

1. Шабалов Н.П. Неонатология. В 2 тт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016: 436.
2. Деев И.А., Куликова К.В., Кобякова О.С., Куликов Т.С., Холопов А.В., Степанов И.А., Антонова И.Н., Быбченко Е.Г., Гольцман К.Е., Доровская Е.Н., Кожевникова Е.Н., Ледяйкина Л.В., Макарова Н.А., Пермякова М.А., Попова Н.Г., Страдина А.А., Федорова Л.А., Фоменко А.А., Харитонова Е.С., Ходосевич Е.Б., Чугайнова И.Н. Клиническая характеристика новорожденных с различной массой тела при рождении (результаты многоцентрового когортного исследования). Педиатр. 2016; 4: 67–76.
3. Hartnett ME, Penn JS. Mechanisms and management of retinopathy of prematurity. *N. Engl. J. Med.* 2012; 367 (26): 2515–2526. PMID:23268666
4. Hartnett ME. Pathophysiology and mechanisms of severe retinopathy of prematurity. *Ophthalmology.* 2015; 122 (1): 200–210. PMID:25444347
5. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, Shankaran S, Laptook AR, Walsh MC, Hale EC, Newman NS, Schibler K, Carlo WA, Kennedy KA, Poindexter BB, Finer NN, Ehrenkranz RA, Duara S, Sánchez PJ, O'Shea TM, Goldberg RN, Van Meurs KP, Faix RG, Phelps DL, Frantz ID 3rd, Watterberg KL, Saha S, Das A, Higgins RD; Eunice. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics.* 2010; 126 (3): 443–456.
6. Austeng D, Källen K, Hellström A, Jakobsson P, Lundgren P, Tornqvist K, Wallin A, Holmstrom G. Regional differences in screening for retinopathy of prematurity in infants born before 27 weeks of gestation in Sweden – the EXPRESS study. *Acta Ophthalmol.* 2014; 92 (4): 311–315. PMID:23782559
7. Cerman E, Balci SY, Yenice OS, Kazokoglu H, Celiker H, Eraslan M. Screening for retinopathy of prematurity in a tertiary ophthalmology department in Turkey: incidence, outcomes, and risk factors. *Ophthalmic Surg. Lasers Imaging Retina.* 2014; 45 (6): 550–555. PMID:25423635
8. Xu Y, Zhou X, Zhang Q. Screening for retinopathy of prematurity in China: a neonatal units-based prospective study. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 2013; 54 (13): 8229–8236. PMID:24204053
9. Manzoni P, Manzoni P, Stolfi I, Messner H, Cattani S, Laforgia N, Romeo MG, Bollani L, Rinaldi M, Gallo E, Quercia M, Maule M, Mostert M, Decembrino L, Magaldi R, Mosca F, Vagnarelli F, Memo L, Betta PM, Stronati M, Farina D. Human milk feeding prevents retinopathy of prematurity in preterm VLBW neonates. *Early Hum. Dev.* 2013; 89 (Suppl. 1): S64–S68.
10. Okamoto T, Shirai M, Kokubo M, Takahashi S, Kajino M, Takase M, Sakata H, Oki J. Human milk reduces the risk of retinal detachment in ELBW infants. *Pediatr. Int.* 2007; 49 (6): 894–897.
11. Bharwani SK, Green BF, Pezzullo JC, Bharwani SS, Bharwani SS, Dhanireddy R. Systematic review and meta-analysis of human milk intake and retinopathy of prematurity: a significant update. *Journal of Perinatology.* 2016; 6 (11): 913–920.
12. Furman L, Taylor G, Minich N, Hack M. The effect of maternal milk on neonatal morbidity of VLBW infants. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2003; 157 (1): 66–71.
13. Heller CD, O'Shea M, Yao Q, Langer J, Ehrenkranz RA, Phelps DL, Poole WK, Stoll B, Duara S, Oh W, Lemons J, Poindexter B. Human milk intake and ROP in ELBW infants. *Pediatrics.* 2007; 120 (1): 1–9.
14. Коникина О.А., Дискаленко О.В. Функциональные исходы IV и V стадии ретинопатии недоношенных. *Педиатр.* 2013; 1: 16–20.
15. Stahi A, Hellstrom A, Smith EH. Insulin-Like Growth Factor-1 and Anti-Vascular Endothelial Growth Factor in Retinopathy of Prematurity: Has the Time Come? *Neonatology.* 2014; 106: 254–260.
16. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatrics [Electronic resource].* 2013; 13: 59. DOI: 10.1186/1471-2431-13-59.
17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. № 442н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».
18. Федеральные клинические рекомендации «Диагностика, мониторинг и лечение активной фазы ретинопатии недоношенных» (Национальный протокол), 2017. avo-portal.ru.

