

УДК 618.396-08-039.71

DOI 10.31684/25418475-2021-4-12

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОК С ЛИЧНЫМ АНАМНЕЗОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

¹Медицинский институт Российского университета дружбы народов, г. Москва

²ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента РФ, г. Москва

Соловьева А.В.¹, Оленев А.С.¹, Кузнецова О.А.¹, Хапова Т.В.²

Женщины, родившие преждевременно, по сравнению с родившими в срок, имеют более поздний репродуктивный возраст, высокую частоту экстрагенитальной патологии за счет болезней ЛОР-органов, эндокринопатий, ОРВИ, что сопровождается нарушениями менструального цикла и микробиоценоза влагалища. Комплексная реабилитация женщин с личным анамнезом преждевременных родов, включающая, наряду с коррекцией соматической патологии, гормональную терапию препаратами прогестерона и комбинированными оральными контрацептивами, предупреждает прогрессирование расстройств репродуктивной системы и экстрагенитальных заболеваний. Дифференцированная прегравидарная подготовка, направленная на общее оздоровление с учетом выявленных факторов риска и формирование полноценного эндометрия, позволяют доносить беременность 73% женщин группы высокого риска по преждевременным родам и, тем самым, улучшить перинатальные исходы.

Ключевые слова: реабилитация, преждевременные роды, прегравидарная подготовка, беременность.

REHABILITATION AND PRE-PREGNANCY PREPARATION OF PATIENTS WITH A PERSONAL HISTORY OF PRETERM BIRTH

¹Medical Institute of the Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

²Polyclinic No.1 of the Russian Presidential Administration, Moscow

A.V. Solovyova¹, A.S. Olenov¹, O.A. Kuznetsova¹, T.V. Khapova²

Women with a history of preterm compared with patients with term deliveries have advanced reproductive age, high rates of somatic pathology, primarily because of otolaryngological diseases, endocrinopathies and acute respiratory viral infection, which are accompanied by menstrual cycle disorders and vaginal dysbiosis. Complex rehabilitation of women after preterm deliveries, accompanied by correcting somatic pathology, hormonal therapy with progesterone and combined oral contraceptives administration, prevents the progression of reproductive system disorders and somatic diseases. Targeted preconception counseling aimed at general recovery, with the correction of personal risk factors and the formation of normal endometrium, allows prolonged pregnancy to full term gestation in 73% of women with a history of preterm birth and to improve perinatal outcomes as a result.

Keywords: rehabilitation, premature birth, pre-conceptual preparation, pregnancy.

Низкий уровень здоровья женщин репродуктивного возраста выявляет чрезвычайную ценность каждой желанной беременности [1]. Целенаправленная профилактика возможных акушерских осложнений является наиболее эффективным путем снижения репродуктивных потерь [2]. Одной из приоритетных задач современной медицины является реабилитация женщин после ранних репродуктивных потерь (привычного выкидыша, неразвивающейся беременности) и преждевременных родов (ПР) путем совершенствования диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, проводимых на прегравидарном этапе [3,4], так как воздействовать на факторы риска во время беременности практически невозможно [5,6].

Учитывая актуальность реабилитационных мероприятий после неблагоприятных перинатальных исходов, целью исследования явилась

разработка программы оздоровления женщин после преждевременных родов на основе состояния их здоровья.

Материал и методы

Объектом настоящего исследования стали 49 родильниц после окончания лактационного периода: 29 женщин после преждевременных родов (I группа) и 20 пациенток после срочных родов (II группа). Критериями исключения из исследования явились пациентки с многоплодием, пороками развития плода, внутриутробной гибелью плода. Данная работа выполнена за период 2013-2016 гг. на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов (заведующий кафедрой – деятель науки РФ, д.м.н., профессор В.Е. Радзинский). Все женщины были родоразрешены в ро-

дильном доме №25 ГБУЗ ГКБ №1 (зам. главного врача по акушерству и гинекологии к.м.н. М.А. Оленева) и филиале №2 ГБУЗ ГКБ №24 (заведующий филиалом №2 – к.м.н. А.С. Оленев). Разработанная нами программа обследования в соответствии с поставленной целью включала в себя оценку медико-социальных факторов, нюансы течения беременности, преждевременных родов, пуэрперия, исходы у недоношенных новорожденных, объем и качество послеродовых реабилитационных мероприятий у женщин, родивших преждевременно, но в будущем вновь заинтересованных в продолжении репродуктивной функции. Исследование было одобрено этическим комитетом ФГАОУ ВПО РУДН. Все пациентки дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ полученных данных проводился при помощи программного обеспечения IBM SPSS Statistics 23,0.

