

Ф.Р. Ишан-Ходжаева, Х.Дж. Сармисокова, Д.М. Рахматуллоева

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПОЗДНИМИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

Ишан-Ходжаева Фарангис Рустамовна - к.м.н., научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГуП МЗ и СЗН РТ; E-mail: kachyona@mail.ru

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы женщин, жительниц Хатлонской области с поздними самопроизвольными преждевременными родами.

Материал и методы исследования. Обследованы 146 женщин с поздними самопроизвольными преждевременными родами, в зависимости от срока гестации, при котором произошли роды, были разделены на следующие подгруппы: подгруппа А – срок гестации 34 недели+6 дней (27 женщин), подгруппа Б – срок гестации 35 недель+6 дней (51 женщина), подгруппа В – срок гестации 36 недель + 6 дней (68 женщин). Были использованы параметрические и непараметрические методы биологической статистики (критерии Стьюдента и Уитни-Манна).

Результаты исследования и их обсуждение. Показано, что каждый 5-й новорожденный, от матери с поздними самопроизвольными преждевременными родами, имеет недостаточный вес для гестационного срока, среди которых синдром задержки роста плода диагностирован в 75,8% случаев. Установлено статистически значимое снижение средней оценки Апгар новорожденных, от матерей с родами на сроке гестации 34+6 на 1-й минуте и 5-й минуте. Дыхательная недостаточность явилась причиной ранней неонатальной смертности в 56,3% случаев. В структуре причин ранней неонатальной заболеваемости дыхательная недостаточность занимает ведущую позицию, частота и степень тяжести которой зависят от срока гестации. Выявлена сильная обратная корреляционная связь между гестационным возрастом и частотой дыхательной недостаточности в раннем неонатальном периоде у новорожденных матерей с поздними самопроизвольными преждевременными родами и синдром задержки роста плода.

Заключение. Целесообразно в дальнейшем провести исследования, касающиеся эффективности дифференцированных подходов проведения профилактики респираторного дистресс синдрома при поздних преждевременных родах.

Ключевые слова: поздние самопроизвольные преждевременные роды, синдром задержки роста плода, перинатальная смертность, перинатальная заболеваемость, дыхательная недостаточность.

F.R. Ishan-Khodzhaeva, H.J. Sarmisokova, D.M. Rakhmatulloeva

PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH LATE SPONTANEOUS PRETERM BIRTH DEPENDING ON GESTATIONAL AGE

SI “Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology”

Ishan-Khodjaeva Farangis Rustamovna - Candidate of medical sciences, researcher of the obstetric department of the TSRI OGaP under MoHSP RT; E-mail: kachyona@mail.ru

Aim. To study the perinatal outcomes of women, living in the Khatlon region with late spontaneous preterm birth (LSPB).

Material and methods. 146 women with late spontaneous preterm birth were studied, according to the gestational age at which the birth occurred: subgroup A - gestational age 34 weeks + 6 days (27 women), subgroup B - gestational age 35 weeks + 6 days (51 women), subgroup B – gestational period 36 weeks + 6 days (68 women). Parametric and nonparametric methods of biological statistics (Student and Whitney-Munny tests).

Results. One in five newborns born to mothers with late spontaneous preterm labour was found to be small for gestational age, with fetal growth restriction diagnosed in 75.8% of these cases. A statistically significant reduction in mean Apgar scores at 1 and 5 minutes was observed in neonates born at 34+6 weeks' gestation. Respiratory failure

was the cause of early neonatal mortality in 56.3% of cases. In the structure of early neonatal morbidity, respiratory failure is a leading cause, with its frequency and severity depending on gestational age. A strong inverse correlation was found between gestational age and the incidence of respiratory failure in the early neonatal period in neonates born to mothers with late spontaneous preterm labour and fetal growth restriction.

Conclusion. *It is advisable to further conduct research on the effectiveness of differentiated approaches to preventing respiratory distress syndrome in late preterm birth.*

Keywords: *late spontaneous preterm birth, fetal growth restriction syndrome, perinatal mortality, perinatal morbidity, respiratory insufficiency.*

Актуальность. Сроки родов определяют перинатальные исходы и отдаленные исходы для детей. Преждевременные роды являются основной причиной младенческой смертности и заболеваемости. Среди всех случаев преждевременных родов наибольшую подгруппу недоношенных детей составляют новорождённые, появившиеся на свет в гестационном возрасте от 34 до 36 недель. Рождение недоношенного ребенка даже в позднем сроке (34-36 недель и 6 дней) представляет собой проблему, так как рождение ребенка в этих сроках связано с повышением перинатальной заболеваемости и смертности по сравнению с рождением доношенных новорожденных [2, 5, 6].