© Коллектив авторов, 2017

DOI: 10.24110/0031-403X-2018-97-1-25-30  
<https://doi.org/10.24110/0031-403X-2018-97-1-25-30>Т.В. Овчинникова<sup>1,2</sup>, Т.Е. Таранушенко<sup>1</sup>, А.Б. Салмина<sup>1</sup>ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА МАТЕРЕЙ  
НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, <sup>2</sup>Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства, г. Красноярск, РФ

Преждевременные роды на сегодняшний день являются комплексной медико-социальной проблемой. В данном проспективном исследовании проведена оценка социального, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза у 110 женщин, беременность которых завершилась преждевременными родами на сроке гестации от 26 до 36 недель рождением детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и низкой массой тела (НМТ). Исследование выполнено в КГБУЗ

**Контактная информация:**

Овчинникова Татьяна Витальевна – асп. каф. педиатрии ИПО, ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, врач-неонатолог отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства  
 Адрес: Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1  
 Тел.: (923) 772-73-77,  
 E-mail: tane4ka092009@rambler.ru  
 Статья поступила 12.04.17,  
 принята к печати 6.09.17.

**Contact Information:**

Ovchinnikova Tatyana Vitalyevna – post-graduate student of Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky  
 Address: Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizana Zheleznyaka str., 1  
 Tel.: (923) 772-73-77,  
 E-mail: tane4ka092009@rambler.ru  
 Received on Apr. 12, 2017,  
 submitted for publication on Sep. 6, 2017.

«Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» на базе отделения патологии новорожденных и недоношенных детей № 2. Результаты настоящего анализа позволили представить особенности анамнеза (соматического, гинекологического и акушерского) у матерей, родивших детей с ОНМТ и НМТ, сравнить полученные данные с литературными источниками и указать на необходимость более пристального внимания к отдельным анамнестическим сведениям как весьма важным в прогнозе преждевременных родов.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, недоношенные дети, анамнез беременных женщин.

**Цит.:** Т.В. Овчинникова, Т.Е. Таранушенко, А.В. Салмина. Особенности анамнеза матерей недоношенных новорожденных. *Педиатрия*. 2018; 97 (1): 25–30.

T.V. Ovchinnikova<sup>1,2</sup>, T.E. Taranushenko<sup>1</sup>, A.B. Salmina<sup>1</sup>

## ANAMNESIS PECULIARITIES OF MOTHERS OF PRETERM NEONATES

<sup>1</sup>Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University;

<sup>2</sup>Krasnoyarsk Regional Center of Protection of Mothers' and Children's Health, Krasnoyarsk, Russia

This prospective study evaluates social, somatic and obstetric-gynecological anamnesis of 110 women, whose pregnancy ended with premature birth at the gestation period of 26 to 36 weeks with the birth of children with very low birth weight (VLBW) and low body weight (LBW). Results of this analysis allowed to reveal anamnesis (somatic, gynecological and obstetrical) peculiarities in mothers who gave birth to children with VLBW and LBW, compare this results with literature sources and prove the need for closer attention to certain anamnestic information as very important in predicting preterm birth.

**Keywords:** premature birth, premature children, pregnant women anamnesis.

**Quote:** T.V. Ovchinnikova, T.E. Taranushenko, A.B. Salmina. Anamnesis peculiarities of mothers of preterm neonates. *Pediatrics*. 2018; 97 (1): 25–30.