Количественные переменные представлены в виде $M \pm m$. Для их сравнения использовался критерий Манна-Уитни. Качественные переменные представлены в виде абсолютных и относительных значений (n%). Для их сравнения использовался критерий хи-квадрат Пирсона с поправкой Йейтса на непрерывность при сравнении малых величин. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Возраст пациенток, поступивших под наблюдение, колебался от 18 до 41 года. Старше были женщины, родившие преждевременно, по отношению к пациенткам II группы: средний возраст составил $29,3 \pm 1,2$ лет и $27 \pm 1,5$ лет соответственно ($p < 0,05$). Частота никотиновой зависимости у пациенток I, II групп была идентичной: 10,3% и 15,0% ($p = 0,96$). Трудовая занятость обследованных женщин представлена в табл. 1.

Таблица 1

Профессиональная занятость обследованных женщин (n%)

Группы	n	Служащие	Домохозяйки	Учащиеся	Совмещающие работу и учебу
I	29	18/62,2	8/27,5	2/6,8	1/3,6
II	20	16/81,0	3/15,0	1/4,0	0

Примечание: различия между группами недостоверны ($p > 0,05$)

Анализ профессиональной принадлежности, как видно из табл. 1, не выявил достоверных различий между группами обследованных женщин.

Почти у всех женщин после ПР 28 (95,3%) были выявлены экстрагенитальные заболевания, в то время как среди родивших в срок они были обнаружены у 15 (75,0%) ($p = 0,06$). Данные представлены в табл. 2. Женщины, родившие преждевременно, чаще имели респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и болезни ЛОР-органов ($\chi^2 = 5,5$, $p = 0,01$), а также тенденцию к росту частоты аутоиммунных тиреоидитов ($p = 0,051$) при идентичной частоте

и структуре прочих соматических болезней. У 8 (16,3 %) женщин после преждевременных родов, страдающих ожирением, в биохимическом анализе крови с оценкой глюкозного профиля выявлено повышение концентрации глюкозы (средний показатель - $8,38 \pm 0,35$ ммоль/л); уровень инсулина составил $11,2 \pm 2,2$ мкЕд/мл, НОМА-IR - $4,17 \pm 1,75$, тогда как у женщин после своевременных родов ожирение не встречалось, а уровень глюкозы был в пределах физиологической нормы (в среднем $5,2 \pm 0,2$ ммоль/л), концентрация инсулина - в среднем $8,2 \pm 0,75$ мкЕд/мл, НОМА-IR - $1,9 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

Таблица 2

Структура и частота экстрагенитальной патологии в группах сравнения

Группы		Экстрагенитальные заболевания	Артериальная гипертензия	Болезни почек, мочевыделительной системы	Болезни органов пищеварения	Ожирение	ОРВИ, хронический тонзиллит	Аутоиммунный тиреоидит	Болезни органов дыхания	Анемия
		I	n	27	3	5	7	4	29	5
	%	95,3	10,3	17,2	24,1	13,8	100*	17,2	0	3,4
II	n	15	0	5	4	0	15	0	1	1
	%	75,0	0	25,0	20,0	0	75,0	0	5,0	5,0

Примечание: *достоверность различий по отношению ко II группе ($p < 0,05$)

Оценка репродуктивного анамнеза представлена в табл. 3. По паритету пациентки обследованных групп не имели различий. У 12 (41,3%) женщин с ПР и у 7 (35,0%) со срочными родами данной беременности предшествовали

артифициальные аборт (p=0,88). Преждевременные роды в анамнезе не встречались у женщин II группы, в то время как у каждой десятой женщины (10,3%) I группы имелся личный анамнез ПР (p=0,38).

