

© Г. Б. Мальгина, Е. П. Шихова,
И. Ф. Жукова

Федеральное Государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Минздрава России» (ФГБУ «НИИ ОММ Минздрава России»), г. Екатеринбург

РОЛЬ СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ УРАЛЬСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

УДК: 618.2

■ Проведен очный перинатальный аудит ведущих перинатальных центров Уральского Федерального округа (УрФО) путем опроса, анкетирования руководителей службы, врачебного персонала, пациентов. Установлено, что в перинатальных центрах слабо организована работа по подготовке беременных к родам, частота партнерских родов от 0 до 48,5%, причем в двух центрах партнерские роды не проводятся вообще (менее 5%). В большинстве учреждений частота партнерских родов не превышает 10–12%, хотя данная технология доступна и бесплатна. Совместное пребывание матери и доношенного новорожденного внедрено везде, однако зачастую мать и недоношенный новорожденный разобщены. Таким образом, необходимо продолжить внедрение современных перинатальных практик, а именно семейно-ориентированных технологий в ведущих перинатальных центрах УрФО, а степень их внедрения ввести в число индикаторных показателей при проведении перинатального аудита.

■ **Ключевые слова:** перинатальный центр, семейно-ориентированные технологии, партнерские роды; совместное пребывание матери и новорожденного; родовспоможение, основанное на участии семьи.

Введение

Перинатальная медицина XIX века характеризуется многими позитивными тенденциями, в частности — гуманизацией акушерской помощи. Один из путей гуманизации — привлечение к репродуктивному процессу семьи и ее психологическое сопровождение на этапе вынашивания беременности, в процессе родов и после рождения ребенка, в том числе и недоношенного. Эти позитивные тенденции начались в отечественном родовспоможении в конце XX века стихийно, а в первом десятилетии нынешнего века приобрели повсеместный характер и были закреплены в документах, регламентирующих работу акушерских стационаров [3, 7, 10, 13]. Вынашивание наступившей беременности является критическим периодом в жизни семьи и этому способствует высокий уровень стрессов в жизни беременной женщины и ее непосредственного окружения [2, 5]. Часть стрессов имеет ятрогенную природу и индуцируется медицинскими работниками. Привлечение членов семьи на этапе вынашивания беременности помогает не только антистрессовой защите беременной, но и антенатальной охране плода. Этому способствует знание перинатальной психологии. Однако специалистов крайне мало, уровень подготовки акушеров-гинекологов в вопросах перинатальной психологии очень слаб [2]. Непрерывно увеличивающаяся сеть разнообразных школ для психологического сопровождения беременности и подготовки супружеских пар к родам, работающих в основном на коммерческой основе, как правило, оторвана от родовспомогательного учреждения, и это отсутствие контактов персонала школ и перинатальных учреждений способствует снижению эффективности психологического сопровождения беременности и увеличению стрессов в родах [14, 15]. Полная отстраненность мужчин от процесса рождения потомства не способствует укреплению семьи и формированию отцовской привязанности. Если отцы не допускаются к участию в родах, значит, персоналу родовспомогательного учреждения есть, что скрывать — повсеместное убеждение населения в этом вопросе. При этом частота судебного преследования акушеров-гинекологов возрастает, поэтому участие членов семьи роженицы в родах является требованием времени. Однако организация партнерских родов, принципы взаимодействия партнеров в родах с персоналом родильного отделения, наблюдение за состоянием партнера практически не разработаны [1]. Зачастую партнерские роды пропагандируются как платная услуга, хотя при правильной организации и соответствующей подготовке персонала участие партнера в родах не только не увеличивает, но и во многих случаях уменьшает психологическую и физическую нагрузку на медицинский персонал клиники, а также

улучшает перинатальный и отдаленный прогноз [10, 16, 17, 18].

