



НЕОНАТОЛОГІЯ, ХІРУРГІЯ ТА ПЕРИНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА

ISSN 2226-1230 (PRINT)
ISSN 2413-4260 (ONLINE)

Щоквартальний медичний науково-практичний журнал. Свідоцтво про державну реєстрацію серія KB №18106-6906P від 2.09.2011 р.
Видається з 2011 р.
Засновники: Буковинський державний медичний університет
Всеукраїнська громадська організація «Асоціація неонатологів України»

Рішенням Атестаційної колегії Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України №893 від 04.07.2013 р. видання внесено до Переліку наукових фахових видань України, рекомендованих для публікації результатів дисертаційних робіт.

Наказом Міністерства освіти і науки України від 15.01.2018 р. за №32, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 06.01.2018 р. за № 148/31600, видання внесено до Переліку наукових фахових видань України, категорія "В", строком на два роки.

Наказом Міністерства освіти і науки України від 17.03.2020 р. № 409, зареєстрованим Міністерстві юстиції України 06.02.2018 року за № 148/21600, згідно Наказу МОН України від 17.03.2020 р. № 409, видання внесено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора наук, кандидата наук та ступеня доктора філософії, Категорія «Б».

Журнал включений у каталоги та наукометричні бази: Національна бібліотека ім. В.І. Вернадського (National Library of Ukraine), «Українська науково-освітня телекомунікаційна мережа URAN (Open Journal Systems), CrossRef, WorldCat, Google Akademi, Index Copernicus, BASE, DOAJ, Scilit 3 15.05.2022 року журнал включений до тестової версії БД Scopus.

НЕОНАТОЛОГИЯ, ХИРУРГИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА медицинский научно-практический журнал

NEONATOLOGY, SURGERY AND PERINATAL MEDICINE
medical scientific journal

Key title: Neonatologîa, hirurgiâ ta perinatal'na medicina (Online)
Abbreviated key title: Neonatol. hir. perinat. med. (Online)

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

Бойчук Тарас Миколайович – д.мед.н., професор, Голова Вченої Ради Буковинського державного медичного університету МОЗ України (м. Чернівці, Україна)

ШЕФ-РЕДАКТОР

Знаменська Тетяна Костянтинівна – член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор, заступник директора з перинатальної медицини ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», Президент Всеукраїнської громадської організації «Асоціація неонатологів України», Заслужений лікар України, спеціальність «Неонатологія» (м. Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Заступники головного редактора:

Годованець Юлія Дмитрівна – д.мед.н., професор, професор кафедри педіатрії, неонатології та перинатальної медицини Буковинського державного медичного університету МОЗ України, спеціальність "Неонатологія" (м. Чернівці, Україна)

Андрієць Оксана Анатоліївна – д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології, в.о. ректора закладу вищої освіти Буковинський державний медичний університет МОЗ України, спеціальність "Акушерство та гінекологія" (м. Чернівці, Україна)

Горбатьок Ольга Михайлівна – д.мед.н., професор, завідувачка кафедри дитячої хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, спеціальність "Дитяча хірургія" (м. Київ, Україна)

Наукові консультанти:

Добрянський Д.О. – д.мед.н., професор, професор кафедри педіатрії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, спеціальність "Неонатологія" (м. Львів, Україна)

Гречанина О.Я. – член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор, директор Українського інституту клінічної генетики ВДНЗ "Харківський державний медичний університет МОЗ України", спеціальність "Медична генетика" (м. Харків, Україна)

Дронова В.Л. – д.мед.н., професор, перший заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України", керівник відділення оперативної гінекології, спеціальність "Акушерство та гінекологія" (м. Київ, Україна)

Похилько В.І. - д.мед.н., професор, проректор з науково-педагогічної та виховної роботи Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», спеціальність "Дитяча анестезіологія" (м. Полтава, Україна)

Нечитайло Ю.М. - д.мед.н., професор, завідувач кафедри педіатрії, неонатології та перинатальної медицини Буковинського державного медичного університету МОЗ України, спеціальність "Педіатрія" (м. Чернівці, Україна)

Македонський І.О. - д.мед.н., професор, директор Медичного центру матері та дитини ім. Рудневої, професор кафедри клінічної лабораторної діагностики Дніпропетровського національного університету імені О.Гончара МОН України, спеціальність "Дитяча хірургія" (м. Дніпро, Україна)

Наукові редактори розділів журналу:

неонатологія – Клименко Т.М., д.мед.н., професор (м. Харків, Україна)

медична генетика – Горовенко Н.Г., член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор (м. Київ, Україна)

неонатальна хірургія – Лосєв О.О., д.мед.н., професор (м. Одеса, Україна)

педіатрія – Сорокман Т.В., д.мед.н., професор (м. Чернівці, Україна)

акушерство та гінекологія – Юзько О.М., д.мед.н., професор (м. Чернівці, Україна)

перинатальна діагностика – Лук'янова І.С., д.мед.н., професор (м. Київ, Україна)

Відповідальний редактор журналу "Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина"

Бабінцева А.Г. - д.мед.н., доцент, доцент кафедри педіатрії, неонатології та перинатальної медицини Буковинського державного медичного університету МОЗ України (м. Чернівці, Україна)

Відповідальний редактор електронної версії журналу в системі Open Journal Systems (OJS):

Годованець О.С. - к.мед.н., доцент, доцент кафедри педіатрії, неонатології та перинатальної медицини Буковинського державного медичного університету МОЗ України (м. Чернівці, Україна)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

НЕОНАТОЛОГІЯ:

Амбалаванан Н. (м. Бірмінгем, США)
Батман Ю.А. (м. Київ, Україна)
Воробйова О.В. (м. Київ, Україна)
Дессі А. (м. Кальярі, Італія)
Ковальова О.М. (м. Полтава, Україна)
Куріліна Т.В. (м. Київ, Україна)
Куртяну А.М. (м. Кишинев, Республіка Молдова)
Ліхачова А.С. (м. Харків, Україна)
Мавропуло Т.К. (м. Дніпро, Україна)
Мазманян П.А. (м. Єреван, Вірменія)
Павлишин Г.А. (м. Тернопіль, Україна)
Полін Р. (м. Нью-Йорк, США)
Похилько В.І. (м. Полтава, Україна)
Редько І.І. (м. Запоріжжя, Україна)
Рейтерер Ф. (м. Грац, Австрія)
Ріга О.О. (м. Харків, Україна)
Кісельова М.М. (м. Львів, Україна)
Нікуліна Л.І. (м. Київ, Україна)
Шунько Є.Є. (м. Київ, Україна)
Яблонь О.С. (м. Вінниця, Україна)

