

MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH PREMATURE BIRTH

Professor, Department of Obstetrics and Gynecology

Tashkent Pediatric Institute

Sultanov Said Nasyrovich

Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 3

Samarkand Medical University

Shavazi Nargiz Nuralievna

Doctoral student of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

Samarkand Medical University

Akhtyamova Nilufar Akbarzhanovna

Student of the 5th year of study

Samarkand Medical University

Raimzhanova Kamila Farkhadovna

Samarkand, Uzbekistan.

ANNOTATION

Almost 140 million births occur worldwide every year, and most of them occur without any risks for mother and child both at the beginning and during labor. Despite this, childbirth is a critical period for the survival of mother and child, since the risk of pathology or death may increase if complications occur.

Преждевременные роды — это синдром, который может быть вызван различными факторами, такими как инфекция, патология шейки матки, перерастяжение матки, дефицит прогестерона, сосудистые изменения (маточно-плацентарная ишемия, децидуальное кровотечение), стресс матери и плода, реакция аллотрансплантата, аллергические явления и др. возможно другие несколько неизвестных факторов.

Утверждения о том, что кесарево сечение при ПР позволит снизить риск гибели плода или новорожденного, а также риск родовой травмы, были встречены утверждениями о том, что такая тактика увеличивает риск серьезных осложнений как для матери, так и для недоношенного ребенка.

Материал и методы исследования

Клиническая характеристика беременных женщин

Работа выполнена в Областном перинатальном центре города Самарканда в отделении патологии беременных в ОПЦ.

Всего было обследовано 350 беременных женщин для оценки факторов риска развития ПР. Ретроспективно проанализированы 350 историй родов за 2017-2019 гг. Проспективно проанализированы исходная клиническая характеристика, а так же особенности течения беременности. Под нашим наблюдением находились 350 беременных. Беременные женщины были включены в исследование по мере обращаемости.

Под нашим наблюдением находились 350 беременных. Основную группу составили 97 беременных женщин со сроком гестации 30-34 недель беременности которые были разделено на 3 группы по изучению анамнеза. Контрольную группу составили 39 беременных женщин с физиологическим течением беременности.

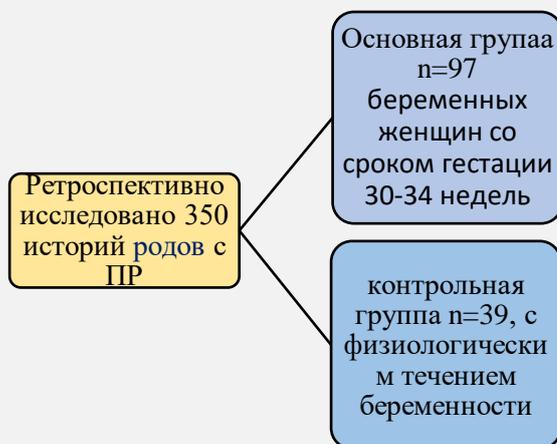


Рисунок 1 – Дизайн формирования клинических групп

Критериями для выявления факторов риска при преждевременных родах (ПР) по материалам историй родов являлись исходы родов ретроспективный группы который был собран нами в Перинатальном центре г. Самарканда за 2017-2019 гг.

Было изучено 350 истории родов беременных, которые перенесли преждевременные роды в сроке гестации 30-34 недель беременности. При

выявлении ПР было выявлено что чаще беременные отмечали жалобы на следующее: частый стресс, вредные привычки, профессиональные вредности, возраст от 18 до 37, угроза прерывания беременности в анамнезе, ранние гестозы в анамнезе, преэклампсия в анамнезе, эклампсия в анамнезе маловодия, многоводия, ПР в анамнезе в малых сроках, и экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ).

Методы исследования беременных женщин

Общеклинические методы исследования: у всех включенных в исследование пациенток анализировали данные соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Особое внимание уделяли перенесенным инфекционно-воспалительным заболеваниям, проведению или отсутствию предгравидарной подготовки, течению и исходам предыдущих беременностей. Принимали во внимание наличие в анамнезе случаев неразвивающихся беременностей, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, преждевременное излитие околоплодных вод, многоводия. Объективное обследование включало общий осмотр, при котором оценивали состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, пищеварительной и мочевыделительной систем.

При наружном акушерском исследовании определяли положение, предлежание, позицию плода, характер его двигательной активности, определяли частоту сердечных сокращений плода, тонус матки, степень напряжения ее стенок, соответствие размеров матки сроку гестации. При проведении гинекологического осмотра обращали внимание на характер выделений, наличие высыпаний или папиллом на кожных покровах и слизистой половых губ, промежности, влагалища, наличие патологии шейки матки, оценивали длину шейки матки, консистенцию, состояние паховых лимфатических узлов. Всем пациенткам дополнительно проводили ряд стандартных исследований: определение группы крови и резус-фактора, клинический и биохимический анализы крови, гемостазиограмму, общий анализ мочи, анализ мазка влагалища и цервикального канала на флору. При

наличии воспалительных заболеваний органов мочевыделительной системы в план обследования дополнительно включали анализ мочи по Нечипоренко, пробы Зимницкого и Реберга, бактериологическое исследование мочи и содержимого влагалища, УЗИ почек.