Положительные микробиологические и психологические результаты совместного пребывания матери и новорожденного на этапе послеродового пребывания подтверждены еще в 80-е годы [4]. Практически все современные родильные дома работают по системе совместного пребывания матери и новорожденного [6, 13]. Даже в особых случаях (недоношенный ребенок) пребывание его совместно с матерью помогает постнатальной адаптации. Не только мать, но и другие члены семьи благотворно влияют на эти процессы. Однако члены семьи не везде допускаются в послеродовые отделения. Номенклатура учреждений здравоохранения, в том числе в области охраны материнства и детства, определена в настоящее время приказами Минздрава России [7, 8]. Важным звеном в системе оказания медицинской помощи беременным и новорожденным детям высокого риска стали перинатальные центры — учреждения родовспоможения, обеспечивающие оказание квалифицированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи женщинам и детям. Эти учреждения стали флагманом родовспоможения каждого региона, однако, оценивая внедренные в их практику современные перинатальные технологии и высокотехнологичные методики, не стоит забывать и о семейно-ориентированных технологиях, которые не только доказали благотворный психологический эффект, но и имеют экономический эффект (снижая частоту осложнений в родах и заболеваемость новорожденных) [9, 11, 12].

В связи с этим в процессе проведения перинатального аудита необходимо в каждом отдельно взятом учреждении оценивать не только основные показатели работы, но и степень внедрения современных перинатальных технологий, их семейно-ориентированный подход. Это и стало целью данного исследования.

Методика

В период с марта по июнь 2012 года сотрудниками ФГБУ «НИИ ОММ МЗ РФ» в соответствии с Государственным заданием МЗ РФ был проведен очный перинатальный аудит ведущих перинатальных центров субъектов Уральского Федерального округа. Было обследовано 8 учреждений, имеющих стратегически важное значение для всего родовспоможения округа: областной перинатальный центр Свердловской области (ОПЦ СО), областной перинатальный центр Челябинской области (ОПЦ ЧО), областной перинатальный центр Тюменской области (ОПЦ ТО), областной перинатальный центр Курганской области (ОПЦ КО) (введен в строй в апреле 2012 года), окружной пе-

ринатальный центр Ямало-Ненецкого автономного округа (ОПЦ ЯНАО) и 3 равноправных ведущих перинатальных центра Ханты-Мансийского автономного округа (ХМАО Окружной ПЦ — г. Ханты-Мансийск; ХМАО ПЦ г. Сургут; ХМАО ПЦ г. Нижневартовск). Все вышеперечисленные перинатальные центры, кроме ОПЦ ЯНАО, являются учреждениями 3 группы, специализирующимися на родах пациенток группы высокого риска. Аудит проводился по специально разработанной программе путем очного обследования подразделений учреждений, а также путем опроса, анкетирования руководителей службы, врачебного персонала, пациенток. Результаты оформлялись в виде итоговых таблиц.

Методы исследования: клинико-статистический анализ и сопоставление основных показателей работы со степенью внедрения семейно-ориентированных технологий в практику учреждения. В качестве индикаторных показателей семейно-ориентированных технологий выделены: медико-психологическое сопровождение семьи в период беременности в школах подготовки к родам, частота партнерских родов, их бесплатность и доступность, совместное пребывание матери и новорожденного (в том числе в особых случаях — пребывание матери и недоношенного новорожденного), свободный доступ членов семьи к родильнице и новорожденному в условиях послеродового отделения.

Результаты исследования

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, технология медико-психологического сопровождения беременности путем организации при ведущих перинатальных центрах современных школ подготовки к родам внедрена в единичных учреждениях. Наше учреждение имеет четырехлетний опыт такой работы — в апреле 2009 года на базе НИИ ОММ была организована школа медико-психологического сопровождения беременности, подготовки супружеских пар к родам «Рожаем с улыбкой». Необходимость организации таких школ именно на базе родовспомогательных учреждений совершенно очевидна. Многочисленная сеть разнообразных коммерческих школ, существующая в каждом субъекте округа, не в полной мере соответствует современным требованиям: они, как правило, имеют лицензию образовательных центров, работают по собственным методикам, некоторые из них пропагандируют неразрешенные методы родовспоможения, в том числе — домашние роды. Психопрофилактическая подготовка к родам на базе женских консультаций, по нашему

Таблица 1

Оценка внедрения семейно-ориентированных технологий в ведущих перинатальных центрах УрФО