НЕОНАТАЛЬНА ХІРУРГІЯ:

Бабуч С.І. (м. Кишинев, Молдова)
Боднар О.Б. (м. Чернівці, Україна)
Гулів Ч.Б. (м. Баку, Азербайджан)
Давиденко В.Б. (м. Харків, Україна)
Конопільський В.С. (м. Вінниця, Україна)
Ксьонз І.В. (м. Полтава, Україна)
Левицька С.А. (м. Чернівці, Україна)

Лосев О.О. (м. Одеса, Україна)
Мельниченко М.Г. (м. Одеса, Україна)
Микиєв К.М. (м. Бишкек, Киргизстан)
Наконечний А.Й. (м. Львів, Україна)
Рибальченко В.Ф. (м. Київ, Україна)
Руденко С.О. (м. Київ, Україна)
Савицька Е. (м. Варшава, Польща)
Сокольник С.О. (м. Чернівці, Україна)
Фофанов О.Д. (м. Івано-Франківськ, Україна)

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ:

Андрієць О.А. (м. Чернівці, Україна)
Абрамян Р.А. (м. Єреван, Вірменія)
Авраменко Т.В. (м. Київ, Україна)
Багірова Х.Ф. (м. Баку, Азербайджан)
Бойчук А.В. (м. Тернопіль, Україна)
Геряк С.М. (м. Тернопіль, Україна)
Гнатко О.П. (м. Київ, Україна)
Громова А.М. (м. Полтава, Україна)
Дубоссарська З.М. (м. Дніпро, Україна)
Каліновська І.В. (м. Чернівці, Україна)
Кравченко О.В. (м. Чернівці, Україна)
Макарчук О.М. (м. Івано-Франківськ, Україна)
Маркін Л.Б. (м. Львів, Україна)
Назаренко Л.Г. (м. Харків, Україна)
Лонгфорд Н.Т. (м. Лондон, Великобританія)
Окоєв Г.Г. (м. Єреван, Вірменія)
Пирогова В.І. (м. Львів, Україна)
Потапов В.О. (м. Дніпро, Україна)
Резніченко Г.І. (м. Запоріжжя, Україна)
Щербина М.О. (м. Харків, Україна)

ПЕДІАТРІЯ:

Аряєв М.Л. (м. Одеса, Україна)
Борисова Т.П. (м. Дніпро, Україна)
Бойченко А.Д. (м. Харків, Україна)
Боконбаєва С.Д. (м. Бішкек, Киргизія)
Годованець О.І. (м. Чернівці, Україна)
Гончарь М.О. (м. Харків, Україна)
Денисова М.Ф. (м. Київ, Україна)
Іванько О.Г. (м. Запоріжжя, Україна)
Квашніна Л.В. (м. Київ, Україна)
Котова Н.В. (м. Одеса, Україна)
Кирилова Л.Г. (м. Київ, Україна)
Кіані М. (м. Машхад, Іран)
Кривоустов С.П. (м. Київ, Україна)
Марушко Т.В. (м. Київ, Україна)
Починюк Т.В. (м. Київ, Україна)
Сенаторова Г.С. (м. Харків, Україна)
Сміян І.С. (м. Тернопіль, Україна)
Сокольник С.В. (м. Чернівці, Україна)
Токарчук Н.І. (м. Вінниця, Україна)
Шадрін О.Г. (м. Київ, Україна)
Ященко Ю.Б. (м. Київ, Україна)

МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА:

Веропотвелян М.П. (м. Кривий Ріг, Україна)
Галаган В.Д. (м. Київ, Україна)
Гнатейко О.З. (м. Львів, Україна)
Ластівка І.В. (м. Чернівці, Україна)
Тимченко О.І. (м. Київ, Україна)

*Рекомендовано до друку та поширення через мережу Internet рішенням Вченої ради
Буковинського державного медичного університету
Протокол №1 від 30 серпня 2022 року*

НАУКОВА РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ

Редакційно-видавничий відділ

Буковинського державного медичного університету МОЗ України

Адреса: 58002, Чернівці, площа Театральна, 2

Код ЄДРПОУ 02010971

Керівник відділу - Волошенюк Ірина Олексіївна

Контактний телефон: +38 (0372) 52-39-63

e-mail: print@bsmu.edu.ua

ВИДАВЕЦЬ

ТОВ «Редакція журналу «Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина»

Адреса: 04053, м. Київ, пров. Бехтерівський, 4Б, оф. 47

Код ЄДРПОУ 42656224

Директор видавництва - Кушнір Віталій Миколайович

Контактні телефони: +380673270800

e-mail: v.kushnir1111@gmail.com

Передплатний індекс: 89773.

Адреса для листування: Буковинський державний медичний університет МОЗ України,
Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58002, Україна. Заступнику головного редактора
журналу "Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина" професору Годованець Юлії Дмитрівні.

Контактний телефон: +38(050)6189959

E-mail: neonatology@bsmu.edu.ua

Офіційний web-сайт журналу: <http://neonatology.bsmu.edu.ua/>

(Українська науково-освітня телекомунікаційна мережа "URAN", проект «Наукова періодика України,
в рамках некомерційного проекту PublicKnowledge Project

Електронна версія журналу представлена:

Національна бібліотека ім. В.І.Вернадського (м. Київ, Україна), Наукова періодика України, №347,

web-сайт: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/>

Буковинський державний медичний університет МОЗ України (м. Чернівці, Україна),

web-сайт: http://www.bsmu.edu.ua/uk/science/scientific_mags_bsmu/neonatal

Журнал розсилається згідно Державного реєстру у провідні бібліотеки,
державні установи та вищі медичні навчальні заклади України.