Таблица 3

Акушерско-гинекологический анамнез обследованных женщин (n/%)

Группы	n	Перво-беременные	Первородящие	Самопроизвольные выкидыши	Артифициальные аборты	Срочные роды	Преждевременные роды
I	29	11/37,9	8/27,5	8/27,5	12/41,3	10/34,4	3/10,3
II	20	8/40,0	4/20,0	3/15,0	7/35,0	8/40,0	0

Примечание: различия между группами недостоверны (p>0,05)

Структура гинекологической заболеваемости представлена в таблице 4. Проведенный анализ позволил найти достоверные различия между исследуемыми группами. Так, 12 (41,3%) женщин I группы имели нарушение менструальной функции, во II группе таковые наблюдали только у 2 (10%) женщин ($\chi^2=4,2$, p=0,03). У каждой второй пациентки с ПР и каждой четвертой со срочными родами были диагностированы воспалительные заболева-

ния органов малого таза (ВЗОМТ) в анамнезе (p=0,06). В единичных случаях были проведены оперативные вмешательства - цистэктомия по поводу эндометриодных кист у 2 (6,8%) и 1 (5%) пациентки в группах I, II соответственно (p=0,73). Бактериальный вагиноз - известный фактор риска ПР - выявлялся в 65,5% случаев у пациенток I группы и не встречался во II группе (p<0,001).

Таблица 4

Структура гинекологических заболеваний у обследованных женщин (n/%)

Группы	n	Нарушения менструального цикла	ВЗОМТ	Миома матки	Эндометриоз	Дисфункция яичников	Бактериальный вагиноз
I	29	12/41,3*	15/51,7	3/10,3	2/6,8	5/17,2	19/65,5*
II	20	2/10,0	5/25,0	1/5,0	1/5,0	0	0

Примечание: *достоверность различий по отношению ко II группе (p<0,05)

Забор материала, отделяемого из цервикального канала для бактериологического исследования после завершения лактации произведен у всех обследованных пациенток. Условно-патогенные энтеробактерии (кишечная палочка, фекальный энтерококк) обнаружены у 4 (13,8%) женщин после ПР и у 2 (10,0%) пациенток после срочных родов (p=0,96). В большинстве случаев

инфекция у пациенток после ПР имела смешанный характер, но в 22,4% случаев в цервикальном канале патогенной микрофлоры не выявлено.

Результаты ультразвукового исследования органов малого таза после родов представлены в табл. 5.

Таблица 5

Данные УЗ-сканирования органов малого таза после родов (n/%)

Группы	n	Увеличение переднезаднего размера	Расширение полости матки	Неоднородность структуры эндометрия	Миома матки	Фолликулярные кисты
I	29	5/17,2	7/24,1	6/20,7	4/13,8	8/27,6
II	20	0	8/40,0	3/15,0	0	3/15,0

Примечание: различия между группами недостоверны (p>0,05)

При УЗ-исследовании выявлено увеличение передне-заднего размера матки в 17,2% случаев у пациенток с ПР, что сочеталось с наличием миомы матки у 4 (13,8%) родильниц при отсутствии таковых изменений у женщин II группы, но без достоверных различий ($p=0,14$). Фолликулярные кисты яичников наблюдались почти у каждой третьей (27,6%) пациентки с ПР и каждой седьмой (15,0%) - со срочными родами ($p=0,49$). Расширение полости матки максимально до 0,7 см при УЗ-сканировании наблюдалось одинаково часто у пациенток сравниваемых групп. В единичных случаях - у двух и одной пациенток I, II групп соответственно отмечалась асимметричность расширения полости матки ($p=0,23$). Неоднородность структуры эндометрия: выявление в базальном слое гиперэхогенных образований, наличие пузырьков газа были обнаружены у 6 (20,7%) женщин в I группе и 3 (15,0%) - во II группе ($p=0,89$). Чаще всего наблюдалось сочетание УЗ-критериев, позволявших думать о наличии хронического эндометрита (табл. 5).