Заболеваемость детей, родившихся в сроки 34-37 недель беременности, обусловлена незрелостью ряда органов и систем, что повышает риск развития респираторного дистресс-синдрома (РДС), гипогликемии, нарушения функций печени, неврологических расстройств, инфекционных заболеваний. Частота почти всех осложнений в группе поздних недоношенных снижается по мере увеличения срока беременности с 34 до 36 недель. Масса тела при рождении и мужской пол значительно и независимо связаны с повышенным риском респираторной заболеваемости, а сроки беременности и мужской пол связаны с инфекционной заболеваемостью [1, 9, 11].

У новорожденных после поздних преждевременных родов установлен повышенный риск отдаленных последствий - неврологических нарушений, отклонений в развитии, неспособности в школе, поведенческих и психических проблем. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что преждевременные роды связаны с нарушением или задержкой структурного или функционального развития органов и систем органов, что делает недоношенных детей уязвимыми к сердечно-сосудистым и хроническим почечным заболеваниям во взрослом возрасте [10, 4, 3].

Показатель перинатальной смертности и ранней неонатальной смертности при поздних преждевременных родах (ПР) ниже, чем при экстре-

мально ранних преждевременных родах, однако этот показатель выше, чем у доношенных новорожденных. Почти 40% таких новорожденных попадают в отделение реанимации и интенсивной терапии. Относительный риск неонатальной смертности новорожденных, родившихся на 37 недели беременности составил 2,3 пункта, а на 38 неделе беременности – 1,4 пункта [8, 7].

В Таджикистане ранее не проводились исследования, посвященные перинатальным исходам при поздних преждевременных родах в зависимости от гестационного возраста.

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы женщин, жительниц Хатлонской области с поздними самопроизвольными преждевременными родами (ПСПР).

Материал и методы исследования. Обследованы 146 женщин с поздними самопроизвольными преждевременными родами. В зависимости от гестационного возраста на момент родов женщины были разделены на три подгруппы: подгруппа А — срок гестации 34 недели + 6 дней (27 женщин); подгруппа Б — срок гестации 35 недель + 6 дней (51 женщина); подгруппа В — срок гестации 36 недель + 6 дней (68 женщин). Критериями включения женщин в обследование явились: жительницы Хатлонской области Таджикистана, репродуктивный возраст, беременность, начало спонтанных родовых схваток в сроки от 34 недель + 6 дней до 36 недель +6 дней. Критериями исключения явились: другое место жительства, срочные роды, индуцированные преждевременные роды, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии или тяжелых осложнений беременности, являющихся показанием для досрочного родоразрешения.

Всем исследуемым проводились следующие методы исследования: общеклиническое, подсчет предполагаемого срока беременности, оценка гравидограммы, фетометрия плода, доплерометрия маточно-плодов-плацентарного кровотока, оценка новорожденного по шкале Апгар, параметрические и непараметрические методы биологической статистики.

