

УДК 618-7(575.3)

3.1.4 Акушерство и гинекология

DOI: 10.37903/vsgma.2023.2.14 EDN: FTNXJU

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ РОЖДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ И ИХ ВЫЖИВАЕМОСТЬ**© Вохидов А.¹, Абиджанова Н.Н.², Кабилова Б.Х.², Мамаджанова Г.С.²,
Зарипова М.Ч.², Шарипова Н.А.², Сафархолова М.М.¹**¹ГУ МК «Истиклол», Республика Таджикистан, Душанбе пр. Н. Карабаева, 54/1²ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан, Душанбе пр. Рудаки, 139*Резюме*

Цель. Изучить динамику рождаемости и качества маловесного потомства, весовые категории, детей от сверхранних преждевременных родов с ЭНМТ и ОНМТ.

Методика. В процессе исследования проведён анализ статистических показателей, данных учетных форм 25; 32. Анализ были подвергнуты данные за 2016-2020 гг. охвативший период после вступления в силу новых нормативных документов, регламентирующих критерии плода.

Результаты. Средняя численность недоношенных детей в Республике Таджикистан на протяжении последних пяти лет имеет четкую стойкую динамику показателя, колебания которого не превышают 0,6% (между 2017 г. – 5,7% и 2020 г. – 5,1%). Популяционный анализ за пять лет демонстрирует некоторую тенденцию к уменьшению на 2442 числа родившихся детей. Число родившихся недоношенными на протяжении 5 лет остается стабильным 13898 младенцев (5,5%).

Заключение. При тенденции уменьшения на 2442 (1,17%) общего числа родившихся детей, число ПР на протяжении 5 лет имеет явную динамику к снижению (5,5%) в 2016 г. и (5,1%) в 2020 г. Среди детей с ОНМТ и ЭНМТ, за пять лет отмечено снижение числа мертворожденных потерь: в 2017 г. – 48,2% (937 детей); в 2020 г. 41,2% (740 детей). В структуре перинатальных потерь отмечается устойчивое снижение доли мертворожденных плодов. Соотношение доли родившихся живыми детей с ЭНМТ и ОНМТ в 2016 г. составило 1:3, в 2020 г. – 1:2 раза.

Ключевые слова: недоношенность, рождаемость

LONGITUDINAL STUDY OF THE DYNAMICS OF FERTILITY AND THE QUALITY OF LOW BIRTH WEIGHT OFFSPRING

Vokhidov A.¹, Abidzhanova N.N.², Kabilova B.Kh.², Mamadzhanova G.S.², Zaripova M.Ch.², Sharipova N.A.², Safarholova M.M.¹¹SI MC "Istiklol", 54/1, Karabaev ave., Dushanbe, N. Republic of Tajikistan²Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino, 139, Rudaki ave., Dushanbe, Republic of Tajikistan*Abstract*

Objective. To study the dynamics of fertility and the quality of low birth weight offspring, weight categories of children from very early preterm births with ELBW and VLBW.

Methods. In the course of the research, the analysis of statistical indicators, data of 25 accounting forms was carried out; 32. Data for 2016-2020 were analyzed, covering the period after the entry into force of new regulations governing the criteria for the fetus.

Results. The average number of premature babies in the Republic of Tajikistan over the past five years has a clear stable dynamics of the indicator, the fluctuations of which do not exceed 0.6% (between 5.7 and 5.1%). The five-year analysis shows a slight downward trend in the number of children born by 2442. The number of premature births for 5 years remains stable at 13898 babies (5.5%).

Conclusions. With a tendency to decrease by 2442 the total number of children born, the number of PRs over 5 years remains stable (5.5%) in 2016 and (5.1%) in 2020. Among children with VLBW and ELBW, over five years there is a decrease in the total number of antenatal losses: in 2017 - 48.2% (937 children); in 2020 41.2% (740 children). In the structure of stillbirth, there is a steady decrease in the proportion of prenatally dead fetuses. The ratio of live births with EBMT and VLBW in 2016 was 1: 3, in 2020 - 1: 2 times.