Семейно-ориентированные технологии	ОПЦ СО	ОПЦ ЧО	ОПЦ ТО	ОПЦ КО	ОкрПЦ ЯНАО	ОкрПЦ ХМАО	ХМАО ПЦ Нижневарт.	ХМАО ПЦ Сургут
Школы подготовки к родам при ПЦ	нет	нет	да	нет	нет	нет	нет	да
% партнерских родов	40	Нет	30	10	Менее 5	15	12	48
Бесплатность партнерских родов	да	–	да	да	да	да	да	да
Доступность партнерских родов	да	нет	да	да	нет	да	да	да
Совместное пребывание матери и новорожденного	да	да	да	да	да	да	да	да
Совместное пребывание матери и недон. новорожденного	да	нет	да	да	нет	да	да	да
Свободный доступ членов семьи в послеродовом периоде	82%	нет	да	да	нет	частич.	частич.	частич.

мнению, уже устарела. Она не позволяет адаптировать супружеские пары к особенностям работы учреждения, в котором будут проходить роды, что создает дополнительный стресс будущим родителям. Опыт работы школы на базе нашего учреждения показывает позитивные стороны такой подготовки. Кроме теоретических занятий с перинатальными психологами, акушерами-гинекологами и неонатологами в нашей школе проводится занятие-экскурсия по отделениям перинатального центра. Итоги работы школы за три года следующие: всего проучено 384 женщины (из них 2/3 приходили на занятия с партнерами). Частота абдоминального родоразрешения — 18,7%, что в два раза реже, чем в среднем по институту, необходимость в послеродовой реабилитации новорожденных в детской клинике возникала в 6,3%, хотя в среднем по институту — около 30%. Частота родов с участием партнера — 39% (в среднем по нашему учреждению 14–16%). Уровень удовлетворенности пациентов — 84–92%. Экономическая эффективность работы школы выражается также и в снижении частоты дородовой госпитализации, средний срок родоразрешения составил $40,2 \pm 1,25$ недель, при этом 82% женщин поступали сразу на роды. Из 384 пациенток в одном случае (2,6%) произошла ранняя неонатальная гибель новорожденного в связи с внутриутробной инфекцией на вторые сутки после рождения. В настоящее время после проведенной предгравидарной подготовки в стенах института данная супружеская пара находится на стадии вынашивания беременности

(срок 28 недель). Рождение детей в тяжелом состоянии и перевод их в отделение реанимации новорожденных зарегистрирован в трех случаях (в том числе и вышеописанный случай РНС) что составляет 0,8% от всех родоразрешенных. Таким образом, вклад медико-психологического сопровождения беременности в школах на базе родовспомогательных учреждений в улучшение перинатальных исходов очевиден.

При проведении перинатального аудита была оценена также степень внедрения технологии партнерских родов, их бесплатность и доступность. В нашем институте технология партнерских родов была внедрена в марте 2000 г. в бесплатном и доступном варианте. Выявлены следующие преимущества партнерских родов.

- а) Патологический тип гестационной доминанты [2] у женщин, готовящихся к партнерским родам, отмечен в 3 раза реже, чаще регистрируется достигнутая биологическая готовность по шеечному тесту, чем у планирующих роды без партнера.
- б) На дородовом этапе показатели ситуационной и личностной тревожности у мужчин и женщин, планирующих партнерские роды, достоверно ниже, чем у пар, планирующих роды без участия партнера.
- в) Присутствие партнера на родах сдерживает «акушерскую агрессию»: снижается частота «индуцированных» родов, аномалий родовой деятельности, материнский травматизм.
- г) Участие в родах партнера снижает частоту послеродовых осложнений у первородящих и у повторнородящих в 4 раза.

- д) Положительный микробиологический аспект партнерских родов подтверждается и снижением потребности в антибактериальной терапии у матери в послеродовом периоде в 1,6–1,7 раза, а также снижением частоты применения антибиотиков у новорожденных в 1,7 раза.
- е) Отдаленные результаты партнерских родов благоприятны для семьи в целом и состояния здоровья потомства, что подтверждает катамнестическое исследование семьи.

