

© МЕНЬШИКОВА Л. В., БАБАНСКАЯ Е. Б., БАЧЮРИНА С. М.

УДК 618.3

DOI: 10.20333/2500136-2018-4-46-52

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

Л. В. Меньшикова<sup>1</sup>, Е. Б. Бабанская<sup>1</sup>, С. М. Бачюрина<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск 664079, Российская Федерация

<sup>2</sup>Иркутская городская клиническая больница № 1, Иркутск 664009, Российская Федерация

**Цель исследования.** Изучить клиническую характеристику беременных женщин с отягощенным акушерским анамнезом, проанализировать перинатальные исходы и состояние новорожденных.

**Материал и методы.** Всего включен в анализ данные 716 беременных, было выделено две группы для изучения: 1 группа с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА) – 46,6 % (334 женщины) и 2 группа без отягощенного акушерского анамнеза – 53,4 % (382). Учитывался возраст женщины, акушерско-гинекологический анамнез, количество беременностей, данные объективного осмотра, лабораторного и инструментального исследования, выявленная или имеющаяся соматическая патология, исходы беременности и методы родоразрешения, состояние новорожденного.

**Результаты.** У беременных с ОАА в 7 раз чаще встречались инфекционные заболевания, включая ВИЧ, заболевания, передающиеся половым путем в 2,3 раза, 13,5 раз чаще TORCH инфекции, заболевания крови в 1,3 раза по сравнению с группой сравнения, а также ожирение и курение. Экстрагенитальная патология диагностировалась у половины беременных в обеих группах. Определены различия по ультразвуковым характеристикам, оценивающих состояние плода и плаценты по развитию фето-плацентарной недостаточности и угрозе ее возникновения, нарушению маточно-плацентарного кровотока и задержке внутриутробного развития плода. По исходам беременности и тактике родоразрешения женщины с отягощенным акушерским анамнезом чаще имели показания к кесареву сечению и риск преждевременных родов.

**Заключение.** Проведенный анализ показал насколько действительно оправдано выделение в отдельную группу риска беременных, относящихся к категории женщин с отягощенным акушерским анамнезом. Полученная информация будет наиболее полезна врачам общей практики (семейным врачам) и терапевтам, оказывающих совместно с гинекологами медицинскую помощь беременным женщинам в амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** беременные, отягощенный акушерский анамнез, соматическая патология, инфекционные заболевания, анемия, ожирение, курение, перинатальные исходы.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Для цитирования:** Меньшикова ЛВ, Бабанская ЕБ, Бачюрина СМ. Перинатальные исходы и клиническая характеристика беременных с отягощенным акушерским анамнезом. *Сибирское медицинское обозрение*. 2018;(4):46-52. DOI: 10.20333/2500136-2018-4-46-52

## PERINATAL TERMINATIONS AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH COMPROMISED OBSTETRIC HISTORY

L.V. Menshikova<sup>1</sup>, E.B. Babanskaya<sup>1</sup>, S.M. Bachurina<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Irkutsk 664079, Russian Federation

<sup>2</sup> Irkutsk Clinical Hospital №1, Irkutsk 664079, Russian Federation

**The aim of the research** is to study clinical characteristics of pregnant women with compromised obstetric history, to analyse perinatal terminations and the state of the new-borns.

**Material and methods.** In general, data on 716 pregnant women were included in the analysis, two groups were identified for the study: the 1-st group with compromised obstetrical history (COH) – 46.6 % (334 women) and the 2-nd group with non-compromised obstetrical history – 53.4 % (382). The age of women, obstetric-gynaecological history, number of pregnancies, objective examination data, laboratory and instrumental examination data, revealed or available somatic pathology, pregnancy terminations and methods of delivery, the condition of the new-borns were taken into consideration.

**Results.** Pregnant women with COH were in 7 times more likely to have infectious diseases, including HIV, sexually transmitted diseases – in 2.3 times, TORCH infections – in 13.5 times, blood diseases – in 1.3 times against the comparison group, as well as obesity and smoking. Extra genital pathology was diagnosed in half of pregnant women in both groups. Differences in ultrasound characteristics, assessing the condition of fetus and placenta concerning the development of fetoplacental insufficiency and the threat of its occurrence, violation of utero-placental blood flow and the delay in intrauterine development of the fetus have been determined. In regard with pregnancy terminations and methods of delivery, women with compromised obstetrical history more often had indications for Cesarean operation and the risk of premature birth.