Keywords: premature babies, birth rate

Введение

По данным ВОЗ, «ежегодно в мировом масштабе, один ребенок из десяти или около 15 миллионов детей, рождаются преждевременно», данная информация была озвучена в докладе посвященное «Рожденные слишком рано». Распространенность преждевременные роды ПР (Первое встречающееся в тексте сокращение должно быть расшифровано) во всем мире колеблется от 5 до 18% и последние годы не имеет динамики к снижению [1, 6]. По сведениям ВОЗ, из числа родившихся недоношенными, более 1 млн. умирают вскоре после рождения; среди выживших высока вероятность заболевания, которая в последствии может привести к возникновению пожизненной физической и неврологической инвалидности [2, 3, 7]. По этой причине преждевременные роды (ПР) продолжают оставаться одной из сложных и наиболее актуальных проблем акушерства и перинатологии. Современные лечебно-диагностические технологии, применяемые в странах с высоким уровнем жизни не способствовали снижению частоты распространённости ПР. Распределение частоты случаев ПР по гестационным срокам показало, что до 5% случаев ПР происходит до 28 недель, около 15% – в течении 28-32 недели, не более 20% – при сроке 32-33 недели, более 2/3 60-70% – соответственно при сроках до 37 недели [5, 9]. Само по себе преждевременные роды относятся к понятию «большой акушерский синдром», который вовлекает в себя ряд факторов таких как отцовский, материнский, плодный и эпигенетический». Процесс дальнейшего формирования здоровья новорожденного в значительной степени зависит от исходного состояния плода, срока и способа родоразрешения.

В РФ с 1993 г. начали вести учет рождения детей ЭНМТ, однако в процессе учета показателей демографических, медико-социальных сведений, эта категория детей не учитывалась. Данный факт послужило основанием для России на основе приказа Минздрав соцразвития № 1687н от 27.12.11 г. законодательно признать, начать учет и регистрацию рождения потомства с ЭНМТ [1].

Республика Таджикистан, как и другие страны, основываясь на рекомендации ВОЗ основываясь установление новых гестационных критериев, основываясь на (Приказ МЗ РТ №202 от 28.04.2008 г.) перешли на регистрации детей с массой тела при рождении от 500 гр. и сроком гестации от 22 нед. До этого срока, при рождении ребенка, или прерывание беременности в сроки 22-27 нед, продукт зачатия или родов трактовались как «поздний аборт». Последние годы отмечается рост числа маловесного потомства, что связано с выхаживанием данного контингента пациентов, использованием комплексного подхода – специального оборудования, обученного персонала имеющего специальный опыт работы. Однако, на всех последующих этапах роста и развития, потребуется организация высоко специализированной медико-социальной помощи как матери так и ребенку. Необходимо отметить тот факт, что именно эта категория детей, определяет высокие показатели смертности, заболеваемости и формирование инвалидизирующей патологии среди детского населения. Доля «вклада» детей с экстремально низкой массой тела в младенческую смертность составляет 13,8% [3].

Развитие технологий выхаживания глубоконедоношенных детей привело к снижению смертности и увеличению выживаемости детей с экстремально низкой массой тела при рождении. Возникающие и имеющиеся медицинские, социальные, семейные, а также экономические проблемы, обусловившие рождение, последующее выхаживание и реабилитацию таких детей, определяют актуальность изучения причин и возможностей предотвращения их гибели и инвалидности.

Цель исследования – изучить динамику рождаемости и качества маловесного потомства, весовые категории, детей от сверхранних преждевременных родов с ЭНМТ и ОНМТ.

Методика

В процессе исследования проведён анализ статистических показателей, данных учетных форм 25 «Отчет по структуре и причинах смертности детей 1 года жизни» утвержденная приказом МЗ РТ № 655 от 12 ноября 2014 г. Форма 32 «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» утвержденная приказом Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан №54 от 11 ноября 2013 г. Анализу были подвергнуты данные за 2016-2020 гг. охвативший период после вступления в силу новых нормативных документов, регламентирующих критерии живорожденности и мертворожденности. Статистический анализ