Публікаційна етика журналу відповідає положенням «Сдини вимоги до рукописів, що представляються в біомедичні журнали,
підготовці та редагування біомедичних публікацій» Міжнародного Комітету Редакторів Медичних Журналів
(International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) <http://www.icmje.org/>)

Редакція журналу підтримує міжнародні принципи наукових публікацій згідно рекомендацій Комітету з етики публікацій (COPE),
Довіднику журналів відкритого доступу (DOAJ), Асоціації наукових видавців відкритого доступу (OASPA)
та Всесвітньої асоціації медичних редакторів (WAME)



УДК: 618.2-071.1-02:618.39:618.4-036
DOI: 10.24061/2413-4260.XII.3.45.2022.3

О.В. Кравченко, В.М. Соловей

Буковинський державний медичний університет
МОЗ України
(м. Чернівці, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ, ПОЛОГІВ ТА СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІ ТЕРМІНИ

Резюме

Вступ. Незважаючи на успіхи сучасного акушерства та перинатології, невиношування займає одне з провідних місць в структурі перинатальної захворюваності та смертності. Сьогодні кожна 5-6 жінка втрачає вагітність, при чому переважна кількість самовільних викиднів припадає на I триместр гестації.

Мета дослідження – вивчити особливості перебігу гестаційного періоду, пологів та стану новонароджених у пацієнток із загрозою переривання вагітності в ранні терміни.

Матеріали та методи. Нами проведений ретроспективний аналіз 100 індивідуальних карт вагітної та породілі із загрозою переривання вагітності в I триместрі гестації (основна група). У 40 пацієнток (I підгрупа) загроза переривання вагітності супроводжувалася кровотечею, у 60 – була діагностована загроза переривання без кровотечі (II підгрупа). Контрольну групу склали 50 вагітних з фізіологічним перебігом I триместру гестації.

Статистичний аналіз виконували за загальноприйнятими методами варіаційної статистики. Достовірність оцінювали за t-критерієм Стьюдента. Відмінності визнавали істотними при рівні значущості $p \leq 0,05$.

Проведення досліджень погоджене Етичним комітетом БДМУ, що підтверджується протоколом Комісії з питань біомедичної етики щодо дотримання морально-правових правил проведення медичних наукових досліджень. Обробку персональних даних здійснювали після отримання інформованої згоди пацієнтки.

Результати та їх обговорення. Групи досліджених були репрезентативні за помешканням, соціальним статусом та освітою. Дані менструального та репродуктивного анамнезу в основній і в контрольній групі також достовірно не відрізнялися. Рівень самовільних абортів і переривань вагітності за медичними показаннями був достовірно вищим у жінок із загрозою переривання вагітності як з кровотечею, так і без у порівнянні з контролем. Пацієнтки основної групи в анамнезі мали достовірно вищу частоту як гінекологічних захворювань, так і екстрагенітальної патології.

Вагітні з ретрохоріальною гематомою і кровотечею склали 70%, у 30% жінок в I триместрі гестації при наявності кров'янистих виділень ретрохоріальна гематома не була діагностована. Відсоток безсимптомних ретрохоріальних гематом склав 15%. Аномальне розташування хоріону в I триместрі гестації значно частіше було діагностовано в I та II підгрупах.

Аналіз подальшого перебігу вагітності у жінок з епізодами невиношування в ранні терміни гестації показав, що в основній групі рівень перинатальних ускладнень, таких як загроза передчасних пологів (30%), плацентарна дисфункція (38%), прееклампсія (11%), дистрес плода (20%), синдром затримки розвитку плода (СЗРП) (19%) був достовірно вищим. Відповідно вищими в пологах були і показники передчасних пологів (13%), дистресу плода (25%), аномалій пологової діяльності (10%).

При аналізі стану дітей при народженні рівень помірної асфіксії в основній групі був вищим, ніж у контролі (відповідно $8 \pm 2,7\%$ та 0%). Середня маса доношених новонароджених у досліджуваній групі була достовірно меншою ($3020,0 \pm 21,4$), ніж у дітей контрольної групи ($3685,0 \pm 28,1$ г) ($p < 0,05$).

Висновки. Вагітні із загрозою невиношування в I триместрі гестації складають групу високого ризику щодо виникнення перинатальних ускладнень. Рівень ускладнень у II та III триместрі гестації значно вищий, якщо загроза переривання вагітності в ранні терміни супроводжувалася кровотечею. У вагітних з кровотечею в більш ранні терміни (до 8 тижнів) порівняно з пацієнтками, у яких кровотеча виникла у 9-13 тижнів, достовірно вищою була частота загрози викидня у II триместрі гестації, передчасних пологів, плацентарної дисфункції, прееклампсії та СЗРП.

Ключові слова: загроза переривання вагітності в I триместрі гестації; гестаційний період; пологи; стан новонароджених.

Вступ

Незважаючи на успіхи сучасного акушерства та перинатології, невиношування вагітності займає одне з провідних місць у структурі перинатальної захворюваності та смертності. Сьогодні кожна 5-6 жінка втрачає вагітність, при чому переважна кількість самовільних викиднів припадає на I триместр гестації [1, 2, 3, 4]. Результати фундаментальних досліджень, виконаних в останні роки, показали, що формування гестаційних ускладнень закладаються саме в ранні терміни, коли неблагополуччя організму жінки, стан ендоміометрію обумовлюють неповноцінне формування ембріону, плода та позазародкових структур [5, 6, 7, 8].

Розвиток ембріону значною мірою залежить від успішного завершення процесу імплантації та

становлення матково-плацентарної гемодинаміки. Порушення в період імплантації, раннього ембріогенезу і плацентации призводять до первинної плацентарної дисфункції (ПД), що проявляється клінічною картиною загрози переривання вагітності з ранніх термінів [9, 10, 11, 12]. За літературними даними, ПД розвивається у кожній другій жінки з явищами загрози переривання вагітності і є причиною ускладненого перебігу гестаційного періоду і пологів. На розвиток ПД впливають різні етіологічні фактори. Так, у 5-6 тижнів гестації це переважно генетичні порушення, у 7-9 тижнів - гормональні, у 10-16 - імунологічні (антифосфоліпідний синдром) та тромбофілічні, а після 16 тижня зазвичай переважають інфекції [13, 14, 15].