**Conclusion.** The analysis justified allocation of a particular risk group of pregnant women belonging to the category of the ones with compromised obstetrical history. The information obtained will be mostly useful for general practitioners (family doctors) and therapists, providing medical care for pregnant outpatients along with gynaecologists.

**Key words:** pregnant women, compromised obstetrical history, somatic pathology, infectious diseases, anemia, obesity, smoking, perinatal terminations.

**Conflict of interest.** The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

**Citation:** Menshikova LV, Babanskaya EB, Bachurina SM. Perinatal terminations and clinical characteristics of pregnant women with compromised obstetric history. *Siberian Medical Review*. 2018;(4):46-52. DOI: 10.20333/2500136-2018-4-46-52

## Введение

К отягощенному акушерскому анамнезу (ОАА), в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации №572н от 1 ноября 2012 г. (об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология») относятся следующие состояния: возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание беременности, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов. Считается, что наличие ОАА влияет на течение беременности, развитие плода и перинатальные исходы [1]. Поэтому все беременные с ОАА нуждаются в более пристальном и углубленном наблюдении, позволяющем нивелировать всевозможные факторы риска неблагоприятного исхода беременности. И, как указано в приказе Минздрава России от 12 января 2016 г. №5н («О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» №572н), основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение прерывания беременности при отсутствии медицинских и социальных показаний и ее сохранение, профилактика и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

Поэтому в соответствии с установленным порядком оказания медицинской помощи в период беременности, женщины с ОАА (наряду с лицами, имеющими экстрагенитальную патологию, акушерские осложнения и патологию развития плода) направляются в консультативно-диагностические отделения перинатальных центров.

Целью данного исследования стало изучение соматического статуса, перинатальных исходов и состояния новорожденных у беременных, имеющих отягощенный акушерский анамнез.

## Материал и методы

Проведен анализ информации, содержащейся в медицинских картах беременных, наблюдавшихся гинекологами и терапевтами в женской консультации г. Иркутска в течение одного календарного года. Учитывался возраст женщин, акушерско-гинекологический анамнез, количество беременностей, данные объективного осмотра, лабораторного и инструментального исследования, выявленная или имеющаяся соматическая патология, исходы беременности и методы родоразрешения, состояние новорожденного. Все показатели заносились в специально разработанную карту и далее в электронную таблицу для последующей статисти-

стической обработки. Анализировались параметры в двух группах беременных: с ОАА и не имеющих ОАА. В исследование были включены данные 716 женщин в возрасте от 16 лет до 41 года включительно. Группу с ОАА составили 334 беременных – 46,6 %.

Статистический анализ выполнялся в программе STATISTICA 6.0. Данные проверялись на нормальность распределения. Для определения характера распределения использовались критерии Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Все количественные данные не подчинялись закону нормального распределения и представлялись в виде медианы (Me), 1 и 3 квартилей [Q<sub>1</sub>; Q<sub>3</sub>]. Сравнение выборок по количественным показателям производили с помощью U-критерия Манна-Уитни, по качественным показателям - критерия  $\chi^2$  (если число наблюдений в одной из ячеек таблицы сопряженности было меньше 10, применялась поправка Йейтса, меньше 5 – точный критерий Фишера). Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Если значение  $p$  было меньше 0,001, то  $p$  указывали в формате  $<0,001$ . Для описания качественных признаков использовалась относительная частота (%).

## Результаты и обсуждение

Отягощенный акушерский анамнез в соответствии с возрастными критериями определялся у 8 беременных. Таким образом, 97,6 % беременных с ОАА состояли на учете уже с повторной беременностью. Возрастное распределение беременных в исследуемых группах представлено в таблице 1. В возрастных группах до 20 лет и 20-24 года беременных с ОАА было значимо меньше – в 2,7 раз ( $p=0,003$ ;  $\chi^2=8,6$ ) и 1,8 раз ( $p<0,001$ ;  $\chi^2=24,6$ ) соответственно. В возрасте 25-28 лет группы не отличались ( $p=0,38$ ;  $\chi^2=0,75$ ). Количество беременных с ОАА преобладало в более старших группах - 30-34 года – в 1,6 раз ( $p=0,003$ ;  $\chi^2=8,81$ ) и 35-39 лет – в 4 раза ( $p<0,001$ ;  $\chi^2=22,29$ ).

