

Поиск путей профилактики преждевременных родов

Г.М.Савельева¹, Е.Ю.Бугеренко³, Р.И.Шалина¹, О.Б.Панина²,
С.А.Калашников¹, Е.Р.Плеханова¹, П.А.Клименко¹

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, Москва (зав. кафедрой — акад. РАМН, проф. Г.М.Савельева);

²Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, кафедра акушерства и гинекологии факультета фундаментальной медицины (зав. кафедрой — акад. РАМН, проф. Г.М.Савельева);

³Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения г. Москвы (главный врач — О.А.Латышевич)

В статье представлены результаты анализа преждевременных родов, произошедших в Центре планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения г. Москвы в период с 2008 по 2012 г. Выявлены факторы риска развития преждевременных родов, критерии постановки диагноза угрозы преждевременных родов, разработан алгоритм ведения преждевременных родов с преждевременным излитием околоплодных вод в зависимости от сроков гестации. В ходе исследования отмечено, что преждевременные роды до 28 нед гестации составляют 4,7% от их общего количества, однако выживаемость детей, рожденных до 26–27 нед гестации в течение 1 мес составляет лишь 10%. Ведущей причиной гибели детей с экстремально низкой массой тела и очень низкой массой тела являются внутрижелудочковые кровоизлияния III–IV степени. Родоразрешение путем операции кесарева сечения способствует снижению перинатальной смертности среди недоношенных детей. К профилактическим мероприятиям, которые смогли бы препятствовать факту преждевременного прерывания беременности, можно отнести прегравидарную подготовку. Последняя способствует нормализации и улучшению маточного кровотока у 96,1% пациенток с наличием в предыдущую беременность измененных показателей допплерометрии в системе «мать–плацента–плод» и развившимся гестозом и/или задержкой роста плода. При этом репродуктивные потери у пациенток, входящих в данную группу риска, сокращаются вдвое.

Ключевые слова: преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, перинатальные исходы, прегравидарная подготовка

Search of Ways to Prevent Preterm Birth

Г.М.Савельева¹, Е.Ю.Бугеренко³, Р.И.Шалина¹, О.Б.Панина²,
С.А.Калашников¹, Е.Р.Плеханова¹, П.А.Клименко¹

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology of Pediatric Faculty, Moscow (Head of the Department — Acad. of RAMS, Prof. G.M.Savelyeva);

²Lomonosov Moscow State University, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Fundamental Medicine (Head of the Department — Acad. of RAMS, Prof. G.M.Savelyeva);

³Center for Family Planning and Reproduction of Health Department of Moscow (Chief Doctor — O.A.Latyshkevich)

The article presents the results of analysis of the preterm birth occurred at the Center for Family Planning and Reproduction of Health Department of Moscow in the period from 2008 to 2012. There were identified risk factors for the preterm birth, the diagnostic criteria for the preterm birth, there was worked out an algorithm of preterm labor with premature rupture of membranes depending on the period of gestation. The study showed that the preterm birth before 28 weeks of gestation was only 4.7% of the total, but the survival rate of infants born before 26–27 weeks of gestation during a month was only 10%. The leading reason for the death of infants with extremely low birth weight and very low birth weight are intraventricular hemorrhages grade III-IV. Cesarean section reduces perinatal mortality in preterm infants. Pregravid training is attributed to the preventive measures which could avoid the fact of premature termination of pregnancy. The last promotes normalization and improvement of uterine blood flow in 96.1% of patients with the presence of modified Doppler indices in the «mother-placenta-fetus» system and developed preeclampsia and/or fetal growth retardation in the previous pregnancy. In this case reproductive losses in the patients included in the risk group are reduced by half.

Key words: preterm birth, premature rupture of membranes, perinatal outcomes, pregravid preparation

Преждевременные роды являются одной из важнейших проблем во всем мире, имеющей как медицинское, так и социальное значение. С 2012 г. в нашей стране значимость данной проблемы возросла в связи с переходом на определение преждевременных родов по критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и обозначением антенатального периода начиная с 22 нед гестации (500 г). Подобный подход к преждевременным родам повышает ответственность как акушеров-гинекологов, так и неонатологов, призванных обеспечивать здоровье будущих поколений.