Лабораторное обследование проводили в лаборатории клинике МедСИ (зав лаб. Илхомова Ш.).

Функциональные методы исследования:

Ультразвуковое исследование. При помощи ультразвукового исследования (цервикометрии) проведена оценка состояния шейки матки, а также динамики изменения шейки матки: длины и ширины, состояния плаценты и ее кровообращения. Кроме этого, учитывали толщину, степень зрелости, локализацию и структуру плаценты, наличие околоплодных вод. Исследования проводились с помощью аппарата), «Mindray» (Китай). При проспективном исследовании были проанализированы жалобы при поступлении, причины, способствующие преждевременным родам и ПР, состояния родовых путей, сопутствующие заболевания. При заболеваниях почек и печени проводили дополнительное ультразвуковое исследование для контроля размера, структуры и состояния почечно-лоханочной системы, наличия конкрементов а также структуру печени и т.д.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный анализ беременных женщин с преждевременным излитием околоплодных вод и преждевременными родами.

Критериями для выявления факторов риска при преждевременных родов и преждевременным излитии околоплодных вод по материалам историй родов являлись исходы родов ретроспективный группы который был собран нами в Перинатальном центре г. Самарканда за 2016-2019 гг. Было изучено 350 истории родов беременных, которые перенесли преждевременные роды и преждевременное отхождение околоплодных вод в сроке гестации 30-34 недель беременности. Возраст женщин показан на таблице (3.1)

Возраст женщин в ретроспективной группе.

Возраст	350 беременных с Р.Г.	
	абс.	%
18-20 лет	11	3,1
21-24 лет	127	36,2
25-29 лет	115	32,8
30-33 лет	82	23,4
34-35	15	4,2
Социальный статус		
Домохозяйки	196	56
Служащие	103	29,4
Студентки	51	14,5

Возраст женщин варьировал от 18 до 34 лет. Чаще встречалась 20-24 лет 36, 2%, а также 25-29 лет 32, 8% а меньше встречалась старше 35 лет 4, 2% и меньше 19 лет 3, 1%.

По социальному статусу преобладали служащие 29, 4%, домохозяйки 56, 0%, студентки 14, 5%.

При сборе анамнеза было выявлено что чаще беременные отмечали жалобы на следующее, частый стресс, вредные привычки, профессиональные вредности, возраст до 18 после 30, угроза прерывания берем в анамнезе, токсикозы в анамнезе, преэклампсия в анамнезе, эклампсия в анамнезе, маловодия, многоводия, ПР в анамнезе в малых сроках, и экстрагенитальная патология. Немаловажную роль в развитии осложнений играла наличие и частота ЭГЗ у обследованных женщин. Так у 61 женщины в анамнезе были выявлены воспалительные заболевания в детстве, ОРВИ, болезни органов дыхания, уха, горла и носа, заболевания почек, которые могли оказать отрицательное влияние на состояние различных органов и систем во время становления репродуктивной функции будущей женщины. При сборе гинекологического анамнеза было выявлена основная патология-

воспалительные заболевания полового тракта, среди них преобладали кольпиты (61, 4%), воспалительные заболевания матки (39, 3%), нарушения менструальных функций (16, 2%). По паритету среди обследованных первородящих было 32, 3% повторнородящих 67, 7%. Немаловажное значения для текущей беременности имеют исходы предыдущих беременностей у обследованных женщин. Отличительной особенностью акушерского анамнеза у беременных с ПР является высокая частота самопроизвольных абортов (29, 3%), искусственных абортов (21, 4%), угроза преждевременных родов (57, 3%), гипертензивных нарушений (39, 7%), преждевременные роды в анамнезе (31, 3%), послеродовые заболевания (17, 3%). Учитывая все факторы риска была составлена таблица 2.

Таблица 2

**Прогностическая карта для комплексной оценки факторов риска
350 женщин из ретроспективной группы**

Факторы риска	Отмечал а	Не отмечает	Отмечает в анамнезе	Не отмечала в анам	Общ колич берем
Стресс	105	245	Не оп	Не оп	350
Вредные привычки	11	339	28	322	350
Проф. вредности	98	252	128	222	350
Возраст до 18 после 30	25	325	36	314	350
Гинекологические зоб	340	10	340	0	350
Аборты в анамнезе	147	203	101	249	350
Угроза прерывания	347	3	Не оп	Не оп	350
Ранние гестозы	350	0	348	2	350
Преэклампсия бер	45	305	Не оп	Не оп	350
Эклампсия во вр.бер	8	342	Не оп	Не оп	350
УЗИ Маловодия	153	197	Не оп	Не оп	350
УЗИ Многоводия	29	331	Не оп	Не оп	350

УЗИ ФПН и НК	147	203	Не пом	Не пом	350
ПР до 22 недель	3	347	Не оп	Не оп	350
ПР до 36 недель	169	181	Не оп	Не оп	350
Острая отслойка НРП	5	345	1	349	350
Заболевания д.п.	7	343	9	341	350
СС заболевания	14	336	Не отм	Не отм	350
Гипертензивные нар.	33	327	37	313	350
Патология почек	28	332	31	329	350
Анемия	205	145	215	135	350

Как видно из таблицы многие анамнестические критерии факторов риска остались не изученными: врач приемного отделения не обращала внимание ЭГ анамнез не допрашивала беременную и тем самым может быть не оценила ее состояние.