В ведущих перинатальных центрах УрФО технология партнерских родов введена почти повсеместно. Однако до настоящего времени идеология партнерских родов постигнута не всеми: так, в перинатальном центре Челябинской области (ПЦ ЧО) до настоящего времени отсутствуют условия для партнерских родов (нет индивидуальных родовых залов) и, соответственно, партнерские роды не проводятся. В данном учреждении отмечена высокая частота кесаревых сечений (43 %) и низкая их эффективность в плане снижения перинатальной заболеваемости и смертности. В процессе проведения перинатального аудита руководству данного перинатального центра были сделаны замечания и предложения по реорганизации работы родового отделения и внедрению партнерских родов. Также не внедрены партнерские роды в ОкрПЦ ЯНАО (менее 5%), хотя условия для их проведения имеются.

Совместное пребывание матери и новорожденного в послеродовых отделениях уже прочно вошло в акушерскую практику. При проведении аудита установлено, что во всех перинатальных центрах УрФО данная технология внедрена и успешно работает. Однако существуют и особые случаи — совместное пребывание матери и недоношенного новорожденного. В институте ОММ такая технология начала работать в середине 90-х годов. Внедрение семейно-ориентированного подхода в процесс выхаживания недоношенных новорожденных вносит существенный вклад в улучшение перинатальных исходов. Это связано с тем, что рождение недоношенного ребенка становится серьезным эмоциональным стрессом для родителей. К чувству тревоги и страха за жизнь такого ребенка присоединяется недоверие к возможностям его выхаживания и дальнейшего благополучного развития. Одной из важных задач, стоящих перед врачами-перинатологами, является оказание помощи и поддержки матери в преодолении психологического барьера между ней и ее недоношенным ребенком. Необходимо научить мать воспринимать недоношенность ребенка как временное состояние, внушить ей оптимизм в отношении его последующего полноценного роста и развития.

В ФГБУ НИИ охраны материнства и младенчества эффективно используется совместное пребывание недоношенного ребенка с матерью. Его преимущество заключается в дородовой психофизиологической подготовке женщины к рождению, выхаживанию и вскармливанию недоношенного ребенка при показаниях к досрочному родоразрешению, использовании более гибких форм совместного пребывания с ребенком после его рождения.

В каждом подразделении перинатального центра предусматриваются определенные этапы подготовки и осуществления совместного пребывания недоношенного ребенка с матерью. В отделении патологии беременных, куда госпитализируются женщины из группы риска по преждевременным родам, наряду с обязательной подготовкой организма матери к досрочному родоразрешению и полноценной лактации, профилактикой респираторного дистресс-синдрома у новорожденного, лечение гипоксии и фетоплацентарной недостаточности проводится психологическая адаптация матери к прогнозу рождения недоношенного ребенка.

Основная цель этих индивидуальных занятий — выработать у женщин сознательное отношение к родоразрешению в сроки недоношенной беременности в интересах матери и/или плода, создать положительный эмоциональный фон и уверенность в благоприятном течении и завершении родов, внушить беременным способность преодолеть страх перед родами, а также чувство любви и эмоциональной привязанности к недоношенному ребенку, уверенность в благоприятном исходе последующего выхаживания новорожденного. Это достигается определенной системой аудиовизуальных воздействий, психологических тренировок при беременности, во время родового акта и в постнатальном периоде. Занятия должны проводиться совместно с акушером-гинекологом, психологом или психотерапевтом.

Контингент женщин, подлежащих психологической адаптации: беременные с привычным невынашиванием; беременные с перманентной угрозой прерывания беременности; беременные с рубцом (рубцами) на матке; беременные с длительным течением преэклампсии; тяжелыми и среднетяжелыми формами преэклампсии; беременные с экстрагенитальной патологией, требующие досрочного родоразрешения; беременные с хронической фетоплацентарной недостаточностью; беременные с изосенсибилизацией по системе резус и АВО; беременные с многоплодием; беременные с ПРПП в сроке недоношенной беременности. Занятия проводятся сугубо индивидуально, исключаются групповые занятия в связи

с различной акушерской ситуацией, диктующей необходимость досрочного родоразрешения.