материала выполнен с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft, USA), произведен расчет Q-критерий Кохрена. Показатели представлены в виде абсолютных значений и их долей (%). Множественные сравнения между группами по качественным показателям проводились. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Уровень «запаса прочности», у каждого младенца свой не зависимо даже от того, что они могут находиться в определенных относительно равных условиях, указанные критерии могут определяться биологическими и генетическими факторами, в значительной степени от некоторых особенностей течения перинатального периода включая множество других внешних факторов. В Республике Таджикистан до 2008 г. в процессе формулировки диагноза недоношенности, как правило, использовали классификацию по сроку беременности: I степень – 35-37 нед., II степень – 32-34 нед., III степень – 29-31 нед., IV степень – менее 28 нед. (Хазанов А.И., 1987). После внедрения рекомендации ВОЗ, начиная с 2008 г. стали применять дефиниции недоношенного ребёнка: недоношенным считается родившийся на сроке гестации от 22 до 37 недель (WHO: Recommended definitions, 1977). Основанием для группирования такой категории детей, явилось масса тела: новорожденные низкой массой тела, «low birth weight» до 2500 грамм; новорожденные очень низкой массой тела, «very low birth weight» до 1500 грамм; новорожденные экстремально низкой массой тела, «extremely low birth weight» до 1000 грамм (WHO: Low birthweight, 2004).

Одним из наиболее сложных периодов в акушерстве и неонатологии начался с этапа перехода к регистрации новорожденных с массой тела до 1000 гр. Наиболее проблемной является категория детей от сверхранних преждевременных родов где масса тела колеблется от 500 до 749 гр., среди таких детей выживаемость в 4-5 раз ниже, по сравнению с детьми у которых масса тела в пределах 750-999 гр. [4]. Такой контингент пациентов с полной уверенностью можно отнести к категории у которых имеет место «зона предела жизнеспособности», среди них процесс выживание проблематичен, а заболеваемость среди них весьма значительна [5].

Каждый из факторов риска не является абсолютным при прогнозировании преждевременных родов, однако, должен учитываться при наблюдении за беременной. Определение группы риска по невынашиванию беременности должно проводиться в периоде прегравидарной подготовки, учитываться при выборе оптимального метода родоразрешения и маршрутизации беременных в стационары третьего уровня для оказания медицинской помощи.

Пятилетний анализ демонстрирует некоторую тенденцию к уменьшению общего числа родившихся детей на 2442 случаев 1,17% (в 2016 г. – 249345 тогда как в 2020 г. – 246903 ребенка). Однако, число родившихся недоношенными среди всех родившихся на протяжении 5 лет (табл. 1) остается стабильным и составляет 13898 младенцев (5,5%) в 2016 г. и 12838 (5,1%) в 2020 г., где показатель (Т/гр.-7,6%).

Таблица 1. Процент родившихся недоношенных с учетом категории массы тела

Годы	2016		2017		2018		2019		2020	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
% родившихся преждевременных родов	5,5		5,74		5,3		5,0		5,1	
% родившихся ЭНМТ	0,31	5,6	0,39	6,9	0,27	5,1	0,28	5,5	0,28	5,4
% родившихся с ОНМТ	0,54	9,8	0,43	7,5	0,37	6,8	0,37	7,3	0,44	8,5
% родившихся с НМТ	4,8	87,8	5,1	89,9	4,8	90,6	4,5	7,3	4,6	88,8

Примечание: 1 – колонка, процент из общего числа всех живорожденных; 2 – колонка, процент из числа родившихся недоношенными

В то же время для РФ доля детей, родившихся с массой тела менее 1500 гр., от общего числа всех родов составляет 2,2%, что в 4 раза выше чем в Таджикистане. Средняя численность недоношенных детей в Республике Таджикистан на протяжении последних пяти лет не имел существенного колебания, которое не превышает 0,6% (между 5,7 2017 и 5,1% 2020 г.). Из общего числа всех родов (табл. 1) в 2016 г. 4,8% были маловесными, тогда как среди всех недоношенных их число составило 87,8%. В течении пяти лет анализируемые показатели составили (-4,6% 2016 и -88,8% 2020 г. соответственно).

Не только и не столько гестационный возраст оказывает существенное влияние на жизнеспособность глубоконедоношенного новорожденного, сколько на данный показатель воздействует постнатальный возраст: наиболее максимальное число случаев летальности регистрируется в раннем неонатальном периоде, особенно в первые 72 ч жизни.

Основные факторы приводившие к летальному исходу в данном промежутке времени, связаны с тяжелыми респираторными расстройствами, обширными за частую несовместимыми с жизнью внутрижелудочковыми кровоизлияниями в мозг ребенка. Не вызывает сомнения тот факт, что именно от уровня подготовленности персонала, технических возможностей учреждения по оказанию своевременной высоко квалифицированной реанимационной помощи и проведения интенсивной терапии в первые минуты и часы жизни ребенка определяется вероятность его спасения.