В условиях неблагоприятной демографической ситуации и ухудшения здоровья женщин фертильного возраста особую актуальность приобретает сохранение жизни и здоровья каждого родившегося. Актуальность проблемы возросла в последние годы после перехода на новые критерии живорождения согласно приказу Минздравсоцразвития России «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» от 27 декабря 2011 г. № 1687 н. По данным ВОЗ, 15 млн детей ежегодно рождаются преждевременно (до полных 37 недель беременности) и их число возрастает. Осложнения в результате преждевременных родов являются основной причиной смерти детей в возрасте до 5 лет. Так, в 2015 г. осложнения стали причиной почти 1 млн случаев смерти. В 184 странах показатели преждевременных родов варьируют от 5 до 18% от числа рожденных детей [1–3]. Этиология преждевременных родов остается неизвестной [4]. Факторы риска преждевременных родов в настоящее время хорошо изучены, несмотря на это около 30–50% преждевременных родов происходят без видимой причины. Наиболее значимыми факторами со стороны матери, определяющими вероятность возникновения преждевременных родов, являются возраст, уровень образования, социально-экономические факторы, акушерский анамнез,

соматические заболевания, вредные привычки, особенности течения данной беременности [5, 6].

Цель исследования: проанализировать особенности анамнеза (соматического и акушерско-гинекологического) у матерей, родивших детей с очень низкой (ОНМТ) и низкой массой тела (НМТ), для последующих предложений по наблюдению за женщинами из группы риска по преждевременным родам.

### Материалы и методы исследования

Данная работа одобрена этическим комитетом «Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого», на участие в исследовании получено информированное согласие родителей.

Набор материала выполнен в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (главный врач – А.В. Павлов) на базе отделения патологии новорожденных и недоношенных детей № 2 (заведующая отделением – к.м.н., врач-неонатолог, невролог Л.Н. Карпова).

На основании проспективного анализа медицинской документации за период с 2014 по 2015 гг. проведена оценка социального, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза у женщин, беременность которых завершилась преждевременными родами (26–36 недель).

В 1-ю группу вошли 50 женщин, родивших детей с ОНМТ, во 2-ю группу – 60 женщин, родивших детей с НМТ.

Обработку полученных результатов проводили с помощью программы статистического анализа Analyst Soft Inc., BioStat, версия 5. Для расчета применяли непараметрические методы – критерий хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ). Данные в тексте представлены в виде средней арифметической и ее среднеквадратичного отклонения ( $M \pm \sigma$ ). Статистически значимыми считали различия между показателями при уровне вероятности  $p < 0,05$ .

### Результаты и их обсуждение

Нами изучены наиболее значимые анамнестические сведения женщин, родивших недоношенных детей с ОНМТ и НМТ.

По результатам выполненного исследования неблагоприятным фактором рождения недоношенного ребенка следует считать возраст матери свыше 35 лет, более молодые женщины (младше 20 лет) имеют низкий риск преждевременных родов. По результатам настоящего исследования возраст женщин обеих групп был сопоставим, варьировал от 16 до 46 лет, составил в 1-й группе в среднем  $29,9 \pm 5,4$  года и во 2-й группе –  $32 \pm 5,4$  года. Количество женщин раннего репродуктивного возраста (менее 20 лет) отмечено всего в двух случаях (4%) только в 1-й группе. В то же время женщины старшего репродуктивного возраста (старше 35 лет) встречались примерно с одинаковой частотой (12 и 13,3% соответственно). Наибольшее количество женщин 1-й группы (84%) и 2-й группы (87%) находилось в возрастном интервале от 21 до 34 лет.

Известно, что ранняя беременность может неблагоприятно влиять на внутриутробное развитие плода. Недоношенные новорожденные несовершеннолетних матерей часто имеют признаки гипотрофии, внутриутробного инфицирования, проявления гипертензивного и геморрагического синдромов. По данным как зарубежных, так и отечественных авторов, акушерские осложнения у юных женщин достигают 30–90% [7]. По результатам нашего исследования возраст матери менее 20 лет отмечен только у двух женщин, родивших детей с ОНМТ (4%).