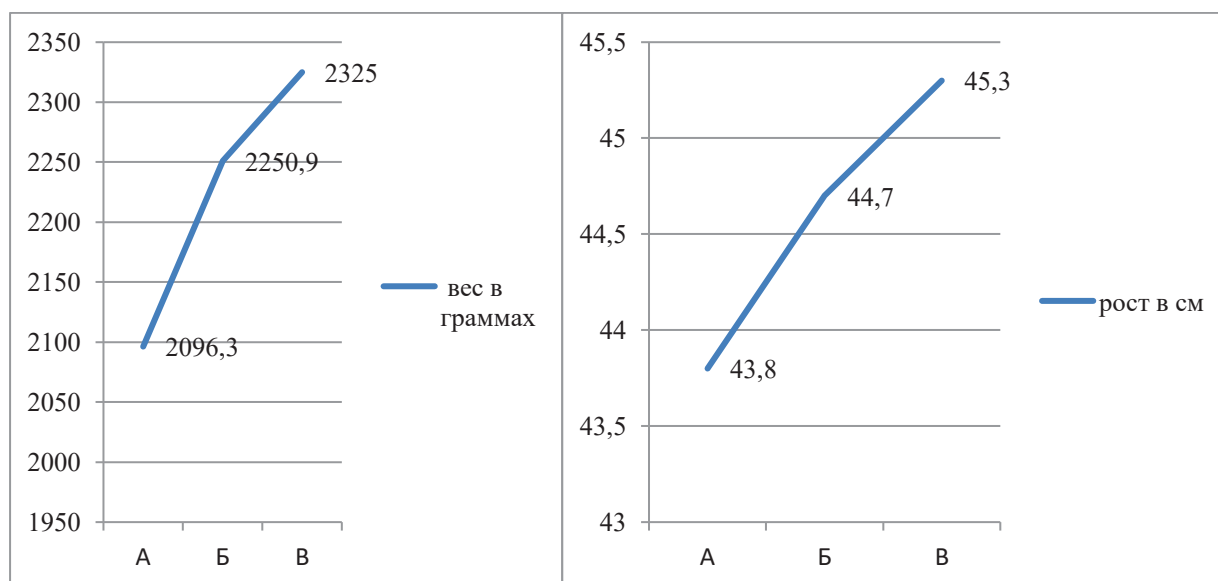


Рисунок 1. Антропометрические показатели новорождённых у матерей с поздними самопроизвольными преждевременными родами.

Результаты исследования и их обсуждение.

Средняя масса тела новорождённых в группе А составила $2096,3 \pm 76,2$ г; в группе Б — $2250,9 \pm 45,6$ г; в группе В — $2325,0 \pm 40,50$ г. Средняя длина тела новорождённых составила $43,8 \pm 2,6$ см; $44,7 \pm 0,4$ см; $45,3 \pm 0,3$ см соответственно (рис. 1).

Как видно из рисунка, средняя масса новорожденных группы А была ниже на 318 грамм должной средней массы новорожденного в сроке 34 недели+ 6 дней, группы Б - ниже на 362 грамма должной средней массы новорожденного в сроке 35 недель+6 дней, группы В – ниже на 495 грамм средней должной массы новорожденного в сроке 36 недель+6 дней.

Распределение по массе тела новорожденных обследованных женщин представлено в таблице 1. Необходимо отметить, что среди новорожденных группы А недостаточный вес для гестационного срока диагностирован у 8 ($29,6 \pm 8,8\%$) детей, груп-

пы Б – в 19 ($37,3 \pm 6,8\%$) случаях, группы В – в 6 ($8,8 \pm 3,4\%$) случаях.

Из них синдром задержки роста плода диагностирован у 5 ($62,5 \pm 10,8\%$) новорожденных группы А, у 15 ($78,9 \pm 6,1\%$) новорожденных группы Б, у 5 ($83,3 \pm 5,1\%$) детей группы В (рис. 2.). В целом недостаточная масса тела для гестационного возраста была диагностирована у 33 новорождённых ($22,6\%$) в случаях поздних самопроизвольных преждевременных родов. Из них СЗРП имели 25 ($75,8\%$) новорожденных.

Полученные нами данные подтверждают, что большая часть новорожденных, родившихся при поздних самопроизвольных преждевременных родах и имеющих недостаточный для гестационного срока вес, имеют также проявления отставания развития, в том числе незрелость ряда органов и систем органов (СЗРП).

Таблица 1

Распределение по массе тела новорожденных обследованных женщин

Группа	А (п=27) 34 нед+ 6 дн	Б (п=51) 35 нед+ 6 дн	В (п=68) 36 нед+ 6 дн
Масса(г)			
1500-2000	8($29,6 \pm 8,8\%$)	19($37,2 \pm 6,8\%$)	6($8,8 \pm 3,4\%$)
2000-2500	16($59,3 \pm 9,5\%$)	20($39,2 \pm 6,8\%$)	41($60,3 \pm 5,89$)
2500-3000	3($11,1 \pm 6,0\%$)	12($23,5 \pm 5,9\%$)	21($30,9 \pm 5,6\%$)
Средняя должная масса	2414 г	2612г	2820 г
От 10 до 90 перцентелей	1505-2653 г.	1636-2800 г.	1786-2970 г

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ достоверное отличие показателей в группах обследованных пациенток.