Підвищення тонуусу матки, відшарування хоріону, поява кров'янистих виділень є ранніми клі-

нічними ознаками невиношування, причинами яких можуть бути багаточисельні фактори [16, 17, 18]. Основним патогенетичним механізмом виникнення кровотечі до 12 тижнів вагітності є недостатня цитотрофобластна інвазія. Найважливішими періодами інвазії трофобласта є перша (6–8-й тиждень) і друга (16–18-й тиждень) хвиля [1, 19, 20, 21, 22].

У свою чергу, утворення ретрохоріальних, ретроамніотичних гематом у ранніх термінах гестації призводить до гіпоплазії хоріону та порушення його гемодинаміки, що збільшує ризики виникнення плацентарної дисфункції, материнських та перинатальних ускладнень у подальшому. Кровотеча під час першої вагітності з утворенням ретрохоріальної гематоми (РХГ) підвищує ризик передчасних пологів у 22–27 тижнів із 2,4 до 8,0%, у термінах 28–36 тижнів - у 2 рази [23, 24, 25, 26].

Мета дослідження – вивчити особливості перебігу гестаційного періоду, пологів та стану новонароджених у пацієток із загрозою переривання вагітності в ранні терміни.

Матеріали та методи

Нами проведено ретроспективний аналіз 100 індивідуальних карт вагітної та породиллі із загрозою переривання вагітності в I триместрі гестації (основна група). У 40 пацієток (I підгрупа) загроза переривання вагітності супроводжувалася кровотечею, у 60 - була діагностована загроза переривання без кровотечі (II підгрупа). Контрольну групу склали 50 вагітних з фізіологічним перебігом I триместру гестації.

Статистичний аналіз виконували за загальноприйнятими методами варіаційної статистики. Достовірність оцінювали за t-критерієм Стьюдента. Відмінності визнавали істотними при рівні значущості $p < 0,05$.

Проведення досліджень погоджене Етичним комітетом БДМУ, що підтверджується протоколом Комісії з питань біомедичної етики щодо дотримання морально-правових правил проведення медичних наукових досліджень. Обробку персональних даних здійснювали після отримання інформованої згоди пацієнтки.

Результати та їх обговорення. Середній вік обстежених вагітних основної групи становив $28,8 \pm 0,8$ років, контрольної – $29,4 \pm 0,7$. Групи досліджених також були репрезентативними за мешканням, соціальним статусом та освітою.

Аналізуючи дані менструального анамнезу нами встановлено, що початок менархе у всіх пацієток в основному припадав на 11-16 років. Що стосується тривалості менструації, то цей показник у групах також суттєво не відрізняється ($p > 0,05$) і коливався в середньому у межах від 4 до 8 діб. Тривалість менструального циклу – 24-38 днів переважала у обстежуваних жінок як основної, так і контрольної групи та була практично однаковою. Проте менструальний цикл більше 38 днів і менше 24 днів ми спостерігали лише в основній групі (відповідно 4% і 2%). Менструальний цикл встановився одразу у більшості пацієток обох груп і лише у 5 (5%) жінок основної групи менструації стали регулярними через 1,5

року. Менструальні виділення також у більшості обстежуваних були помірними, у 4 (10%) жінок основної групи – мізерними.

При аналізі репродуктивного анамнезу було визначено, що вагітність була першою практично у кожній 3-ї пацієнтки із загрозою переривання вагітності з кровотечею в I триместрі гестації та у кожній 2-ї пацієнтки як контрольної групи, так і в групі із загрозою переривання вагітності без кровотечі. Повторновагітні переважали в усіх групах спостереження - відповідно в I підгрупі вони становили 62,5%, у II підгрупі - 51,7%, у групі контролю - 58%. Першородячих було в I підгрупі - 65,0%, у II підгрупі - 53,3%, у групі контролю – 50%. Статистично достовірної відмінності в значеннях порівнювальних показників паритету пологів між основною та контрольною групами не виявлено ($p > 0,05$).

Звертає на себе увагу, що частота самовільних викиднів у жінок із загрозовим абортном з кровотечею в I триместрі гестації становила $22,5 \pm 6,6\%$, у жінок із загрозою переривання вагітності без кровотечі – $15,0 \pm 4,6\%$, тоді як у пацієток з фізіологічним перебігом I триместру вагітності лише – $6,0 \pm 3,4\%$ ($p < 0,05$). Такі ж тенденції характерні і для показника переривання вагітності за медичними показниками: в основній групі він становив $8,0 \pm 2,7\%$, у контрольній – $2,0 \pm 2,0\%$. Згідно даних медичної документації в усіх обстежуваних групах було по одному випадку позаматкової вагітності.

Із даних гінекологічного анамнезу видно, що у респонденток із загрозою переривання вагітності гінекологічні хвороби зустрічались частіше, ніж у вагітних групи контролю ($87,0 \pm 3,4\%$ проти $42,0 \pm 7,0\%$) ($p < 0,05$). Отримані дані ретроспективного аналізу акушерсько-гінекологічного анамнезу дозволяють стверджувати, що значно частіше зустрічались в основній групі доброякісні та передракові новоутворення ЖСО ($49,0 \pm 5,0\%$), анормальні маткові кровотечі ($6,0 \pm 2,4\%$), запальні захворювання органів малого тазу ($30,0 \pm 4,6\%$) ($p < 0,05$).

Аналіз екстрагенітальної захворюваності показав, що у пацієток із загрозою переривання вагітності в ранні терміни соматична патологія зустрічається достовірно частіше ($p < 0,05$). У переважній більшості жінок основної групи спостерігаються захворювання серцево-судинної системи ($87,0 \pm 3,4\%$). Достовірно частіше відмічались також у обстежених із загрозою переривання вагітності як з кровотечею, так і без, хвороби крові ($55,0 \pm 10,6\%$ та $37,7 \pm 10,3\%$; у контролі - $14,0 \pm 13,1\%$), захворювання органів дихання ($17,5 \pm 6,0\%$ та $21,7 \pm 5,3\%$; у контролі – 0%), ендокринна патологія ($35,0 \pm 7,5\%$ та $40,0 \pm 6,3\%$; у контролі – $12,0 \pm 4,6\%$), ураження сечостатевої системи ($65,0 \pm 7,5\%$ та $46,7 \pm 6,4\%$; у контролі – $8,0 \pm 3,8\%$) ($p < 0,05$). У контрольній групі переважала патологія серцево-судинної системи (32%), захворювання крові (14%) та шлунково-кишкового тракту (12%), але дані показники були незрівнянно нижчими, ніж у вагітних основної групи.