Современные научные исследования, выполненные за рубежом и в России (в том числе в нашей клинике), привели к усовершенствованию прогнозирования риска развития преждевременного прерывания беременности и ранней диагностике, а также к разработке принципов ведения преждевременных родов. Благодаря этому повысилась выживаемость недоношенных детей вообще, и с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в частности.

Коллективом авторов кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, базирующейся в Центре планирования семьи и репродукции (ЦПСиР), проводится изучение многих аспектов, относящихся к преждевременным родам, которые и легли в основу данной работы. За последние 5 лет, начиная с 2008 г., в ЦПСиР произошло 38 065 родов, из них 2538 (6,6%) — преждевременных. Несмотря на новый подход к исчислению преждевременных родов начиная с 2012 г., их количество в Москве и в ЦПСиР значительно не выросло и составило 5,9 и 6,3% соответственно в 2011 г. и 6,9 и 7,5% — в 2012 г.

Отсутствие значительного повышения количества преждевременных родов связано с тем, что на долю преждевременного прерывания беременности в 22–27 нед гестации приходится всего 4,7% от общего количества преждевременных родов (рисунок).

Тем не менее введение в действие приказа Минздрава России от 27.12.2011 № 1687 «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» привело в Москве к значительному статистическому повышению перинатальной смертности среди недоношенных детей: с 46,6% в 2011 г. до 111,0% в 2012 г. Такой скачок перинатальной смертности связан с низкой выживаемостью детей, рожденных до 24 нед гестации (всего 14,3%). В 24–25 нед выживаемость составляет 84,2%, в 31–32 нед — 94,7%, а в 35–36 нед — 98,8% (данные по Москве за 2011–2012 гг.). В ЦПСиР также произошло повышение перинатальной смертности среди недоношенных детей, но менее значительное, чем по Москве: с 40,1% в 2011 г. до 66,6% в 2012 г. Это связано с тем, что до 2012 г.

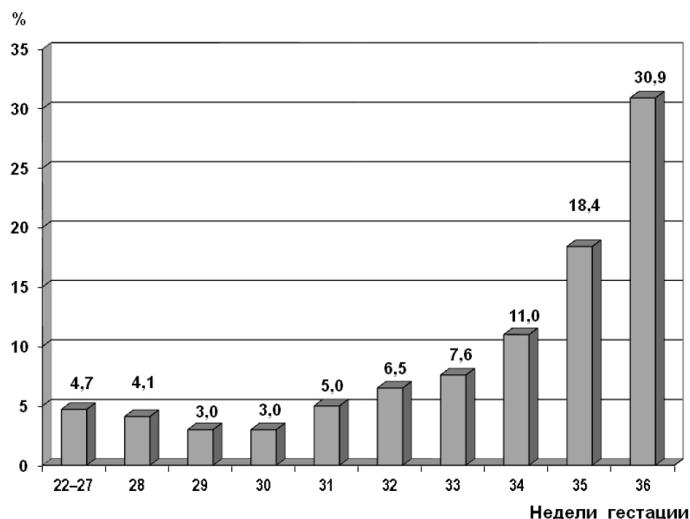


Рисунок. Структура преждевременных родов по срокам гестации (ЦПСиР, 2012 г.).

в нашей клинике учитывался каждый ребенок, родившийся с массой тела более 500 г, и ему, по согласованию с родителями, оказывалась интенсивная терапия в полном объеме, что способствовало накоплению опыта по ведению детей с ЭНМТ и очень низкой массой тела (ОНМТ) и меньшей разнице в показателях перинатальной смертности до и после перехода к учету родившихся, начиная с 22 нед.

Чаще преждевременные роды происходили после 32-й недели гестации и особенно после 34-й. Вероятно, это определяется нашим стремлением по возможности пролонгировать беременность до 34 нед при необходимости ее досрочного прерывания в связи с опасностью для жизни матери или плода (индивидуированные роды, по нашим данным, составляют 43%).

В литературе достаточно подробно описаны факторы риска преждевременных родов [1, 2], но ни один из них не является абсолютным. Тем не менее все они должны учитываться врачом при первом посещении беременной.