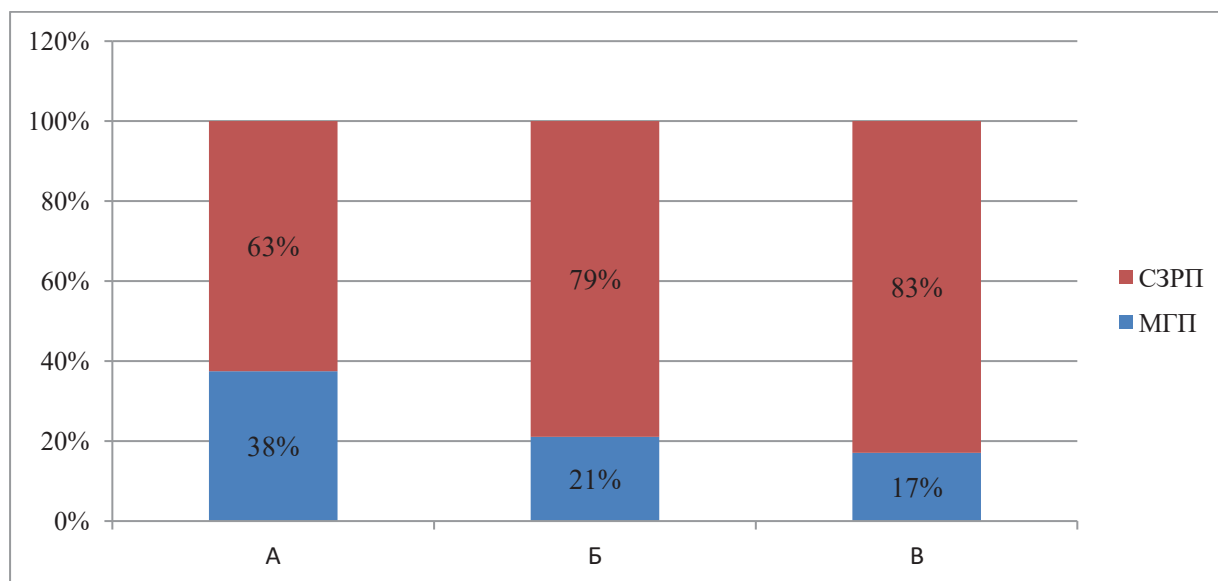


Рисунок 2. Доля новорожденных с синдромом задержки роста плода среди новорожденных с гипотрофией

Большинство новорождённых в обследованных группах имели длину тела более 45 см: в группе А — $66,6 \pm 9,1\%$; в группе Б — $58,8 \pm 6,9\%$; в группе В — $76,5 \pm 5,1\%$. Согласно официальным данным о средних нормах роста плода на различных сроках гестации, должный средний рост новорождённых составляет: при 34 неделях + 6 дней — 46,2 см; при 35 неделях + 6 дней — 47,4 см; при 36 неделях + 6 дней — 48,6 см. Среди новорождённых в группе А рост ниже среднего должного (46,2 см) был зарегистрирован у 20 детей ($74,1 \pm 8,4\%$). В группе Б несоответствие среднему должному росту (47,4 см) отмечено у 39 новорождённых ($76,4 \pm 5,9\%$), а в группе В (48,6 см) — у 59 новорождённых ($86,8 \pm 4,1\%$). Выявлена тенденция к постепенному увеличению частоты случаев от-

ставания в длине тела новорождённых по мере возрастания гестационного возраста на момент родов. Разница показателя между подгруппами Б и А составила 2,3%, а между подгруппами В и Б — 9,6%.

Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте у новорождённых группы А составила $5,9 \pm 0,2$ балла, на 5-й минуте — $6,9 \pm 0,2$ балла; у новорождённых группы Б — $6,2 \pm 0,2$ балла и $7,2 \pm 0,1$ балла соответственно; у новорождённых группы В — $6,6 \pm 0,1$ балла и $7,4 \pm 0,1$ балла. Установлено статистически значимое снижение средней оценки у новорождённых группы А на 1-й и 5-й минутах по сравнению с показателями новорождённых группы В ($p < 0,05$). Количество детей, родившихся в асфиксии средней степени тяжести, постепенно

Таблица 2

Распределение новорожденных по оценочным балам соответственно шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах

группа	А(п=27)		Б(п=51)		В(п=68)	
Апгар	1 мин	5 мин	1 мин	5 мин	1 мин	5 мин
8	2 (7,4%)	11 (40,7%)	3 (5,9%)	21 (41,2%)	7 (10,3%)	42 (61,8%)
7	10 (37%)	5 (18,5%)	20 (39,2%)	17 (33,3%)	40 (58,8%)	13 (19,1%)
6	2 (7,4%)	6 (22,2%)	10 (19,6%)	4 (7,8%)	9 (13,2%)	5 (7,4%)
5	9 (33,3%)	3 (11,1%)	7 (13,7%)	2 (3,9%)	6 (8,8%)	3 (4,4%)
4	1 (3,7%)	0	1 (2%)	0	2 (2,9%)	1 (1,5%)
3	1 (3,7%)	0	3 (5,9%)	0	1 (1,5%)	1 (1,5%)
2	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0
0	2 (7,4%)	2 (7,4%)	7 (13,7%)	7 (13,7%)	3 (4,4%)	3 (4,4%)

Примечание: % - от общего количества больных в подгруппах.

уменьшалось (с 33,3% до 8,8%), а количество детей, родившихся без асфиксии, постепенно увеличивалось (с 44,4% до 69,1%) по мере увеличения срока гестации. Аналогичная тенденция отмечена в оценке новорождённых по шкале Апгар на 5-й минуте (табл. 2).

В группе А зарегистрировано 6 случаев перинатальной смертности — 2 случая антенатальной гибели плодов и 4 случая ранней неонатальной гибели. Причиной антенатальной гибели плодов стала асфиксия на фоне преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и умеренной презклампсии. Случаи ранней неонатальной смертности (4 случая) имели место у новорожденных с СЗРП и причиной послужила дыхательная недостаточность ввиду незрелых легких. В группе А ранняя неонатальная смертность произошла на 1-е сутки, на 2-е сутки, на 3-е сутки и 5-е сутки. В группе Б зарегистрировано 7 случаев мертворождения (в 3 случаях ПОНРП, в 4 случаях причиной мертворождения были синдром задержки развития плода). Ранняя неонатальная смертность зарегистрирована в 2 случаях в группе Б по причине СЗРП. В группе женщин, у которых роды произошли в сроки 36 недель + 6 дней, зарегистрировано 3 случая мертворождения ввиду СЗРП (1 случай) и 2 случая ПОНРП. Два случая ранней неонатальной смертности явилась дыхательная недостаточность ввиду СЗРП.

Из 16 случаев перинатальной смертности женщин обследованных групп в 9 (56,3%) случаях был диагностирован синдром задержки роста плода,

гибель новорожденных произошла из-за дыхательной недостаточности ввиду незрелости легочной ткани. Таким образом, несмотря на гестационные сроки, при которых легкие плода созревают, у каждого 2-го погибшего новорожденного был диагностирован синдром задержки роста плода и развивался респираторный дистресс синдром.

Таблица 3
Причины перинатальной смертности в обследованных группах женщин

	А	Б	В
Дыхательная недостаточность	3	4	1
Асфиксия	2	3	2
Кровоизлияние в мозг	1	0	0

Анализ ранней неонатальной заболеваемости показал, что среди новорожденных женщин обследованных групп наиболее часто развивалась дыхательная недостаточность. Среди новорожденных подгруппы А дыхательная недостаточность диагностирована в 10 (37%) случаях. Среди новорожденных женщин подгруппы Б дыхательная недостаточность I степени тяжести диагностирована в 5 (9,8%) случаях, среди новорожденных женщин подгруппы В – в 1 (1,5%) случае. Все новорожденные, которым был установлен диагноз «дыхательная недостаточность», имели синдром задержки роста.

