

РЕЗЕРВЫ УЛУЧШЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПУТЁМ АНАЛИЗА ИСХОДОВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Ф.Р. ИШАН-ХОДЖАЕВА, М.Я. КАМИЛОВА

Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: наметить пути улучшения перинатальных исходов в результате анализа структуры и методов родоразрешения при преждевременных родах (ПР).

Материал и методы: ретроспективный анализ историй родов женщин с ПР и их новорождённых, поступивших в клинику НИИ в 2019 году, а также анализ показателей годовых отчётов за 2016-2019 годы. Обработка полученных данных проведена методами вариационной статистики.

Результаты: показано отсутствие снижения частоты ПР в динамике изученных лет. Установлено, что в стационаре III уровня ПР по причине необходимости досрочного родоразрешения преобладают над самопроизвольными ПР. Поздние ПР регистрируются у каждой второй, ПР – у каждой третьей женщины, ранние ПР – в 14-16% и очень ранние ПР – в 10% случаев. Перинатальные исходы улучшаются по мере возрастания срока беременности и массы плода. В структуре причин ранней неонатальной смертности лидируют респираторный дистресс синдром, асфиксия и кровоизлияние в мозг.

Заключение: для дальнейшего улучшения перинатальных исходов ПР необходимы действия по оптимизации алгоритмов ведения женщин с ПР, предусматривающие возможность отсрочивания, проведения профилактики респираторного дистресс синдрома, улучшения кровотока в системе «мать-плацента-плод» с принятием во внимание индивидуальных подходов, а также бережных методик родоразрешения.

Ключевые слова: преждевременные роды, самопроизвольные преждевременные роды, необходимость досрочного родоразрешения, ранняя неонатальная смертность, масса тела при рождении, срок гестации.

Для цитирования: Ишан-Ходжаева ФР, Камиллова МЯ. Резервы улучшения перинатальных показателей путём анализа исходов преждевременных родов. *Вестник Авиценны*. 2021;23(1):12-7. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-12-17>

RESERVES FOR IMPROVING PERINATAL INDICATORS BY ANALYZING THE OUTCOMES OF PRETERM LABOR

F.R. ISHAN-KHODZHAIEVA, M.YA. KAMILOVA

Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: Outline ways to improve perinatal outcomes as a result of analysis of the structure and methods of delivery in preterm labor (PL).

Methods: A retrospective analysis of the birth histories of women with PL and their newborns who were admitted to the clinic of the Research Institute in 2019, as well as an analysis of the indicators of annual reports for 2016-2019. The obtained data were processed by the methods of variation statistics.

Results: The absence of a decrease in the frequency of PL in the dynamics of the studied years was shown. It was found that in the 3rd level hospital, PL due to the need for early delivery prevails over spontaneous PL. Late PLs are recorded in every 2nd woman, PL – in every 3rd woman, early PL – in 14-16%, and very early PL – in 10% of cases. Perinatal outcomes improve with increasing gestational age and fetal weight. Respiratory distress syndrome, asphyxia and cerebral hemorrhage were the leading causes of early neonatal mortality.

Conclusions: To further improve the perinatal outcomes of PL, actions are required to optimize the management of women with PR, providing for the possibility of delaying, preventing respiratory distress syndrome, improving blood flow in the mother-placenta-fetus system, taking into account individual approaches, as well as delivery techniques.

Key words: Premature birth, spontaneous premature birth, the need for early delivery, early neonatal mortality, birth weight, gestational age.

