И.К. АХУНБАЕВ ат. КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТИРЛИГИ

Диссертациялык кеңеш Д 14.19.603

Кол жазма укугунда

УДК: 618.3:616.8-009.24:618.5-08(575.2)

БЕКТЕМИР КЫЗЫ ЗАРЕМА

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ООР ДАРАЖАДАГЫ КЕЧ ТАЛГАК МЕНЕН ООРУГАН КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫН ТӨРӨТ ЖҮРГҮЗҮҮСҮН ОПТИМАЛДАШТЫРУУ

14.01.01 – акушердик жана гинекология

Медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын
изденүүчү диссертациянын
авторефераты

Бишкек – 2021

Диссертациялык иш С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институтунун алдындагы акушердик, гинекология жана репродуктология кафедрасында аткарылды.

Илимий жетекчи: **Рыскельдиева Виктория Турабековна**
медицина илимдеринин доктору, профессор

Расмий оппоненттери: **Могилевкина Ирина Александровна**
медицина илимдеринин доктору, профессор

Биялиева Гульмира Самарбековна
медицина илимдеринин кандидаты

Жетектөөчү уюму: Тажикстан Республикасынын акушердик, гинекология жана перинатология илимий изилдөө институту (734002, Тажик Республикасы, Душанбе ш., Мирзо Турсунзода көч., 31).

Диссертация 2021-жылдын «6»-апрелде саат 13:00. И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын жана С.Б Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институтуна караштуу Д 14.19.603 диссертациялык кеңештин отурумунда (720020, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92, конференция залы) өткөрүлөт. http://kgma.kg.

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., И. К. Ахунбаев көчөсү, 92), китепканасында, С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институтунун (Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Боконбаев көч., 144а) китепканасында жана http://vak.kg; http://kgma.kg, http://ksmi.kg сайттарынан таанышууга болот.

Автореферат 2021-жылдын «5» мартында жөнөтүлдү.

Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы, медицина илимдеринин
кандидаты Ч.А Стакеева

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациялык теманын актуалдуулугу. Кесар кесүүлөрдүн өсүү темпи дүйнөдө жана Кыргыз Республикасында маанилүү көйгөй катары таанылды, себеби «хирургиялык кийлигишүүнүн өзүнүн кыска мөөнөттүү жана узак мөөнөттүү терс кесепеттеринин жайылышынан улам энелердин жана перинаталдык натыйжалардын жакшырышына алып келбейт» (WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections, Geneva, 2018). Көптөгөн авторлордун айтымында, кеч талгак болуп калган кош бойлуу аялдар, негизсиз кесар секциялардын санын азайышына алып келүүчү максаттуу тобунун бири, себеби кеч талгактын оор түрлөрүнө кабылып калган учурда, жөн гана мүмкүн болуп калыш кыйынчылыктардан коркуп, дарыгерлер кош бойлуулукту кесар кесүү жолу менен бүтүрүүгө аракет кылышат (DOI https://doi.org/10.1055/s-0039-1681057). Окумуштуулардын айтымында, вагиналдык төрөт каналы аркылуу төрөөгө аракет кылганда, пациенттин абалын оптималдуу баалоо менен, бул патологиядагы кесар кесүүнүн санын азайтууга болот. Тилекке каршы, бүгүнкү күндө, этиопатогенез боюнча акыркы маалыматтар, бирдиктүү диагностикалык критерийлер жана кеч талгак классификациясы боюнча так маалыматтардын жоктугунан, ага каршы күрөш профилактиканын деңгээлинде жана эрте төрөт өткөрүү зарылдыгы бар. Ушундай шартта, төрөттүн кайсы ыкмасы эне менен бала үчүн ыңгайлуу деген суроо туулат? Кесар кесүү жолу мененби же вагиналдык төрөттүн жардамы мененби? Акыркы убакка чейин дарыгерлердин тактикасы бирдей болчу - шашылыш түрдө кесар кесүү жолу! Азыркы учурда, төрөттүн даары-дармек индукциясы акушердик практикага барган сайын көбүрөөк киргизилип жатканына карабастан, оор кеч талгак учурунда хирургиялык кийлигишүүнүн саны басымдуулук кылат жана биздин өлкөдө 70% учурларга жетет. Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун акыркы дүйнөлүк (2014) төрөттү индукциялоо боюнча колдонмосунда көрсөтүлгөндөй, простагландиндерди оор кеч талгак учурунда, тороттү индукция кылуу үчүн колдонуунун мүмкүнчүлүктөрү, алардын дозалары жана кабыл алуу жолдору боюнча азырынча так сунуштар жок экендиги жана бул маселе дагы изилдөөнү талап кылары баса белгиленди . Кыргыз Республикасында бир катар эмгектер кеч талгак көйгөйүнө арналган (Керимова Н.Р., 1991; Чорчоева К.О., 1992; Барыктабасова Б.К., 2000; Шаршенов А.К., 2001; Алайдарова Ж.С., 2006), бирок вагиналдык төрөт мүмкүнчүлүгү изилдене элек. Акыркы он жылдыкта, мизопростол препараты