Таблица 1

### Повозрастное распределение беременных в группах с ОАА и без ОАА

Table 1

### Age-based distribution of pregnant women in groups with COH and without COH

Возраст	Всего беременных (n=716)		Группа 1 ОАА (n=334)		Группа 2 Без ОАА (n=382)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 20 лет	41	5,7	10	2,9	31	8,1*
20-24 года	243	34,0	82	24,6	161	42,1*
25-28 лет	237	33,1	116	34,7	121	31,7
30-34 года	138	19,3	80	24,0	58	15,2*
35-39 лет	51	7,1	40	12,0	11	2,9*
Старше 40 лет	6	0,8	6	1,8	-	-

Примечание: \* -  $p < 0,05$ .

Note: \* -  $p < 0,05$ .

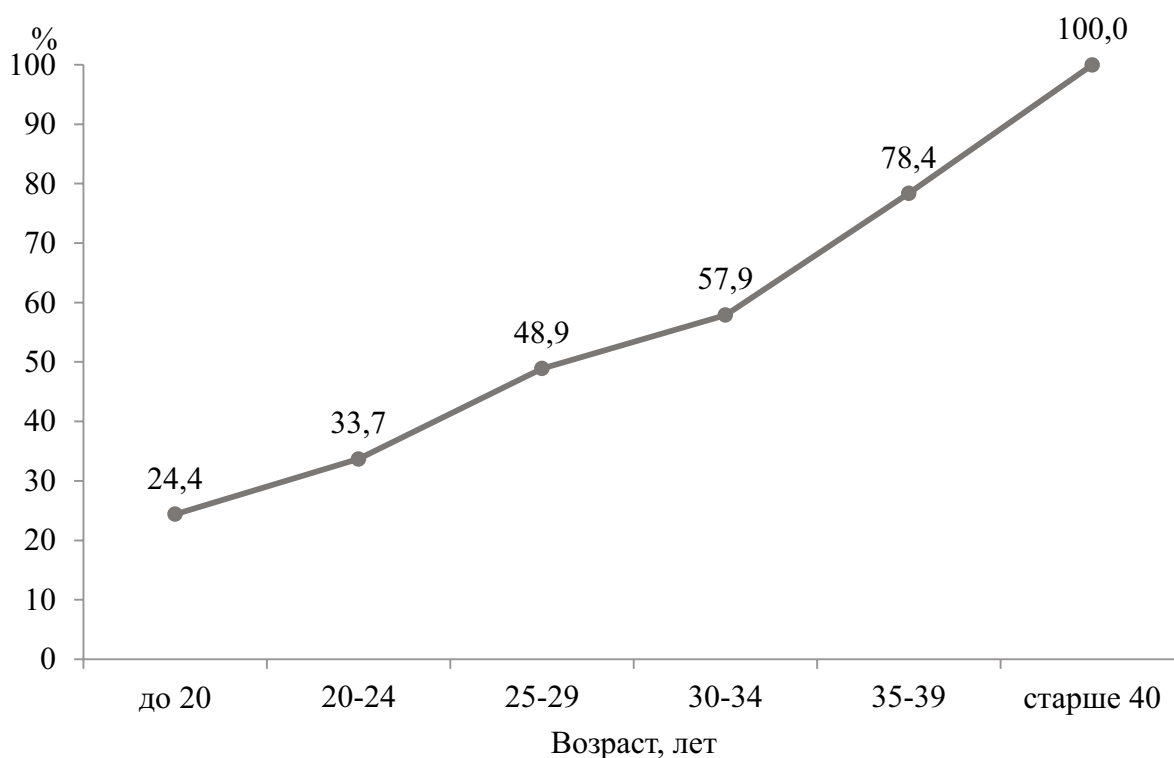


Рисунок 1. Повозрастная частота беременных с отягощенным акушерским анамнезом.  
Figure 1. Age-specific frequency of pregnant women with compromised obstetrical history.

Медиана возраста беременных с ОАА и не имеющих ОАА составила 28 [24; 32] лет и 24 [22; 28] года соответственно ( $p < 0,001$ ).

График частоты ОАА в каждом возрастном периоде представлен на рисунке 1.