Позднее наступление беременности угрожает нормальному развитию плода с высоким риском врожденных пороков, невынашивания, формирования различной патологии. Многие авторы считают, что женщины более старшего возраста имеют более высокую вероятность развития осложнений беременности, родов и послеродового периода [8]. Кроме того, известным является тот факт, что у данной категории беременных по сравнению с женщинами более молодого возраста выше частота экстрагенитальных заболеваний. По данным литературы, у пациенток позднего репродуктивного возраста чаще встречаются различные осложнения беременности и родов, приводящие к увеличению количества

оперативных вмешательств, росту перинатальной заболеваемости и смертности (17,2% на 1000 живорожденных) [9].

Полученные нами данные указывают на существенную долю женщин старше 35 лет, среди которых рождение ребенка раньше срока отмечено в 25% случаев, из них рождение детей с ОНМТ и НМТ регистрировалось в 12 и 13% соответственно. По литературным данным, в США коэффициент преждевременных родов среди женщин в возрасте 20–35 лет составляет 11–12%, а среди женщин до 17 и старше 40 лет – более 15%, что существенно ниже в сравнении с нашими данными [10].

Наряду с возрастом оценивалась такая вредная привычка, как курение. Известно, что воздействие никотина отрицательно влияет на исход родов [11, 12]. По данным собственного ретроспективного анализа течения беременности и родов от 2009 г., у женщин со стажем курения до 3 лет чаще встречались такие осложнения беременности и родов, как анемия беременных, дородовое излитие околоплодных вод, обвитие пуповиной и гипотрофия плода, а у женщин, курящих в течение от 3 до 6 лет, чаще встречались маловодие, гестоз, хроническая гипоксия плода, угроза прерывания беременности, амниотомия [13].

Результаты настоящего исследования показали следующее: общее число курящих женщин в обеих группах достигло 17 (29%), при этом указанная вредная привычка регистрировалась в 2 раза чаще у матерей 1-й группы (22%), родивших детей с более низкой МТ.

Весьма важным для внутриутробного развития плода является соматический статус матери. Нами проанализированы наиболее значимые группы заболеваний, способных отягощать антенатальный период развития плода (рис. 1). Ведущее место в структуре патологических состояний матери занимают болезни крови и кроветворных органов, патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС).

По нашим данным, в структуре заболеваний крови и кроветворных органов наибольшую долю выявленной патологии составили анемия и тромбоцитопения. По последним оценкам

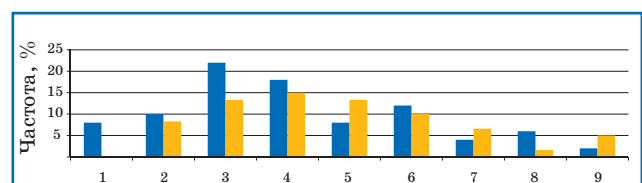


Рис. 1. Соматическая патология матерей, родивших детей с ОНМТ и НМТ (% от числа обследованных).

1 – заболевания ЦНС, 2 – ЛОР-патология, 3 – болезни крови, 4 – заболевания ЖКТ, 5 – заболевания ССС, 6 – заболевания мочевыводящей системы, 7 – эндокринопатии, 8 – доброкачественные опухоли, 9 – миопия; здесь и на рис. 2 и 3: ■ – 1-я группа, ■ – 2-я группа; сравнение показателей, измеренных в номинальной шкале проводили при помощи критерия  $\chi^2$  Пирсона (\* $p < 0,05$ ), на этом рисунке достоверность различий отсутствует.