При изучении гормонального статуса после окончания лактации у 8 женщин обеих групп обнаружено увеличение уровня пролактина в крови без достоверных различий. Средний уровень пролактина составил в I группе - $600,3 \pm 25,6$ мЕд/л, во второй группе - $457,2 \pm 62,7$ мЕд/л ($p=0,57$). Также в нашем исследовании у 3 (10,3%) женщин после ПР было обнаружено увеличение тестостерона до $3,0$ нмоль/л при отсутствии таковых отклонений во II группе ($p=0,67$). Концентрация гонадотропных гормонов (ТТГ, ФСГ, ЛГ) были в пределах физиологической нормы.

После обследования каждой женщине была предложена индивидуальная программа реабилитации. При нерегулярном менструальном цикле назначались препараты прогестерона во вторую фазу по предложенным схемам: дидрогестерон по 10 мг 2 раза/сут с 16-го по 25-й день цикла или в этой же дозировке с 11-го по 25-й дни цикла. После достижения регулярного менструального цикла пациентки получали комбинированные оральные контрацептивы (КОК) по контрацептивной схеме. Женщинам с фолликулярными кистами назначался дидрогестерон по 20 мг во вторую фазу менструального цикла с переходом на КОК.

Пациенткам с выявленным увеличением количества тестостерона в крови при отсутствии лактации рекомендован гормональный препарат с содержанием 0,035 мг этинилэстрадиола и 2,0 мг ципротерона ацетата.

У половины (55,2%) женщин, родивших преждевременно и имевших УЗ-признаки хронического эндометрита, после назначения КОК отмечены значительные улучшения в ультразвуковой картине: практически в два раза сокра-

тилось количество расширенной полости матки с неоднородностью структуры эндометрия. Назначение КОК способствовало нормализации структуры и функции эндометрия за счет репарации поврежденной ткани и ликвидации вторичных нарушений, а также коррекции метаболических расстройств, восстановления гемодинамики и рецептивности эндометрия [9].

При наличии миомы матки врачебная тактика зависела от размеров и локализации узлов, в связи с чем предлагались разные варианты лечения. При размерах миоматозного узла менее 2 см перорально назначались КОК по схеме или вводился внутриматочный контрацептив с левоноргестрелом с целью стабилизации роста миомы. Контроль УЗИ осуществлялся не менее двух раз в год. При больших размерах узлов (более 4 см) ставился вопрос об оперативном лечении.

Пациенткам с выявленными нарушениями микробиоценоза влагалища разработана тактика лечения, направленная на восстановление работы желудочно-кишечного тракта путем коррекции питания, назначения эу-, пре- и пробиотиков. После местной санации проводилось восстановление уровня pH. Традиционно лечение проводилось в два этапа: устранение специфического возбудителя и нормализация влагалищного биотопа.

Женщинам с экстрагенитальными заболеваниями было предложено пройти обследование у смежных специалистов с учетом нозологии для коррекции поврежденного органа или системы. При избыточной массе тела совместно с эндокринологом были даны рекомендации по питанию. Дополнительно к диете назначался лекарственный препарат диметилбигуанид. В качестве маркера эффективности реабилитационной терапии у этой группы пациенток оценивались два параметра - снижение массы тела и уровень глюкозы в крови.

После курса реабилитационных мероприятий повторную беременность запланировали 36 женщин групп сравнения, остальные ($n=13$) на момент обследования воздержались от реализации репродуктивной функции. В I группе самопроизвольное наступление очередной беременности произошло у 23 женщин. Все они до 20 недель гестации получали прогестероновую поддержку. Исходы представлены на рис. 1, где наглядно показано, что у большинства женщин произошли срочные роды, а у двух опять закончились преждевременно.

Нам представилось интересным провести сравнительную характеристику особенностей течения беременности до и после проведения реабилитационных мероприятий. Данные представлены в табл. 6.