Аналізуючи перебіг I триместру гестації у вагітних основної групи (табл. 1) нами встановлено, що 15 (37,5%) пацієток кров'янисті виділення відмічали до 8 тижнів гестації, у 25 (62,5%) кровотеча виникла в терміні 9-13 тижнів. Загроза переривання вагітності без кровотечі до 8 тижнів

була у 14 (23,3%) жінок, в терміні 9-13 тижнів – у 46 (76,6%) пацієнток. При чому необхідно відзначити, що ретро-хоріальна гематома (РХГ) до 8 тижнів у респонденток I підгрупи зустрічалася у 27,5±7,1% випадків, у терміні в 9-13 тижнів у 42,5±7,8%. За даними Романенко Т.Г. [7] та Вдовиченко С.Ю [27], РХГ, яка супроводжувалась кровотечею спостерігалася у 71% випадків. У тій же підгрупі кров'янисті виділення без наявності РХГ зустрічались в 2 рази частіше у більш пізньому терміні (9-13 тижнів гестації). У групі пацієнток із загрозою переривання вагітності без кровотечі

діагностовано безсимптомну РХГ у терміні до 8 тижнів гестації – в 1 (1,7%) випадку, у 9-13 тижнів – у 8 (13,3%) обстежених.

Аномальне розташування хоріону значно частіше, ніж в контролі, було діагностовано у пацієнток із загрозою переривання вагітності як з кровотечею, так і без (75% і 25%). Вважаємо за необхідне підкреслити, що гестози першої половини вагітності частіше ($p<0,05$) зустрічались у жінок із загрозою переривання вагітності з кровотечею до 8 тижнів гестації порівняно з жінками II підгрупи та контрольної групи (відповідно 15%, 1,7% та 0%).

Таблиця 1

Особливості перебігу I триместру гестації у вагітних із загрозою переривання

РХГ з кровотечею	11	27,5*± 7,1	17	42,5*±7,8	0	0	0	0	0	0
Кровотеча без РХГ	4	10,0*±4,7	8	20,0*±6,3	0	0	0	0	0	0
РХГ без кровотечі	0	0	0	0	1	1,7±1,7	8	13,3*±4,4	0	0
Аномальне розташування хоріону	12	30,0*±7,2	18	45,0*±7,9	3	5,0*±2,8	12	20,0*±5,2	8	16,0 ± 5,2
Блювота вагітних	6	15,0*±5,6	3	7,5±4,2	0	0	1	1,7±1,7	0	0

* - $p<0,05$, статистично достовірні відмінності в значеннях порівнювальних показників основної групи спостереження із групою контролю

Аналіз подальшого перебігу вагітності у жінок з епізодами невиношування в ранні терміни гестації (табл. 2) показав, що загроза викиднів у II триместрі та загроза передчасних пологів частіше зустрічалась у пацієнток, що мали клінічні ознаки абортів з кровотечею до 8 тижнів гестації (відповідно 20,0±6,3% та 0%; 27,5±7,1% та 6,0±3,4% ($p<0,05$)). Такі ж тенденції у порівнянні з контролем ми спостерігали і у жінок з епізодами невиношування в 9-13 тижнів (12,5±5,2% та 0%; 40±7,7% та 6,0±3,4% ($p<0,05$)). Слід також відзначити, що показник загрози передчасних пологів у I підгрупі був значно вище, ніж у II підгрупі (67,5±7,4% та 5,0±2,8%) ($p<0,05$).

Показник істміко-цервікальної недостатності (ІЦН) був достовірно вищим у вагітних I підгрупи, ніж в контрольній групі (відповідно 17,5±6,0% та 0%). За даними Олексієнко І.В., частота цієї патології в популяції вагітних становить 15-20 %, а серед жінок із звичним невиношуванням - 18-37% [28]. Рівень плацентарної дисфункції (ПД), діагностованої в II та III триместрах гестації, також достовірно відрізнявся від показників у контролі (I підгрупа – 57,5±7,8%, контрольна – 2,0±2,0% ($p<0,05$); II підгрупа – 25,0±5,6%, контрольна – 2,0±2,0% ($p<0,05$)). У вагітних, що мали епізоди невиношування в ранніх термінах гестації, також частіше був верифікований синдром затримки розвитку плода та виявлений плід, малий до терміну гестації ($p<0,05$). Рівень прееклампсії був у 5 разів вищим у вагітних I підгрупи порівняно з жінками із загрозою переривання в ранньому терміні без кровотечі (II підгрупа) (відповідно

22,5±6,6% та 3,3±2,3%) ($p<0,05$); достовірна різниця між показниками була також відмічена в I підгрупі і контролі (відповідно 22,5±6,6% та 2,0±2,0%) ($p<0,05$). Дистрес плода під час вагітності у пацієнток основної групи становив 20%, тоді як у жінок контрольної дана патологія була відсутня. Наші дані підтверджують дослідження Ошуркевич О.О, яка вказує що синдром затримки розвитку плода (СЗРП) у жінок із загрозою переривання вагітності в ранніх термінах гестації як з РХГ, так і без варіював від 7,7% до 17,9%, прееклампсії – від 7,7% до 14, 3% [29].