акушердик практикага активдүү киргизилди, ал көрсөтмөгө ылайык, ашказан жарасы үчүн колдонулат, бирок, белгилүү болгондой, жатындын катуу кысылышын шарттайт. Бул белгилүү динопростон (Препидил-гель) дарысына салыштырмалуу экономикалык жактан пайдалуу жана аборттун бардык түрүндө гинекологияда кеңири колдонулуп келет. Акыркы учурда, мизопростол төрөттү индукция кылууга сунуш кылынган, бирок акушерлердин көпчүлүгү аны колдонуудан этият болушат, айрыкча оор кеч талгакка, динопростонду колдонууну туура көрүшөт. Кыргыз Республиканын клиникалык протоколдорунда оор кеч талгак учурунда, төрөттү индукция кылыш үчүн простагландиндерди колдонуу мүмкүнчүлүгүн көрсөтүлөт, бирок бул көрсөткүч көп борбордук изилдөөлөргө эмес, дүйнөлүк адабияттан алынган айрым маалыматтарга негизделген.

Кыргыз Республикасында кеч талгактын оор даражасындагы кош бойлууларды индукция колдонуп, вагиналдык төрөт өткорүү мүмкүнчүлүктөрү жөнүндө жергиликтүү изилдөөлөр жүргүзүлгөн эмес. Ошентип, кош бойлуулугу оор кеч талгак менен коштолгон аялдардын төрөтүн индукция колдонуу, оптималдуу ыкмалары жөнүндө илимий маалыматтарды алуу, бул эне жана перинаталдык натыйжаларды начарлатпастан, кесар кесүү операциясынын санын кыскартат.

Диссертациянын темасынын приоритеттүү илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор), негизги илимий-изилдөө иштери, билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүлүүчү илимий иштер менен байланышы. Диссертация «Кыргыз Республикасынын репродуктологиясындагы инновациялар» илимий-изилдөө долбоорунун алкагында жүргүзүлүп жатты, мамлекеттик каттоо номери: 0007353, 01.18.18 ж.

Изилдөөнүн максаты. Толук кош бойлуулук учурунда кеч талгакка чалдыккан аялдар үчүн төрөт ыкмаларын өркүндөтүү менен эне жана бала/ жаңы төрөлгөн балдардын ооруларынын/кыйынчылыктарын азайышы.

Изилдөөнүн маселелери:

1. Толук мөөнөттүү кош бойлуу учурунда оор кеч талгак менен ооруган аялдардын, вагиналдык жолу менен төрөтүү аракет кылынганда, ийгиликтүү вагиналдык төрөтүнүн санын аныктоо жана төрөттү кесар кесүү жолу менен аяктоо коркунучунун факторлорун аныктоо.
2. Толук мөөнөттүү кош бойлуу аялдарда оор кеч талгак менен татаалданган аялдардын төрөт процессине жана төрөттөн кийинки мезгилге ар кандай индукция ыкмаларынын таасирин изилдөө.
3. Вагиналдык төрөтүүгө аракет кылганда, оор кеч талгак менен ооруган

аялдардын перинаталдык натыйжаларын талдоо.

4. Толук мөөнөттүү кош бойлуу учурунда оор кеч талгак менен ооруган аялдарга жардам көрсөтүү боюнча сунушталган технологиянын экономикалык натыйжалуулугун изилдөө.

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы

1. Биринчи жолу, вагиналдык төрөөгө аракет кылганда, толук мөөнөттүү кош бойлуу аялдын кесар кесүү операциясынын жыштыгына (21,0%) сандык баа берилди жана төрөт учурунда кесар кесүү жолу менен төрөткө алып келчүү тобокелчиликти жогорулатуучу факторлорду аныктады: мизопростол менен өткөрүлгөн дары-дармек индукциясы: ОШ= 2,0 (95% ДИ 1,0 – 4,2), p=0,049 жана динопростон менен : ОШ= 7,2 (95% ДИ 3,6 – 14,6), p<0,001, төрөткө чейинки медициналык көзөмөлдүн жоктугу ОШ = 1,92 (95% ДИ 1,08–3,33), p=0,03 жана өнөкөт пиелонефрит ОШ= 2,4 (95% ДИ 1,2 – 4,6), p=0,01.