Нами был проведен ретроспективный анализ 2538 историй беременности, закончившихся преждевременными родами. В ходе исследования были установлены этиологические факторы невынашивания беременности. По нашим данным, особое значение имеет осложненное течение предшествующей беременности: преждевременные роды, гестозы (презклампсия), задержка роста плода. К важным факторам риска преждевременных родов относятся: возраст пациентки 31–40 лет, инфицирование с преобладанием условно-патогенной микрофлоры влагалища, длительная угроза прерывания беременности, использование вспомогательных репродуктивных технологий, многоплодие, являющееся следствием ЭКО. По нашим данным, частота преждевременных родов при многоплодии в период 2008–2012 гг. составила 45,8; 64,8; 54,3; 51,0; 52,9% соответственно.

Диагностика угрозы преждевременных родов основывается на таких объективных данных, как длина шейки матки, измеряемая при УЗИ с использованием влагалищного датчика, и состояние внутреннего зева для своевременного выявления истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН). В качестве биохимического маркера за рубежом

Для корреспонденции:

Плеханова Екатерина Робертовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 718-3472

E-mail: plekhanova-k@mail.ru

Статья поступила 05.06.2013, принята к печати 29.10.2013

широко применяется определение в слизи цервикального канала фетального фибронектина (в нашей стране данный тест не зарегистрирован). В России в качестве альтернативы определению фибронектина для повышения прогнозирования угрозы преждевременных родов возможно сочетать трансвагинальную цервикометрию с определением следующих параметров: интерлейкина-6 или фосфорилированной формы протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста в слизи цервикального канала.

По нашим данным, среди 52 беременных, поступивших в стационар с тяющими или схваткообразными болями внизу живота, длиной шейки матки меньше 2,5 см, концентрацией интерлейкина-6 в цервикальном секрете менее 66,7 пг/мл, не было ни одной с родами раньше положенного срока. Это позволяет с высокой точностью выделить контингент пациенток с низким риском преждевременных родов и, соответственно, избежать необоснованной госпитализации и длительной терапии.

Одна из основных причин развития преждевременных родов у 1/3 пациенток — ИЦН [3, 4]. Частота ИЦН в ЦПСиР увеличилась с 3,7% в 2008 г. до 5,6% в 2012 г.

В настоящее время диагностика ИЦН осуществляется при трансвагинальном ультразвуковом исследовании. Длина шейки матки менее 20 мм является абсолютным критерием ИЦН и требует адекватного лечения.

Для коррекции ИЦН при сроках гестации до 20–22 нед применяется наложение циркулярного шва с использованием мерсиленовой ленты, а при больших сроках — акушерский пессарий. Показанием к применению акушерского пессария является ИЦН при малой длине шейки матки (<25 мм).

Частота хирургической коррекции шейки матки за последние 5 лет увеличилась почти в 2 раза (у 83 беременных в 2007 г., у 157 — в 2011 г.), а частота наложения акушерского пессария — в 1,5 раза (у 76 беременных в 2007 г., у 121 — в 2011 г.). При этом эффективность составила 96 и 84% соответственно.

Нерешенным остается вопрос о тактике ведения преждевременных родов при излитии околоплодных вод. Количество пациенток с преждевременными родами, инициированными преждевременным изливом околоплодных вод (ПИОВ) в период с 2008 по 2012 г. составило 44,5; 43,9; 45,8; 45,7; 39,9% от общего количества пациенток с преждевременными родами.

Проблема диагностики ПИОВ достаточно хорошо решена за счет различных тестов: Amni Sure ROM (определение плацентарного альфа-1-микроглобулина в заднем своде влагалища и цервикальном канале), тест Actim PROM (определение нефосфорилированной формы протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста). Их чувствительность составляет 99 и 84%, а специфичность — 94 и 75% соответственно.

В настоящее время принята выжидательная тактика при ПИОВ. Ее основная цель — пролонгирование беременности до большей жизнеспособности плода и возможность введения адекватной дозы дексаметазона для профилактики синдрома дыхательных расстройств. В нашем исследовании сроки пролонгирования беременности варьировали от 11 до 63 сут. Продолжительность пролонги-

рования беременности определялась сроками гестации: чем меньше срок беременности, тем длительнее безводный промежуток.