В 2017 г. показатель числа детей от преждевременных родов составило (5,74%), что выше значения 2020 г. (5,1%), что свидетельствует о неблагоприятной тенденции репродуктивного здоровья женщин, характеризующий о нарушении процесса воплощения эволюционной программы развития человека. По той причине, что, длительное негативное изменение условий внутриутробного развития плода способствует возникновению отклонений генетической программы развития, вызывающие морфологические функциональные повреждения плода, что приводит к снижению потенциала последующей жизни [6].

По данным исследователей в РФ общее число преждевременных родов 2012 г. от общего числа родов, колебалась от 3,7 до 3,9%, тенденции к снижению не наблюдалось. По нашим данным, частота преждевременных родов в 2016 г. – 0,31% с тенденцией к снижению до 0,28% в 2020 г.

В 2016 г. во всех родовспомогательных учреждениях Республики Таджикистан родилось (живыми и мертвыми) 2156 детей с ЭНМТ и ОНМТ из них – 1294 (60,0%) живыми, 862 (40,0%) – мертвыми (отношение 1,50). В течении пяти лет динамика показателей выглядела следующим образом, родилось – 1793 младенца, что меньше на 363 детей показатель (Т/пр.-16,8%) чем в 2020 г., из них – 58,7% живых, 41,2% мертвых.

Если в 2020 г. доля детей с ЭНМТ от общего числа всех детей родившихся преждевременно (таб.1) составило 0,28%, то таковых среди детей с ОНМТ, было в 1,5 раза больше. Среди всех недоношенных в 2016 г. процент детей с ЭНМТ составило - (5,6) тогда как с ОНМТ было в 1,7 раза больше (9,8%), на протяжении последующих 5 лет, мониторинг динамики показателей, что число детей с ЭНМТ снизилось (Т/пр. – 9,6%), такая же динамика выявлена и среди детей с ОНМТ, число детей с данной весовой категорией снизилось на 1,3%. В большинстве случаев именно от «запаса прочности», организма глубоконезрелого ребенка, зависит его ответная реакция на медицинские манипуляции, однако необходимо помнить и том, что в большинстве случаев масса сопутствующих состояний и внешних причин, также могут повысить смертность среди данного контингента детей. Число детей с ЭНМТ (табл. 2) среди всех недоношенных в течении пяти лет практически не имело существенной динамики в 2016 г. 5,6% – 2020 г. 5,4%. По данным литературы от общего числа родов, частота родов в сроки 22-27 нед составляет 0,52% [6].

Таблица 2. Показатели количество живорожденных, мертворожденных и умерших новорожденных с массой тела до 1000 г. (ЭНМТ)

Показатели	Годы					P
	2016	2017	2018	2019	2020	
Родилось всего детей с ЭНМТ	790	926	691	702	694	-
Мертворожденными	468	593	355	384	358	<0,001
Живорожденными	322	333	336	318	336	
% родившихся живыми	40,7	35,9	48,6	45,3	48,4	<0,001
Умерло до 7 суток	224	250	256	240	277	-
% умерших в РНП от числа живорожденных	76,6, p3	94,6	89,8	92,6	93,8, p4	p3-p4
Умерло старше 7 суток	21	15	15	16	16	-
% живых детей от общего числа родившихся в конкретном году	0,13	0,15	0,14	0,13	0,14	-

Примечание: p- статистическая значимость различия показателей между годами 2016-2020 (по Q-критерию Кохрена)

Постоянным остается и число как ранних, так и сверхранних преждевременных родов (22-28 нед.). Процент новорожденных с массой тела менее 999 г в зависимости от региона колеблется от 0,25 до 0,5%.

Проведенный пятилетний мониторинг числа родов при сверхранных сроках, показал некоторую динамику, так показатель числа родившихся с ЭНМТ имело тенденцию к снижению с 790 случаев в 2016 до 694 в 2020 г., где (Т/пр. – 12,1%). Среди беременных, (табл. 2) поступивших в стационар и родивших впоследствии в 22-27 недель + 6 дней, в 2016 г. антенатальная гибель плода на до госпитальном этапе была диагностирована у 59,3%.

