

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор КГМИПиПК им С.Б.Даниярова

д.м.н., профессор Курманов Р.А.



« 11 » 2019г.

АКТ

**о реализации научных результатов, полученных в диссертации
Бектемир кызы Заремы на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук по специальности 14.01.01 - акушерство и
гинекология на тему: Оптимизация ведения родов при преэклампсии
тяжелой степени у женщин Кыргызской Республики**

Комиссия в составе:

Председатель - д.м.н. Шоонаевой Н.Дж., заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК им. С.Б.Даниярова

Членов комиссии:

1. Насирова Н.М. – к.м.н., ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК им. С.Б.Даниярова
2. Выборных В.А.- к.м.н., ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК им. С.Б.Даниярова
3. Бообекова А.А.-к.м.н., ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК им. С.Б.Даниярова

свидетельствует о том, что при исследовании выявлены объективные критерии прогнозирования кесаревых сечений и выявлена оптимизированная схема медикаментозной индукции родов у женщин с тяжелой преэклампсией

в доношенном сроке путем изучения клинико-экономической эффективности процесса вагинального родоразрешения. Были реализованы следующие научные результаты, полученные в кандидатской диссертации Бектемир кызы Заремы :

1. Впервые дана количественная оценка частоты кесарева сечения (21,0%) при попытке вагинального родоразрешения у женщин с тяжелой формой преэклампсии в доношенном сроке и определены факторы, формирующие необходимость проведения операции в родах, которыми явились: медикаментозная индукция (мизопростолом ($p=0,05$), ОШ= 2,0 (95% ДИ 1,0 – 4,2) и динопростом ($p<0,001$), ОШ= 7,2 (95% ДИ 3,6 – 14,6)), отсутствие родового врачебного ($p=0,03$) ОШ = 0,52 (95% ДИ 0,30–0,93) и хронический пиелонефрит ($p=0,01$) ОШ= 2,4 (95% ДИ 1,2 – 4,6).

2. Впервые в КР, проведенный комплексный сопоставительный анализ медикаментозной индукции родов у женщин с тяжелой преэклампсией, позволил показать возможность родов через естественные родовые пути в 79,0% случаев и доказать преимущества использования мизопростола по отношению к динопростону и спонтанно начавшимся родам в связи с меньшей вероятностью кесарева сечения, меньшей потерей крови в родах и меньшей стоимостью препарата.

3. Впервые в сравнительном аспекте уточнены возможные реакции новорожденного на рождение в условиях медикаментозной индукции родов, в частности, использование мизопростола потенцирует кратковременную асфиксию при рождении ребенка, а динопростон может быть причиной развития состояний, требующих госпитализации в палату интенсивной терапии.

Реализация материалов диссертации Бектемир кызы Заремы, позволила разработать:

- Полученные в диссертационной работе сведения о частоте и факторах риска необходимости кесарева сечения в родах при попытке вагинального родоразрешения у беременных с тяжелой преэклампсией в доношенном сроке следует использовать для совершенствования службы антенатального контроля за беременными.

- Практическому здравоохранению третичного уровня для родоразрешения беременных с преэклампсией тяжелой степени в доношенном сроке рекомендован для использования метод индукции родов мизопростолом, что позволит снизить число осложнений и материальных затрат при оперативном родоразрешении.

- Для неонатологов обозначены вероятные нарушения состояния доношенных новорожденных после медикаментозной индукции родов у беременных с тяжелой преэклампсией, что позволит своевременно проводить соответствующие превентивные или лечебные мероприятия по улучшению перинатальных исходов.

Экономическая значимость полученных результатов.

По результатам работы подтверждена бесспорная экономическая эффективность мизопростолу (не менее, чем в 60 раз) в сравнении с динопростомом для пациенток КР.

Материалы диссертации использованы в следующих документах, материалах и разработках:

1. Программе и учебном плане цикла тематического усовершенствования для врачей семейной медицины и акушеров-гинекологов Кыргызской Республики на базе КГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова.
2. Методических рекомендациях для врачей семейной практики и акушеров гинекологов стационаров III уровня оказания помощи «Ведение беременных с преэклампсией тяжелой степени».

По результатам реализации получен следующий положительный эффект:

Для снижения частоты кесаревых сечений и неблагоприятных перинатальных исходов при попытке вагинальных родов у женщин с тяжелой формой преэклампсии в доношенном сроке практическим врачам следует знать и придерживаться следующих мер на различных этапах.