ВОЗ, распространенность анемии среди женщин репродуктивного возраста в мире в 2011 г. составляла 29%. Учитывая последние оценки численности населения ООН, в 2011 г. от анемии страдали 32 млн беременных женщин. Наиболее высокие показатели отмечаются в центральной и западной Африке и южной Азии [14]. У новорожденных, родившихся от матерей с железодефицитной анемией, часто встречаются такие осложнения, как асфиксия различной степени тяжести, низкий вес при рождении, перинатальная смертность [15]. Результаты настоящего исследования установили долю женщин с различными заболеваниями крови, которая составила 25%, при этом преобладание гематологических нарушений отмечено у женщин 1-й группы в 1,5 раза по сравнению со 2-й группой (22 и 13,3% в группах соответственно); выявляемость анемии в период беременности не превысила известные показатели встречаемости указанной патологии. Согласно данным разных авторов, анемический синдром в период беременности у женщин относится к распространенной патологии, частота выявления этого заболевания весьма варьирует (15–90%), причем 90% от всех анемий составляет железодефицитная, вместе с тем осложнениями беременности при железодефицитной анемии являются угроза прерывания беременности (20–42%), гестоз (40%), артериальная гипотония (40%), преждевременная отслойка плаценты (25–35%), задержка развития плода (25%), преждевременные роды (11–42%) [16].

По результатам выполненного нами исследования болезни органов пищеварения (гастриты, холециститы и др.) составили в среднем 12%. Данный анализ выполнен в связи с указанием на работы ряда авторов, которые отмечают увеличение риска преждевременных родов, внутриутробной задержки роста плода, а также рождения ребенка с низким весом (менее 2500 г не зависимо от гестационного возраста) у женщин с активной формой болезни ЖКТ [17]. Заболевания ЖКТ у женщин в период беременности нередко требуют соблюдения диет, ограничений по приему ряда продуктов, могут сопровождаться нарушением усвоения пищевых субстратов, развитием дефицитных состояний. По нашим данным, матери детей с ОНМТ и НМТ в 18 и 15% случаев соответственно имели различную патологию системы пищеварения, но не имели достоверных различий в частоте выявляемости в сравниваемых группах.

Заболевания системы кровообращения часто обостряются в период беременности, могут повлиять на развитие фетоплацентарной недостаточности и, как следствие, приводить к преждевременным родам [18]. Особую опасность представляют гипертоническая болезнь, неконтролируемая артериальная гипертония, угрожающая развитием эклампсии; по литературным данным, указанное осложнение отмечается в 5–10%

случаев [19]. В нашем исследовании патология системы кровообращения зарегистрирована у 8 и 13,3% женщин в сравниваемых группах соответственно. Болезни системы кровообращения были представлены преимущественно артериальной гипертонией, варикозной болезнью, тромбозами нижних конечностей и др.

Инфекционные заболевания матери могут провоцировать преждевременные роды и способствовать инфицированию плода как анте-, так и интранатальным путем. По данным ВОЗ, ежедневно более 1 млн человек приобретают инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). По оценкам, ежегодно 357 млн человек приобретают одну из четырех ИППП — хламидиоз (131 млн), гонорею (78 млн), сифилис (5,6 млн) или трихомоноз (143 млн). Более 500 млн человек живут с инфекцией генитального ВПГ (герпеса). На любой момент времени более 290 млн женщин инфицированы ВПЧ — одной из наиболее распространенных ИППП [20]. По результатам настоящего исследования, только у 5,4% женщин были указания на наличие таких заболеваний, как хламидиоз, уреаплазмоз, гепатиты и др. Можно предположить, что часть женщин не знает о наличии инфекций, способных влиять на течение беременности с неблагоприятными исходами для плода, или предпочитает не обсуждать эту проблему при сборе анамнеза (рис. 3).

Гинекологический анамнез матери играет немаловажную роль в течении всей беременности и может оказать существенное влияние на вынашивание ребенка. Результаты выполненного нами анализа показали, что в структуре гинекологических заболеваний женщин с одинаковой

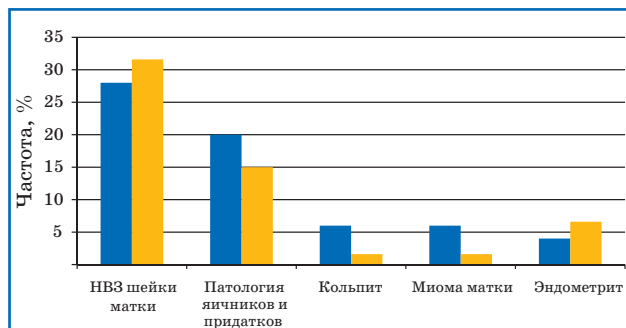


Рис. 2. Особенности гинекологического анамнеза женщин с преждевременными родами (% от числа обследованных).