Необходимость выжидательной тактики обусловлена осложнениями, которые наиболее часто возникают при активном ведении родов (стимуляция родовой деятельности) и недоношенной беременности, осложненной ПИОВ. Особенно часто осложнения у плода появляются при сроке гестации до 32 нед. К ним относятся внутрижелудочные кровоизлияния (ВЖК) III–IV степени (33%), синдром дыхательных расстройств тяжелой степени (66%), гибель (33%). Однако выжидательная тактика сопряжена с риском инфекционных осложнений, прямо пропорционально зависящих от длительности безводного промежутка. По нашим данным, сочетание острой гипоксии плода и хориоамнионита составляло 67%. Для снижения инфицирования при пролонгировании беременности в условиях ПИОВ следует придерживаться следующих принципов: ежедневная термометрия и кардиомониторинг плода; ультразвуковой контроль за количеством околоплодных вод; определение в крови С-реактивного белка и количества лейкоцитов; выявление микрофлоры влагалища; проведение антибактериальной терапии вне зависимости от лабораторных данных. Токолиз выполняется в целях проведения полного курса профилактики синдрома дыхательных расстройств плода.

Нами разработана следующая тактика при ПИОВ в зависимости от срока гестации. До 25 нед гестации вопрос о пролонгировании беременности или индукции родовой деятельности решается совместно с пациенткой после проведения подробной беседы о возможных осложнениях при том или ином подходе к ведению беременности и родов. Вопрос о методе родоразрешения также решается индивидуально: в 26–33 нед и массе ребенка 800 г и более рекомендовано придерживаться выжидательной тактики с применением антибактериальной, токолитической терапии, профилактики синдрома дыхательных расстройств плода (при необходимости родоразрешения предпочтительно кесарево сечение); в 34–36 нед гестации предлагается придерживаться активной тактики, так как современная реанимационная неонатологическая служба обеспечивает выхаживание новорожденных детей. При развитии инфекционных осложнений вне зависимости от срока гестации необходимо родоразрешение. При этом вопрос о методе родоразрешения решается индивидуально в зависимости от анамнеза, состояния матери и плода. Наличие хориоамнионита является показанием для родоразрешения вне зависимости от сроков гестации.

В связи с усовершенствованием выхаживания недоношенных новорожденных за последние 20 лет прослеживается явная тенденция к увеличению частоты кесаревых сечений. В ЦПСиР в 2011 г. операция кесарева сечения была выполнена у 51,3% пациенток с преждевременными родами. Наиболее часто встречающимися показаниями для экстренного оперативного родоразрешения были следующие: несостоятельность рубца на матке — у 11,9% пациенток; кровотечение — у 7,7%; гестоз тяжелой степени — у 4,6%; экстрагенитальная патология — у 3,5%; гемолитическая болезнь плода тяжелой степени — у 16,6%; острая гипоксия плода — у 11,5% пациенток.

Таблица. Перинатальная смертность в г. Москве и ЦПСиР в период 2008–2012 гг. (%)

Смертность		Годы			
		2008	2009	2010	2011
Перинатальная смертность	Москва	6,5	5,8	5,3	4,95
	ЦПСиР	4,7	3,5	3,7	4,3
Смертность среди недоношенных новорожденных	Москва	62,0	55,0	48,0	46,6
	ЦПСиР	30,3	30,9	30,0	40,1
					111,0
					66,6

За последние годы нами наблюдалось определенное снижение летальности недоношенных новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, что мы вправе связывать с расширением показаний к кесареву сечению: в 2001–2004 гг. при родах через естественные родовые пути летальность составляла 30,5%, а при кесаревом сечении — 16,1%; в 2008–2010 гг. — 19,9 и 5,2% соответственно. Та же закономерность прослеживается по отношению к частоте ВЖК. В 2001–2004 гг. ВЖК III–IV степени были выявлены у 14% новорожденных, I–II степени — у 18%, ВЖК не выявлены у 68%; в 2008–2010 гг. частота этих осложнений была ниже: 3 и 10% соответственно, без ВЖК было 87% новорожденных.