2. Кыргыз Республикасында биринчи жолу, оор кеч талгак менен ооруган аялдарда төрөттүн дары-дармектер менен индукция кылуу ар тараптуу салыштырмалуу анализи өткөрүлдү, төрөттү индукция кылыш үчүн простагландиндерди колдонууда 79.0% учурларда табигый тубаса канал аркылуу төрөт мүмкүнчүлүгүн көрсөттү жана мизопростолдун динопростонго салыштырмалуу пайдалуулугун далилдөө, кесар кесүүнүн төмөндөшүнүн ыктымалдуулугун эске алып, төрөт учурунда кан жоготууну азайтууну жана дары-дармектин чыгымын азайтууну эске алат.

3. Биринчи жолу, салыштырмалуу аспектте, түйүлдүктүн жана жаңы төрөлгөн баланын мүмкүн болгон реакциялары, оор кеч талгак менен татаалданган толук мөөнөттүү кош бойлуулук учурунда төрөттү дары-дырмек менен индукцялоо шартында, атап айтканда, мизопростолду колдонуу төрөт учурунда кыска мөөнөттүк асфиксиянын мүмкүнчүлүгү бар, жана динопростон интенсивдүү терапия бөлүмүндө жаткырууну талап кылган шарттардын өнүгүшүнүн себеби болушу мүмкүн.

Алынган натыйжаларжын практикалык маанилүүлүгү

- Толук мөөнөттүү кош бойлуу аялдын оор кеч талгакка чалдыккан учурда вагиналдык төрөтүүгө аракет кылганда, кесар кесүү жолу менен өткөрулгөн төрөттүн санына жана тобокелдик факторлору жөнүндө диссертациялык иштен алынган маалыматтар, кош бойлуу аялдарды төрөткө чейинки көзөмөл кызматынын ишин өркүндөтүү үчүн колдонуш керек.
- Үчүнчү деңгээлдеги практикалык саламаттыкты сактоо үчүн, толук мөөнөттүү

кош бойлуу учурда, оор кеч талгакка чалдыккан аялды төрөтүү үчүн, мизопростол менен төрөттү индукциялоо ыкмасы сунушталат, бул энедеги жана баладагы оору, кыйынчылыктардын санын азайтып, ушул патологиягада жардам көрсөтүүдө, материалдык чыгымдарды азайтууга мүмкүндүк берет.

- Неонатологдор үчүн, оор кеч талгак менен ооруган кош бойлуу аялдарда даары-дармек менен индукция өткөрүлгөн төрөттөн кийин, толук кандуу төрөлгөн ымыркайлардын абалынын, мүмкүн болгон кыйынчылыктар көрсөтүлгөн, бул перинаталдык натыйжаларды жакшыртуу боюнча тиешелүү профилактикалык же терапиялык чараларды өз убагында жүргүзүүгө мүмкүндүк берет.

Алынган жыйынтыктардын экономикалык мааниси. Дары-дармектердин эффективдүүлүгүн баалоонун натыйжасында ДМПС (дарылануууга муктаж болгон пациенттердин саны), динопростонду колдонууга салыштырмалуу мизопростолду колдонуунун экономикалык эффектиси ар бир айыккан бейтапка 3078 - 50,45 = 3027,55 сомду түзөрү аныкталды.

Диссертациянын коргоого коюлуучу негизги жоболору:

1. Оор кеч талгак менен татаалдашкан толук мөөнөттүү кош бойлуулук учурунда ийгиликтүү вагиналдык төрөт көрсөткүчү 79% ды түзөт. Вагиналдык төрөт учурунда кесар кесүү жолу менен төрөт болуп калышы ыктымал тобокелдик тобуна төрөткө чейинки көзөмөлгө алынбаган аялдар кирет ОШ = 1.92; өнөкөт пиелонефрит ОШ= 2,4% жана простагландиндер Е2 аркылуу индукцияланган төрөт ОШ = 7,2.

2. Простагландиндер колдонулган индукцияланган төрөт медициналык көрсөтмөсү жок, жүргүзүлбөйт, анткени кесар кесүү операциясы үчүн тобокелдик фактор, бирок оор кеч талгак үчүрунда ал салыштырмалуу коопсуздукка жана жогорку эффективдүүлүккө ээ (97,0% -99,0%).

3. Простагландиндердин ичинен пероралдык мизопростолго 2 сааттан кийин per os дозасы 25 мкг, артыкчылык берилиши керек. Себеби кесар кесүү бөлүмүнүн жыштыгынын статистикалык жактан кыйла төмөндүгүнө байланыштуу, кан жоготуу, төрөт учурунда кеч талгак белгилери күчөп, эмчекке эрте эмизүү динопростонду колдонгон топко салыштырмалуу ($p < 0.05$).