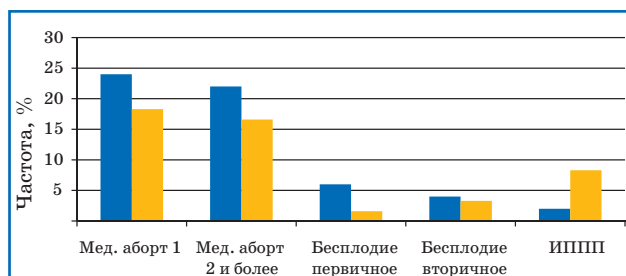


Рис. 3. Показатели отягощенного акушерского анамнеза женщины с преждевременными родами (% от числа обследованных).

## Особенности течения беременности у женщин, родивших детей с ОНМТ и НМТ

Признаки	1-я группа (n=50)		2-я группа (n=60)		p
	абс.	%	абс.	%	
<b>Беременность по счету</b>					
I	14*	28	7*	11,6	p<0,05
II	7	14	12	20	p>0,05
III и более	26	52	26	43,3	p>0,05
	p <sub>1,2</sub> >0,05 p <sub>1,3</sub> <0,05 p <sub>2,3</sub> <0,01		p <sub>1,2</sub> >0,05 p <sub>1,3</sub> <0,01 p <sub>2,3</sub> <0,01		
<b>Патология беременности</b>					
Гестозы	13	26	15	25	p>0,05
Угроза выкидыша:					
I триместр	9	18	17	28,3	p>0,05
II триместр	6*	12	17*	28,3	p<0,05
III триместр	–	–	3	5	
	p>0,05		p <sub>1,2</sub> >0,05 p <sub>1,3</sub> <0,01 p <sub>2,3</sub> <0,01		
Истмико-цервикальная недостаточность	6**	12	20**	33,3	p<0,01
Многоводие	–	–	3	5	
Маловодие	6	12	2	3,3	p>0,05
Фетоплацентарная недостаточность	13	26	9	15	p>0,05
Преждевременный разрыв плодных оболочек	13	26	16	26,6	p>0,05
Предлежание плаценты	5	10	13	21,6	p>0,05
Гестационный пиелонефрит	4	8	4	6,6	p>0,05

Сравнение показателей, измеренных в номинальной шкале, проводили при помощи критерия  $\chi^2$  Пирсона: \*p<0,05; \*\*p<0,01.

частотой регистрируются как невоспалительные, так и воспалительные заболевания. Среди невоспалительных заболеваний (НВЗ) женских тазовых органов преобладали кисты яичников и эрозивные процессы шейки матки. Наиболее частыми воспалительными заболеваниями были эндометриты, сальпингит, оофарит и цервицит. Не установлено достоверных различий в частоте выявляемости указанных патологий у женщин, родивших детей с ОНМТ и НМТ. По данным литературы, наличие новообразований матки у женщин в период беременности (чаще это миомы матки) существенно увеличивает риск преждевременных родов, неправильного предлежания плаценты, кровотечений и других осложнений [21]. По нашим данным, миомы матки в 3 раза чаще отмечались в анамнезе у женщин 1-й группы, родивших детей с ОНМТ (6 и 1,6% соответственно) (рис. 2).

Отягощенный акушерский анамнез позволяет установить факторы риска, способные влиять на течение беременности. Известно, что аборт увеличивает риск развития осложнений последующей гестации, способствует нарушению функции фетоплацентарной системы. По результатам нашего исследования, среди женщин, родивших детей с ОНМТ и НМТ, медицинские аборт в анамнезе отмечены в 46 и 35% соответственно, из которых примерно половина женщин имела два аборта и более – 22 и 16,6%.

Нами отмечено некоторое преобладание

женщин в 1-й группе, страдающих бесплодием (первичное – 6% и вторичное – 4%), у которых родились дети с ОНМТ, у женщин 2-й группы данная патология встречалась реже – 1,6 и 3,3% соответственно (рис. 3).