Дані аналізу частоти ускладнень в пологах (табл. 3) показали, що рівень передчасних пологів у пацієнток I підгрупи був у 3 рази вищим, ніж у II підгрупі, і достовірно відрізнявся від показників контролю (відповідно 22,5±6,6%; 6,7±3,2% та 2,0±2,0%). Аналогічні дані наводять ряд авторів: зокрема Гичка Н.М. вказує, що частота ІПП становить 21,5 % [30]. Частота патологічних пологів у I та II підгрупах була приблизно однаковою, але достовірно більшою, ніж у пацієнток контрольної групи. Дистрес плода в пологах у вагітних I та II підгрупи також зустрічався значно частіше, ніж у групі порівняння. Аналізуючи показники неспроможності рубця на матці, передчасного розриву плідних оболонок, материнського травматизму в пологах можна констатувати, що достовірної різниці між показниками в порівнюваних групах не знайдено. Що стосується частоти аномалій пологової діяльності, то в основній групі вона була достовірно вищою, ніж в контролі (відповідно 10±3,0% та 2,0±2,0%) ($p<0,05$).

Таблиця 2

Частота ускладнень в II-III триместрі гестації у вагітних з загрозою переривання в ранні терміни

Патологія вагітності	Основна група (n=100)								Контрольна група (n=50)	
	I підгрупа (n=40)				II підгрупа (n=60)					
	до 8 тиж. гестації (N=15)		9-13 тиж. гестації (n=25)		до 8 тиж. гестації (n=14)		9-13 тиж. гестації (n=46)			
	АБС.	М%±М%	АБС.	М%±М%	АБС.	М%±М%	АБС.	М%±М%		
Загроза переривання вагітності до 22 тижнів	8	20,0*±6,3	5	12,5*±5,2	2	3,3±2,3	11	18,3*±5,0	0	0
Загроза передчасних пологів	11	27,5*±7,1	16	40,0*±7,7	1	1,7±1,7	2	3,3±2,3	3	6,0±3,4
Істміко-цервікальна недостатність	3	7,5±4,2	4	10,0*±4,7	1	1,7±1,7	5	8,3*±3,6	0	0
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	2	5,0±3,4	0	0	0	0	1	1,7±1,7	0	0
Великий плід	0	0	0	0	2	3,3±2,3	0	0	6	12,0±4,6
Плід маловаговий до терміну гестації плід	8	20,0*±6,3	1	2,5±2,5	1	1,7±1,7	8	13,3*±4,4	1	2,0±2,0
СЗРП	7	17,5*±6,0	4	10,0*±4,7	0	0	8	13,3*±4,4	0	0
Плацентарна дисфункція	14	35,0*±7,5	9	22,5*±6,6	8	13,3*±4,4	7	11,7*±4,1	1	2,0±2,0
Маловоддя	0	0	2	5,0±3,4	0	0	3	5,0±2,8	0	0
Багатоводдя	2	5,0±3,4	0	0	0	0	2	3,3±2,3	1	2,0±2,0
Прееклампсія	5	12,5±5,2	4	10,0±4,7	0	0	2	3,3±2,3	1	2,0±2,0
Дистрес плоду під час вагітності	8	20,0*±6,3	5	12,5±5,2	4	6,7±3,2	3	5,0±2,8	0	0

* - $p < 0,05$, статистично достовірні відмінності в значеннях порівнювальних показників основної групи спостереження із групою контролю

Таблиця 3

Характеристика перебігу пологів у пацієток із загрозою переривання вагітності в I триместрі гестації

Патологія вагітності	Основна група (n=100)					
	I підгрупа (n=40)			II підгрупа (n=60)		
	АБС.	М%±М%	АБС.	М%±М%	АБС.	М%±М%
Пологи передчасні	9	22,5*±6,6	4	6,7±3,2	1	2,0±2,0
Пологи строкові	31	77,5*±6,6	56	93,3±3,2	49	98,0±2,0
Пологи фізіологічні	26	72,5*±7,1	42	70,0*±5,9	44	88,0±4,6
Пологи патологічні	14	35,0*±7,5	18	30,0*±5,9	6	12,0±4,6
Дистрес плода в пологах	11	27,5*±7,1	14	23,3*±5,5	2	4,0±2,8
Неспроможність рубця на матці	1	2,5±2,5	3	5,0±2,8	1	2,0±2,0
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Маткова кровотеча	1	2,5±2,5	0	0	0	0
Передлежання плаценти	1	2,5±2,5	0	0	1	2,0±2,0
Сідничне передлежання	0	0	0	0	1	2,0±2,0
Передчасний розрив плодових оболонок	9	22,5±6,6	10	16,7±4,8	4	8,0±3,8
Аномалії пологової діяльності	6	15,0*±5,6	4	6,7±3,2	1	2,0±2,0
Пологовий травматизм	5	12,5±5,2	13	21,7±5,3	5	10,0±4,2
Щільне прикріплення плаценти	1	2,5±2,5	0	0	0	0

* - $p < 0,05$, статистично достовірні відмінності в значеннях порівнювальних показників основної групи спостереження із групою контролю

Діти всіх груп обстежених були оцінені при народженні за шкалою Апгар. Переважна більшість дітей народилася в задовільному стані. Помірна асфіксія у I підгрупі була констатована в $15 \pm 5,6\%$ випадків, у II підгрупі – в $3,3 \pm 2,3\%$, у контрольній групі всі діти були оцінені за шкалою Апгар на 7-10 балів. Достовірна різниця показників помірної асфіксії спостерігалась лише між основною і контрольною групою $8,0 \pm 2,7\%$ та 0% ($p < 0,05$). Аналізуючи також масу доношених новонароджених слід відзначити, що в групі контролю вона була достовірно вищою, ніж у вагітних, які мали загрозу переривання в I триместрі гестації (відповідно $3685,0 \pm 28,1$ г та $3020,0 \pm 21,4$ ($p < 0,05$)).

Висновки

1. Вагітні із загрозою невиношування в I триместрі гестації складають групу високого ризику щодо виникнення перинатальних ускладнень.