Издөөчүнүн жеке салымы. Автор өзү келечектүү изилдөө үчүн материалдардын топтому жүргүзүлүп, баштапкы медициналык документтерден көчүрүлүп, компьютердик маалымат базасына киргизилген. Мындан тышкары, автор өзү мизопростол менен индукцияланган 110 кош бойлуу аялдын төрөтүн жеке өзү байкап, дарылаган. Лабораториялык жана функционалдык изилдөө методдору

медициналык жардамдын үчүнчү деңгээлиндеги медициналык мекемелердин кызматкерлери менен биргеликте жүргүзүлдү.

Изилдөөнүн жыйынтыктарын апробациясы. Иштин натыйжалары жөнүндө Бишкек шаарында өткөн «Илим күндөрү КГМА-2019» эл аралык илимий-практикалык конференцияда билдирилди. «Саламаттыкты сактоонун актуалдуу маселелери-2019» жаш окумуштуулардын илимий-практикалык конференциясы, Бишкек.

Диссертациянын жыйынтыктарын публикацияларда чыгарылышы. Диссертациянын темасы боюнча 9 макала жарык көрдү, 4 макала КР ЖАК тарабынан сунуш кылган басылмаларда, 2 макала чет элдик РИНЦ нөл импакт-фактор менен системасына кирген басылмаларда, 2 макала методикалык сунуштар.

Диссертациянын түзүмү жана көлөмү. Диссертация киришүүдөн, адабияттарга баяндамадан, материалдар баптардан жана изилдөө методдорунан, өзүнүн изилдөө иштеринин натыйжаларынан, корутундулардан, практикалык сунуштардан жана колдонулган адабияттардын тизмесинен турат. Диссертациялык иш компьютерде терилген 146 бетте жазылган, 31 таблица жана 9 сүрөт менен көркомдөлгөн. Библиографиялык көрсөткүч алфавиттик тартипте түзүлүп, чет элдик - 69 англис жана орус тилдүү-70 булактарын камтыйт.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүү бөлүгүндө каралып жаткан теманын актуалдыгы негизделди, изилдөөнүн максаты аныкталды, иштин абалына жалпы мүнөздөмө берилди. Иштин негизги идеясы аныкталды жана илимий маселеси, илимий жаңылыгы түзүлдү, практикалык маанилүүлүгү берилди, коргоого чыгуучу негизги жоболору формулировкаланды.

1-бап. Адабияттар тууралуу маалымат. Акыркы жылдардагы кош бойлуулуктун гипертензиялык ооруларынын көйгөйүнүн абалын, оор кеч талгак учурдагы төрөттүн заманбап тенденциясын жана кесар кесүүнүн санын азайтуу үчүн төрөт учурунда дары-дармек индукциясын колдонуунун мүмкүнчүлүктөрүн чагылдырган басылмаларга сын-пикир берилди. Бул патологияда изилдөө жүргүзүүчүлөрдүн тобокелдик факторлору, диагностикалык методдору, инновациялык технологиялары жөнүндө заманбап көз караштарына аналитикалык сын-пикир берилген. Адабий булактарды талдоону эске алуу менен, диссертациялык иштин темасы боюнча изилдөө жүргүзүү зарылдыгы негизделген.

2-бап. Изилдөө материалы жана ыкмалары сунушталган. Коюлган маселелерди эске алуу менен, комплекстүү сурамжылоонун натыйжаларына негизделген, оор кеч талгак менен вагиналдуу жол менен төрөөгө аракет кылышкан 37-41 жума + 6 күндүн ичинде 343 кош бойлуу аялдын комплекстүү экспертизасы жана төрөтүнүн натыйжалары проспективдүү когорт изилдөө жүргүзүлдү. Бардык кош бойлуу аялдар - Кыргыз Республикасынын
жашоочулары, үчүнчү даражадагы ооруканаларга жеткирилип төрөшкөн, (Адамдын репродукциясы боюнча Кыргыз илимий борбору, Бишкектеги Кыргыз Республикасынын Энени жана баланы коргоо улуттук борбору жана Бишкектеги Перинаталдык борбор)
Когортту чогултуу узактыгы – 2 жылды түздү (2016 жана 2017 жылдары).