По нашему мнению, причинами ПР и ПР является позднее обращение в стационар, сопутствующая патология, недостаточно собранный анамнез, несвоевременное выявление факторов риска и отсутствия профилактики преждевременных родов.

Как показали результаты исследования не своевременное выявления факторов риска и профилактика преждевременных родов приводят к преждевременным родом 63,1% случаев.

Таблица 3

Исход родов у 350 беременных ретроспективной группы

Количество больных	Сохранили беременность		Произошли ПР	
350 – 100 %	129	36,8%	221	63,1%

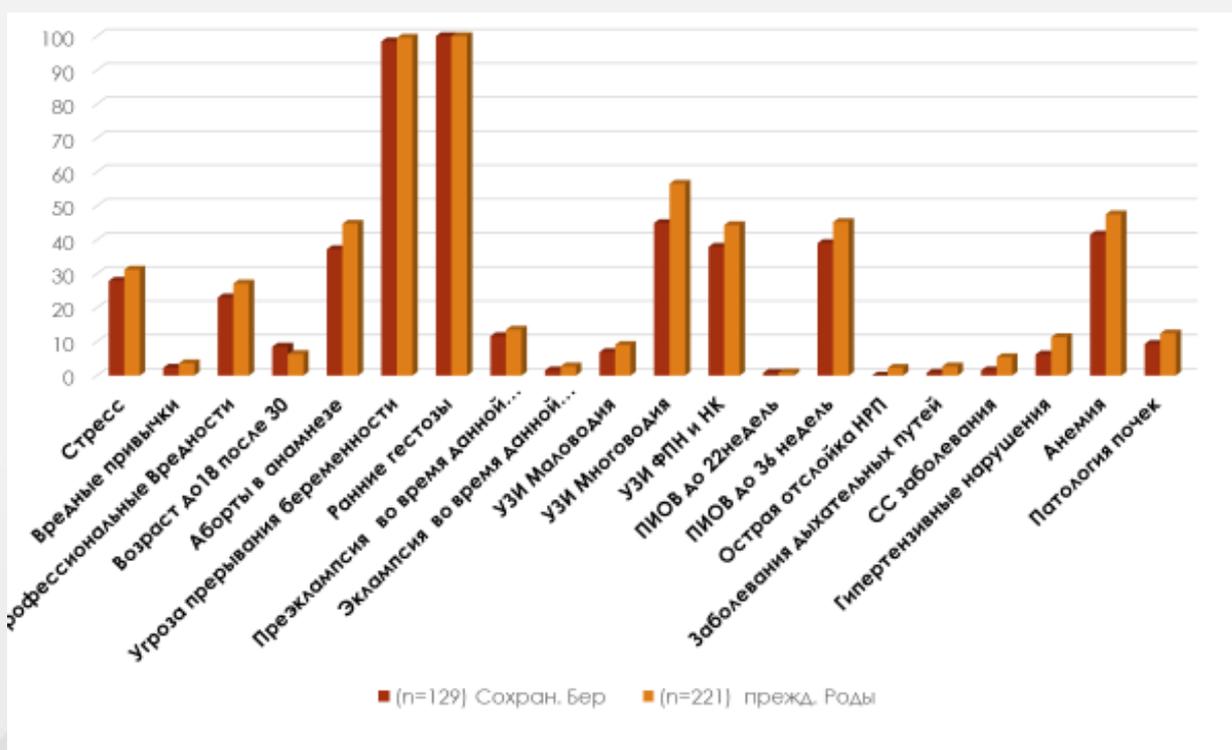
Учитывая исход родов 221-беременностей закончились преждевременными родами нами было решено произвести повторное изучения истории родов и выявить факторы риска и определить методы сохранения беременности у 129 беременных женщин, у которых беременность сохранилась (рис. 3.). По-видимому, у 129 беременных, у которых сохранилась

беременность были своевременно госпитализированы и получали согласно стандартам сохраняющую терапию.