Література

1. Кравченко ОВ. Плацентарна дисфункція як базова патологія перинатальних ускладнень. Репродуктивна ендокринологія. 2021;58:107-12. doi: 10.18370/2309-4117.2021.58.107-112
2. van Dijk MM, Kolte AM, Limpens J, Kirk E, Quenby S, van Wely M, et al. Recurrent pregnancy loss: diagnostic workup after two or three pregnancy losses? A systematic review of the literature and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2020;26(3):356-67. doi: 10.1093/humupd/dmz048
3. Turocy JM, Rackow BW. Uterine factor in recurrent pregnancy loss. Semin Perinatol. 2019;43(2):74-9. doi: 10.1053/j.semperi.2018.12.003
4. Husiev VM, Kharpenkova DS. Influence of the transferred syphilitic infection on the course of pregnancy, childbirth and the state of newborns. Wiad Lek. 2019;72(2):175-80. doi: 10.36740/WLek201902106
5. Романенко ТГ. Плацентарна дисфункція як предиктор невиношування вагітності. Репродуктивна ендокринологія. 2017;33:77-82. doi: 10.18370/2309-4117.2017.33.77-82
6. Scriven PN. Squaring the circle of recurrent pregnancy loss (RPL). J Assist Reprod Genet. 2020;37(5):1067-68. doi: 10.1007/s10815-020-01780-z
7. Романенко ТГ, Суліменко ОМ. Профілактика акушерських ускладнень на тлі ретрохоріальної гематоми в I триместрі вагітності (огляд літератури). Репродуктивна ендокринологія. 2018;42:60-6. doi: 10.18370/2309-4117.2018.42.60-66
8. Deng T, Liao X, Zhu S. Recent Advances in Treatment of Recurrent Spontaneous Abortion. Obstet Gynecol Surv. 2022;77(6):355-66. doi: 10.1097/ogx.0000000000001033
9. Живецкая-Денисова АА, Воробйова ІІ, Ткаченко ВБ, Рудакова НВ. Невиношування вагітності: сучасні підходи до діагностики, профілактики та лікування. Перинатологія і педіатрія. 2017;2:91-8. doi: 10.15574/PP.2017.70.91
10. Shaamash AH, Aly HA, Abdel-Aleem M, Akhnowkh SN. Clinical and Ultrasound Evaluation of Early Threatened Miscarriage to Predict Pregnancy Continuation up to 28 Weeks: A Prospective Cohort Study. J Ultrasound Med. 2020;39(9):1777-85. doi: 10.1002/jum.15282
11. Борзенко ІБ. Прогнозування та рання діагностика плацентарної дисфункції (огляд літератури). Український журнал медицини, біології та спорту. 2020;5(2):7-17. doi: 10.26693/jmbs05.02.007
12. Taylor TJ, Quinton AE, de Vries BS, Hyett JA. First-trimester ultrasound features associated with subsequent miscarriage: A prospective study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2019;59(5):641-8. doi: 10.1111/ajo.12944
13. Коровай СВ. Стан системи «гістамін-гістаміназа» у жінок із загрозою невиношування вагітності. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2018;18(1):57-67.
14. Xiao Y, Shi P, Li D, Wang J, Li R, Kong X. Chromosomal microarray analysis for the causes of miscarriage or stillbirth. Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi. 2020;37(4):389-91. doi: 10.3760/cma.j.issn.1003-9406.2020.04.006
15. Bakleicheva M, Bepalova O, Kovaleva I. Features of the 1st trimester of pregnancy course with severe deficiency of 25(OH)D. Gynecol Endocrinol. 2021;37(1):49-53. doi: 10.1080/09513590.2021.200652
16. Дубик ЛВ, Юзько ОМ, Приймак СГ. Роль Е-селектину у розвитку невиношування вагітності. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2019;9(2):73-7. doi: 10.24061/2413-4260.IX.2.32.2019.11
17. Ozawa N, Ogawa K, Sasaki A, Mitsui M, Wada S, Sago H. Maternal age, history of miscarriage, and embryonic/fetal size are associated with cytogenetic results of spontaneous early miscarriages. J Assist Reprod Genet. 2019;36(4):749-57. doi: 10.1007/s10815-019-01415-y
18. Yang Y, Qu S, Wang L, Guo Y, Xue S, Cai A, et al. Genetic testing of chorionic villi from abortuses during early pregnancy. Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi. 2019;36(6):547-51. doi: 10.3760/cma.j.issn.1003-9406.2019.06.004
19. Finn D, Ryan DH, Pavel A, O'Toole JM, Livingstone V, Boylan GB, et al. Clamping the Umbilical Cord in Premature Deliveries (CUPiD): Neuromonitoring in the Immediate Newborn Period in a Randomized, Controlled Trial of Preterm Infants Born at <32 Weeks of Gestation. J Pediatr [Internet]. 2019[cited 2022 Aug 31];208:121-6.e2. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347618318134?via%3Dihub> doi: 10.1016/j.jpeds.2018.12.039
20. Coomarasamy A, Devall AJ, Brosens JJ, Quenby S, Stephenson MD, Sierra S, et al. Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(2):167-76. doi: 10.1016/j.ajog.2019.12.006
21. Shi X, Xie X, Jia Y, Li S. Maternal genetic polymorphisms and unexplained recurrent miscarriage: a systematic review and meta-analysis. Clin Genet. 2017;91(2):265-84. doi: 10.1111/cge.12910

2. Рівень ускладнень у II та III триместрі гестації значно вищий, якщо загроза переривання вагітності в ранні терміни супроводжувалася кровотечею.

3. У вагітних з кровотечею в більш ранні терміни (до 8 тижнів) порівняно з пацієнтками, у яких кровотеча виникла в 9-13 тижнів, достовірно вищою була частота загрози викидня в II триместрі гестації, передчасних пологів, плацентарної дисфункції, прееклампсії та СЗРП.

Перспективи подальших досліджень

Перспективним при подальших дослідженнях є вивчення сучасних аспектів профілактики та прогнозування перинатальних ускладнень у вагітних з епізодами невиношування в ранніх термінах гестації.

Конфлікт інтересів – відсутній.

Джерела фінансування: самофінансування.