Соматическая патология в группе ОАА встречалась у 70,6 % (236 чел.) против 75,1 % (287 чел.) у беременных, не имеющих ОАА ( $p = 0,17$ ;  $\chi^2 = 1,8$ ). Частота экстрагенитальных заболеваний составила 48,2 % (161 чел.) и 49,2 % (188 чел.) ( $p = 0,78$ ;  $\chi^2 = 0,07$ ), гинекологических заболеваний – 35,9 % (120 чел.) против 50,0 % (191 чел.) ( $p = 0,002$ ;  $\chi^2 = 14,36$ ) и инфекционных заболеваний – 19,2 % (64 чел.) против 2,6 % (10 чел.) ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 50,86$ ). Заболевания, принадлежащие к вышеперечисленным разделам, представлены в таблице 2. По заболеваниям желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, мочевыводящей системы, органа зрения, костно-мышечной системы, нервной системы и невоспалительным заболеваниям женских половых органов различий между группами не было. В группе с ОАА чаще встречалась следующая патология: заболевания крови в 1,3 раза по сравнению с группой сравнения ( $p = 0,01$ ;  $\chi^2 = 6,12$ ), по заболеваниям, передающимся половым путем (ЗППП) – в 2,3 раза ( $p = 0,005$ ;  $\chi^2 = 7,89$ ), в 13,5 раз чаще по TORCH инфекциям ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 39,4$ ), в 7,2 раза по ВИЧ. Хронический вирусный гепатит (ХВГ) был диагностирован только у одной беременной в группе без

ОАА и у 22 в группе с ОАА ( $p = 0,066$ ). И единственная группа гинекологических заболеваний, относящихся к воспалительной патологии половых органов, чаще встречалась у беременных без ОАА, чем в группе с ОАА – в 1,4 раза ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 15,74$ ).

Ожирение диагностировалось при наличии индекса массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> на момент наступления беременности, в данном исследовании учитывалось как самостоятельное состояние, которое было выявлено у 6,3 % беременных (45 чел.), при этом, его частота у лиц с ОАА составила 10,2 % (34 чел.) против 2,9 % (11 чел.) без ОАА ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 16,12$ ).

Среди всей группы продолжали курить во время беременности 7,5 % (54 чел.).

Курящих беременных с ОАА было больше, чем в группе без ОАА – 12,2 % (41 чел.) и 3,4% (13 чел.) соответственно ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 20,12$ ).

Проводился анализ ультразвуковых показателей по данным скринингов, характеризующих состояние развития плода и плаценты (табл. 3). Частота встречаемости таких признаков (в порядке убывания) как угроза прерывания беременности (УПБ), маловодие, низкое прикрепление плаценты, краевое предлежание хориона, снижение темпов развития плода, преждевременное старение плаценты, дистресс плода и врожденные пороки развития (ВПР) не отличалась в обеих группах. Значимые отличия, которые чаще регистрировались у беременных с отягощенным аку-

Таблица 2

**Группы соматических заболеваний у беременных с ОАА и без ОАА**

Table 2

**Groups of somatic diseases in pregnant women with COH and without COH**

Заболевания	Всего беременных (n=716)		Группа 1 ОАА (n=334)		Группа 2 Без ОАА (n=382)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Желудочно-кишечного тракта	198	27,7	87	26,0	111	29,1
Мочевыводящей системы	131	18,3	68	20,4	63	16,5
Органа зрения	58	8,1	29	8,7	29	7,6
Костно-мышечной системы	12	1,7	6	1,8	6	1,6
Нервной системы	8	1,1	4	1,2	4	1,0
Органов дыхания	7	1,0	-	-	7	1,8
Эндокринной системы	6	0,8	6	1,8	-	-
Заболевания крови	210	29,3	113	33,8	97	25,4*
Сердечно-сосудистой системы	37	5,2	23	6,9	14	3,7
ВИЧ	14	2,0	12	3,6	2	0,5
ЗППП	45	6,3	30	9,0	15	3,9*
ХВГ (В/С)	23	3,2	22	6,6	1	0,3
TORCH инфекции	62	8,7	53	15,9	9	2,4*
Воспалительные заболевания половых органов	296	41,3	112	33,5	184	48,2*
Невоспалительные заболевания половых органов	15	2,9	9	2,7	6	2,1

Примечание: \* -  $p < 0,05$ .

Note: \* -  $p < 0,05$ .