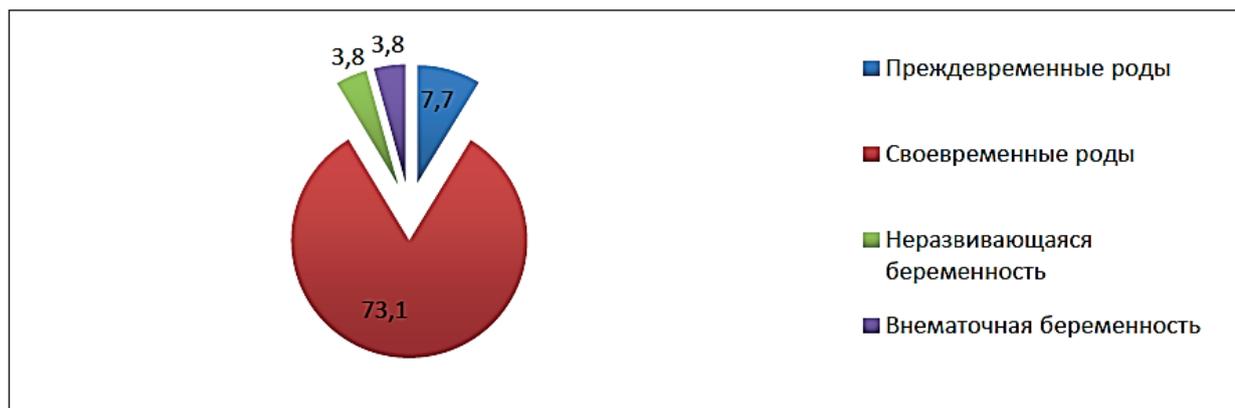


Рисунок 1 - Течение и исход беременностей после реабилитации женщин с ПР, %

Таблица 6
Осложнения беременности у пациенток до и после проведения реабилитационных мероприятий

Осложнения беременности	Недели беременности			
	22-37/6			
	До реабилитации (n=29)		Спустя 2-3 года после реабилитации (n=23)	
	Абс.	%	Абс.	%
Угрожающий выкидыш	7	24,1	5	21,7
Анемия легкой степени	8	27,6	11	47,8
Инфекции мочевых путей	1	3,4	–	–
ОРВИ	3	10,3	4	17,4
Вагиниты/вагинозы	3	10,3	2	8,7

Примечание: различия между группами недостоверны ($p > 0,05$)

Из табл. 6 видно, что, несмотря на идентичную частоту гестационных осложнений, частота доношивания беременности после проведения реабилитационных мероприятий достигла рекордных 73% (рис. 1). Наиболее частым акушерским осложнением являлась железодефицитная анемия, по поводу которой пациентки получали гемостимулирующую терапию.

Послеродовой период в 78,3% случаев протекал без осложнений, родильницы вместе с детьми выписаны на 3-4 сутки домой. У остальных женщин пуэрперий осложнился субинволюцией матки.

Нарушению процессов имплантации плодного яйца и плацентации в период эмбриогенеза в современных экономических условиях способствуют низкий индекс здоровья, поздний репродуктивный возраст супругов, высокая частота соматических и гинекологических заболеваний, преимущественно эндокринного и инфекционного генеза. Это приводит к возникновению поздних акушерских осложнений, в том числе к преждевременному завершению беременности, рождению недоношенного и больного ребенка с высоким риском детской инвалидизации [6,7]. Среди медико-социаль-

ных факторов наиболее значимыми являются раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, незнание способов контрацепции [8], что приводит не только к росту ВЗОМТ, но и прерыванию незапланированной беременности, сопровождающейся травмой эндометрия, гормональным дисбалансом, повышением уровня психологического стресса, что приводит к активизации процессов липидпероксидации и снижению антиоксидантной защиты. Дисфункция эндометрия, возникающая после прерывания беременности, требует дифференцированного подхода к проведению реабилитационных мероприятий [9].

Заключение

Основной причиной акушерских осложнений являются отклонения в состоянии здоровья женщин репродуктивного возраста. В нашем исследовании женщины, родившие преждевременно, по сравнению с родившими в срок, имеют более поздний репродуктивный возраст, высокую частоту экстрагенитальной патологии за счет болезней ЛОР-органов, эндокринопатий, ОРВИ, что сопровождается нарушениями

менструального цикла и микробиоценоза влагалища.