For citation: Ishan-Khodzhaeva FR, Kamilova MYa. Rezervy uluchsheniya perinatal'nykh pokazateley putyom analiza iskhodov prezhdevremennykh rodov [Reserves for improving perinatal indicators by analyzing the outcomes of preterm labor]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2021;23(1):12-7. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-12-17>

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время преждевременные роды (ПР) остаются актуальной проблемой мирового родовспоможения, что связано с широкой распространённостью данного осложнения и отсутствием динамики снижения частоты в последние несколько десятилетий [1-3]. В структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности осложнения недоношенности занимают лидирующие позиции. Недоношенные новорождённые имеют высокий риск смертности в раннем неонатальном периоде. Так-

же высока частота заболеваемости детей, выживших после ПР. В структуре перинатальной заболеваемости недоношенных детей регистрируются травмы головного и спинного мозга, заболевания лёгких, ретинопатия, сепсис, язвенно-некротический энтероколит. Последствиями глубокой недоношенности могут быть задержка психомоторного развития, отставание в умственном развитии, инвалидизация [4, 5].

Срок гестации при преждевременных родах определяет тяжесть осложнений недоношенности – чем меньше гестационный срок, тем тяжелее протекают заболевания, характерные

для недоношенных детей. Несмотря на развитие современных технологий, используемых в пренатальном периоде и при выхаживании глубоко недоношенных новорождённых, уровень перинатальной смертности и заболеваемости остаётся высоким, имеют место трудности в выхаживании глубоко недоношенных детей. Поэтому снижение частоты ранних и очень ранних ПР, улучшение перинатальных показателей являются приоритетными направлениями стратегий ВОЗ [6, 7].

Несмотря на то, что кесарево сечение признано мерой сохранения здоровья матери и ребёнка, однако, по некоторым данным, при ПР, проведённых этим методом родоразрешения, отмечается более 50% случаев ранней неонатальной смертности [8-10].

Исходя из вышеизложенного, важным моментом является определение оптимальной доли кесарева сечения при ПР. Врачи практического акушерства сталкиваются с трудностями при выборе тактики родоразрешения при ПР [11-16].

Цель исследования

Наметить пути улучшения перинатальных исходов в результате анализа структуры и методов родоразрешения при преждевременных родах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведён ретроспективный анализ историй родов женщин с ПР и их новорождённых, поступивших в клинику Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии в 2019 году. Для изучения динамики изменения статистических показателей ПР ретроспективно проанализированы показатели годовых отчётов за 2016-2019 годы.

Статистический анализ полученных данных проведён с помощью прикладного пакета SPSS Statistics 17.0 (IBM, USA). Для относительных величин вычислялись доли (%). Сравнительный анализ проведён с использованием критерия χ^2 . Корреляционный анализ осуществлён с помощью критерия Спирмана. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Частота ПР в стационаре за 2016-2019 годы представлена на рис. 1, который демонстрирует, что почти у каждой десятой женщины, поступившей в стационар III уровня, происходят ПР. Статистически значимого снижения частоты ПР в динамике по годам не отмечено. Относительно высокий процент ПР, зарегистрированных в стационаре III уровня, объясняется действующим порядком регионализации в системе родовспоможения в стране для улучшения перинатальной помощи.

Удельный вес самопроизвольных ПР от общего количества ПР в динамике изученных лет колебался от 21,5% до 38,1%, а ПР по причине необходимости досрочного родоразрешения – от 61,9% до 78,5% (рис. 2).

Полученные нами данные в целом указывают на более высокие цифры ПР по причине необходимости родоразрешения в недоношенном сроке беременности. Согласно данным Радзинского ВЕ (2017), почти 30% ПР являются самопроизвольными, и причины, приведшие к этому осложнению, остаются неустановленными [1], что согласуется с нашими результатами.

Поздние ПР (34-36 недель + 6 дней) произошли у каждой второй, ПР (31-33 недели + 6 дней) – у каждой третьей женщины, ранние ПР (28-30 недель + 6 дней) – в 14-16% и очень ранние ПР (до 28 недель) – в 10% случаев. Согласно некоторым данным, частота ПР в соответствии со сроком гестации была следующей: очень ранние ПР составили 5%, ранние ПР – 15%, ПР – 20%, а остальные пришлось на поздние ПР [5]. Представленная раскладка удельного веса ПР по срокам гестации относилась ко всем ПР, независимо от уровней стационаров. В нашем исследовании представлены данные стационара III уровня, что объясняет различия в статистике очень ранних ПР.