Даже в тех случаях, когда дети, находясь в относительно равных условиях, каждый из них имеет свои особенности которые predeterminedены множеством биологических и генетических факторов, от которых в большинстве случаев зависит течения перинатального периода.

В течении последующих пяти лет каждый второй ребенок (51,6%) родился мертвым. Однако, установлено, что на протяжении последующих пяти лет, число плодов умерших антенатально имел тенденцию к снижению (Т/пр. – 23,5%). Тогда как число живорожденных имел положительный баланс (Т/пр. + 12,0%), показатель процента родившихся живыми, также был в плюсе (Т/пр. + 15,9%). Необходимо отметить тот факт, что число умерших детей первые 168 часов жизни от общего числа живорожденных за пять лет возрос на 53 случая (Т/пр. + 19,1%).

Негативная динамика определена при анализе смертности детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде (РНП), так в 2016 г. в течении первых 168 часов жизни умерли 76,6% младенцев, с истечением пяти лет данный показатель возрос на 17,2% и составил 93,8% от общего числа живорожденных, где показатель (Т/пр.+ 18,3%). Процент умерших детей в РНП от числа живорожденных в 2016 (76,6), тогда как в 2020 установлено рост на 17,2%, Установлено, снижение числа умерших детей в неонатальном периоде с 21 случая в 2016 до 16 (2020), где показатель составил (Т/пр. – 23,8%).

По причине столь высокой смертности детей в РНП число детей, оставшихся живыми и переживших ранний неонатальный период не превысило 5%. Доля детей с ЭНМТ среди живых от общего числа родившихся живыми колебалась от 3,3% в 2019 г. до 4,4% в 2020 г. Число детей, родившихся с ЭНМТ в разы меньше чем детей с ОНМТ. Соотношение родившихся живыми детей с ЭНМТ и ОНМТ в 2016 г. составило 1:3, в 2018 данный показатель снизился до 1:1,6, в 2020 г. – 1:2 раза.

Существенным различием течение беременности и самих преждевременных родов от срочных родов, является соматический и акушерско-гинекологического анамнез, который в большинстве случаев бывает крайне отягощен. Свидетельством к сказанному является тот факт, что показатели заболеваемости и смертности глубоководноношенных новорожденных в значительной степени зависят от преэклампсии и экстрагенитальной патологии у матери, хориоамнионита и способа родоразрешения.

Таблица 3 Показатели новорожденных и мертворожденных с массой тела до 1500 гр. (ОНМТ)

Показатели	Годы					p
	2016	2017	2018	2019	2020	
Родилось всего детей с ОНМТ	1366	1016	918	922	1099	-
Мертворожденными	393	344	368	319	382	<0,001
Живорожденными	973	672	550	603	717	
% родившихся живыми	71,2	66,1	59,9	65,4	65,2	<0,001
Умерло до 7 суток	378	378	394	344	404	
% умерших в РНП от числа живорожденных	24,5	33,0	38,6	32,5	31,8	-
% живых детей от общего числа родившихся в конкретном году	0,39, p5	0,29	0,23	0,25	0,29, p6	p5-p6

Примечание: p- статистическая значимость различия показателей между годами 2016-2020 (по Q-критерию Кохрена)

Чем больше гестационный возраст, сверхранных преждевременных родов, тем показатель выживаемости выше. Число детей, (табл.3) родившихся с ОНМТ в 2016 г было в 1,7 раза больше, чем детей с ЭНМТ, различия статистически достоверно. За пять лет, (табл.3) среди детей, родившихся живыми с очень низкой массой тела (1000-1500 гр.), отмечено уменьшение как абсолютного, так и относительного показателя. Число детей, родившихся с ОНМТ в 2020 г по сравнению с 2016 г. уменьшилось на 267 (6,0%), где показатель темпа прироста составил (Т/пр. – 19,5%), за этот же период число детей родившихся с ЭНМТ снизилось на 96 (13,8%) детей, где показатель (Т/пр. – 12,1%), в тоже время относительный показатель напротив был выше на 7,8%. Число живорожденных детей с ОНМТ в 2020 г. по сравнению с 2016 г. уменьшилось на 256 (26,3%) случаев, показатель темпа прироста составил (Т/пр. – 26,3%).