Рис. 2 Исходы родов в ретроспективной группе

Анализ ретроспективной группы показал (табл. 4, рис. 3), что отличительной особенностью акушерского анамнеза у обследованных с сохраненной беременностью отмечались такие факторы, как: стресс (27, 9%), вредные привычки (2, 3%), возраст до 18 после 30 лет (8, 5%), аборт в анамнезе (37,2%), гинекологические заболевания (44, 9%), угроза прерывания беременности (98, 4%), ранние гестозы (100%), ПР до 22 недель (0, 77%), ПР до 36 недель (53, 4%), сердечно-сосудистые заболевания (1, 5%), гипертензивные нарушения (6, 2%).



**Рис. 3 Факторы риска у беременных с преждевременным излитием
околоплодных вод и преждевременными родами**

При этом у обследованных с преждевременными родами наблюдалось повышение частоты факторов риска в сравнении с женщинами с сохраненной беременностью: стресс (31,2%), вредные привычки (3,6%), возраст до 18 после 30 лет (6,33%), аборт в анамнезе (44,7%), гинекологические заболевания (56,5%), угроза прерывания беременности (99,5%), ранние гестозы (100%), ПР до 22 недель (0,90%), ПР до 36 недель (45,2%), сердечно-сосудистые заболевания (5,4%), гипертензивные нарушения (11,3%).

Таблица 4

Прогностическая карта для оценки факторов риска у женщин, у которых беременность сохранилась, и произошли преждевременные роды в ретроспективной группе

Факторы риска	Сохран. бер (n=129)		прежд. Роды (n=221)	
	Абс	%	Абс	%
Стресс	36	27,9	69	31,2
Вредные привычки	3	2,3	8	3,6
Профессиональные Вредности	38	23	60	27,1
Возраст до18 после 30	11	8,5	14	6,33
Аборты в анамнезе	48	37,2	99	44,7
УПР	127	98,4	220	99,5
Ранние гестозы	129	100	221	100
Преэклампсия в. д.б	15	11,6	30	13,5
Эклампсия	2	1,5	6	2,7
УЗИ Маловодия	9	6,9	20	9,0
УЗИ Многоводия	58	44,9	125	56,5
УЗИ ФПН и НК	49	37,9	98	44,3
ПР до 22недель	1	0,77	2	0,90
ПР до 36 недель	69	53,4	100	45,2
Отслойка НРП	0	0	5	2,26
Заболевания дыхательных путей	1	0,77	6	2,7

СС заболевания	2	1,5	12	5,4
Гипертензивные нар	8	6,2	25	11,3
Анемия	100	77,5	105	47,5
Патология почек	12	9,3	16	12,4

Перед нами встали следующие вопросы: Какие мероприятия могли сохранить беременность? Могло ли стать причиной сохранения беременности своевременная госпитализация и проводимая терапия у 129 беременных, у которых беременность сохранилась, и какие методы лечения проводились им?

В наших исследованиях было выявлено, что женщинам проводили следующую терапию: для угрозы и устранения тонуса им назначали таблетки нифедипина по 10 мг 3 раза в день под контролем А/Д 4-5 дней, гормональная терапия в зависимости от угрозы, свечи индометацина 100мг 2 раза в день 4 дня ректально, для почек назначали антибиотики 2 раза в день, тутукон по 30 мл 3 раза в день, канефрон по 1 таблетки 3 раза в день, почечные чай, для патологии сердечно сосудистой патологии назначали панангин, рибоксин, тивортин, кокарбоксилазу.

Как видно из таблицы 5, терапевтические мероприятия проводились всем беременным, но ожидаемого эффекта вышеуказанные меры лечения не давали.

Таблица 5

Таблица по проведенной терапии согласно стандартам МКБ

Д.З	Проводилась		Не пров.		Эффект от лечения (+)		Эффект от лечения (-)	
	350	%	350	%	350	%	350	%
Угрожающее ПР	127	36,2	87	24,8	127	36,5	87	124,8
Преэклампсия	53	15,1	0	0	45	12,8	8	2,28
Гип. нарушения	33	9,4	0	0	27	7,1	6	1,7
СС заболевания	14	4,0	0	0	11	3,14	3	0,85
Анемия	205	58,5	0	0	185	52,8	20	5,7

Угроза преждевременных родов была почти у всех беременных, в частности, 87 беременным не была проведена адекватная терапия, ввиду того, что эти беременные обратились в стационар слишком поздно, зачастую с уже начавшейся родовой деятельностью.

Если обращать внимания на то, что многие соматические патологии не поддавались терапии, что, вероятно могло также повлиять на развития ПР. Лечение фетоплацентарного нарушения отдельно не проводилось, что, по-нашему мнению, также могло привести к ПР.

Остальные лабораторные исследования, такие как общий анализ крови, мочи, мазок на флору, свертываемость крови не дали точной диагностической информации.

Таким образом, клинический анализ ретроспективного исследования преждевременных родов и преждевременного излития околоплодных вод, показал, что к факторам риска данной патологии можно отнести преждевременные роды в анамнезе, угрозы самопроизвольного выкидыша, воспалительные заболевания матки, кольпит, аборт, гипертензивные нарушения.

