

УДК 618.33

DOI:10.18413/2313-8955-2017-3-4-21-29

Белоусова О.В.
Пехова К.А.
Белоусова Е.В.
Белоусов Е.А.
Малеванец Е.М.**ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА
ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Государственное автономное образовательное учреждение «Брянский медико-социальный техникум им. Н.М. Амосова» ул. Луначарского 49А, 241050, г. Брянск, Россия
E-mail: belousovaov31@mail.ru

Аннотация. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) – одно из наиболее часто встречающихся осложнений беременности. У беременных женщин ФПН становится основной причиной невынашивания, главным образом за счёт гестоза, развитие экстрагенитальной патологии основной причиной, которой можно считать перенесённую вирусную или бактериальную инфекции. Фетоплацентарная недостаточность, или плацентарная недостаточность (ПН). характеризуется морфологическими, а также функциональными изменениями в плаценте, прогрессирование которых может привести к гипоксии, задержке развития и даже к антенатальной гибели плода. Плацента – крайне важный орган, она служит «посредником» в создании единой функциональной системы «мать-плацента-плод», и выполняет ряд жизненных функций для плода, таких как дыхательная – (доставка O₂, периферическим тканям и органам и выведение из них CO₂); питание плода (процессы ассимиляции и диссимиляции; защитная функция, которая заключается в предотвращении негативного действия на формирующийся организм потенциально опасных и токсичных веществ). Несомненно, можно отметить роль гормонов и гормоноподобных веществ в регуляции метаболических реакций плода. При ПН все эти функции нарушаются, и возникает угроза для дальнейшего нормального протекания беременности и развития плода. По времени и механизму возникновения различают: первичную, которая обусловлена нарушением процессов плацентации и имплантации; вторичную, которой свойственно развитие под влиянием внешних факторов, воздействующих на плод и мать, в уже сформированной плаценте. По клиническому течению ФПН выделяют: – острую – чаще всего возникает на фоне отслойки низко или нормально расположенной плаценты и визуализирующаяся преимущественно уже во время родов, однако не исключается ее возникновение на любом сроке гестации; – хроническую – возникает в различные сроки беременности, которая в свою очередь подразделяется на: компенсированную форму – при которой нарушаются метаболические процессы в плаценте, но кровообращение в системе «мать-плацента-плод» не нарушено. За счет компенсаторных возможностей материнского организма, плод к этим изменениям приспосабливается и не испытывает дискомфорта; субкомпенсированную форму – в случае если причины возникновения ПН не были устранены, компенсаторные механизмы организма испытывают нагрузку и постепенно начинают истощаться, достигая следующей стадии; декомпенсированную форму ПН – усиление патологического процесса способствует возникновению гемодинамических изменений в структуре «мать-плацента-плод» на уровне плодово-плацентарного и/или маточно-плацентарного кровообращения.

Ключевые слова: фетоплацентарная недостаточность; беременность; медико-социальный статус; социологический опрос; патология; анемия; анализ.

O.V. Belousova
K.A. Pekhova
E.V. Belousova
E.A. Belousov
E.M. Malevanets

**THE DEFINITION OF HEALTH AND SOCIAL STATUS
OF WOMEN WITH FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY**

State Autonomous Educational Institution "Bryansk Medical and Social
Technical School. N.M. Amosova Str. Lunacharskogo 49A, 241050, Bryansk, Russia
E-mail: belousovaov31@mail.ru