По статистике только 4-7% пациенток проходят реабилитационные мероприятия и/или прегравидарную подготовку после неблагоприятных исходов беременности. Комплексная реабилитация женщин с личным анамнезом преждевременных родов, включающая коррекцию соматической и гинекологической патологии, в нашей работе четко продемонстрировала регресс расстройств репродуктивной системы и компенсацию экстрагенитальных заболеваний. Дифференцированная прегравидарная подготовка, направленная на общее оздоровление с учетом выявленных факторов риска и формирование полноценного эндометрия, позволяют доносить беременность 73% женщин группы риска по преждевременным родам.

Таким образом, формирование групп риска, лечение выявленной соматической и репродуктивной дисфункции, включающей подготовку поврежденного эндометрия – залог успешного зачатия, вынашивания беременности и рождения здорового ребенка.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Репродуктивное здоровье: Учеб. пособ. под. ред. В.Е. Радзинского. М.: РУДН; 2011.
2. Архипова М.П., Хамошина М.Б., Чотчаева А.И., Пуршаева Э.Ш., Личак Н.В., Зулумян Т.Н. Репродуктивный потенциал России: статистика, проблемы, перспективы улучшения. Доктор. Ру. 2013; 79(1):70-74.
3. Айламазян Э.К. и соавт. Акушерство: Национальное руководство под ред. Айламазяна Э.К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е., Савельевой Г.М. М.: ГОЭТАР – Медиа; 2013: 366-367.
4. Архангельский В.Н. Рождаемость в современной России и ее возрастная модель: динамика и детерминация. В сб.: Демографическое развитие России: задачи демографической политики и усиления социальной поддержки населения. Материалы Всероссийской научно-практической конференции 19-20 апреля 2011. Москва; 2011.
5. Чотчаева А.И. Профилактика осложненного течения беременности во втором триместре. Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 2013. 19с.
6. Баринов С.В., Ди Ренцо Г.С., Белинина А.А., Колядо О.В., Ремнева О.В. Клинические и биохимические маркеры самопроизвольных преждевременных родов при одноплодной и многоплодной беременности. Журнал медицины матери, плода и новорожденных. 2021; 1:1-6.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1892064>

7. Галецкая Р.А. Демографическое развитие России в первой четверти XXI века и задачи усиления социальной поддержки населения. Проблемы прогнозирования. 2011; 6:120-130. <https://doi.org/10.1134/S1075700711060025>

8. Кулавский Е.В. Кулавский В.А. Актуальные проблемы преждевременных родов в современном акушерстве. Медицинский вестник Башкортостана. 2011; 1(6):49-52.

9. Мотовилова Т.М., Качалина Т.С., Аникина Т.А. Альтернативный подход к лечению больных с хроническим неспецифическим эндометритом. Русский Медицинский журнал. 2013:14с.

References

1. Reproductive Health: Textbook. Ed. by V.E. Radzinsky. M.: RUDN; 2011 (In Russ.)
2. Arkhipova MP, Hamoshina MB, Chotchayeva AI, Purshaeva ES, Lichak NV, Zulumyan TN Reproductive potential of Russia: statistics, problems, prospects for improvement. Doctor. Ru. 2013; 79(1):70-74. (In Russ.)
3. Aylamazyan E.K. et al. Obstetrics: National Guide. Edited by Aylamazyan E.K., Kulakov V.I., Radzinsky V.E., Savelieva G.M. M.: GOETAR-Media; 2013: 366-367 (In Russ.)
4. Arkhangelsky V.N. Fertility in Modern Russia and its Age Model: Dynamics and Determination. In: Demographic development of Russia: the tasks of demographic policy and the strengthening of social support of the population. Materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference on April 19-20, 2011. Moscow; 2011 (In Russ.)
5. Chotchayeva A.I. Prevention of complicated pregnancy in the second trimester. Ph.D. in medical sciences. Moscow, 2013:19p. (In Russ.)
6. Barinov SV, Di Renzo GS, Belinina AA, Kolyado OV, Remneva OV Clinical and biochemical markers of spontaneous preterm birth in single and multiple pregnancies. Journal of Maternal, Fetal and Neonatal Medicine. 2021; 1:1-6. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1892064> (In Russ.)
7. Galetskaya R.A. Demographic development of Russia in the first quarter of the XXI century and the problems of strengthening social support of the population. Problems of Forecasting. 2011; 6:120-130 (In Russ.)
<https://doi.org/10.1134/S1075700711060025>
8. Kulavskii E.V. Kulavskii V.A. Actual problems of preterm birth in modern obstetrics. Medical Bulletin of Bashkortostan. 2011; 6(1):49-52. (In Russ.)
9. Motovilova T.M., Kachalina T.S., Anikina T.A. Alternative approach to the treatment of patients with chronic nonspecific endometritis. Russian Medical Journal. 2013:14p. (In Russ.)