Несвоевременно выявленные факторы риска развития ПР в 63,1% (из 350) случаев закончились ПР. При этом возникает вопрос, почему у больше половины изученных женщин все же наступало ПР.

На наш взгляд, при таких обстоятельствах остаются неизученными биохимические маркеры преждевременного излития вод и преждевременных родов, которые могут играть основную роль в развитии вышеуказанных состояний.

В связи с полученными данными мы решили на основании факторов риска составить прогностическую карту ретроспективной группы, изучить биохимические аспекты развития ПР.

Оценка функционального состояния (проспективный анализ) беременных женщин с риском на преждевременные роды

Для определения оптимизации ведения беременных с угрозой преждевременных родов под нашим наблюдением находились 128 женщины в гестационном возрасте 30-34 недель, беременность которых осложнилась с угрозой на преждевременные роды. Все беременные женщины, которые были под нашим наблюдением были госпитализированы в отделение патологии беременных в Областном перинатальном центре г. Самарканда, а также в отделение клинической базы кафедры акушерства и гинекологии СамМИ за период с 2016 по 2019 г.

Все беременные женщины, включенные в исследование, были сопоставимы по возрасту и соматическому здоровью.

Для сбора анамнеза нами была использована «**Прогностическая матрица для выявления факторов риска**» (согласно созданной нами ЭВМ программе (DGU 06117 от 25.01.2019 г.; рис. 3.3).

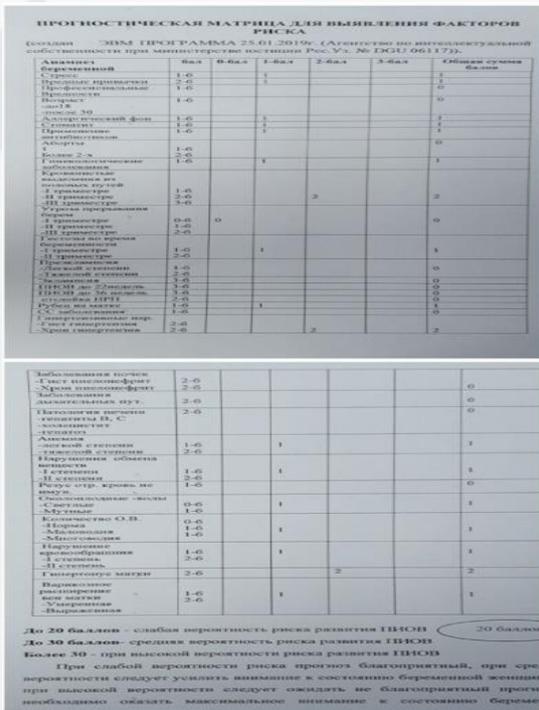



Рис. 4. Прогностическая матрица для выявления факторов риска

Разработанная прогностическая матрица по данным анамнеза и клинической симптоматике, используя метод нормирования интенсивных показателей (НИП) (Е.Н. Шигана 2008г) который позволит разделить 93-исследуемых на три группы (описан метод в пятой главе).

Женщины были разделены на 3 группы:

- ✓ 1 группа – низкая вероятность развития ПР;
- ✓ 2 группа - средняя, вероятность развития ПР;
- ✓ 3 группа - высокая вероятность развития ПР и ПР

Возраст женщин варьировал от 19 до 38-х лет. Самый юный возраст при наступлении преждевременных родов - 18 лет, и более поздний- в 38 года, в среднем составляя, $27 \pm 2,9$. Основную группу составили каждая вторая женщина репродуктивного возраста от 25-ти до 32-х лет во всех группах. В группе высокого риска каждая третья женщина, была в возрасте 28-35 лет (табл. 3.6).

Во всех 3-х группах женщины были в основном узбечки. Жительницы села - 37 (28,9%); городские - 91 (71,1%). По социальному положению из

обследованных (рис. 6): студентки - 18, 17%, работающие - 40, 3%, домохозяйки - 41, 8%.