1. На антенатальном уходе:

Повышение семейными врачами охвата дородовым наблюдением всех беременных, в группу риска преэклампсии и оперативного родоразрешения следует включать всех беременных с последующим индивидуальным формированием групп беременных с клинико-лабораторными признаками гипертензивных нарушений, своевременное направление беременных с признаками преэклампсии в учреждения вторичного и третичного уровня для повышения частоты возможности проведения родов через естественные родовые пути.

2. Период родов:

При преэклампсии тяжелой степени в доношенном сроке родоразрешение следует стремиться проводить через естественные родовые пути, отдавая предпочтение индукции родов простагландинами даже на фоне «недостаточно зрелой» шейки матки (5-6 баллов по шкале Бишоп), из простагландинов следует отдавать предпочтение мизопростолу в дозе 25 мкг. per os через 2 часа, т.к. этот препарат имеет минимальные негативные воздействия на материнские и перинатальные исходы, при проведении вагинальных родов у женщин с тяжелой преэклампсией в доношенном сроке следует учитывать факторы риска возникновения необходимости оперативного родоразрешения, которыми являются: сама по себе индукция родов простагландинами, отсутствие дородового патронажа и хронические воспалительные заболевания почек в анамнезе.

3. Особенности неонатологии:

При индукции родов мизопростолом следует ожидать рождения младенцев с асфиксией, которая может нивелироваться самостоятельно к 5-й минуте жизни или после общепринятых мер, у женщин, роды которых были индуцированы интрацервикальным введением динопростона, часть новорожденных (9,1%) может нуждаться в оказании интенсивной помощи, поэтому в качестве превентивной меры для всех новорожденных после таких родов следует считать госпитализацию в палату интенсивной терапии новорожденных.

Председатель комиссии:

Председатель - заведующая кафедрой

акушерства, гинекологии и

репродуктологии КГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова

д.м.н.



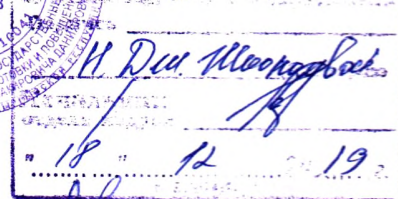
Н.Дж. Шоонаева

Члены комиссии:

ассистент кафедры акушерства, гинекологии

и репродуктологии КГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова

к.м.н.



Н.М. Насирова

ассистент кафедры акушерства, гинекологии

и репродуктологии КГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова

к.м.н.

В.А. Выборных

ассистент кафедры акушерства, гинекологии

и репродуктологии КГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова

к.м.н.

А.А. Бообекова

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА

«УТВЕРЖДАЮ»
Заместитель директора КНЦРЧ
к.м.н. Джумалиева А.Д.
« 18 _____ 2019г.



АКТ

о реализации научных результатов, полученных в диссертации Бектемир кызы Заремы, на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 - акушерство и гинекология, на тему: «Оптимизация ведения беременности и родов при преэклампсии тяжелой степени у женщин в Кыргызской Республике».

Комиссия в составе:

Председатель - к.м.н. Джумалиева А.Д., заместитель директора по научной работе.

Членов комиссии:

1. Кармышев А.О. - к.м.н., заместитель директора по лечебной работе КНЦРЧ.
2. Сартбаев А.О. - к.м.н., заведующий отделения патологии беременных КНЦРЧ
3. Акматбекова Н.Р. – заведующая отделения оперативной гинекологии и ювенологии КНЦРЧ

свидетельствует о том, что при исследовании определены объективные критерии прогнозирования кесаревых сечений и оптимизирована схема медикаментозной индукции родов у женщин с преэклампсией тяжелой степени в доношенном сроке беременности путем изучения клинико – экономической эффективности процесса вагинального родоразрешения. Были реализованы следующие **научные результаты**, полученные в кандидатской диссертации Бектемир кызы З.:

1. Частота успешных вагинальных родов при тяжелой преэклампсии в доношенном сроке беременности составляет 79,0%. Группу риска кесарева сечения составляют женщины, не находившиеся под антенатальным контролем ОШ = 0,52, страдающие хроническим пиелонефритом ОШ= 2,4 и подвергшиеся индукции родов ОШ= 2,0.
2. Индукция родов простагландинами не может проводиться без медицинских показаний, т.к. является фактором риска кесарева сечения, но при тяжелой преэклампсии в доношенном сроке имеет относительную безопасность и значительную эффективность (97,0%-99,0%).
3. Из простагландинов предпочтение следует отдавать мизопростолу per os в дозе 25 мкг. через 2 часа ввиду статистически значимо низкой частоты кесарева сечения, кровопотери, утяжеления симптомов преэклампсии и острой внутриутробной гипоксии плода в сравнении с группой, применивших динопростон ($p < 0,05$).