Для анализа структуры причин ПР нами проведён более детальный анализ историй родов женщин, поступивших в стационар в 2019 году. Самопроизвольные ПР произошли у 487 (38,1%), необходимость досрочного родоразрешения имела у 792 (61,9%) пациенток.

Перинатальные исходы ПР зависели от срока родов и массы тела при рождении. Из родившихся преждевременно в раннем неонатальном периоде умерло 286 (22,4%) детей. Среди умерших в раннем неонатальном периоде детей массу тела при рождении 500-999 г имели 104 из 115, 1000-1499 г – 108 из 188 (рис. 3), 1500-1999 г – 52 из 346 детей, 2000-2499 – 22 из 630 новорождённых.

Как видно из рис. 3, выявлена прямая корреляционная зависимость средней силы ($r=0,493$; $p < 0,05$) между массой тела при рождении и количеством выживших детей. Такая же зависимость выявлена при анализе перинатальных исходов в весовой категории новорождённых от 1000 до 1499 грамм ($r=0,399$; $p < 0,05$; рис. 4).

Полученные нами данные подтверждают результаты исследований Гавриловой АА и соавт (2018), Дудиной АЮ и соавт (2018) [6, 7].

Среди всех случаев ПР путём кесарева сечения доля женщин с очень ранними и ранними ПР составила 17%. Наиболее частым показанием к операции кесарева сечения при очень ранних и ранних ПР явилась преждевременная отслойка плаценты, сопровождавшаяся кровотечением и требовавшая экстренного

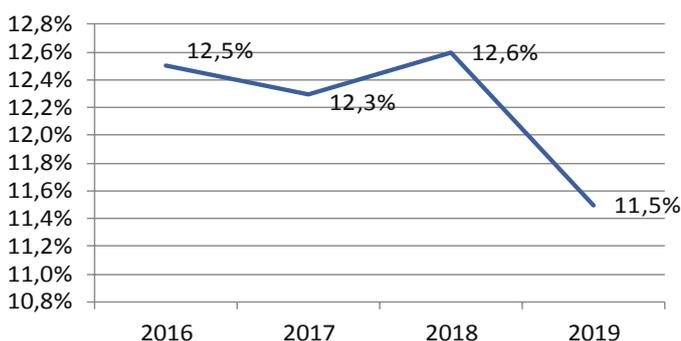


Рис. 1 Частота преждевременных родов в стационаре III уровня

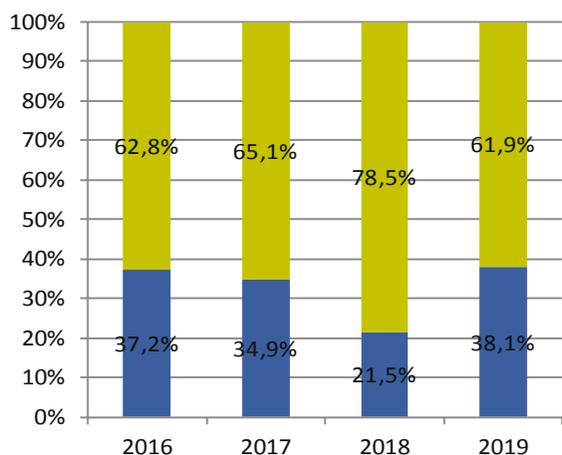


Рис. 2 Соотношение самопроизвольных СР и СР по причине необходимости досрочного родоразрешения