Abstract. Fetoplacental insufficiency (FPI) is one of the most common complications of pregnancy. From 50-80% of pregnant women it becomes a main cause of miscarriage, more than 30% of it is caused by preeclampsia, in 25-45% of cases develop in the presence of extragenital pathology, the result of a viral or bacterial infection is more than 60% of cases. Fetoplacental insufficiency or placental insufficiency (PI) is characterized by morphological and functional changes in the placenta, the progression of which can lead to hypoxia, growth retardation and even fetal death. The placenta is a vital organ, it becomes a "facilitator" in the creation of a functional system "mother-placenta-fetus", and performs a number of vital functions for the fetus: respiratory – deliver O₂, removal of CO₂; the nutrition of the fetus and excretion of metabolic products; protective – a barrier and a filter, protecting the fetus from adverse effects of harmful factors, trapped in the mother's body including drugs, toxic substances, microorganisms; hormone – produces hormones and hormone-like substances to ensure optimal development of the fetus. In MON all of these features are violated, and threatened with further normal pregnancy and fetal development. Time and mechanism of formation are distinguished: primary, which are caused by disorders of the processes of placentation and implantation; secondary, which is characterized by the development under the influence of external factors acting on the fetus and/or mother, already formed in the placenta. The clinical course distinguish FPN: – acute – occurs most often on the background of low or detachment of normally situated placenta and visualized primarily during childbirth, but does not exclude its appearance at any term of gestation; – chronic – occurs in different periods of pregnancy, which in turn is divided into: offset form – in which violated the metabolic processes in the placenta, but the blood circulation in the system "mother-placenta-fetus" is not broken. Due to the compensatory possibilities of the maternal body, the fetus to these changes adapts and feels no discomfort; subcompensirovanna form – if the causes of PN were not corrected, the compensatory mechanisms of the body are under stress and gradually begin to dwindle, reaching the next stage; decompensated form PN – strengthening of the pathological process contributes to hemodynamic changes in the structure of the "mother-placenta-fetus" at the level of the fetal-placental and/or uteroplacental circulation.

Keywords: fetoplacental insufficiency; pregnancy; medical and social status; public opinion poll; pathology; anemia; analysis.

Введение. Недостаточность фетоплацентарной системы до настоящего времени является не решённой и очень сложной проблемой современного акушерства. В структуре перинатальной заболеваемости и смертности

ощутимая часть соответствует осложнениям, инициируемым фетоплацентарной недостаточностью [5; 7; 11; 13].

Компенсированная форма хронической ФПН чаще всего никак себя не проявляет.

Состояние женщины удовлетворительное, нарушения в системе мать-плацента-плод можно определить лишь при проведении дополнительных более детальных исследованиях [3; 12].

Симптомы фетоплацентарной недостаточности начинают проявляться лишь при декомпенсированной форме. Однако поначалу беременная может предъявлять лишь жалобы, свойственные экстрагенитальным и акушерским патологиям, из-за которых может возникнуть фетоплацентарная недостаточность, можно отметить головные боли вследствие повышенного давления или отеки при гестозе. Однако вместе может отмечаться уменьшение количества шевелений плода. Нужно всегда помнить, что регулярные, но при этом не слишком частые шевеления плода – важный признак его состояния [4; 8; 9].

Если при плацентарной недостаточности возникает внутриутробная задержка развития плода, то присутствует некоторое несоответствие высоты стояния дна матки ко времени гестации, которое может быть выявлено при очередном посещении врача женской консультации.

Появление кровянистых выделений из влагалища на разных сроках беременности – опасный симптом. Он говорит о том, что произошла преждевременная отслойка плаценты, которая может привести к острой ФПН и гипоксии плода. В этом случае лучше немедленно обратиться за медицинской помощью [1; 2; 6; 10; 14].

Особое внимание необходимо уделять женщинам, входящим в группу риска по развитию ФПН. Таким беременным требуется в регулярное клиническое наблюдение. При каждом акушерском осмотре врач должен обращать внимание на прибавку в весе, измерять высоту стояния дна матки (ВДМ) и окружность живота. Несовпадение разности численного значения срока беременности и ВДМ, уменьшение числа шевелений, изменение частоты и глухость тонов сердцебиения плода является сигналом для проведения дополнительных исследований [3;4;13].

Существует три основных метода определения наличия фетоплацентарной недостаточности:

- Ультразвуковое исследование. Этот метод позволяет оценить состояние плаценты (толщину, расположение, степень зрелости и т.д.) и плода (размеры, наличие пороков развития, соответствие темпов роста сроку гестации), а так же измерить количество околоплодных вод;

- Допплерометрия. С помощью данного метода диагностики исследуется кровотоки в различных сосудах матери и плода, что позволяет точнее установить степень и уровень нарушений в системе мать-плацента-плод, а также позволяет подобрать рациональную терапию;

- Кардиотокография. Исследование, позволяющее оценить сердечную деятельность плода и косвенно судить о его состоянии.

Своевременная диагностика ФПН помогает вовремя распознать и отреагировать адекватным лечением на отклонения в развитии плода и течении беременности [5; 6; 15].