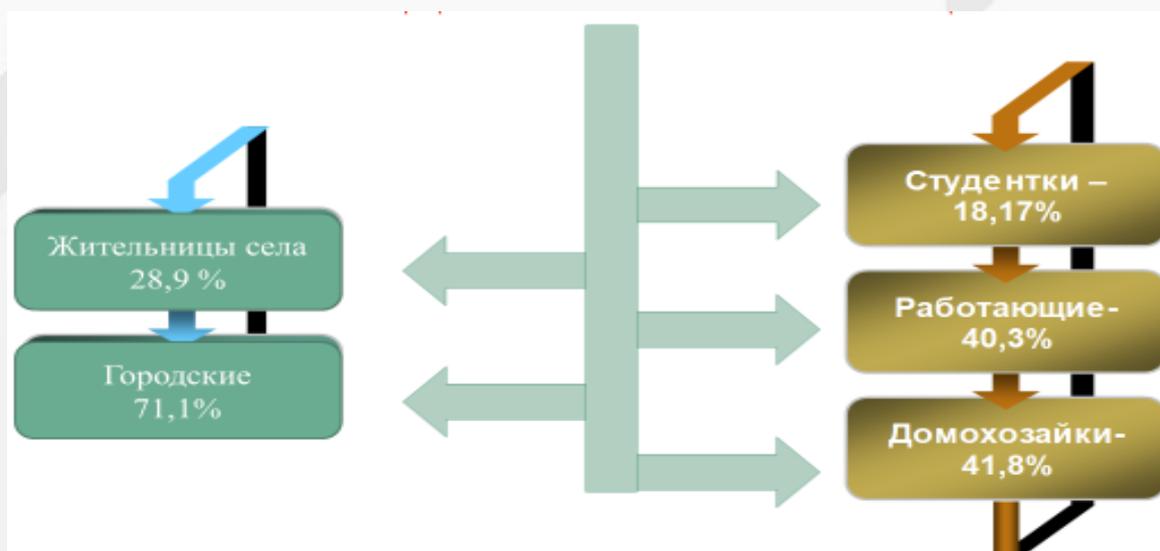


Рис. 5. Социальное положение обследованных женщин

Анализ масса-ростовых соотношений у обследованных беременных отклонений от популяционных норм не выявил. Средняя масса тела составила $71,1 \pm 2,1$, $78,3 \pm 2,2$, $79,8 \pm 2,0$ кг, средний рост – $166,1 \pm 3,2$, $165,4 \pm 3,9$ и $167,9 \pm 4,6$ см в группах 1, 2 и 3 соответственно.

В группу контроля включались строго здоровые женщины путем отбора, при выявлении патологии акушерского или ЭГ анамнеза прекращалась дальнейшее наблюдения.

✓ Начало менархе варьировало от 10 до 18 лет, в среднем для всей группы обследованных составил $13,1 \pm 0,3$ лет.

- Ранние менархе (до 11-ти лет) были у 4 женщин
- Запоздалыми - старше 16 лет у 8 женщин.

По общей группе обследованных женщин нарушения менструальной функции (олигоменорея, альгоменорея) составило 15 женщин (16,1%)

Таблица 6.

Гинекологический анамнез обследованных беременных женщин

Нозологические формы	Основная группа n=93 (%)
Нарушения менструальной функции	15 (16,1%)
Цервицит	21 (45,7)

Эрозия шейки матки	7 (7,5%)
Хронический эндометрит	43 (46,2)
Воспаление придатков	36 (38,7%).
Миома матки	6 (6,4%).
Бесплодие I и II	13 (14%)

✓

✓ Из числа гинекологических заболеваний воспаление матки и придатков имело место в анамнезе у 36-ти женщин из 93 беременных (38,7%).

✓ У 7-ми (7,5%) из 93 исследуемых женщин имело место эрозия шейки матки.

✓ Миома матки была диагностирована, до наступления настоящей беременности у 6-ти женщин из 93 исследуемых (6,4%).

✓ Из обследованных 93 – беременных женщин.

- Первородящие 46 (49,4%)
- повторнородящие 47 (50,6%)

Как видно по таблице 6, стресс составлял 38, 7%, вредные привычки до 25, 8%, профессиональные вредности 30, 1%, аллергический фон 24, 7%, стоматит 12, 9%, применения антибиотиков 26, 8%. Можно предположить что вышеуказанный фон тоже может привести к ПР.

Таблица 7.

Таблица для оценки риска развития ПР путем сбора общих данных во время данной беременности (n=93)

Факторы риска	Отмечали	%	Не отмечали	%
Стресс	36	38,7	57	61,2
Вредные привычки	24	25,8	69	74,1
Профессиональные вредности	28	30,1	65	69,8

Возраст до 18 после 30	12	12,9	81	87,0
Аллергический фон	23	24,7	70	75,2
Стоматит	12	12,9	81	87,0
Применение антибиотиков	25	26,8	68	73,1

Также был изучен акушерский анамнез у основной группы согласно матрице опроса. Как видно по таблице 8, изучения и выявления анамнеза имеет не мало информации для определения и выявления ПР. Самые высокие цифры упираются на угрозу прерывания и гестозы 100% случаев, аборт 36, 5%, гинекологические заболевания 23, 6%, кровянистые выделения 56, 9%, преэклампсия 15, 0%, эклампсия 1, 07%, ПР до 22 нед 19, 3%, ПР до 36 недель 7, 5%, ПОНРП 2, 1%, рубец на матке 11, 8%.

Таблица 8.

Таблица для оценки риска развития ПР путем сбора акушерского анамнеза во время данной беременности (n=97).

