Оценка по Апгар на первой минуте					
До 7 баллов	17,6%	2%	-	0,02	0,03
7 баллов и выше	82,3%	98	100	0,02	0,03
Оценка по Апгар на пятой минуте					
До 7 баллов	13,7%	-	-	0,02	0,03
7 баллов и выше	86,3%	100%	100	0,02	0,03

Примечание: P1 – основная группа и группа сравнения; P2 – основная группа и контрольная группа.

Таблица 4

Результаты исследования плаценты у обследуемых женщин

Показатель	Основная группа n=51 %	Группа сравнения n=50 %	Контрольная группа n=32 %	P1	P2
Гистология плаценты					
Субкомпенсированная плацентарная недостаточность, гиперпластическая форма	13,7	36	12,5	0,018	0,863
Субкомпенсированная плацентарная недостаточность, гипопластическая форма	29,4	10	3,1	0,028	0,008
Серозный децидуит	11,8	-	3,1	0,038	0,331
Мембранит	2	2	3,1	0,484	0,690
Субхориальный интервиллузит	15,6	2	-	0,039	0,048
Виллузит	2	-	-	0,992	0,813
Гипоплазия плаценты	17,6	-	-	0,006	0,031
Плацента III триместра	5,9	42	68,8	0,000	0,000
Очаговый хориоамнионит	2	6	9,4	0,596	0,313
Незрелая плацента	-	2	-	0,992	-
Реакция иммунофлюоресценции на ЦМВ и ВПГ плаценты					
Положительная	15,6	2	-	0,039	0,048
Отрицательная	84,4	98	100	0,039	0,048
ИФА плацентарной крови на ЦМВ и ВПГ					
ЦМВ	17,6	16	-	1,000	0,031
ВПГ	7,8	2	-	0,371	0,272
ЦМВ и ВПГ	74,6	82	-	0,502	0,000

Примечание: P1 – основная группа и группа сравнения; P2 – основная группа и контрольная группа.

го считается, что персистирующая вирусная инфекция оказывает негативное влияние на течение беременности и исход родов, особенно у женщин с врожденным или приобретенным иммунодефицитом [8].

Функциональное состояние иммунной системы при НФДСТ часто характеризуется ее недостаточностью, хотя механизмы, ее объясняющие, по сей день остаются не раскрытыми. Полученные результаты показали, что эта особенность сохраняется и при

беременности. Состояние клеточного иммунитета у беременных – носителей ВПГ с НФДСТ характеризовалось снижением численности ряда иммунокомпетентных клеток – CD3+ и CD4+ лимфоцитов. Известно, что лимфоциты CD3 и CD4 являются маркерами Т-хелперов-индукторов, которые через цитокиновый каскад в процессе межклеточных взаимодействий включают иммунный ответ на внедрившийся антиген [9]. Поэтому полученные результаты свидетельствуют

ют о функциональной несостоятельности у беременных с НФДСТ не только всех Т-лимфоцитов (CD3), но и их субпопуляции – Т-хелперов (CD4). В свою очередь, у беременных с НФДСТ отмечалось преобладание субпопуляции лимфоцитов, участвующей в гуморальном иммунитете, – CD16 (NK-клетки, гранулоциты, макрофаги) и CD20 (В-лимфоциты), что свидетельствует о напряжении гуморального иммунитета.

Результаты исследования показали, что персистенция ВГГ у беременных без НФДСТ, несмотря на физиологическое снижение иммунитета, не сопровождается увеличением риска неблагоприятных исходов беременности со стороны матери и плода. Однако нарушения в системе клеточного иммунитета у беременных – носителей ВГГ с НФДСТ увеличило риск реализации инфекционного процесса, что косвенно проявлялось осложненным течением беременности, повышением частоты клинических проявлений фетоплацентарной недостаточности, худшими перинатальными исходами. Гистологическое исследование показало, что у женщин с НФДСТ был выше риск поражения ВГГ плаценты, с формированием воспалительного процесса и субкомпенсированной вторичной плацентарной недостаточности с преобладанием гипопластической формы. Этим можно объяснить худшие исходы для плода у женщин носителей ВГГ с НФДСТ, несмотря на то что во всех группах не выявлено внутриутробное инфицирование плода.

Заключение. Таким образом, наличие НФДСТ у беременных с персистирующей инфекцией семейства вирусов герпес является клиническим предиктором риска реализации инфекционного процесса в плаценте с развитием субкомпенсированной фето-

плацентарной недостаточности. Полученные данные будут полезны при составлении индивидуального прогноза развития акушерских и перинатальных осложнений и своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий у женщин в течение беременности и в послеродовом периоде.