Таблица 3

**Ультразвуковые характеристики плода и плаценты**

Table 3

**Ultrasonic characteristics of fetus and placenta**

УЗИ-признаки	Всего беременных (n=716)		Группа 1 ОАА (n=334)		Группа 2 Без ОАА (n=382)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
УПБ	284	39,7	124	37,1	160	41,9
Многоводие	59	8,2	22	6,6	37	9,7
Маловодие	121	16,9	58	17,4	63	16,5
Угрожаемая ФПН	95	13,3	68	20,4	27	7,1*
ФПН	62	8,7	40	12	22	5,8*
Преждевременное старение плаценты	26	3,6	12	3,6	14	3,7
Низкое прикрепление плаценты	73	10,2	41	12,3	32	8,4
Краевое предлежание хориона	78	10,9	31	9,3	47	12,3
НМПК	75	10,5	48	14,4	27	7,1*
Снижение темпов развития плода	51	7,1	28	8,4	23	6,0
Повышение темпов развития плода	39	5,4	25	7,5	14	3,7*
ЗВРП	47	6,6	13	3,9	34	8,9*
Дистресс плода	12	1,7	6	1,8	6	1,6
ВПР плода	5	0,7	2	0,6	3	0,8

Примечание: \* -  $p < 0,05$ .

Note: \* -  $p < 0,05$ .

шерским анамнезом, были получены по следующим шести показателям: повышение темпов развития плода в 2 раза чаще встречалось в 1 группе, чем во второй ( $p=0,02$ ;  $\chi^2=5,05$ ), фето-плацентарная недостаточность (ФПН) вдвое чаще диагностировалась ( $p=0,003$ ;  $\chi^2=8,71$ ) и угроза ФПН – в 2,9 раз ( $p<0,001$ ;  $\chi^2=21,24$ ), в 2 раза больше – нарушение маточно-плацентарного кровотока (НМПК) ( $p=0,002$ ;  $\chi^2=10,4$ ), задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП) – в 2,3 раза ( $p=0,007$ ;  $\chi^2=7,29$ ),

Беременность, закончившаяся естественными родами, была у 81,2 % (310 чел.) в группе без ОАА и у 65,7 % (220 чел.) в группе с ОАА ( $p<0,001$ ;  $\chi^2=21,65$ ). Оперативное родоразрешение выполнено у 24,3 % женщин из первой группы (81 чел.) и у 12,0 % (46 чел.) во второй группе ( $p<0,001$ ;  $\chi^2=18,21$ ). Преждевременные роды случились у 8,1 % (27 чел.) в 1 группе и 0,8 % (3 чел.) во второй ( $p<0,001$ ;  $\chi^2=21,86$ ). По случаям замершей беременности, выкидышам и проведению медицинского абортa 1 и 2 группы были сопоставимы – 2,7 % (9 чел.) против 1,8 % (7 чел.), 1,2 % (4 чел.) и 3,1 % (12 чел.) и 1,5 % (5 чел.) и 2,1 % (8 чел.).

Различия по антропометрическим характеристикам и клиническому состоянию новорожденных в исследуемых группах не было выявлено. Медиана роста детей в обеих группах составила 51 [49; 53] см, медиана веса – 3265 [2820; 3580] грамм в первой группе и 3250 [2900; 3540] грамм во второй группе, медиана балла по шкале Апгар – 8 баллов. При этом новорожденных с массой меньше 2500 грамм в 1-ой группе было 10,2 %, а во 2-ой группе в 2,5 раза меньше – 4,1 % ( $p=0,006$ ;  $\chi^2=7,53$ ).

В результате проведенного анализа выявлено, что на долю женщин с отягощенным акушерским анамнезом приходится практически половина всех беременных, состоящих под наблюдением в женской консультации. Несмотря на значительную частоту данного контингента беременных, ни в одной форме статистической отчетности данная группа не выделяется. Из всех беременных с ОАА только 2,4 % имели возрастную категорию, позволяющую отнести их к данной группе и 97,6 % составили женщины с повторной беременностью. Учитывая, что возраст повторно беременных и первично беременных отличается, то медиана возраста женщин в группе с ОАА была на 4 года больше, чем в группе без ОАА (28 лет и 24 года соответственно, что соответствует статистическим данным [2]). Анализ распределения по возрасту показал преобладание беременных женщин из 1 группы над беременными со 2-ой группы, принадлежавших к возрастным периодам старше 30 лет, достигая наибольших значений в возрасте 35-39 лет. А частота ОАА в каждой исследуемой возрастной группе, показала значительный рост с возрастом беременной, до-

стигая 100 % в возрастной группе старше 40 лет, что согласуется с литературными данными, изучающих т.н. «позднобеременных» женщин, относящих их к «проблемной беременности» [3].