Несмотря на диагностированный синдром задержки роста плода у всех новорожденных с дыхательной недостаточностью, частота данной

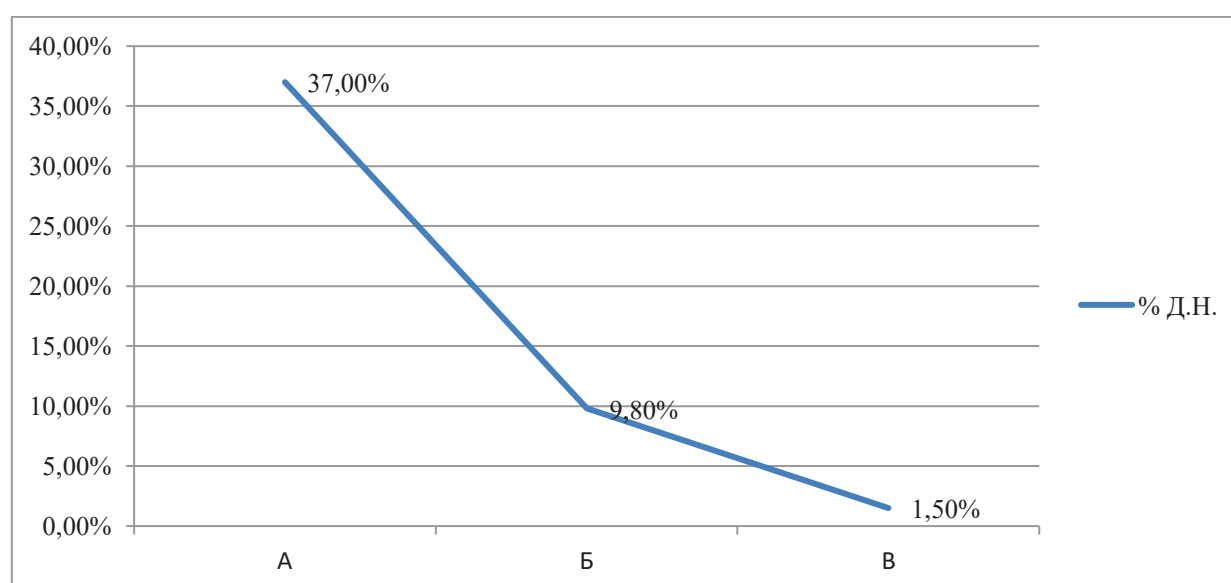


Рисунок 3. Частота дыхательной недостаточности новорожденных матерей с поздними самопроизвольными преждевременными родами.

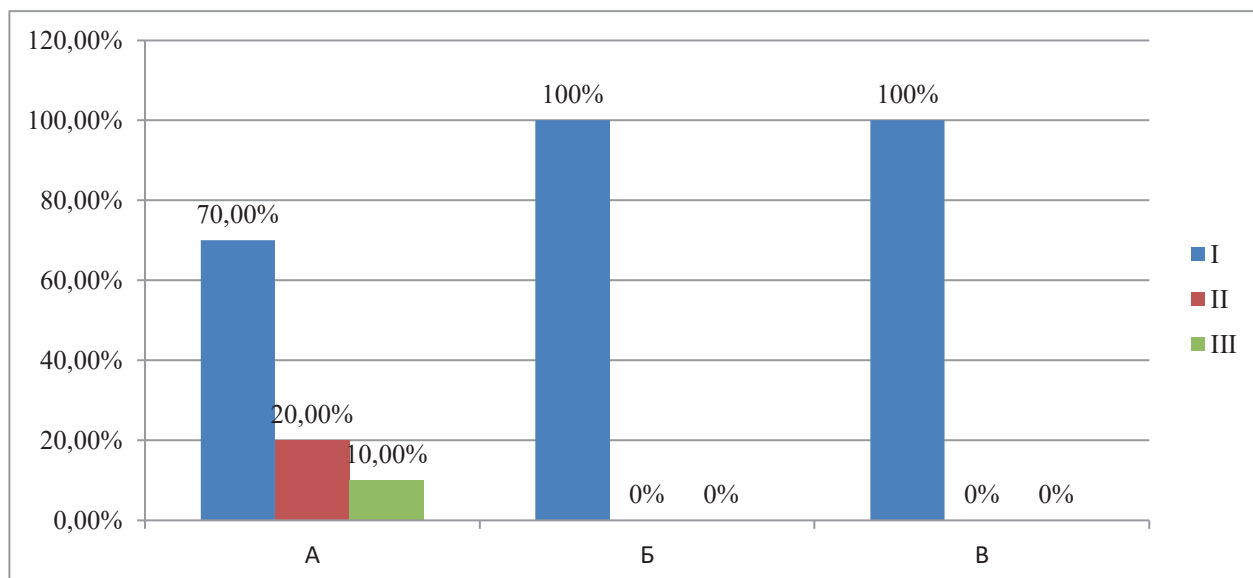


Рисунок 4. Распределение новорожденных матерей обследованных подгрупп по степени тяжести дыхательной недостаточности.