При компенсированной форме ФПН допускается амбулаторное лечение при условии постоянного наблюдения (увеличивается число посещений в женскую консультацию). В остальных случаях необходима госпитализация. К сожалению, все существующие способы лечения не позволяют полностью восстановить нормальные функции и строение плаценты. Они лишь способствуют стабилизации процесса и предотвращают дальнейшее его прогрессирование.

Поскольку основной причиной развития данной патологии является нарушение кровообращения в сосудах, то все действия должны быть направлены на их устранения.

Поэтому лечить ФПН следует с использованием препаратов, способствующих расслаблению гладкой мускулатуры, оказывающих влияние на вазореактивные свойства крови, стимулирующие различные метаболические процессы, ангиопротекторы такие как: Агапурин, Дипиридамол, Аминофиллин, Актовегин, Солкосерил, Троксирутин, Детралекс и др. При повышенном тонусе матки для его снижения используются лекарственные сред-

ства различных групп, способные расслаблять мускулатуру матки такие как: Гинипрал, Но-шпа, Сульфат Магния, Партусистен и др.

Все лечебные мероприятия проводятся исключительно в стационаре, под строгим наблюдением врачей и постоянным контролем инструментальных методов анализа в течение не менее двух-трёх недель.

Фетоплацентарная недостаточность при беременности часто приводит к следующим осложнениям: прерыванию беременности, гипоксии плода, патологии развития плода, возникает риск внутриутробной гибели плода [2; 8; 14].

Но наличие диагноза ФПН при беременности еще не означает, что ребенок родится с патологией или раньше срока. При небольшой степени гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод, раннем выявлении и адекватном лечении – прогноз для беременности и плода благоприятный. Безусловно, при выраженных нарушениях гемодинамики, положительный исход заболевания подвергается сомнению.

С целью предупреждения фетоплацентарной недостаточности при беременности должна быть направлена в сторону минимизации факторов риска и включать в себя: ведение здорового образа жизни: полный отказ от вредных привычек; полноценный отдых и сон; рациональное питание; возможен дополнительный приём разрешённых БАД и витаминных комплексов; исключение чрезмерных физической и психологической нагрузок; лечение хронических заболеваний и инфекций передаваемых половым путем на этапе планирования беременности.

Таким образом, изучение плацентарной недостаточности на протяжении многих лет не теряет своей актуальности и продолжает оставаться приоритетным направлением в современном акушерстве и перинатологии.

Цель исследования: изучение факторов, влияющих на фетоплацентарную недостаточность беременных женщин (на примере пациенток отделения патологии беременных с подтверждённым диагнозом ФПН в третьем триместре ГАУЗ «Брянская областная больница №1»).

Материалы и методы: Материалом для составления досье пациенток, страдающих ФПН, явились результаты 143-х анкет женщин, которые обследовались и проходили курс терапии в одном из отделений патологии беременных ГАУЗ «Брянской областной больницы №1» в течение всего 2015 года.

Для установления подробного досье и установления медицинской подвижности женщин детородного возраста с целью профилактики патологических изменений их здоровья, осложнений беременности и родов и как результат получения оптимально здорового потомства с использованием специально разработанной анкеты определено установление медико-социального статуса. Анкетирование проводили в форме устного анонимного опроса. Также использовались данные «Индивидуальной карты беременной (Ф №111/у)».

Проведен статистический анализ полученных данных, включающих в себя изучение контингента по возрасту и полу, по социальному статусу, по материальному положению.

Методы: структурный, графический, контент анализ, социологический, логический, методика «определение уровня тревожности», шкала Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования определен статус пациенток, проходивших лечение в отделении патологии беременных (рис.).

Таким образом, респонденты до 20 лет составили 7%, в возрасте 20-24 лет – 25, от 25 до 29 лет – 29, 30-34 года – 24, в возрасте от 35 до 39 лет – 12, от 40 лет до 45 лет – 3% от общего количества респондентов.

Установлено, что высшее образование имеют 69%, что составило 96 человек опрошенных, среднее специальное – 21% (28 человек), среднее общее – 10% (14 женщины), неоконченное высшее – 2% (3 пациентки), неполное среднее – 1% (2 человека).