Выполненный нами анализ антенатального периода развития ребенка показал, что статистически значимо у женщин, родивших детей с ОНМТ, имела место первая по счету беременность (p<0,05). Среди матерей новорожденных с НМТ отмечено достоверное преобладание патологического течения беременности: угроза прерывания во II триместре (p<0,05), а также истмико-цервикальная недостаточность (p<0,01), примерно с одинаковой частотой наблюдались ранний и/или поздний гестозы в обеих группах (26% – в 1-й и 25% – во 2-й) и преждевременный разрыв плодных оболочек (26% – в 1-й, 26,6% – во 2-й) (см. таблицу).

Полученные результаты исследования позволили представить особенности анамнеза (соматического, гинекологического и акушерского) матерей, родивших детей с ОНМТ и НМТ, что обосновывает необходимость оптимизации наблюдения за женщинами из группы риска по преждевременным родам. Сравнение полученных данных с литературными источниками указывает на необходимость более пристального внимания к отдельным анамнестическим сведениям как весьма важным в прогнозе преждевременных родов.

## Выводы

1. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и патологические состояния в период гестации ухудшают прогноз благоприятного исхода беременности с рождением доношенного ребенка.

2. Хронические соматические заболевания отмечены у 92% матерей, дети которых при рождении имели ОНМТ, и у 74% женщин, родивших детей с НМТ.

3. Гинекологический анамнез по НВЗ шейки матки (эрозии, эктопии) отмечен у 28 и 31,6% женщин, у которых исходом беременности было рождение ребенка с ОНМТ и НМТ соответственно; воспалительные заболевания яичников и придатков (аднекситы, кисты, сальпингиты, туберкулез маточных труб) установлены у 20 и 15% женщин соответственно; медицинские абортоты отмечены в обеих группах примерно с одинаковой частотой – 46% женщин, родивших детей с ОНМТ, и 35% женщин, родивших детей с НМТ; бесплодие диагностировано у женщин, родивших детей с ОНМТ, в 2 раза чаще.

4. К особенностям акушерского анамнеза с угрозой преждевременных родов отнесены: III и более по счету беременность в обеих группах (52 и 43,3% соответственно), а также неблагоприят-

ное течение беременности с угрозой выкидыша (28,3 против 12%) и указание на истмико-цервикальную недостаточность (33,3 против 12%).

5. Практической значимостью настоящего исследования следует считать реальную необходимость санитарного просвещения и укрепления здоровья девочек и женщин, направленного на ведение здорового образа жизни с исключением курения, как значимого фактора риска невынашивания беременности, своевременное выявление и лечение соматической и гинекологической патологии, направленное на профилактику патологии беременности и родов, особенно у женщин старше 35 лет, и оптимизацию наблюдения за женщинами из группы риска по преждевременным родам.

*Источники финансирования:* авторы статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки исследования, о которой необходимо сообщить.

*Выражение признательности:* авторы выражают благодарность канд. филол. наук Чурсину Олегу Владимировичу, г. Нью-Йорк, и Васильевой Елене Михайловне – врачу-неонатологу отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства, г. Красноярск, за помощь в переводе на английский язык.