В результате использования в Уральском НИИ охраны материнства и младенчества описанной системы совместного пребывания недоношенного ребенка с матерью мы получили следующие положительные результаты в сравнении с детьми, которые выхаживались без активного привлечения к этому матерей: снижение продолжительности стационарного лечения на 10–15%; уменьшение физиологической потери массы тела; своевременное восстановление первоначальной массы тела; раннее становление сосательного рефлекса; высокий процент естественного вскармливания (90%) как в периоде новорожденности, так и в первом полугодии жизни; отсутствие первичной гипогалактии при совместном пребывании матери с ребенком. Кроме того, мы отметили снижение частоты гипербилирубинемии в 2 раза, достоверное уменьшение числа случаев массивной колонизации кишечника новорожденного условно-патогенной флорой, быстрое исчезновение диспепсических явлений у детей, уменьшение тяжести и продолжительности дыхательных расстройств у недоношенных детей после продленной ИВЛ и новорожденных с ЭНМТ, снижение неврологической патологии в исходе раннего восстановительного периода.

Положительным является раннее формирование у матери навыков ухода и вскармливания новорожденных как фактор успешной нервно-психической и соматической реабилитации; адекватная оценка матерью состояния здоровья ребенка, создающая психологический настрой на его длительное лечение и выхаживание; уменьшение числа отказных детей. Накануне выписки матери и ребенка психолог выявляет психоэмоциональный фон и настрой женщины, проводит беседу, направленную на повышение психологической адаптации, устраняющую тревогу и страх перед предстоящим этапом самостоятельного ухода за ребенком.

При проведении перинатального аудита ведущих ПЦ УрФО выявлено, что часть перинатальных центров вообще не имеет отделений второго этапа выхаживания новорожденных, например, структура ПЦ ЧО не в полной мере соответствует рекомендуемой МЗ. Совместное пребывание недоношенных новорожденных с мамами практикуется только в 6 центрах из 8.

Обсуждение результатов

Полученные нами данные отразили объективную картину степени внедрения современных перинатальных технологий в ведущих перинатальных центрах субъектов УрФО. В наибольшей степени внедрены современные семейно-ориен-

тированные подходы в новых, недавно введенных в строй перинатальных центрах — это ОПЦ Свердловской области, Тюменской области, реконструированные учреждения ХМАО. Частично внедрены семейно-ориентированные подходы к родовспоможению в Курганской области, ЯНАО и Челябинской области. Лишь в единичных перинатальных центрах округа проводится медико-психологическое сопровождение беременности в школах подготовки к родам на базе родовспомогательного учреждения. Это свидетельствует о необходимости широкой пропаганды семейно-ориентированного подхода и введения степени внедрения семейно-ориентированных технологий в число индикаторных показателей организации службы родовспоможения.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1218 с.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. — СПб.: Питер, 2011. — 272 с.
3. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. URL: <http://base.consultant.ru> (дата обращения 19.03.2013).
4. Мальгина А.А. Клинико-физиологические и экономические обоснования организации работы послеродовых отделений городских родильных домов по системе совместного пребывания родильницы с новорожденным: автореф. дис... канд. мед. наук. — Свердловск, 1987. — 273 с.
5. Мальгина Г.Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты. — Екатеринбург: Чароид, 2002. — 188 с.
6. Проектирование перинатальных центров и других учреждений родовспоможения: Методические рекомендации 173 — ПД/707/утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 18 декабря 2007 г. — М., 2007.
7. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 572 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» URL: <http://www.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/orders/1342> (дата обращения 21. 04. 2013 г.).
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 07.10.2005 № 627 «Об утверждении единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» (в ред. приказа МЗ СР РФ от 19.02.2007 № 120). URL: <http://base.consultant.ru> (дата обращения 19.03.2013)
9. Региональная программа модернизации здравоохранения Свердловской области на 2011–2012 годы. Утверждена постановлением Правительства Свердловской области 24.03.2011 г. № 309-ПП. URL: <http://base.garant.ru/20900820/>(дата обращения 21.03. 2013.)
10. Савельева М.В., Меньшакова Н.И. Оптимизация основных показателей качества перинатологии с помощью практик родовспоможения, ориентированных на участие

семьи (РОУС) на примере городского акушерского стационара 2 уровня // Материалы 9-го Всерос. науч. форума «Мать и дитя». — М., 2007. — С. 634.