В ходе анализа социально-демографических характеристик установлено, что женщины, страдающие ХФПН – это преимущественно повторнородящие 72%, что составило 102 пациентки.

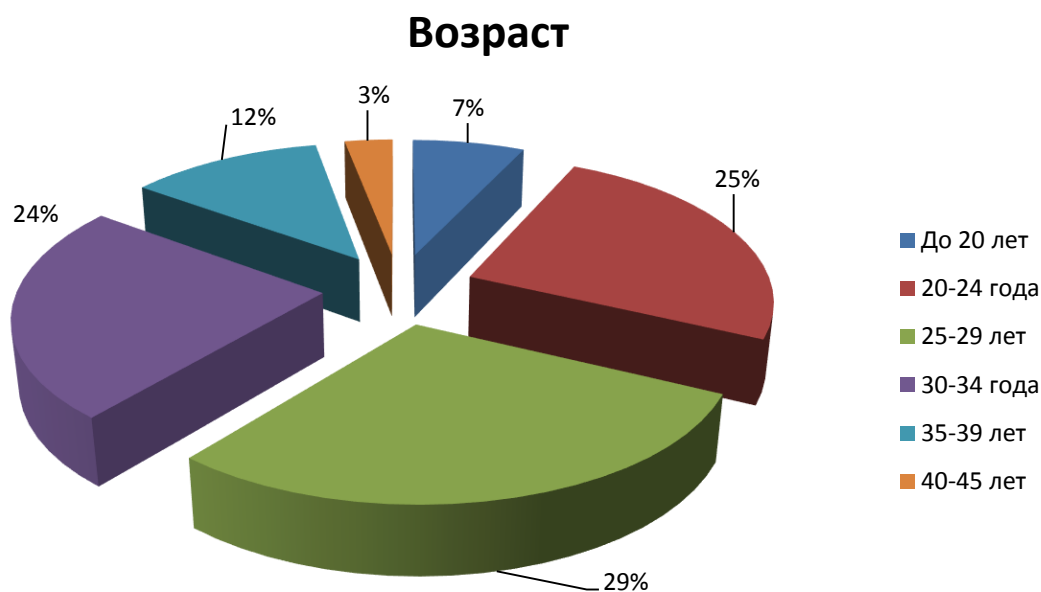


Рис. Градация респондентов по возрастному признаку, %
Fig. Gradation of the respondents on the basis of age, %

По результатам анкетных данных установлено, что состоят в официальном браке – 66,4%, на долю женщин, состоящих в неофициальном браке, – 29,6, разведенных – 4%.

Кроме того результаты анкетирования показали, что брак является первым для 39 % опрошенных, вторым – для 43 респондентов, третьим для 13% женщин. Обращает на себя тот факт, большинство женщин – 82% вступили в брак в возрасте до 24 лет.

При определении места жительства, установлено, что в сельской местности проживают 76% респондентов.

Одним из факторов увеличения риска возникновения нарушений в состоянии здоровья женщины и оказывающих негативное влияние на протекание беременности надо считать неблагоприятные факторы, связанные с профессиональной деятельностью и состояние окружающей среды. На такие факторы указали 41% респондентов. Неблагоприятным факторам являются последствия аварии Чернобыльской АЭС. Установлено, что проживают в зоне с правом на отселения – 27,3% опрошенных, в зоне тотального отселения – 9,2%, в зоне с льготным социально-

экономическим статусом – 39,5%, проживают в чистой зоне – 24% респондентов.

На момент проведения исследования имели одного ребенка – 48% опрошенных, двоих – 17%, троих – 7%. Более того, хотели бы еще иметь детей 63% женщин. Указывая причины отказа рождения желаемого количества детей, более 62% женщин указали на материальные затруднения. При этом, оценили свое материальное положение как среднее (59,1%), хорошее (22,5%), плохое (13,2%), очень плохое (5,2%). Следующей причиной стали неудовлетворительные жилищные условия, на них сослалось 17,5% женщин, не уверены в завтрашнем дне – 14,7%, желают закончить учебу и продвинуться по карьерной лестнице – 28,3%.

По результатам анкетирования установлено, что имеют различные гинекологические заболевания и инфекции, передаваемыми половым путем во время данной беременности более 11,4%.