■ СР по причине необходимости родоразрешения
■ самопроизвольные СР

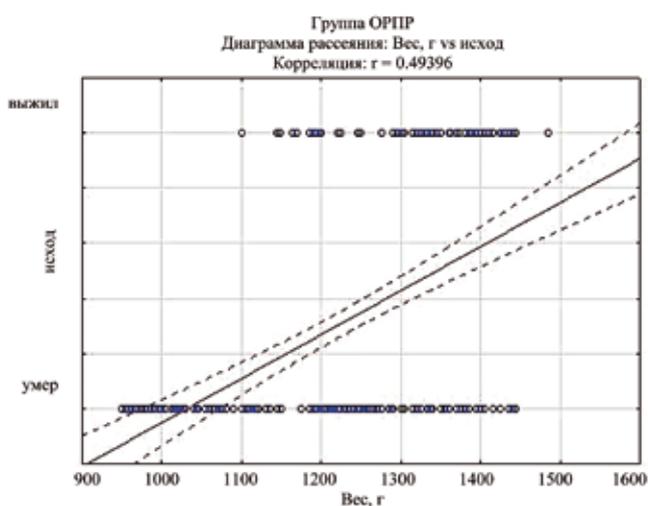


Рис. 3 Корреляционный анализ зависимости перинатальных исходов от массы тела новорождённых (от 500 до 1499 г)

родоразрешения (табл.). Установлено статистически значимое отличие частоты данного показателя к операции при сроках гестации до 28 недель по сравнению со сроками гестации 28-30 недель ($\chi^2=5,115$; $p=0,024$). Осложнения тяжёлой ранней преэклампсии явились показанием к операции кесарево сечение у каждой третьей женщины как при очень ранних, так и при ранних СР.

В случаях кесарева сечения по этим двум показаниям пациенткам не проводилась профилактика респираторного дистресс синдрома (РДС), что определяет его высокий процент, послужив-

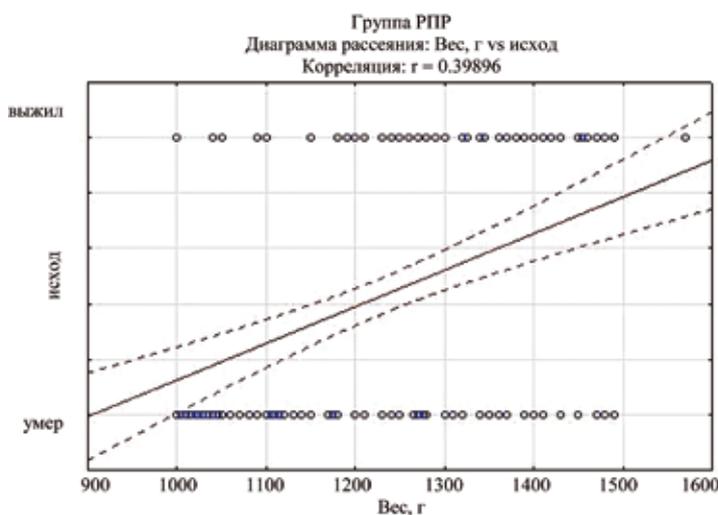


Рис. 4 Корреляционный анализ зависимости перинатальных исходов от массы тела новорождённых (от 1000 до 1499 г)

шей причиной ранней неонатальной смертности (РНС) (42,96%). Хориоамнионит и отсутствие условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути явились показанием к кесаревому сечению у каждой десятой женщины в обеих группах. Предлежание плаценты, сопровождающиеся кровотечением, и несостоятельность рубца на матке в 9,5% случаев явились показанием к кесареву сечению в группе ранних СР.

Анализ зависимости числа умерших новорождённых в раннем неонатальном периоде у женщин с СР в зависимости

Таблица Показания к операции кесарево сечение при очень ранних и ранних преждевременных родах

Показания	Очень ранние СР (n=28)	Ранние СР (n=42)
Преждевременная отслойка плаценты	14 (50,0%)*	10 (23,8%)
Осложнения тяжёлой преэклампсии	10 (35,7%)	14 (33,3%)
Дородовый разрыв плодных оболочек + поперечное положение плода	–	4 (9,5%)
Хориоамнионит	3 (10,7%)	4 (9,5%)
Предлежание плаценты + кровотечение	–	4 (9,5%)
Экстрагенитальные заболевания	1 (3,6%)	2 (4,8%)
Несостоятельность рубца на матке	–	4 (9,5%)
Всего	28	42