патологии новорожденных значимо уменьшается по мере прогрессирования беременности (рис. 3.).

Установлено статистически значимое повышение частоты дыхательной недостаточности среди новорожденных, родившихся в сроки 34 недель + 5 дней по сравнению с соответствующим показателем новорожденных с гестационным сроком 35 недель + 6 дней (хи-квадрат с поправкой Йейтса=6,767; уровень значимости 0,01), а также с гестационным сроком 36 недель+ 6 дней (хи-квадрат с поправкой Йейтса=20,531; уровень значимости <0,001). Выявлена сильная обратная корреляционная связь между гестационным возрастом и частотой дыхательной недостаточности у новорожденных матерей с поздними самопроизвольными преждевременными родами (нормированный коэффициент Пирсона – 0,634).

Такая же тенденция отмечена при анализе степени тяжести дыхательной недостаточности: у 7 (70%) новорожденных с дыхательной недостаточностью подгруппы А дыхательная недостаточность соответствовала I степени тяжести, у 2 (20%) - II степени тяжести, у 1 (10%) - III степени тяжести. В подгруппах Б и В у новорожденных с дыхательной недостаточностью имело место нарушение дыхания I степени тяжести (рис. 4).

Выводы.

1. Большая часть новорожденных, родившихся при поздних самопроизвольных преждевременных родах и имеющих недостаточный для гестационного срока вес (33 новорожденных), имеют также проявления отставания развития, в том числе не-

зрелость ряда органов и систем (25 новорожденных – 75,8%).

2. Дыхательная недостаточность новорожденных с синдромом задержки развития плода является основной причиной ранней неонатальной смертности (56,3%) новорожденных, родившихся у матерей с поздними самопроизвольными преждевременными родами. В структуре нозологических форм ранней неонатальной заболеваемости у новорожденных, рожденных от матерей с поздними самопроизвольными преждевременными родами, ведущую позицию занимает дыхательная недостаточность, частота и степень тяжести которой зависят от гестационного возраста.

3. Целесообразно проведение дальнейших исследований, направленных на оценку эффективности дифференцированных подходов к профилактике респираторного дистресс-синдрома при поздних преждевременных родах с учётом как ближайших, так и отдалённых последствий данного состояния.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 3-11 см. в REFERENCES)

1. Туманова У.Н. Респираторный дистресс-синдром как причина ранней неонатальной смертности / У.Н. Туманова, А.И. Щеголев, М.П. Шувалова, Д.Н. Дегтярев // Неонатология: новости, мнения, обучение. - 2019. - Т. 7, №3. - С. 20-26.

2. Фомина А.С. Преждевременные роды, современные реалии / А.С. Фомина // Научные результаты биологических исследований. - 2020. - Т. 6, №3. - С. 434-446.