Оценивая пристрастия респондентов к вредным привычкам, выявлено, что курили до беременности 36% женщин, продолжают курить во время беременности 9%. Являются пассивными курильщиками (курят мужья,

родственники, сотрудники) – 37%. Употребляли алкогольные напитки до беременности 7%, продолжают употреблять 1% опрошенных.

Социологическое исследование показало, что у большей части респондентов патология выявлена при диспансерном плановом обследовании беременных (62%), при самообращении, причиной которого явилось снижение активности шевеления плода (33%), при клинико-лабораторном обследовании во время стационарного лечения другой патологией (5%). Встали на диспансерный учет по поводу беременности в срок до 12 недель 65,4%,

до 20 недель – 27,6% и позже 6,5%. Вообще не наблюдались в женской консультации 0,5%. Таким образом, низкая медицинская активность увеличивает частоту осложнений течения беременности.

Анализ состояния здоровья беременных женщин, указал на то, что 57% имеют экстрагенитальные патологии, такие как: анемия (27,9%), гипертоническая болезнь (23,0%), различные формы пиелонефрита (18,3%), вегетососудистая дистония (ВСД) – 10,5% и т.д. (табл. 1).

Таблица 1

Распространённость экстрагенитальной патологии в период беременности

Table 1

The prevalence of extragenital pathology during pregnancy

Заболевания	%	Количество респондентов
Анемия	27,9	40
Гипертонической болезни	23,0	33
Пиелонефрита	18,3	26
Вегетососудистая дистония	10,5	15
Болезни системы кровообращения	9,9	14
Болезни мочевыделительной системы	6,9	10
Эндокринные заболевания	2,1	3
Острые респираторные заболевания	1,4	2
Всего	100	143

На следующем этапе изучена распространённость заболеваний, сопровождающих беременность по данным выкопировки из «Индивидуальной карты беременной». Установ-

лено, что у половины участвующих в анкетировании имеются хронические заболевания 47,7% (табл. 2).

Таблица 2

Распространённость заболеваний на протяжении беременности

Table 2

The prevalence of diseases during pregnancy

Заболевания	%	Количество респондентов
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	37,2	54
Угрожающий выкидыш	17,3	25
Гестозы беременных	31,0	44
Токсикозы беременных	10,1	14
Многоводие	4,4	6
Всего	100	143

Систематизируя ответы на вопрос о заболеваниях, сопровождающих данную беременность, установлено, что наиболее распространённой патологией является ХФПН и имеется у 37% пациенток.

На следующем этапе изучен уровень реактивной и личностной тревожности с помощью опросника Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин. Данный тест является надежным информативным способом

самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Далее проведен тест «Дом-Дерево-Человек» по Дж. Баку. Данная методика заключается в том, что каждый рисунок дома, дерева и человека – это своеобразный автопортрет, элементы которого имеют личностное значение. По рисунку «Дом-Дерево-Человек» мы можем судить об аффективной среде человека (то есть о его примитивных влечениях и сложных формах эмоциональной жизни), его потребностях и уровне его психосексуаль-

ного развития.

Каждый вид тревожности имеет 3 степени: низкую, умеренную, высокую. Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания; высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование уверенности в успех (табл. 3).

Таблица 3

Результаты исследования особенностей психоэмоционального статуса у пациенток

Table 3

The results of the study of the peculiarities of psych emotional status of patients

Заболевания	%	%
Личностная тревожность		51,3
- высокая	13,4	
- умеренная	23,5	
- низкая	63,1	
Реактивная тревожность		
- высокая	33,4	
- умеренная	50	
- низкая	16,6	
Истерия		2
Здоровая психика		43,2
Депрессия		3,5
Всего		100

Заключение

В ходе анализа установлено, что возраст респондентов от 25 до 29 лет (29%), имеют высшее образование (69%), преимущественно первородящие (72%), состоящие в официальном браке (66,4%), брак является вторым (43%), проживают в сельской местности (76%), в зоне с льготным социально-экономическим статусом (39,5%), имеются факторы, ухудшающие качество жизни (профессиональные, состояние окружающей среды) в 41% случаев. На момент опроса имели одного ребенка (48%), хотели бы еще иметь детей (63%), свое материальное положение оценили как среднее (59,1%). Имеют различные гинекологические заболевания и инфекции, передаваемые половым путем во время данной беременности более 11,4%, патология выявлена

при диспансерном плановом обследовании беременных (62%), имеют экстрагенитальную патологию – анемия (27,9%).