Примечание: * – $p < 0,05$ – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 Пирсона)

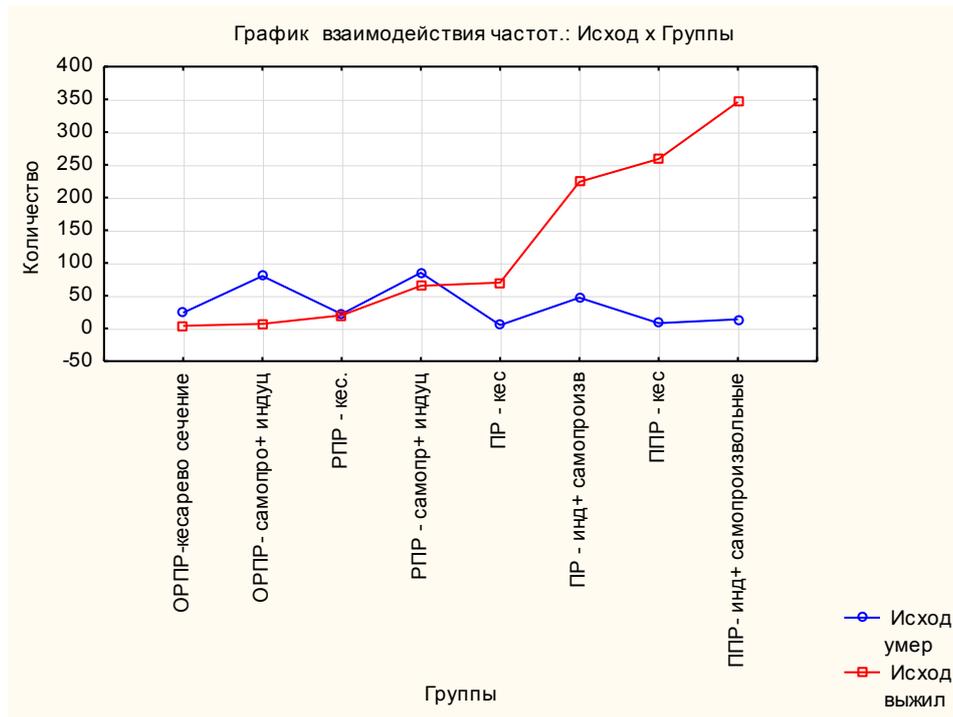


Рис. 5 Взаимодействие частот перинатальных исходов в зависимости от срока родов и метода родоразрешения. ПР – преждевременные роды; ОРПР – очень ранние ПР; РПР – ранние ПР; ППР – поздние ПР.

от способа родов выявил, что увеличивалась частота выживших детей после родов через естественные родовые пути в группах ПР и поздних ПР, при этом более значимо – в сроки после 34 недель беременности (рис. 5). Основным показателем, определяющим выживаемость детей, является срок гестации – чем больше срок, тем больше детей выживают. Наибольший удельный вес умерших детей имел место при очень ранних и ранних ПР через естественные родовые пути – индуцированных и самопроизвольных. При поздних ПР количество умерших новорождённых в зависимости от способа родов практически не отличалось.

В структуре причин перинатальной смертности среди преждевременно родившихся детей асфиксия явилась причиной в 83 (29,2%), дыхательная недостаточность ввиду незрелых лёгких (РДС) – в 122 (42,96%), кровоизлияние в мозг – в 46 (16,2%), внутриутробный сепсис – в 27 (9,5%), гипоплазия лёгких – в 2 (0,7%) и другие врождённые пороки развития плода – в 6 (2,1%) случаях.