22. Colley E, Hamilton S, Smith P, Morgan NV, Coomarasamy A, Allen S. Potential genetic causes of miscarriage in euploid pregnancies: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2019;25(4):452-72. doi: 10.1093/humupd/dmz015
23. Vygivska LA, Rudenko LA, Kalnytska VB, Lytvynenko OYu. Features of the course of perinatal infections at the present stage. *Wiad Lek*. 2020;73(10):2269-76. doi: 10.36740/WLek202010132
24. Khan AM, Morris SK, Bhutta ZA. Neonatal and Perinatal Infections. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(4):785-98. doi: 10.1016/j.pcl.2017.03.008
25. Кошова ІМ. Характеристика фетоплацентарного комплексу у жінок із ретрохоріальними гематомами у І триместрі вагітності. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022;4:45-7. doi: 10.30841/2708-8731.4.2022.262790
26. Beaman KD, Ntrivalas E, Mallers TM, Jaiswal MK, Kwak-Kim J, Gilman-Sachs A. Immune etiology of recurrent pregnancy loss and its diagnosis. *Am J Reprod Immunol*. 2012;67(4):319-25. doi:10.1111/j.1600-0897.2012.01118.x
27. Вдовиченко СЮ, Жук СІ, Сальніков СМ. Акушерські та перинатальні аспекти ретрохоріальних гематом. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2021;(7-8):52-3. doi: 10.30841/2708-8731.7-8.2021.250834
28. Олексієнко ІВ, Чайка ГВ, Заславська МГ, Пролигіна ІВ. Сучасний погляд на етіологію, діагностику та лікування істміко-цервікальної недостатності шийки матки (огляд літератури). *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2016;1:137-40.
29. Ошуркевич ОО. Особливості перебігу вагітності та корекція ускладнень у жінок із ретрохоріальною гематомою [дисертація]. Львів; 2020. 188 с.
30. Гичка НМ. Особливості вагітності, пологів, стану плода та новонародженого у жінок з невиношуванням в анамнезі (ретроспективний аналіз). *Здоров'я жінки*. 2019;3:44-8. doi: 10.15574/HW.2019.139.44

CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF THE GESTATION PERIOD, CHILDBIRTH AND NEWBORN CONDITION IN PATIENTS AT THREAT OF PREGNANCY TERMINATION IN EARLY TERMS

O.V. Kravchenko, V.M. Solovei

**Bukovinian State Medical University
(Chernivtsi, Ukraine)**

Summary

Introduction. Despite the successes of modern obstetrics and perinatology, stillbirth occupies one of the leading places in the structure of perinatal morbidity and mortality. Today, every 5-6 women lose a pregnancy, and the majority of spontaneous miscarriages occur in the 1st trimester of pregnancy.

The aim of the study is to examine the peculiarities of the course of the gestation period, childbirth and the condition of newborns in patients with a threat of early termination of pregnancy.

Materials and methods. We carried out a retrospective analysis of 100 individual charts of pregnant and parturient women with a threat of abortion in the 1st trimester of pregnancy (the main group). In 40 patients (subgroup I), the threat of termination of pregnancy was accompanied by bleeding, in 60 – the threat of termination without bleeding was diagnosed (subgroup II).

The control group consisted of 50 pregnant women with the physiological course of the first trimester of pregnancy. Statistical analysis was performed according to generally accepted methods of variational statistics. Reliability was assessed by Student's t-test. Differences were considered significant at a significance level of $p \leq 0.05$.

The conduct of research was approved by the Ethics Committee of the BSMU, which is confirmed by the protocol of the Commission on Biomedical Ethics regarding the observance of moral and legal rules for conducting medical scientific research. Processing of personal data was carried out after receiving the patient's informed consent.

Results and their discussion. The research groups were representative in terms of residence, social status, and education. Menstrual and reproductive anamnesis data in the main and control groups also did not differ significantly. The rate of spontaneous abortions and terminations of pregnancy according to medical indications was significantly higher in women with threatened termination of pregnancy both with and without bleeding compared to controls. Patients of the main group had a significantly higher history of both gynecological diseases and extragenital pathology.

Pregnant women with retrochorial hematoma and bleeding accounted for 70%, in 30% of women in the 1st trimester of pregnancy, in the presence of bloody secretions, retrochorial hematoma was not diagnosed. The percentage of asymptomatic retrochorial hematomas was 15%. Anomalous location of the chorion in the 1st trimester of pregnancy was diagnosed much more often in the 1st and 2nd subgroups.

The analysis of the further course of pregnancy in women with episodes of miscarriage in the early stages of gestation showed that in the main group the level of perinatal complications, such as the threat of premature birth (30%), placental dysfunction (38%), preeclampsia (11%), fetal distress (20%), SZRP (19%) was significantly higher. Accordingly, the rates of premature birth (13%), fetal distress (25%), and labor anomalies (10%) were higher in childbirth.

When analyzing the condition of children at birth, the level of moderate asphyxia in the main group was higher than in the control group ($8 \pm 2.7\%$ and 0% , respectively). The average weight of full-term newborns in the study group was significantly lower (3020.0 ± 21.4) than that of children in the control group (3685.0 ± 28.1 g) ($p < 0.05$).

Conclusions.

Pregnant women with a threat of miscarriage in the first trimester of pregnancy are a high-risk group for the occurrence of perinatal complications.

The level of complications in the II and III trimesters of pregnancy is significantly higher if the threat of early termination of pregnancy was accompanied by bleeding.

In pregnant women with bleeding earlier (up to 8 weeks), compared to patients with bleeding at 9-13 weeks, the frequency of threatened miscarriage in the II trimester of pregnancy, premature birth, placental dysfunction, preeclampsia, and SZRP was significantly higher.

Keywords: threat of abortion in the first trimester of pregnancy; gestational period; childbirth; condition of newborns.

Contact Information:

Кравченко Олена Вікторівна – доктор медичних наук, професор, завідувача кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, Україна)

e-mail: kravchenko.olena@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-8085-8637>

Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/E-2114-2017>

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57212023045>

Соловей Валентина Маноліївна – асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, Україна)

e-mail: solovei.valentyna@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9933-2077>

Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/GLT-8357-2022>

© О.В. Кравченко, В.М. Соловей, 2022

Контактна інформація:

Olena Kravchenko – MD, Professor, Head of Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University (Chernivtsi, Ukraine)

e-mail: kravchenko.olena@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-8085-8637>

Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/E-2114-2017>

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57212023045>

Valentyna Solovei – Assistant of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University (Chernivtsi, Ukraine)

e-mail: solovei.valentyna@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9933-2077>

Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/GLT-8357-2022>

© O.V. Kravchenko, V.M. Solovei, 2022



Надійшло до редакції 10.05.2022 р.
Підписано до друку 25.08.2022 р.