Результаты исследования особенностей психоэмоционального статуса у пациенток, показали, что более половины беременных женщин имеют личностную тревожность, причем умеренная и высокая встречается у 36,9% женщин. При этом высокая реактивная тревожность имеет место быть у 33,4% респондентов.

Таким образом, изучение факторов, влияющих на плацентарную недостаточность, является актуальной проблемой в современном акушерстве. Учитывая, что данная патология сочетается с поражением центральной

нервной системы плода и в последующем приводит к отставанию физического и умственного развития ребенка, данная проблема остается социально значимой проблемой.

В отношении данной статьи не было зарегистрировано конфликта интересов.

Список литературы

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2001. С. 230-233.
2. Васильева Т.П. Автоматизированные программы «Мониторинг беременных» и мониторинг перинатальной смертности» как основа обеспечения регионализации перинатальной помощи / Т.П. Васильева, А.И. Малышкина, И.А. Панова // Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. 2010. №6. С. 11-15.
3. Гужвина Е.Н., Мамиев О.Б. Плацентарная недостаточность с позиции концепции о типах адаптации матери и плода к родовому стрессу // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2012. № 3 (39). С. 81-85.
4. Мамиев В.О., Синчихин С.П., Гужвина Е.Н., Мамиев О.Б. Влияние транексама на величину кровопотери у женщин в родах и раннем послеродовом периоде // Уральский медицинский журнал. 2012. № 9. С.73-77.
5. Мамиев О.Б., Гужвина Е.Н., Мамиев В.О. Дерматоглифические показатели у беременных с нарушенной адаптацией к родовому стрессу // Астраханский медицинский журнал. 2012. № 3. С. 85-87.
6. Молоканова Н.П., Гавриков Л.К. Влияние преэклампсии на развитие синдрома дыхательных расстройств у недоношенных детей // Актуальные проблемы и достижения в медицине. 2015. №2. С.128- 131.
7. Молоканова Н.П., Гавриков Л.К. Особенности ранней адаптации недоношенных детей, рожденных женщинами с осложненным течением беременности // Основные проблемы в современной медицине. 2014. №4. С.87- 89
8. Пономаренко И.В., Конева О.А., Алтухова О.Б. Молекулярные основы этиопатогенеза и клиники эндометриоза // Научные ведомости. 2016. № 19 (240), № 35. С.11-17.
9. Решетников Е.А., Акулова Л.Ю., Орлова В.С., Ефремова О.А., Чурносков М.И. Ассоциации генетического полиморфизма ангиотензин-конвертирующего фермента с показателями артериального давления у беременных в зависимости

от индекса массы тела // Научные ведомости. 2016. Вып. 35, № 19 (240). С.48-53.

10. Савельева Г.М. Достижения и перспективы перинатальной медицины // Акушерство и гинекология. 2003. №2. С. 3-6.
11. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичанова Л.Г. Плацентарная недостаточность. М.: Медицина. 1991. С. 272-274.
12. Сидорова И.С. Фетоплацентарная недостаточность. М.: Знание-М, 2000. С. 134-139.
13. Ильенко Л.И., Гужвина Е.Н. Конституционный подход к прогнозированию плацентарной недостаточности // Уральский медицинский журнал. 2012. № 9. С.61-64.
14. Фролова О.Г., Дурасова Н.А. Медико-социальные аспекты преждевременных родов // Акушерство и гинекология. 2008. №3. С. 48-51.
15. Широкова В.И., Ратушняк С.С. Состояние здоровья женщин и основные направления развития службы родовспоможения в Российской Федерации. Материалы 5-го регионального научного форума «Мать и дитя». Геленджик, 2011. С.347-348.