Таким образом, перинатальные исходы при ПР зависят от срока родов и массы тела новорождённого при рождении, что согласуется с результатами других исследований [6-8]. Анализ перинатальных исходов в зависимости от способа родов подтверждает, что дискутабельными остаются вопросы о целесообразных способах родоразрешения женщин с очень ранними и ранними ПР. По мнению Дудиной АЮ и соавт (2018), способ родов у пациенток с декомпенсированной плацентарной недостаточностью при очень ранних ПР не оказывает влияния на РНС [7]. Оценка перинатальных исходов при сверхранних ПР, проведённая Гавриловой АА и Парыгиной АН (2018), показала, что исходы новорождённых с экстремально низкой массой в боль-

шей степени зависят не от способа родоразрешения, а от того, в каком состоянии был плод перед родами, и какие имелись возможности у учреждения для выхаживания недоношенных новорождённых [6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, частота преждевременных родов в стационаре III уровня за последние годы не имеет тенденции к снижению. При этом удельный вес ПР по необходимости досрочного родоразрешения в 2 раза превышает удельный вес самопроизвольных ПР. Кесарево сечение при ПР не улучшает перинатальные исходы. Ранняя неонатальная смертность новорождённых зависит от срока гестации и массы тела при рождении. Основными причинами ранней неонатальной смертности являются респираторный дистресс синдром, асфиксия и кровоизлияние в мозг.

Поиск резервов снижения перинатальной заболеваемости и смертности при ПР зависит от уровня развития системы родовспоможения страны. Это касается дорогостоящих лабораторных исследований, помогающих прогнозировать ПР, и оснащения отделений реанимации новорождённых. В то же время социально-экономический уровень развития не должен препятствовать использованию на практике бережных и малозатратных технологий при ПР как естественным путём, так и при необходимости проведения кесарева сечения. Исследования по оптимизации алгоритмов ведения преждевременных родов, предусматривающие возможность отсрочки, проведения профилактики РДС и улучшения кровотока в системе «мать-плацента-плод» с принятием во внимание индивидуальных подходов, а также оценка эффективности бережных методик родоразрешения будут способствовать улучшению перинатальных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский ВЕ. *Акушерская агрессия*. Москва, РФ: Status Praesens; 2017. 872 с.
2. Радзинский ВЕ, Костин ИН, Оленев АС, Гагаев ЧГ, Парыгина АН, Гаврилова АА, и др. Преждевременные роды – нерешённая мировая проблема. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2018;6(S3):55-64. Available from: <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2018-13909>
3. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: A systematic review and modelling analysis. *Lancet Global Health*. 2019;7:37-46.
4. Радзинский ВЕ, Оразмурадов АА, Савенкова ИВ, Дамирова КФ, Хаддад Х. Преждевременные роды – нерешённая проблема XXI века. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2020;27(4):27-37. Available from: <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-4-27-37>
5. DUBY J, Sharma R, Bhutta ZA. Opportunities and challenges in global perinatal research. *Neonatology*. 2018;114(2):93-102.
6. Гаврилова АА, Парыгина АН. Сверхранние и ранние преждевременные роды: спорные вопросы. *Health and Education Millennium*. 2018;20(1):24-8. Available from: <https://doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2018-20-1>
7. Дудина АЮ, Цхай ВБ, Сви́рская СВ, Коновалов ВН. Анализ показателя ранней неонатальной смертности в региональном учреждении родовспоможения третьей группы. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2018;4:63-9.
8. Косякова ОВ, Беспалова ОН. Профилактика и терапия угрожающих преждевременных родов при многоплодии. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2019;68(4):55-70. Available from: <https://doi.org/10.17816/JOWD68455-70>
9. Leow SM, Di Quinzio MKW, Ng ZL, Brennecke SP, Arbel N, Georgiou HM. Preterm birth prediction in asymptomatic women at mid-gestation using a panel of novel protein biomarkers: The Prediction of PreTerm Labor (PpTeL) study. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020;2(2):100084. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2019.100084>
10. Oh KJ, Kim SM, Hong JS, Maymon E, Erez O, Panaitescu B, et al. Twenty-four percent of patients with clinical chorioamnionitis in preterm gestations have no evidence of either culture-proven intraamniotic infection or intraamniotic inflammation. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(6):604-11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.035>
11. Горина КА, Ходжаева ЗС, Белоусов ДМ, Баранов ИИ, Гохберг ЯА, Пашченко АА. Преждевременные роды: прошлые ограничения и новые возможности. *Акушерство и гинекология*. 2020;1:12-9.
12. Robson M, Murphy M, Byrne F Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131(Suppl 1):S23-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.026>
13. Кузibaева РК. Длина шейки матки, как предиктор преждевременных родов. *Здравоохранение Таджикистана*. 2015;2:55-62.
14. Саиджалилова ДД, Эрматова ХАК. Некоторые аспекты развития преждевременных родов. *Биология и интегративная медицина*. 2016;5:69-73.
15. Каюмова ДТ, Рахматова НС. Перинатальные исходы при преждевременных родах. *Биология и интегративная медицина*. 2017;2:90-6.
16. Усынина АА, Постоев ВА, Одланд ИО, Меньшикова ЛИ, Пылаева ЖА, Пастбина ИМ, и др. Влияние медико-социальных характеристик и стиля жизни матерей на риск преждевременных родов в арктическом регионе Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):302-6. Available from: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-5-302-306>