Конфликт интересов. Финансирование исследования осуществлялось за счет гранта губернатора Кемеровской области 2008 г. для поддержки молодых ученых – докторов наук.

Библиографический список

1. Арестова И.М., Занько С.Н., Русакевич П.С. Генитальные инфекции и беременность. М.: Мед. литература, 2005. 176 с.
2. Moss P., Khan N. CD8 (+) T-cell immunity to cytomegalovirus // Hum. Immunol. 2004. № 65. P. 456-464.
3. Вдовиченко Ю.П., Щербинская Е.С. Клинико-иммунологические аспекты хламидийной и цитомегаловирусной инфекций в акушерской практике. Киев, 2001. С. 11-17.
4. Нечаева Г.И., Викторова И.А., Калинина И.Ю. Диагностика дисплазии соединительной ткани у лиц среднего и пожилого возраста в практике семейного врача // Российский семейный врач. 2004. Т. 8., № 2. С. 47-54.
5. Яковлев В.М., Нечаева Г.И. Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани (патогенез, клиника, диагностика и лечение). Омск, 1994. 122 с.
6. Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Патология последа. СПб.: Грааль, 2002. 448 с.
7. Gandhi M., Khanna R. Human cytomegalovirus: clinical aspects, immune regulation, and emerging treatments // Lancet Infect. Dis. 2004. № 4. P. 725-738.
8. Combination of cytomegalovirus enhancer with human cellular promoters for gene-induced chondrogenesis of human bone marrow mesenchymal stem cells / R. Iwai, Y. Kumagai, M. Fujiwara, S. Wakitani // J. Biosci Bioeng. 2010. Т. 22. P. 234-243.
9. Common Variable Immune Deficiency Overview / A.M. Scharenberg, M.C. Hannibal, T. Torgerson [et al.] // GeneReviews. Seattle (WA): University of Washington, Seattle. 1993-2006. P. 21-29.

УДК 618.2/.3-055.2:612.648:616-053.31]-07-084:[615.3/:546.15(045)

Оригинальная статья

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАЧЕСТВА ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Ю.В. Наумова – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС; **Н.А. Курмачева** – ГУЗ Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции, заведующая учебно-методическим центром репродуктивной медицины, доктор медицинских наук; **И.Е. Рогожина** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС, доцент, кандидат медицинских наук.

HEALTH STATE OF PREGNANT WOMEN AND NEWBORNS DEPENDING ON QUALITY OF IODINE PREVENTION

Yu.V. Naumova – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Obstetrics and Gynaecology of Raising Skills Faculty, Post-graduate; **N.A. Kurmacheva** – Saratov Regional Centre of Family Planning and Reproduction, Head of Teaching and Methodic Centre of Reproductive Medicine, Doctor of Medical Science; **I.E. Rogozhina** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Obstetrics and Gynaecology of Raising Skills Faculty, Assistant Professor, Candidate of Medical Science.

Дата поступления – 29.07.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

Наумова Ю.В., Курмачева Н.А., Рогожина И.Е. Состояние здоровья беременных женщин и новорожденных в зависимости от качества йодной профилактики // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 535–540.

В статье представлены данные о неудовлетворительном качестве йодной профилактики у беременных женщин Саратовской области: недостаточном йодном обеспечении матерей (медиана йодурии 115,5 мкг/л при рекомендуемых экспертами ВОЗ значениях 150-249 мкг/л) на фоне неадекватно низких профилактических доз йодосодержащих препаратов; высокой частоте гестационной гипотироксинемии (55,7%) и ассоциированных с ней осложнений беременности, родов у матерей, нарушений состояния плода и здоровья новорожденных.

Показано, что профилактический прием беременной женщиной йодида калия в дозе 250 мкг/сутки приводит к снижению на 12-47% абсолютного риска и в 2-8 раз отношения шансов осложнений беременности и родов, нарушений адаптации и заболеваний у новорожденных.

Ключевые слова: йодный дефицит, гестационная гипотироксинемия, осложнения беременности и родов, состояние новорожденных, качество йодной профилактики.

Naumova Yu.V., Kurmacheva N.A., Rogozhina I.E. Health state of pregnant women and newborns depending on quality of iodine prevention // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2010. Vol. 6, № 3. P. 535–540.