Факторы риска	Отмечали	%	Не отмечала	%
Аборты	34	36,5	59	63,4
Гинекологические заболевания	22	23,6	71	79,5
Кровянистые выделения из половых путей	53	56,9	40	43,0
I триместре	53	56,9		
II триместре	23	24,7		
III триместре	9	9,6		
Угроза прерывания берем	93	100	-	-
I триместре	93	100	-	-
II триместре	39	41,9	54	58,0
III триместре	9	9,6	84	90,3
Гестозы во время беременности	93	100	-	-
I триместре	93	100	-	-
II триместре	41	44,0	52	55,9
Преэклампсия	14	15,0	79	84,9
Легкой степени	9	9,6		
Тяжелой степени	5	5,3		

Эклампсия	1	1,07	92	98,9
ПР до 22недель	18	19,3	75	80,6
ПР до 36 недель	7	7,5	86	92,4
Острая отслойка НРП	2	2,1	91	97,8
Рубец на матке	11	11,8	82	88,1

Результаты таблицы 3.10 показали, что ССЗ составили - 6,4%, гипертензивные нарушения - 13,9%, заболевания почек - 16,2%, заболевания дыхательных путей 11,8%, патология печени 21,5%, анемия 60,2%, нарушения обмена 25, 8%, резус отрицательная кровь 2 случаев.

Таблица 9.

Таблица для оценки риска развития ПР путем определения экстра-генитальной патологии(n=97)

Факторы риска	Отмечали	%	Не отмечали	%
Сердечно сосудистые заболевания	6	6,4	87	93,5
Гипертензивные нарушения	13	13,9		
-Гестационная гипертензия	7	7,5	80	86,0
-Хроническая гипертензия	6	6,45		
Заболевания почек	15	16,2		
-Гестационный пиелонефрит	11	11,8	78	83,8
-Хронический пиелонефрит	4	4,3		
Заболевания дыхательных путей	11	11,8	82	88,1
Патология печени	20	21,5		
-гепатиты В, С	2	2,1	73	78,4
-холецистит	13	13,9		
-гепатоз	5	5,3		
Анемия	56	60,2		
-легкой степени	37	39,7	37	39,7
-тяжелой степени	9	9,6		
Ожирение	24	25,8		
-I степени	14	15,0	69	74,1
-II степени	10	10,5		
Резус (-) кровь не иммунизированная	2	2,1	91	97,8

Таким образом, достоверного различия по частоте гинекологической патологии в обследованных группах у беременных женщин не было отмечено.

На основании изучения репродуктивного анамнеза было установлено, что каждая вторая была первородящей. Одни роды в анамнезе были у 46 женщины (42, 78%), 2 родов - у 32 (29, 76%), 3 родов - у 8 (7, 44%), и у 7 женщины (6, 51%) до наступления настоящей беременности было 4 родов.

Во всех исследуемых группах женщины в анамнезе имели различные исходы предыдущей беременности, основную их долю занимают сочетанные исходы нескольких беременностей, которые, могли в дальнейшем послужить причиной ПР. Женщины, ранее имевшие вышеуказанные факторы, входят в группу риска по развитию ПР беременности.

Подведя итоги можно сказать назначение антибактериальной терапии (при наличии и отсутствии преждевременного разрыва плодных оболочек). Рутинное назначение антибактериальных препаратов не рекомендовано женщинам с преждевременными родами и целыми плодными оболочками без клинических признаков инфекции (Настоятельная рекомендация, основанная на данных среднего качества). Назначение антибиотериальных препаратов рекомендовано женщинам с преждевременным разрывом плодных оболочек (Настоятельная рекомендация, основанная на данных среднего качества). Эритромицин является антибиотиком выбора для профилактики у женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек (Настоятельная рекомендация, основанная на данных среднего качества)

Оптимальный метод родоразрешения при преждевременных родах. Не рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения с целью улучшения исходов у недоношенных новорожденных вне зависимости от вида предлежания плода (головное или тазовое). (Условная рекомендация, основанная на данных очень низкого качества)