В ходе анализа летальности недоношенных новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ было установлено, что она ниже при кесаревом сечении.

Следовательно, расширение показаний к кесареву сечению способствовало снижению смертности недоношенных новорожденных в 3 раза, а также уменьшению частоты развития ВЖК в 5 раз.

Выживание детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ, в большой мере определяется уровнем реанимационной службы новорожденных. Оснащение отделения интенсивной терапии современной диагностической, мониторирующей и лечебной аппаратурой является залогом снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Тем не менее анализ данных за 2012 г. о недоношенных детях, родившихся до 28 нед гестации, показал, что лишь 14,6% из них выживают в течение 168 ч, и только при сроке гестации 24–25 нед и выше.

Результаты проводимой работы в аспекте улучшения перинатальных исходов при преждевременных родах в какой-то мере оказались на выживаемости детей, родившихся после 26 нед гестации. Но в связи с переходом на исчисление погибших, начиная с 22 нед гестации, перинатальная смертность увеличилась за счет умерших глубоко недоношенных детей (таблица).

Вышесказанное свидетельствует о том, что в настоящее время имеются существенные достижения в увеличении выживаемости преждевременно родившихся детей начиная с 24–25 нед беременности. Однако частота преждевременных родов остается высокой и выживаемость детей при экстремально низкой и низкой массе не означает, что в дальнейшем они будут здоровы. Это подтверждает актуальность поиска путей профилактики преждевременных родов.

Профилактика преждевременных родов прочно связана со знанием их причин и факторов риска. Среди многочисленных причин преждевременных родов важнейшими являются те, которые приводят к недостаточной инвазии

трофобласта. Известно, что этому могут способствовать изменения в слизистой оболочке матки до беременности вследствие хронического эндометрита или первичного нарушения циклической трансформации эндометрия при гормональной дисфункции. Большое значение имеют врожденные и приобретенные тромбофилии. Выявление и устранение подобных неблагоприятных факторов возможно при проведении прегравидарной подготовки, которая может быть, в частности, и методом профилактики преждевременных родов.

Как же выявить группу пациенток, которым угрожают как преждевременные роды, так и осложнения: гестоз (презклампсия), задержка роста плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты? Каждое из перечисленных осложнений повышает частоту преждевременных родов.

Мы выбрали для исследования 379 пациенток, предшествующие беременности которых сопровождались отмеченными выше осложнениями. Из них 260 были обследованы на прегравидарном этапе и подготовлены к предстоящей беременности; 119 пациенток, имевших аналогичные факторы риска преждевременных родов и по тем или иным причинам не прошедших прегравидарную подготовку, были включены в исследование в I триместре беременности и составили группу сравнения.

У всех женщин на прегравидарном этапе проводилось выявление возможных гормональных нарушений и косвенных критериев хронического эндометрита: наследственные и приобретенные тромбофилии (дефекты гемостаза, антитела к фосфолипидам, кофакторам фосфолипидов); инфильтрация лимфоцитами или плазмоцитами стромального слоя эндометрия; склероз спиральных артерий; очаговая гипертрофия базального слоя; фиброз или склероз стромального слоя эндометрия (по данным пайпель-биопсии эндометрия); неоднородность структуры эндометрия, локальное уменьшение, асимметрия толщины эндометрия, наличие гиперэхогенных включений (очагов фиброза) в базальном слое эндометрия и другие (по данным УЗИ) [3].

У 260 пациенток, включенных в исследование на прегравидарном этапе, определялись допплерометрические характеристики кровотока: систоло-диастолическое отношение (S/D), пульсационный индекс (PI) и индекс резистентности (RI) в главных маточных, радиальных, базальных, спиральных артериях в середине секреторной фазы менструального цикла. Проводилась качественная оценка интенсивности и равномерности внутриматочной перфузии миометрия и эндометрия. Результаты допплерографического исследования состояния кровотока в

маточных артериях у пациенток с преждевременными родами в анамнезе сравнивались с нормативными показателями, полученными при проведении предыдущих исследований [5].