REFERENCES

1. Tumanova U.N., Shchegolev A.I., Shuvalova M.P., Degtyarev D.N. Respiratory distress-sindrom kak prichina ranney neonatalnoy smertnosti [Respiratory distress syndrome as a cause of early neonatal mortality]. *Neonatologiya: novosti, mneniya, obuchenie – Neonatology: News, Opinions, Training*, 2019, Vol. 7, No. 3, pp. 20-26.
2. Fomina A.S. Prezhdevremennye rody, sovremennye realii [Preterm labour, current realities]. *Nauchnye rezultaty biologicheskikh issledovaniy - Research Results in Biomedicine*, 2020, Vol. 6, No. 3, pp. 434-446.
3. Ganssone R.J., Moore L., Kobiané J.F. Birth weight, gestational age, and early school trajectory. *BMC Public Health*, 2023, No. 23 (1), pp. 1032.
4. Crump C. Preterm birth and mortality in adulthood: a systematic review. *Journal of Perinatology*, 2020, No. 40 (6), pp. 833-843.
5. Le Vu M., Matthes K.L., Brabec M. Health of singleton neonates in Switzerland through time and crises: a cross-sectional study at the population level, 2007-2022. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2024, No. 24 (1), pp. 218.
6. Hundscheid T.M., Villamor-Martinez E., Villamor E. Association between Endotype of Prematurity and Mortality: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Neonatology*, 2023, No. 120 (4), pp. 407-416.
7. Khandre V., Potdar J., Keerti A. Preterm Birth: An Overview. *Cureus Journal of Medical Science*, 2022, No. 14 (12), pp. e33006.
8. Trilla C.C., Medina M.C., Ginavart C. Perinatal outcomes of spontaneous and medically indicated late preterm infants. *Clinical Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*, 2019, Vol. 5, pp. 3-5.
9. Mekic N., Selimovic A., Cosickic A. Predictors of adverse short-term outcomes in late preterm infants. *BMC Pediatrics*, 2023, No. 23 (1), pp. 298.
10. Chehade H., Simeoni U., Guignard J.P., Boubred F. Preterm Birth: Long Term Cardiovascular and Renal Consequences. *Current Pediatric Reviews*, 2018, No. 14 (4), pp. 219-226.
11. Lockyear C., Coe K. Trends in morbidities of late preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 2023, No. 43 (11), pp. 1379-1384.

ХУЛОСА

Ф.Р. Ишан-Хочаева, Х.Ч. Сармисокова, Д.М. Рахматуллоева

НАТИЧАҲОИ ПЕРИНАТАЛӢ ДАР ЗАНОНЕ, КИ ТАВАЛЛУДИ ДЕРИ ПЕШ АЗ МУҲЛАТ ШУДААНД, ВОБАСТА БА МУҲЛАТИ ГЕСТАТСИОНӢ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои перинаталӣ занон, сокинони вилояти Хатлон бо таваллуди дерӣ пеш аз муҳлат (ТДПМ).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқи 146 занҳое, ки дорои таввалудҳои пеш аз муҳлат, ки худ аз худ руҳ додаанд, вобаста ба муҳлати ҳомиладорӣ, ки дар он таввалуд суръат гирифтааст. Зергурӯҳи А - давраи ҳомиладорӣ 34 ҳафта + 6 рӯз (27 зан), зергурӯҳи В - синни ҳомиладорӣ 35 ҳафта + 6 рӯз (51 зан), зергурӯҳи В - давраи ҳомиладорӣ 36 ҳафта + 6 рӯз (68 зан). Усулҳои параметрӣ ва ғайрипараметрии омори биологӣ гузаронида шудаанд (санчишҳои Студент ва Уитни-Манни).

Натиҷаҳои таҳқиқот. Нишон дода шудааст, ки ҳар 5-умин кӯдаки навзоди модарони гирифтаи ТДПМ барои давраи ҳомиладорӣ вазни нокифоя дорад, ки дар байни онҳо дар 75,8% ҳолатҳо синдроми суст инкишофи тифли даруни батни (ССИТДБ) ташхис шудааст. Пастшавии назаррас нишондодҳои шкалаи Апгар дар занони ҳомилаи синни 34+6 таваллуд карда, дар дақиқаи 1-ум ва дар дақиқаи 5-ум муқаррар карда шудааст. Норасоии роҳи нафас (НРН) дар 56,3% ҳолатҳо сабаби марғи барвакти навзодон буд. Дар сохтори сабабҳои бемории барвакти навзодҳо НРН мавқеи пешсафрро ишғол мекунад, ки басомад ва вазнинии он аз муҳлати ҳомиладорӣ вобаста аст. Дар модарони навзод таваллудкарда бо ТДПМ ва ССИТДБ (синдроми суст инкишофи тифли даруни батни) байни муҳлати ҳомиладорӣ ва бемории норасоии нафас дар давраи барвакти неонаталӣ таносуби кавии баръакс ошкор карда шуд.

Хулоса. Ба мақсад мувофиқ аст, ки минбаъд тадқиқот оид ба самаранокии равишҳои дифференсиалии пешгирии синдроми дистресси респираторӣ хангоми таваллуди дерӣ пеш аз муҳлат гузаронида шавад.

Калимаҳои калидӣ: таваллуди дерӣ пеш аз муҳлат, синдроми суст инкишофи тифли даруни батни, фавти перинаталӣ, бемории перинаталӣ, норасоии нафас.