References

1. Barashnev, Y.I. (2001), *Perinatalnaya nevrologiya* [Perinatal neurology], Triada-X, Moscow, Russia. *Russian*.
2. Vasil'eva, T.P., Malyshkina, I. A., Panov, I. A. (2010), "Automated Avtomatizirovannye programmy «Monitoring beremennykh» and monitoring of perinatal mortality "as the basis for ensuring the regionalization of perinatal care", *Bulletin of the Federal Center of heart, blood and endocrinology them. V. A. Almazov*, 6, 11-15. *Russian*.
3. Gujvina, E.N., Mamiev. O.B. (2012), "Placental insufficiency in terms of the concept of adaptation of the mother and the fetus to birth stress", *Vestnik of Russian Military medical Academy*, 3 (39), 81-85. *Russian*.
4. Service, V.O., Sinchikhin, S.P. Guzhvina, E.N., Mamiev, O.B., (2012), "The Influence Tranexam by the amount of blood loss in women during childbirth and the early postpartum period", *Ural medical journal*, 9, 73-77. *Russian*.
5. Mamiev, O.B., Gujvina, E.N., Service, V.O. (2012), "Dermatoglyphic in the indices in pregnant women with impaired adaptation to birth stress", *Astrakhan medical journal*, 3, 85-87. *Russian*.
6. Molokanova, N.P., Gavrikov, L.K. (2015), "The influence of preeclampsia on the development of respiratory distress syndrome in premature in-

fants”, *Actual problems and achievements in medicine*, Issue 2, 128-131. *Russian*.

7. Molokanova, N.P., Gavrikov, L. K. (2014), “Especially early adaptation of preterm infants born to women with a complicated pregnancy”, *the Main problems in modern medicine*. Issue 4, 87-89. *Russian*.

8. Ponomarenko, I.V., Konev, O.A., Altukhova, O.B. (2016), “Molecular basis of pathogenesis and clinic of endometriosis”, *Scientific Bulletin*, 19 (240), 35, 11-17. *Russian*.

9. Reshetnikov, E.A., Akulova, Y.L., Orlova, V.S., Efremova, O.A., Churnosov, M.I. (2016), “Association of genetic polymorphism of angiotensin-converting enzyme with blood pressure in pregnant women depending on the body mass index”, *Scientific statements*, 19 (240), 35, 48-53. *Russian*.

10. Savelyeva, G.M. (2003), “Achievements and perspectives of perinatal medicine”, *Obstetrics and gynecology*, 2, 3-6. *Russian*.

11. Savelyeva, G.M., Fedorov, M.V., Klimenko, P.A., Sichinava, L.G. (1991), “Placental insufficiency”, *Medicine*, 272-274. *Russian*.

12. Sidorova, I.S. (2000), *Fetoplacentalnaya nedostatochnost* [Fetoplacental insufficiency], Znanie-M, Moscow, Russia. *Russian*.

13. Ilyenko, L.I., Gujvina, E.N. (2012), “Constitutional approach to the prediction of placental insufficiency”, *Ural medical journal*, 9, 61-64. *Russian*.

14. Frolova, O.G., Durasova, N. (2008), “Health and social aspects of preterm birth”, *Obstetrics and gynecology*, 3, 48-51. *Russian*.

15. Shirokova, V.I., Ratushniak, S. S. (2011) *Sostoyanie zdorov'ya zhenshhin i osnovnye naprav*

leniya razvitiya sluzhby rodovspomozheniya v Rossijskoj Federatsii [Health Status of women and the main directions of development of the obstetric service in the Russian Federation]. Materials of the 5th regional scientific forum "Mother and child". Gelandzhik, Russia, 347-348. *Russian*.

Белоусова Ольга Викторовна, к.фарм.н., руководитель отдела профессионального образования по специальности фармация

Белоусова Евгения Викторовна, преподаватель, врач акушер-гинеколог Брянской областной больницы №1

Пехова Ксения Александровна, к.м.н, заведующая медико-санитарной частью

Белоусов Евгений Александрович, к.фарм.н. преподаватель фармацевтических дисциплин

Малеванец Елена Михайловна, заведующая отделением повышения квалификации

Belousova Olga Viktorovna, PhD in Pharmacy, head of the department of professional education in the specialty of pharmacy

Belousova Evgenia Viktorovna, teacher, obstetrician-gynecologist of the Bryansk Regional Hospital No.1

Pekhova Ksenia Aleksandrovna, PhD in Medicine, head of the medical and sanitary unit

Belousov Evgeniy Aleksandrovich, PhD in Pharmacy, the teacher of pharmaceutical disciplines

Malevanez Elena Mikhailovna, head of the Extension Department