В результате проведенного допплерографического исследования у 180 (69,2%) пациенток с преждевременными родами в анамнезе были выявлены нарушения маточного кровообращения как в главных маточных артериях, так и в их мелких ветвях. По мере усугубления дефицита внутриматочного кровотока последовательно снижалось число регистрируемых сосудов, повышались показатели сосудистой резистентности, увеличивался объем гипо- или аваскулярной зоны в направлении от эндометрия к среднему мышечному слою (от спиральных артерий к проксимальным отделам радиальных артерий).

На основании данных лабораторного и эхографического обследования для каждой пациентки с отягощенным акушерским анамнезом был разработан индивидуальный план подготовки к предстоящей беременности. Гормональная поддержка II фазы менструального цикла проводилась в 84% наблюдений, циклическая гормональная терапия была назначена в 19% наблюдений. У всех пациенток, имеющих нарушения маточного кровообращения, в схему лечения были включены дезагреганты и/или антикоагулянты. Комплекс вазоактивной терапии включал дипиридамол или низкие дозы аспирина или суподексид в сочетании с актогеном, омега-3 и омега-6 полиненасыщенными жирными кислотами, витаминами группы В, антиоксидантами (витамины С и Е). При выявлении нарушений венозного оттока и/или варикозной болезни нижних конечностей использовался диосмин. При решении вопроса о назначении низкомолекулярных гепаринов в нашем исследовании учитывались следующие факторы: наличие структурной и/или хронометрической гиперкоагуляции; приобретенных и комбинированных наследственных тромбофилий; степень тяжести нарушений маточного кровообращения; наличие в анамнезе повторных и/или сочетанных гестационных осложнений с ранней клинической манифестацией; наличие тромбозов в анамнезе; неэффективность дезагрегантной терапии в отношении выявленных гемодинамических нарушений. С современных позиций применение антикоагулянтов с прегравидарного этапа целесообразно при отягощенном акушерском анамнезе и мультигенных формах тромбофилии, антифосфолипидном синдроме.

Эффективность проводимой на прегравидарном этапе терапии оценивалась с учетом динамики показателей допплерометрии до наступления беременности, состояния маточной гемодинамики в I триместре беременности, а также течения и исхода беременности. В результате прегравидарной подготовки у 112 (62,2%) из 180 пациенток с нарушениями маточного кровообращения удалось полностью нормализовать внутриматочное кровообращение, у 61 (33,9%) — существенно улучшить. У 7 пациенток (3,9%), несмотря на повторные курсы вазоактивной терапии, сохранялись стойкие изменения гемодинамики, беременность самопроизвольно не наступила; эти пациентки были исключены из дальнейшего исследования.

Частота нарушений кровотока в маточных артериях в I триместре наступившей беременности у пациенток после

прегравидарной подготовки составила 17,4% против 47,1% у пациенток, не получавших таковую. Частота осложнений беременности — задержки роста плода и гестоза — у пациенток с проведенной прегравидарной подготовкой была существенно ниже, чем у пациенток без ее выполнения (7,1 и 7,1% против 33,6 и 27,7%). Частота преждевременных родов у пациенток с прегравидарной подготовкой составила 13,3%, а в группе сравнения — 30,8%, причем у пациенток без прегравидарной подготовки в 15,4% случаев беременность прерывалась на сроке 22–27 нед, а у женщин с прегравидарной подготовкой преждевременные роды происходили не ранее 28 нед.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности проведения прегравидарной подготовки. Следовательно, прегравидарная подготовка является одним из направлений, которые следует разрабатывать в дальнейшем в целях профилактики преждевременных родов.

Таким образом, преждевременные роды являются сложной проблемой, требующей комплексного подхода на разных уровнях, как в амбулаторном звене, так и в акушерских стационарах.