Разнообразная соматическая патология у беременных с ОАА встречалась достаточно часто – у 2/3 женщин (70,6 %), что было сопоставимо с контрольной группой (75,1 %). На первом месте в первой группе были экстрагенитальные заболевания (48,2 %), чуть меньше – гинекологические заболевания (35,9 %), и на третьем месте – инфекционные заболевания (19,2 %). И если в целом экстрагенитальная патология диагностировалась у половины беременных в обеих группах, то женщин с гинекологическими заболеваниями во второй группе было больше в 1,4 раза. При этом инфекционные заболевания в целом (которые более прогностически неблагоприятны для исходов беременности и новорожденного) значительно преобладали у беременных с ОАА – в 7,4 раза, что согласуется с данными других авторов [4- 8]. Частота ВИЧ инфицированных беременных была в 7 раз выше в группе с ОАА, также в несколько раз был превышен показатель по сравнению с группой сравнения по ЗППП, TORCH-инфекциям и хроническим вирусным гепатитам. Среди экстрагенитальной патологии ведущее место занимали заболевания крови, представленные в 99,5 % случаев анемией (диагностированной при уровне Нв меньше 110 г/л), которая встречалась также значимо чаще в 1 группе (33,8 %), чем во второй (25,4 %). Данные соответствуют сведениям, говорящим о значительной распространенности анемии у беременных, что позволяет выделять ее в самостоятельную проблему, заслуживающей большего внимания клиницистов [2, 9]. Часто выявлялись заболевания желудочно-кишечного тракта (26,0 %) и мочевыводящей системы (20,4 %), причем по частоте указанных заболеваний различий в исследуемых группах не было.

При анализе частоты таких факторов риска хронических неинфекционных заболеваний как курение и ожирение, выявлено их значительное преобладание у беременных с ОАА – в 3,5 раза. По данным литературы ожирение разнообразно и негативно влияет на течение беременности и родов, прогноз зависит от степени ожирения и сочетании с другой экстрагенитальной патологией. Наибольшая проблема у беременных с ожирением отмечается в связи с невынашиванием, развитием преэклампсии, несвоевременным излитием околоплодных вод и слабостью родовой деятельности [10-12]. Влияние хронической никотиновой интоксикации на перинатальные исходы, течение беременности и плод указывает ряд авторов [13-15]. В работе мы проводили учет только тех курящих, которые продолжали злоупотреблять никотином, не-

смотря на беременность. Возможно, таких женщин больше, так как не все беременные готовы озвучивать данную вредную привычку в настоящее время и в прошлом.

Среди ультразвуковых показателей у беременных с ОАА наиболее часто регистрировалась угроза прерывания беременности - у каждой третьей (37,1 %), угрожаемая ФПН - 20,5 % и маловодие (17,4 %). При сравнении с группой без ОАА выявлены отличия в преобладании более чем в два раза по ФПН, угрожаемой ФПН, задержке внутриутробного развития плода и нарушении маточно-плацентарного кровотока. В 2 раза чаще женщинам из первой группы проводилось оперативное родоразрешение кесаревым сечением. По количеству естественного родоразрешения они уступали беременным из 2-ой группы в 1,2 раза. Несмотря на относительно небольшое количество случаев преждевременных родов, была определена наибольшая разница (в 10 раз) среди беременных первой группы с ОАА.

При выявленных отличиях в исследуемых группах в частоте патологии, УЗИ признакам и перинатальным исходом, в целом отличий в клинических характеристиках новорожденных выявлено не было, за исключением низкой массы тела новорожденных (меньше 2500 г) которых в 2,6 раз было больше в группе с ОАА.