Список литературы

1. Akhtamova N. A., Shavazi N. N. PREDICTION OF OBSETRIC BLOOD LOSS IN WOMEN WITH PRETERM BIRTH (LITERATURE REVIEW) // UZBEK MEDICAL JOURNAL. - 2022. - Vol. 3. - No. 5.
2. Bazirete O, Nzayirambaho M, Umubyeyi A, Karangwa I, Evans M. Risk factors for postpartum haemorrhage in the Northern Province of Rwanda: A case control study. //PLOS One. 2022 Feb 15;17(2):e0263731.
3. Fazilova M., Sultanov S. ASSESSMENT OF THE STATE OF THE COAGULATION LINK OF HEMOSTASIS IN WOMEN WHO TERMINATED NON-DEVELOPING EARLY PREGNANCY WITH MEDICATION //Science and innovation. – 2022. – Т. 1. – №. D7. – С. 259-263.
4. Guljannat Isroilova, Pardabaevna, I. G., & Khayrillayevich, S. A. (2021, April). Optimization of the outcome of pregnancy and childbirth in women with the threat of premature childbirth. In E-conference globe (pp. 52-54).
5. Islomovna A. K., Ergashevna J. G., Pardabaevna I. G. Prevention of Vertical Transmission of Infection in Pregnant Women with Hepatitis B //JournalNX. – С. 141-144.
6. Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. The Cochrane database of systematic reviews. 2014(2):CD003249
7. Nuriddinovna K. I., Nuriddinovna K. M. MODERN ASPECTS OF REHABILITATION OF WOMEN WITH POSTNATAL PERINEAL INJURIES //American Journal of Interdisciplinary Research and Development. – 2022. – Т. 9. – С. 261-265.
8. Shavazi N.N., Alimova P.B. MODERN ASPECTS OF OBSTETRIC BLEEDING (REVIEW OF LITERATURE) // JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND DAMAGE-NEPHROLOGICAL RESEARCH. - 2022. - Issue. 3. - No.5.
9. Yunusova A., Zakirova F. THE EFFECTIVENESS OF OZONE THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC ENDOMETRITIS //Молодой исследователь: вызовы и перспективы. – 2020. – С. 443-445.
10. Абдуллаева Л. С. К вопросу профилактики акушерских кровотечений при синдроме перерастянутой матки //Yangi o'zbekistonda milliy taraqqiyot va innovasiyalar. – 2022. – С. 338-342.
11. Амонова М. Ф. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
12. Доброхотова Ю.Э., Кузнецов П.А., Оленев А.С., Джохадзе Л.С. Управляемая баллонная тампонада при послеродовых кровотечениях у женщин с многоплодной беременностью // Хирург. – 2018. – №3-4. – С. 80-85.
13. Жаркин Н. А. Кровотечения в акушерской практике //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2013. – №. 3 (47). – С. 3-8.
14. Исаков С. С. и др. Современные факторы риска акушерских кровотечений //Астана медициналық журналы. – 2020. – Т. 105. – №. 3. – С. 184-189.
15. Каменских Г. В., Новикова В. А. Возможности прогнозирования кровотечения у женщин с преждевременными родами //Научное обозрение. Медицинские науки. – 2019. – №. 2. – С. 63-73.
16. Каменских Г.В. Прогнозирование патологической кровопотери у женщин с преждевременными родами: Автореф. Дис... канд.мед.наук.-Челябинск, 2020.-25 с.
17. Махмудова С. Э., Атаева Ф. Н. Опыт применения модульной системы для овладения педагогическими навыками в подготовке резидентов магистратуры по

специальности" акушерства и гинекологии" //ЛУЧШАЯ НАУЧНАЯ СТАТЬЯ 2018.
– 2018. – С. 290-293.

18. Пчелинцева А. А. Проблемы преждевременных родов в современном акушерстве //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2016. – Т. 6. – №. 5. – С. 430-431.

19. Радзинский В.Е. Способ остановки гипотонического маточного кровотечения / В.Е. Радзинский, А.Н. Рымашевский, Н.А. Красникова, А.И. Лукаш, А.А. Оразмурадов, А.С. Оленев, С.В. Апресян // Патент на изобретение № 2386407, зарегистрировано 20 апреля 2010 г.

20. Тезиков Ю. В. и др. Факторы риска акушерских кровотечений //ГБУЗ СО" Самарская городская клиническая поликлиника№ 15" г. о. Самара: 70 лет созидания и развития-к новым достижениям. – 2018. – С. 473-475.

21. Тугизова Д. И., Каримова М. Н., Рахимов Н. М. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР) //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 3.

22. АБДУРАХМАНОВА Н. М. Б., АХМЕДОВ Х. С. Reactive arthritis-a modern view of the problem //Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 6. – №. 1.

23. Abdurakhmanova N., Akhmedov K. AB0001 ASSOCIATION OF MDR1 GENE G2677T POLYMORPHISM WITH METHOTREXATE RESISTANCE IN PATIENTS WITH UZBEK RHEUMATOID ARTHRITIS. – 2019.

24. Khalmurad A. et al. Influence of xenobiotics on the course of rheumatoid arthritis //European science review. – 2016. – №. 3-4. – С. 56-59.

25. Олимовна К. И. Н. М. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ШВА РАНЫ ПРОМЕЖНОСТИ // Журнал современных образовательных достижений. – 2023. – Т. 2. – № 1. – С. 113-116.

26. Камарова И. Н., Садикова К. А. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ТРАВМАМИ ПРОМЕЖНОСТИ //Journal of Integrated Education and Research. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 9-11.

27. Камарова И. Н. и др. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ //Journal of Integrated Education and Research. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 22-23.

28. Камарова И. Н. и др. РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ТРАВМ ПРОМЕЖНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ //Journal of Integrated Education and Research. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 19-21.

29. Saidabdullayevn S. M. et al. Interrelationship between life quality and vegetative nervous system in patients with asthma //European science review. – 2017. – №. 5-6. – С. 42-44.

30. Salaeva M. et al. CORRELATION BETWEEN CARDIAC ARRHYTHMIA AND THE LEVEL OF HYPOXEMIA ON THE SEVERITY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE //European Journal of Interdisciplinary Research and Development. – 2023. – Т. 11. – С. 13-16.