REFERENCES

1. Radzinskiy VE. *Akusherskaya agressiya [Obstetric aggression]*. Moscow, RF: Status Praesens; 2017. 872 p.
2. Radzinskiy VE, Kostin IN, Olenev AS, Gagaev ChG, Parygina AN, Gavrilova AA, i dr. Prezhdevremennye rody – nereshyonnaya mirovaya problema [Premature birth is an unresolved global problem]. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. 2018;6(S3):55-64. Available from: <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2018-13909>
3. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: A systematic review and modelling analysis. *Lancet Global Health*. 2019;7:37-46.
4. Radzinskiy VE, Orazmuradov AA, Savenkova IV, Damirova KF, Haddad H. Prezhdevremennye rody – nereshyonnaya problema XXI veka [Premature birth is an unresolved problem in 21st century]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2020;27(4):27-37. Available from: <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2020-27-4-27-37>
5. DUBY J, Sharma R, Bhutta ZA. Opportunities and challenges in global perinatal research. *Neonatology*. 2018;114(2):93-102.
6. Gavrilova AA, Parygina AN. Sverkhrannie i rannye prezhdevremennye rody: spornye voprosy [Early and early preterm labor: controversial issues]. *Health and Education Millennium*. 2018;20(1):24-8. Available from: <https://doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2018-20-1>
7. Dudina AYU, Tskhay VB, Svirskaya SV, Kononov VN. Analiz pokazatelya ranney neonatal'noy smertnosti v regional'nom uchrezhdenii rodovspomozheniya tret'ey gruppy [Analysis of the rate of early neonatal mortality in a regional obstetric facility of the third group]. *Mat' i ditya v Kuzbasse*. 2018;4:63-9.
8. Kosyakova OV, Bepalova ON. Profilaktika i terapiya ugrozhayushchikh prezhdevremennykh rodov pri mnogoplodii [Prevention and therapy of threatening premature birth in multiple pregnancies]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2019;68(4):55-70. Available from: <https://doi.org/10.17816/JOWD68455-70>
9. Leow SM, Di Quinzio MKW, Ng ZL, Brennecke SP, Arbel N, Georgiou HM. Preterm birth prediction in asymptomatic women at mid-gestation using a panel of novel protein biomarkers: The Prediction of PreTerm Labor (PpTeL) study. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020;2(2):100084. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2019.100084>
10. Oh KJ, Kim SM, Hong JS, Maymon E, Erez O, Panaitescu B, et al. Twenty-four percent of patients with clinical chorioamnionitis in preterm gestations have no evidence of either culture-proven intraamniotic infection or intraamniotic inflammation. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(6):604-11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.035>
11. Gorina KA, Khodzhaeva ZS, Belousov DM, Baranov II, Gokhberg YaA, Pashchenko AA. Prezhdevremennye rody: proshlye ogranicheniya i novye vozmozhnosti [Premature birth: past limitations and new opportunities]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2020;1:12-9.
12. Robson M, Murphy M, Byrne F Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131(Suppl 1):S23-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.026>
13. Kuzibaeva RK. Dlina sheyki matki, kak prediktor prezhdevremennykh rodov [The length of the cervix as a predictor of premature birth]. *Zdravookhranenie Tadjikistana*. 2015;2:55-62.
14. Saidzhaliilova DD, Ermatova KhAK. Nekotorye aspekty razvitiya prezhdevremennykh rodov [Some aspects of development the premature labours]. *Biologiya i integrativnaya meditsina*. 2016;5:69-73.
15. Kayumova DT, Rakhmatova NS. Perinatal'nye iskhody pri prezhdevremennykh rodakh [Perinatal outcomes in preterm labor]. *Biologiya i integrativnaya meditsina*. 2017;2:90-6.
16. Usynina AA, Postoev VA, Odland IO, Menshikova LI, Pylaeva ZhA, Pastbina IM, i dr. Vliyanie mediko-sotsial'nykh kharakteristik i stilya zhizni materey na risk prezhdevremennykh rodov v arkticheskom regione Rossiyskoy Federatsii [The effect of medical social characteristics and style of life of mothers on premature delivery risks in the arctic region of the Russian Federation]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(5):302-6. Available from: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-5-302-306>

 СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ишан-Ходжаева Фарангис Рустамовна, кандидат медицинских наук, научный сотрудник акушерского отдела, Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии
ORCID ID: 0000-0002-9211-1124
E-mail: kachyona@mail.ru

Камилова Мархабо Ядгаровна, доктор медицинских наук, доцент, руководитель акушерского отдела, Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии
Scopus ID: 6507463534
ORCID ID: 0000-0002-2525-8273
Author ID: 867673
SPIN-код: 2527-2877
E-mail: marhabo1958@mail.ru

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с планом НИР НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии (№ государственной регистрации 0119ТJ00997). Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали

Конфликт интересов: отсутствует

 АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Камилова Мархабо Ядгаровна
доктор медицинских наук, доцент, руководитель акушерского отдела, Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии

734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Турсунзаде, 31
Тел.: +992 (935) 009425
E-mail: marhabo1958@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: КМЯ
Сбор материала: ИФР
Статистическая обработка данных: ИФР
Анализ полученных данных: ИФР, КМЯ
Подготовка текста: ИФР
Редактирование: КМЯ
Общая ответственность: ИФР

Поступила 18.01.2021
Принята в печать 29.03.2021

 AUTHOR INFORMATION

Ishan-Khodzhaeva Farangis Rustamovna, Candidate of Medical Sciences, Researcher, Obstetric Department, Tajik Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology
ORCID ID: 0000-0002-9211-1124
E-mail: kachyona@mail.ru

Kamilova Markhabo Yadgarovna, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of Obstetric Department, Tajik Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology
Scopus ID: 6507463534
ORCID ID: 0000-0002-2525-8273
Author ID: 867673
SPIN-код: 2527-2877
E-mail: marhabo1958@mail.ru

Information about the source of support in the form of grants, equipment, and drugs

The work was carried out according to the plan of scientific research works of Tajik Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology (registration number – 0119TJ00997). The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest

 ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Kamilova Markhabo Yadgarovna
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of Obstetric Department, Tajik Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

734002, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tursunzade Str., 31
Tel.: +992 (935) 009425
E-mail: marhabo1958@mail.ru

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: KMYa
Data collection: IFR
Statistical analysis: IFR
Analysis and interpretation: IFR, KMYa
Writing the article: IFR
Critical revision of the article: KMYa
Overall responsibility: IFR

Submitted 18.01.2021
Accepted 29.03.2021