### Заключение

Таким образом, проведенный нами анализ показал, насколько действительно оправдано выделение в отдельную группу риска беременных, относящихся к категории женщин с отягощенным акушерским анамнезом. Были выявлены отличия у беременных с ОАА и без ОАА по частоте инфекционных заболеваний, анемии, курению и ожирению. Определены различия по ультразвуковым характеристикам, оценивающих состояние плода и плаценты по развитию фето-плацентарной недостаточности и угрозе ее возникновения, нарушению маточно-плацентарного кровотока и задержке внутриутробного развития плода. По исходам беременности и тактике родоразрешения женщины с отягощенным акушерским анамнезом чаще имели показания к кесареву сечению и преждевременные роды. Полученная информация будет наиболее полезна врачам общей практики (семейным врачам) и терапевтам, оказывающих совместно с гинекологами медико-профилактическую помощь беременным женщинам в амбулаторных условиях.

### Литература/ References

1. Аманова АМ, Бегматова ДШ. Перинатальные исходы у беременных с отягощенным анамнезом по поводу неразвившейся беременности. *Вестник Кыргызско-Русского Славянского Университета*. 2015;

15(11): 23-25. [Amanova AM, Begmatova DSh. Perinatal outcomes at pregnant women with non developing pregnancy in the anamnesis. *Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University*. 2015; 15(11): 23-25.(In Russian)]

2. Демографический ежегод. сборник России. 2017: Статистический сборник. Росстат: Moscow; 2017:263. Ссылка активна на 25.01.2018. [Demographic Yearbook of Russia. 2017: Stat. sbornik. Rosstat: Moscow; 2017:263. Accessed January 25, 2018. (In Russian)] <http://www.gks.ru/>

3. Подзолкова НМ, Назарова СВ, Анташова МА. Беременность и роды у женщин старше 40 лет – объективная реальность современного акушерства. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2011; 10(1): 44-50. [Podzolkova NM, Prilepina IA, Antashova MA. Pregnancy and childbirth in women over 40 -objective reality of modern obstetrics. *Problems, Obstetrics of Gynecology and Perinatology*. 2011; 10(1): 44-50. (In Russian)]

4. Корнева МЮ, Коровина НА, Заплатников АЛ, Шипулина О Ю, Науменко ЛЛ. Состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2005;(2): 48-52. [Korneva MYu, Korovina N A, Zaplatnikov AL, Shipulina OYu, Naumenko LL. The health status of intrauterine infected babies. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2005;(2): 48-52. (In Russian)]

5. Mullick S, Watson-Jones D, Beksinska M, Mabey D. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. *Sexually Transmitted Infections*. 2005;(81):294–302. DOI: 10.1136/sti.2002.004077

6. Белькова ЮА. ИППП при беременности: влияние на ее исход, возможности профилактики и лечения. *Фарматека*. 2006;(14):59-66. [Belkova SA. STIs in pregnancy: influence on the outcome, the possibilities of prevention and treatment. *Farmateka*. 2006;(14):59-66 (In Russian)]

7. Кузьмин В.Н. Инфекции, передаваемые половым путем, в проблеме репродуктивного здоровья женщин. *Лечащий врач*. 2009;(11):29-31. [Kuzmin VN. Sexually transmitted infections in reproductive health of women. *Lechaschi Vrach*. 2009;(11):29-31 (In Russian)]

8. Садова НВ, Заплатников АЛ, Шипулина ОЮ, Домонова ЭА, Карасева ЛН, Бесчетнова ЕБ, Подкопаев ВН, Фомина СГ. «TORCH синдром»: клиническая диагностика и этиологическая верификация. *Русский Медицинский Журнал*. 2014; (3): 194-196. [Sadova NV, Zaplatnikov AL, Shipulina OY, Domanova EA, Karasev LN, Beschethnova EB, Podkopaev VN, Fomina SG."TORCH syndrome": clinical diagnosis and etiological verification. *Russian Medical Journal*. 2014; (3): 194-196. (In Russian)]

9. Коноводова ЕН, Бурлеев ВА, Серов ВН, Кан НЕ, Тютюнник ВЕ. Федеральные клинические рекоменда-

ции. Диагностика, профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц. 2013;26. Ссылка активна 25.01.2018. [Konovodova EN, Burlev VA, Serov VN, Kang NE, Tyutyunnik VE. Federal clinical recommendations. Diagnosis, prevention and treatment of iron-deficiency states in pregnant and postpartum. 2013;26. Accessed January 25, 2018. (In Russian)] women.http://moag.pro/