11. *Суханова Л.П.* Статистика родовспоможения как фактор обеспечения качества акушерской и перинатальной помощи в России // Социальные аспекты здоровья населения. — 2007, № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/47/30/> (дата обращения 21.03. 2013.)
12. *Суханова Л.П., Скляр М.С., Уткина Г.Ю.* Современные тенденции репродуктивного процесса и организации службы родовспоможения в России // Здравоохранение РФ. — 2008. — № 5. — С. 37–42.
13. *Широкова В.И., Филиппов О.С., Терехова Ю.Е.* Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий: Методическое письмо Минздравсоцразвития России № 15–4/10/2–6796 от 13 июля 2011 г. — М., 2011.
14. *Цывьян П.Б.* Рожаем вместе: Руководство по партнерским родам. — Екатеринбург, 2009. — 56 с.
15. *Campbell D., Scott K.D., Klaus M.H.* Female relatives or friends trained as labor doulas: outcomes at 6 to 8 weeks postpartum // *Birth*. — 2007. — Vol. 34, № 3. — P. 220–227.
16. Caregiver support for women during childbirth // *Cochrane Database Syst. Rev.* 1 2007. — Vol. 18, № 1. — P. 123–134.
17. *Gamble J., Creedy D.K., Teakle B.* Women's expectations of maternity services: a community-based survey // *Women Birth*. — 2007. — Vol. 20, № 3. — P. 115–120.
18. *Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G.J.* Continuous support for women during childbirth // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2007. — Vol. 18, № 3. — P. 37–46.

Статья представлена И. Ю. Коганом, ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН, Санкт-Петербург

THE ROLE OF THE FAMILY-ORIENTED TECHNOLOGIES IN PERINATAL MEDICINE WITHIN URAL FEDERAL DISTRICT

Malgina G. B., Shihova E. P., Zhukova I. F.,

■ **Summary:** The audit was conducted among leading perinatal centers of the Urals Federal District (UFD) and included department heads, doctors and patients — some by personal interview, others by written questionnaires. We found that in the perinatal centers there is virtually no organized work to prepare pregnant women for childbirth. The percentage of partnership-supported labors varies from 0 to 48.5 % (in two centers partnership-supported labors do not take place at all). In most institutions partnership-supported childbirth rate does not exceed 10–12 %, although the technology is available and free. Rooming-in mothers and term infants implemented everywhere, but mothers and preterm infants are often separated. Thus, it is necessary to continue the implementation of perinatal practices, namely, family-oriented technology which should be an essential indicator parameters of perinatal audit in the leading perinatal centers in the Urals Federal District.

■ **Key words:** perinatal centers; family-oriented technologies; rooming mother and newborn; maternity care; based on the participation of the family.

■ Адреса авторов для переписки

Мальгина Галина Борисовна — и.о. заместителя директора ФГБУ НИИ ОММ по научно-исследовательской работе, руководитель отделения антенатальной охраны плода, д.м.н. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Минздрава России» (ФГБУ «НИИ ОММ Минздрава России»). 620028, Россия, Екатеринбург, ул. Репина, д. 1.

Шихова Елена Павловна — перинатальный психолог ФГБУ НИИ ОММ, ассистент кафедры психологии и педагогики УрГМА, к.соц.н. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Минздрава России» (ФГБУ «НИИ ОММ Минздрава России»). 620028, Россия, Екатеринбург, ул. Репина, д. 1.

Жукова Ирина Фридриховна — акушер-гинеколог ФГБУ НИИ ОММ, к.м.н. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Минздрава России» (ФГБУ «НИИ ОММ Минздрава России»). 620028, Россия, Екатеринбург, ул. Репина, д. 1.

Malgina Galina — Federal official body «The Ural scientific research institute of protection of motherhood and infancy of Minzdrav Russia» Yekaterinburg. 620028. Russia. Repina st. 1, Yekaterinburg. **E-mail:** galinamalgina@mail.ru.

Shihova Elena — Federal official body «The Ural scientific research institute of protection of motherhood and infancy of Minzdrav Russia» Yekaterinburg. 620028. Russia. Repina st. 1, Yekaterinburg. **E-mail:** galinamalgina@mail.ru.

Zukova Irina — Federal official body «The Ural scientific research institute of protection of motherhood and infancy of Minzdrav Russia» Yekaterinburg. 620028. Russia. Repina st. 1, Yekaterinburg. **E-mail:** galinamalgina@mail.ru.