Необходимо отметить тот факт, что частота случаев антенатальной гибели младенцев на прямую зависит от массы тела и гестационного возраста, установлено, что показатель частоты случаев антенатальной гибели плода с ЭНМТ (Т/пр. – 23,5%) выше в 8,7 раза, по сравнению с показателем (Т/пр. – 2,7%) среди детей с ОНМТ. Доля детей с ОНМТ среди общего числа родившихся живыми колебалась от 0,37% в 2018 г. до 0,44% в 2020 г.

За истекшее пятилетие в группе детей с экстремально низкой массой тела и очень низкой массой тела, отмечено снижение общего числа антенатальных потерь: в 2016 г. показатель составил 39,4% (861 ребенок); в 2017 г. – 48,2% (937 детей); в 2018 г. – 44,9% (723 ребенка); в 2019 г. – 43,2% (703 ребенка); в 2020 г. при абсолютном числе мертворожденных 740 детей, показатель (Т/пр. – 14,0%), и относительный показатель имел тенденцию к снижению – 41,2%. В 2016 г. число умерших среди детей с ОНМТ в раннем неонатальном периоде составило 378 случаев, тогда как в 2020 г. число случаев возросло на 26 (Т/пр.+6,4%). Процент умерших детей в РНП из числа живорожденных в 2016 г – 76,6% в 2020 – увеличилось на 17,2% (Т/пр. + 18,3%). Однако, число умерших детей с увеличением возраста снизилось, так если в 2016 г в неонатальном периоде умерло 21 ребенок, то в 2020 – 16 детей (Т/пр. – 23,8%).

Таким образом, доля детей с ЭНМТ родившихся живыми по сравнению с детьми с ОНМТ к общему числу родившихся живыми за последние пять лет снизилось более чем в 10 раз. В развитых странах, где на протяжении более 30 лет используются критерии ВОЗ «живорождения» показатели выживаемости имеют четкую динамику повышения, так среди детей с массой тела до 500,0 г выживают до 15%, от 500,0 г до 749,0 г более 50%, от 750,0 г до 1000,0 г – около 90% [3-5].

Выводы

1. При тенденции уменьшения на 2442 (1,17%) общего числа родившихся детей, число ПР на протяжении 5 лет имеет явную динамику к снижению (5,5%) в 2016 г. и (5,1%) в 2020 г. Среди детей с ОНМТ и ЭНМТ, за пять лет отмечено снижение числа мертворожденных потерь: в 2017 г. – 48,2% (937 детей); в 2020 г. 41,2% (740 детей).
2. В структуре перинатальных потерь отмечается устойчивое снижение доли мертворожденных плодов. Соотношение доли родившихся живыми детей с ЭНМТ и ОНМТ в 2016 г. составило 1:3, в 2020 г. – 1:2 раза.

Литературы (references)

1. Алимova И.Л., Каландия М.Р., Стунжас О.С., Горбатюк И.Б. Анализ динамики рождаемости, преждевременных родов и перинатальных исходов за 2012–2015 гг. в Смоленской области // Вестник Смоленской государственной медицинской академии –2016. –Т.15, № 4. –С. 51-57. [Alimova I.L., Kalandia M.R., Stunzhas O.S., Gorbatyuk I.B. *Vestnik Smolenskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii*. Bulletin of the Smolensk State Medical Academy. – 2016. – V15, N4. – P. 51-57. (in Russian)]
2. Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Исходы беременности в сроки 22–27 недель в медицинских учреждениях Российской Федерации//Вопросы современной педиатрии 2011. – Т.10, N1 С.17–20. [Baybarina Ye..N., Sorokina Z..Kh. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. Questions of modern pediatrics. – 2011. – V.10, N1 – P. 17-20. (in Russian)]
3. Башмакова Н.В., Литвинова А.М., Мальгина Г.Б., Давыденко Н. Б., Павличенко М.В. Организационные принципы выхаживания и катамнез детей, родившихся в сроках экстремально ранних преждевременных родов, в перинатальном центре// Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение – 2015. №1. С.12–16 [Akusherstvo i ginekologiya. *Novosti. Mneniya. Obucheniye*. Obstetrics and gynecology. News. Opinions. Education. – 2015. – N1. С.12-16. (in Russian)]
4. Боронина И.В. Неретина А.Ф., Попова И.Н.. Динамика выживаемости детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении в Воронежской области с 2008 по 2012 г. //Российский Вестник перинатологии и педиатрии. – 2015. – №1. – С. 27-31 [Boronina I.V., Neretina A.F., Popova I.N. *Rossiyskiy Vestnik perinatologii i pediatrii*. Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. – 2015. – N1. – P. 27-31. (in Russian)]
5. Курочка М.П., Гайда О.В., Волокитина Е.И. Факторы риска развития сверхранных преждевременных родов: собственный опыт// Российский Вестник Акушера–Гинеколога –2018. – №2.–С.65–70 [Kurochka M.P., Gaida O.V., Volokitina E.I. *Rossiyskiy Vestnik Akushera–Ginekologa*. Russian Bulletin of Obstetrician–Gynecologist. –2018. – N2. – P.65-70(in Russian)]