10. Комшилова КА, Дзгоева ФХ. Беременность и ожирение. *Ожирение и метаболизм*. 2009;(4): 9–13. [Komshilova KA, Dzgoeva F. Kh. Pregnancy and obesity. *Obesity and metabolism*. 2009(4): 9-13. (In Russian)]

11. Коваленко ТВ, Зернова ЛЮ, Попова НН. Ожирение у беременных и перинатальные исходы. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2010;(2):51-54. [Kovalenko TV, Zernova LYu, Popova NN. Obesity of pregnant and perinatal outcomes. *Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric People*. 2010;(2):51-54. (In Russian)]

12. Покусаева ВН, Масютина ОВ, Нечаевская ИВ. Акушерские и перинатальные исходы у пациенток с избыточной массой тела и ожирением. *Вестник Смоленской государственной академии*. 2009; (4): 11-13. [Pokusaeva VN, Masyutin S, Nechaev EV. Obstetric and perinatal outcomes in patients with overweight and obesity. *Bulletin of the Smolensk State Academy*. 2009; (4): 11-13. (In Russian)]

13. Vik T, Jacobsen G, Vatten L, Bakketeig LS. Pre- and postnatal growth in children of women who smoked in pregnancy. *Early Human Development*. 1996; (45): 245–255.

14. Семенова ТВ, Аржанова ОН, Беспалова ОН, Зубжицкая ЛБ, Милютина ЮП, Прокопенко ВМ, Арутюнян АВ. Особенности течения беременности и исходов родов при табакокурении. *Журнал аку-*

*шерства и женских болезней*. 2014; LXIII(2):50-58. [Semenova TV, Arzhanova ON, Bepalova ON, Milyutina YuP, Prokopenko V M, Zubzhitskaya LB, Arutyunyan AV. Peculiarities of pregnancy course and pregnancy outcomes in tobacco smoking. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2014; LXIII(2):50-58. (In Russian)]

15. Котикова ИВ, Никифоровский НК, Покусаева ВН, Беденкова ГА. Особенности течения беременности у курящих пациенток. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2010; 10 (1): 46-55. [Kotikova IB, Nikiforovskii NK, Pokusaeva VN, Bedenkova HA. Features of pregnancy in smokers patients. *The Russian Bulletin of the obstetrician-gynecologist*. 2010; 10 (1): 46-55. (In Russian)]

### Сведения об авторах

Меньшикова Лариса Васильевна, д.м.н., профессор, Иркутская государственная академия последипломного образования; адрес: Российская Федерация, 664079, г. Иркутск, микр. Юбилейный, 100; тел.:+7(3952)465326; e-mail: larproff@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1525-2003>

Бабанская Евгения Борисовна, к.м.н., Иркутская государственная академия последипломного образования; адрес: Российская Федерация, 664079, г. Иркутск, микр. Юбилейный, 100; тел.:+7(3952)465326; e-mail: hoart-forst@ya.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7197-4679>

Бачурин Светлана Михайловна, к.м.н., Иркутская государственная академия последипломного образования; адрес: Российская Федерация, 664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100; тел.+7(3952)465326; Иркутская городская клиническая больница №1; адрес: Российская Федерация, 664009, пр. Авиаторов, 13; тел.:+7 (3952) 705420; e-mail: 79148998728@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7022-5411>

### Author information

Larisa V. Menshikova, Dr.Med.Sci, Professor, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education; Address:100, Yubileinyi, Irkutsk, Russian Federation 664079; Phone: +7(3952)465326; e-mail: larproff@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1525-2003>

Evgenia B. Babanskaya, Dr.Med.Sci Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education; Address:100, Yubileinyi, Irkutsk, Russian Federation 664079; Phone: +7(3952)465326; e-mail: hoart-forst@ya.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7197-4679>

Svetlana M. Bachurina, Cand.Med.Sci, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education; Address:100, Yubileinyi, Irkutsk, Russian Federation 664079; Phone: +7(3952)465326; e-mail: 79148998728@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7022-5411>; Irkutsk Clinical Hospital №1; Address: 13, Aviatorov Str., Irkutsk, Russian Federation 664079; Phone: +7 (3952) 705420; e-mail: 79148998728@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7022-5411>

Поступила 18.02.2018 г.  
Принята к печати 05.04.2018 г.

Received 18 February 2018  
Accepted for publication 05 April 2018