Пути решения проблемы преждевременных родов и улучшения перинатальных исходов в современных условиях могут заключаться в следующем:

- Выделение групп риска в прегравидарном периоде.
- Прегравидарная подготовка.
- Своевременная диагностика угрозы преждевременных родов, истмико-цервикальной недостаточности и преждевременного излития околоплодных вод.
- Снижение медикаментозной агрессии у пациенток с нормальной длиной шейки матки по данным УЗИ и нормальными биохимическими показателями.
- Сосредоточение пациенток с угрозой преждевременных родов в акушерских стационарах III уровня и перинатальных центрах.
- Своевременная коррекция истмико-цервикальной недостаточности.
- Адекватная терапия угрозы преждевременного прерывания беременности.
- Оптимальные методы родоразрешения.
- Лечение недоношенных детей в условиях интенсивной терапии и реанимации новорожденных.
- Наблюдение за детьми в отделении катамнеза перинатальных центров.

Литература

1. Di Renzo G.C., Roura L.C., Facchinetto F. et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth // J Matern Fetal Neonatal Med. 2011. V.24 (5). P.659–667.
2. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А. и др. Преждевременные роды как важнейшая проблема акушерства // Акуш. и гин. 2013. №8 (2). С.4–10.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И.Кулакова, В.Н.Прилепской, В.Е.Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 1029 с.
4. Petragilia F., Strauss J.F., Gabbe S.G. et al. Preterm birth. Mechanisms, mediators, prediction, prevention and interventions. London: Informa UK Ltd, 2007. P.203.

5. Савельева Г.М., Бугеренко Е.Ю., Панина О.Б., Клименко П.А. Нарушения внутриматочного кровообращения и их прегравидарная коррекция у пациенток с тяжелым гестозом в анамнезе // Вопр. гин., акуш. и перинат. 2010. №3. С.5–10.

Информация об авторах:

Савельева Галина Михайловна, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 718-3472
E-mail: apgf-gms@rambler.ru

Шалина Раиса Ивановна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 718-3472
E-mail: raisa.shalina@gmail.com

Клименко Петр Афанасьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 718-3472
E-mail: apgf-gms@rambler.ru

Панина Ольга Борисовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова
Адрес: 119192, Москва, Ломоносовский пр-т, 31, корп. 5
Телефон: (495) 718-3472
E-mail: apgf-gms@rambler.ru

Калашников Сергей Аркадьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 718-3472
E-mail: apgf-gms@rambler.ru

Плеханова Екатерина Робертовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 718-3472
E-mail: plekhanova-k@mail.ru

Бугеренко Елена Юрьевна, кандидат медицинских наук, врач отделения ультразвуковой диагностики Центра планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения г. Москвы
Адрес: 117209, Москва, Севастопольский пр-т, 24 а
Телефон: (495) 718-3472
E-mail: apgf-gms@rambler.ru

СТРАНИЧКА УЧЕНОГО СОВЕТА РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Информация о защите диссертаций на соискание ученой степени доктора наук в ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Автор	Тема	Специальность
Терещенко Сурен Александрович	Выбор методов хирургического лечения и реабилитации мультифокального атеросклероза у больных пожилого и старческого возраста	14.01.26 – сердечно-сосудистая хирургия
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Научный консультант – д.м.н., проф. М.Д.Дибиров. Защита состоится на заседании диссертационного совета Д 208.072.03 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: (495) 434-8464).</i>		
Гарбузов Роман Вячеславович	Заболевания вен таза у детей. Клинические проявления, диагностика и лечение	14.02.19 – детская хирургия
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Научный консультант – д.м.н., проф. Ю.А.Поляев. Защита состоится на заседании диссертационного совета Д 208.072.02 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: (495) 434-8464).</i>		
Рачков Виктор Евгеньевич	Диагностика и хирургическое лечение портальной гипертензии у детей	14.02.19 – детская хирургия
<i>Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Научный консультант – д.м.н., проф. А.Ю.Разумовский. Защита состоится на заседании диссертационного совета Д 208.072.02 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: (495) 434-8464).</i>		
Баранова Наталия Сергеевна	Поражение нервной системы при хроническом Лайм-боррелиозе	14.01.11 – нервные болезни
<i>Работа выполнена в ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Научный консультант – д.м.н., проф. Н.Н.Спирин. Защита состоится на заседании диссертационного совета Д 208.072.09 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: (495) 434-8464).</i>		