6. Костинан. Н., Ветеркова З. А., Решетникова О. В., Ибрагимова Н. В. и др. Факторы риска рождения и структура заболеваемости детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела// Оренбургский медицинский вестник, –2019. –Т18, № 2 –С.15–21[Costinan. N., Veterkova Z. A., Reshetnikova O. V., Ibragimova N. V., et al. *Orenburgskiy meditsinskiy vestnik*. Orenburg medical bulletin –2019. –V18, N2. – P. 15-21(in Russian)]
7. Малышкина А.И., Песикин О.Н., Назаров С.Б. и др. Экстремально ранние преждевременные роды. исходы для детей в условиях поэтапного оказания медицинской помощи// Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение – 2015. – №1. – С. 17-21 [Malyshkina A.I., Pesikin O.N., Nazarov S.B. i dr. *Akusherstvo i ginekologiya. Novosti. Mneniya. Obucheniye*. Obstetrics and gynecology. News. Opinions. Education. – 2015. – N1. – P. 17-21(in Russian)]
8. Перцева В.А., Петрова А.С., Захарова Н.И., Тамазян Г.В., и др. Оценка перинатальных факторов риска у недоношенных с экстремально низкой и очень низкой массой тела // Российский вестник перинатологии и педиатрии, –2011. –№3. –С.20–24 [V.A. Pertseva, A.S. Petrova, N.I. Zakharova, G.V. Tamazyan, *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. – 2011. – N3. –P. 20-24 (in Russian)]
9. Симаходский А.С., Горелик Ю.В., Горелик К.Д., Иванов С.Л., Лукашова Ю.В. Смертность детей, родившихся на ранних сроках гестации, – непреодолимый барьер или резерв снижения младенческой смертности?//Вопросы современной педиатрии. –2020. –Т19, №5. –С340–345. [Simakhodskiy A.S., Gorelik YU.V., Gorelik K.D., Ivanov S.L., Lukashova YU.V. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. Questions of modern pediatrics. – 2020. – V.19, N5. – P.340-345 (in Russian)]
10. Шкляев А.Е., Семёнова М.В., Лялина А.С., Максимов И.Е. Оценка факторов риска сверхранных преждевременных родов// Вестник Авиценны. –2019. – Т.21, №1 –С.26-32. [Shklyayev AE, Semyonova MV, Lyalina AS, Maksimov IE. *Vestnik Avicenny*. Avicenna Bulletin. –2019. – V.21, N1 –P. 26-32 (in Russian)]

Информация об авторах

Вохидов Абдусалом – заслуженный работник Республики Таджикистан, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ГУ МК «Истиклол» E-mail: avokhidov@hotmail.com

Абиджанова Нигора Насизовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры Лучевой диагностики и терапии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет» им. Абуали ибни Сино E-mail: nigora.abidjanova@osiaf.tj

Кабилова Барно Хомиджановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет» им. Абуали ибни Сино E-mail: kobilova_b@mail.ru

Мамаджанова Гульнора Сидикжановна – доктор медицинских наук, доцент кафедры педиатрии №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет» им. Абуали ибни Сино.

Зарипова Мавчуда Чангиевана. – аспирант кафедры педиатрии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет» им. Абуали ибни Сино.

Шарипова Наргиз Рустамовна. – аспирант кафедры педиатрии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет» им. Абуали ибни Сино.

Сафархолова Махина – врач неонатолог родильного отделения ГУ МК «Истиклол».

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 17.05.2023

Принята к печати 15.06.2023