## Литература

1. Menon R. Preterm birth: a global burden on maternal and child health. *Pathog. Glob. Health.* 2012; 106 (3): 139–140.
2. Nour N. Premature Delivery and the Millennium Development Goal. *Rev. Obstet. Gynecol.* 2012; 5 (2): 100–105.
3. ВОЗ. Информационный бюллетень № 363, ноябрь 2016. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/ru/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/ru/) (дата обращения 07.04.2017)
4. Georgiou HM, Di Quinzio MK, Permezel M, Brennecke SP. Predicting Preterm Labour: Current Status and Future Prospects. *Dis. Markers* 2015; 2015: 435014. doi: 10.1155/2015/435014.
5. Hammond G, Langridge A, Leonard H, Hagan R, Jacoby P, DeKlerk N, Pennell C, Stanley F. Changes in risk factors for preterm birth in Western Australia 1984–2006. *BJOG.* 2013; 120 (9): 1051–1060. doi: 10.1111/1471-0528.12188.
6. Arora CP, Kacerovsky M, Zinner B, Ertl T, Ceausu I, Rusnak I, Shurpyak S, Sandhu M, Hobel CJ, Dumesic DA, Vari SG. Disparities and relative risk ratio of preterm birth in six Central and Eastern European centers. *Croat. Med. J.* 2015; 56 (2): 119–127.
7. Yuce T, Aker SS, Seval MM, Kalafat E, Soylemez F. Obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *North Clin. Istanbul.* 2015; 2 (2): 122–127. doi: 10.14744/nci.2015.86158.
8. Чижова М.А. Беременность, роды и перинатальные исходы у женщин позднего репродуктивного возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2012.
9. McLennan AS, Gyamfi-Bannerman C, Ananth CV, Wright JD, Siddiq Z, D'Alton ME, Friedman AM. The role of maternal age in twin pregnancy outcomes. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2017 Mar 9. pii: S0002-9378(17)30413-1. doi: 10.1016/j.ajog.2017.03.002.
10. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, Kinney M, Lawn J; Born Too Soon Preterm Birth Action Group. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod. Health.* 2013; 10 (Suppl. 1): S2. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S2.
11. Tong VT, England LJ, Rockhill KM, D'Angelo DV. Risks of Preterm Delivery and Small for Gestational Age Infants: Effects of Nondaily and Low-Intensity Daily Smoking During Pregnancy. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 2017; 31 (2): 144–148. doi: 10.1111/ppe.12343.
12. Maisonneuve E. Life style recommendations for prevention of spontaneous preterm birth in asymptomatic pregnant women. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris).* 2016; 45 (10): 1231–1246. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.09.019.
13. Чурсина Т.В., Степанова О.С. Влияние табакокурения на течение беременности и перинатальный исход родов. 74-я итоговая студенческая научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 100-летию со дня рождения профессора А.М. Дыхно. Сборник материалов. Красноярск: Версо, 2010: 967–969.
14. Gretchen A Stevens, Mariel M Finucane, Luz Maria De-Regil, Christopher J Paciorek, Seth R Flaxman, Francesco Branca, Juan Pablo Peña-Rosas, Zulfiqar A Bhutta, Majid Ezzati. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Glob. Health.* 2013; 1 (1): e16–e25. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70001-9
15. Perveen S, Soomro TK. Sideropaenic anaemia: Impact on perinatal outcome at tertiary care hospital. *J. Pak. Med. Assoc.* 2016; 66 (8): 952–956.
16. Yi SW, Han YJ, Ohrr H. Anemia before pregnancy and risk of preterm birth, low birth weight and small-for-gestational-age birth in Korean women. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2013; 67 (4): 337–342. doi: 10.1038/ejcn.2013.12.
17. Hosseini-Carroll P, Mutyala M, Seth A, Nageeb S, Soliman D, Bohtor M, Sheth A, Chapman J, Morris J, Jordan P, Manas K, Becker F, Alexander JS. Pregnancy and inflammatory bowel diseases: Current perspectives, risks and patient management. *World J. Gastrointest. Pharmacol. Ther.* 2015; 6 (4): 156–171. doi: 10.4292/wjgpt.v6.i4.156.
18. Lin G, Wang X, Wu G, Feng C, Zhou H, Li D, Wang J. Improving amino acid nutrition to prevent intrauterine growth restriction in mammals. *Amino Acids.* 2014; 46 (7): 1605–1623.
19. Yifru Berhan. No Hypertensive Disorder of Pregnancy; No Preeclampsia-eclampsia; No Gestational Hypertension; No Hellp Syndrome. *Vascular Disorder of Pregnancy Speaks for All.* *Ethiop. J. Health Sci.* 2016; 26 (2): 177–186.
20. ВОЗ. Информационный бюллетень № 110, декабрь 2015 г. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/) (дата обращения 07.04.2017).
21. Doğan S, Özyüncü Ö, Atak Z. Fibroids During Pregnancy: Effects on Pregnancy and Neonatal Outcomes. *J. Reprod. Med.* 2016; 61 (1–2): 52–57.