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Соловьева Алина Викторовна, доктор медицинских наук,

профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета непрерывного медицинского образования медицинского института Российского университета дружбы народов (ФНМИ МИ РУДН), г. Москва 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6
Тел. 8(495)787-38-27

E-mail: av_soloveva@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0001-6711-1563>

Информация об авторах

Оленев Антон Сергеевич, кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии г. Москвы, заведующий филиалом — «Перинатальный центр» ГБУЗ «Городская клиническая больница №24 ДЗМ», доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины РУДН 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6
Тел. 8(495)787-38-27

E-mail: OlenevAS@zdrav.mos.ru

<http://orcid.org/0000-0001-9632-6731>

Кузнецова Ольга Алексеевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМИ МИ РУДН

117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

Тел. 8(495)787-38-27

E-mail: koa.15@mail.ru

Хапова Татьяна Вячеславовна, кандидат медицинских наук, врач УЗД поликлиники №1 Управления делами Президента РФ

1119002, г. Москва, пер. Сивцев Вражек, 26

Тел. 8(495)620-81-01

E-mail: vasileva_t@mail.ru

Contact information

Author responsible for correspondence: Solovyova Alina Viktorovna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, Faculty of Continuing Medical Education, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia (PFMI MI PFUR), Moscow.

117198, Moscow, Miklukho-Maklaya St., 6

Tel. 8(495)787-38-27

E-mail: av_soloveva@mail.ru

Authors' information

Olenev Anton Sergeevich, Candidate of Medical Sciences, Chief freelance Specialist in Obstetrics and Gynecology of Moscow, Head of the Branch "Perinatal Center" of State Budgetary Institution of Health "City Clinical Hospital No. 24," Associate Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine of the People' Friendship University of Russia, Moscow. 117198, Moscow, Miklukho-Maklaya St., 6
Tel. 8(495)787-38-27

E-mail: OlenevAS@zdrav.mos.ru

<http://orcid.org/0000-0001-9632-6731>

Kuznetsova Olga Alekseevna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, People' Friendship University of Russia, Moscow.

117198, Moscow, Miklukho-Maklaya St., 6

Tel. 8(495)787-38-27

E-mail: koa.15@mail.ru

Khapova Tatiana Vyacheslavovna, Candidate of Medical Sciences, Doctor of Ultrasonic Diseases of the Polyclinic No.1 of the Presidential Administration, Moscow.

1119002, Moscow, 26 Sivtsev Vrazhek St. Tel.

8(495)620-81-01

E-mail: vasileva_t@mail.ru

Поступила в редакцию 13.09.2021

Принята к публикации 08.10.2021

Для цитирования: Соловьева А.В., Оленев А.С., Кузнецова О.А., Хапова Т.В. Реабилитация и прегравидарная подготовка пациенток с личным анамнезом преждевременных родов. *Бюллетень медицинской науки.* 2021;4(24): 12-18.

Citation: Solovyova A.V., Olenev A.S., Kuznetsova O.A., Khapova T.V. Rehabilitation and pre-pregnancy preparation of patients with a personal history of preterm birth. *Bulletin of Medical Science.* 2021;4(24): 12-18. (In Russ.)