Реализация материалов диссертации Бектемир кызы З. позволила разработать следующие практические рекомендации

Для снижения частоты кесаревых сечений и неблагоприятных перинатальных исходов при попытке вагинальных родов у женщин с тяжелой формой преэклампсии в доношенном сроке практическим врачам следует знать и придерживаться следующих мер на различных этапах.

I этап. Период беременности

- 1.1. Повышение семейными врачами охвата дородовым наблюдением всех беременных.
- 1.2. В группу риска преэклампсии и оперативного родоразрешения следует включать всех беременных с последующим индивидуальным формированием групп беременных с клинико-лабораторными признаками гипертензивных нарушений.
- 1.3. Своевременное направление беременных с признаками преэклампсии в учреждения вторичного и третичного уровня для повышения частоты возможности проведения родов через естественные родовые пути.

II этап. Период родов.

- 1.1. При преэклампсии тяжелой степени в доношенном сроке родоразрешение следует стремиться проводить через естественные родовые пути, отдавая предпочтение индукции родов простагландинами даже на фоне «недостаточно зрелой» шейки матки (5-6 баллов по шкале Бишоп).

- 1.2. Из простагландинов следует отдавать предпочтение мизопростолу в дозе 25 мкг. per os через 2 часа, т.к. этот препарат имеет минимальные негативные воздействия на материнские и перинатальные исходы.
- 1.3. При проведении вагинальных родов у женщин с тяжелой преэклампсией в доношенном сроке следует учитывать факторы риска возникновения необходимости оперативного родоразрешения, которыми являются: сама по себе индукция родов простагландинами, отсутствие дородового патронажа и хронические воспалительные заболевания почек в анамнезе.

III этап. Особенности неонатального периода.

- 1.1. При индукции родов мизопростолом следует ожидать рождения младенцев с асфиксией, которая может нивелироваться самостоятельно к 5-й минуте жизни или после общепринятых мер. У женщин, роды которых были индуцированы интрацервикальным введением динопростона, часть новорожденных (9,1%) может нуждаться в оказании интенсивной помощи, поэтому в качестве превентивной меры для всех новорожденных после таких родов следует считать госпитализацию в палату интенсивной терапии новорожденных.

Материалы диссертации использованы в следующих документах, материалах и разработках:

1. Программе и учебном плане цикла тематического усовершенствования для врачей семейной медицины и акушеров-гинекологов Кыргызской Республики на базе КГМИП и ПК.
2. Протокол для родовспомогательного учреждения III уровня оказания помощи «Ведение беременных с преэклампсией тяжелой степени.»

По результатам реализации получен следующий положительный эффект: Полученные в диссертационной работе сведения о частоте и факторах риска необходимости кесарева сечения в родах при попытке вагинального родоразрешения у беременных с тяжелой преэклампсией в доношенном сроке следует использовать для совершенствования службы антенатального контроля за беременными с широким привлечением семейных врачей. Практическому здравоохранению третичного уровня для родоразрешения беременных с преэклампсией тяжелой степени в доношенном сроке рекомендован для использования метод индукции родов мизопростолом per os, что позволит снизить число осложнений и материальных затрат при оперативном родоразрешении. Для неонатологов обозначенные вероятные нарушения состояния доношенных новорожденных после медикаментозной индукции родов у беременных с тяжелой преэклампсией.

Председатель комиссии:

Заместитель директора
по научной работе КНЦРЧ,
к.м.н.

А.Д. Джумалиева

Члены комиссии:

Заместитель директора
по лечебной работе КНЦРЧ,
к.м.н.

Кармышев А.О.

Заведующий патологии беременных
КНЦРЧ, к.м.н.

Сартбаев Т.Д.

Заведующая оперативной гинекологии
и ювенологии КНЦРЧ

Акматбекова Н.Р.

Бюджет Сартбаева Т.Д.
Заведующий
медицинский отдел
18.11.19