Изилдөө объектиси

Киргизүү критерийлери: Толук мөөнөттүү кош бойлуулук мезгилиндеги аялдар: ДАД ≥ 110 мм рт. ст деңгээлинин жогорулашы диагнозу коюлган жана олуттуу протеинурия (> 0,3 г / 24 ч) жана / же сыноо тилкесине 1 +; бала башы менен жатында жайгашкан учурда; жалгыз түйүлдүк кош бойлуулук; бүтүндөй түйүлдүк көбүк.

Чекттетүү критерийлери: Шашылыш түрдө же пландаштырылган хирургиялык жол менен төрөтүүгө көрсөтмөлөрү бар, кош бойлуу аялдар, же болбосо вагиналду төрөтүү мүмкүнчүлүгү жок, алдына ала пландаштырылган хирургиялык жолу менен өткөрөлө турган төрөт жана моюнга бекем киндик чырмалышкан жаңы төрөлгөн ымыркайлар.

Вагиналдык төрөт өткорүүгө аракет болуп жаткан учурунда хирургиялык операция өтрөтүүгө көрсөткүчтөрү:

- Кеч талгактын өмүргө коркунуч келтирген симптомдору: пациенттин субъективдүү даттануулары, кандагы АТЛ жана / же АСТ деңгээлинин жогорулашы, тромбоциттер деңгээлинин төмөндөшү, өпкө шишигинин белгилери (тихипноэ), олигурия жана / же кандагы креатинин деңгээлинин жогорулашы;
- Кан кетүү менен плацентанын эрте ажыратылышы;
- Төрөт аномалиялары (эч кандай коррекция жүргүзүлгөн эмес);
- Жатындын ичиндеги баланын гипоксиясы.

Текшерүүдөн кийин, оор кеч талгак диагнозун тастыктоодон жана дарыгерлердин консилиуму өткөрүлгөндөн кийин, ар бир кош бойлуу аялга төрөттүн кырдаалы такталып тобокелдиктерди жана жагымдуу натыйжаларды сүрөттөө менен анын абалын толук түшүндүрүп беришкен. Киргизүү критерийлерине жооп берген

кош бойлуу аялдар вагиналдык жол менен төрөөгө жана белгилүү бир индукция өткөрүлөөрүнө негизделген макулдукка кол койуп беришти.

Кош бойлуу аялдардын, алардын төрөтүн жана жаңы төрөлгөн балдар боюнча маалыматтар Excel компьютер программасында атайын түзүлгөн 100 суроодон турган анкетага которулган. Андан кийин, кош бойлуу аялдар топторго стратификацияланган, алар өздөрү тандаган төрөт ыкмасы боюнча топторго бөлүнгөн:

Салыштыруу 1-топко (n = 155) кирген кош бойлуу аялдар, төрөттөрү дары-дармек каражаттарын же механикалык каражаттарды колдонбостон өзүнөн-өзү башталган. Төрөт учурунда, көрсөткүчтөр пайда болгондо, хирургиялык жол менен төрөтөт өткөрүлдү.

Салыштырмалуу 2-топко (n = 78) кирген кош бойлуу аялдар, төрөт, ар бир 8 саат сайын интрацервикалдык жолу 0,5 мг динопростон менен индукцияланган. 24 сааттан кийин индукциянын эффективдүүлүгү бааланган (жатын моюнчасында структуралык өзгөрүүлөрдүн болушу). Индукция табигый төрөт башталгандан кийин токтотулган. 24 сааттан кийин индукция натыйжасыз болгон учурда же төрөт учурунда көрсөткүчтөр пайда болгондо, кесар кесүү жолу менен төрөт өткөрүлгөн.

Салыштыруу тобу 3 (n = 110) камтыган кош бойлуу аялдар, алардын ар бирине ар бир 2 саат сайын мизопростол 25 мкг дозасы берилген, 24 сааттан кийин индукциянын эффективдүүлүгү бааланган (жатын моюнчасында структуралык өзгөрүүлөрдүн болушу). Индукция табигый төрөт башталгандан кийин токтотулган, 24 сааттан кийин индукция натыйжасыз болгон учурда же төрөт учурунда көрсөткүчтөр пайда болгондо, кесар кесүү жолу менен төрөт өткөрүлгөн.

Изилдөөгө кирген бардык аялдарга хирургиялык жолу менен операция өткөрүлгөн учурда, анастезиялык колдоо аймактык наркоз (омуртка) аркылуу жүргүзүлдү. Бардык кош бойлуу аялдар эклампсиянын алдын алуу үчүн гипертонияга каршы гипотензивдик жана магний терапиясын алышты. Жалпысынан, изилдөө дизайны графикалык түрдө көрсөтүлгөн сүрөт.1. Жүргүзүлгөн иште оор кеч талгак менен ооруган кош бойлуу аялдардын салыштырмалуу топторунун социалдык-демографиялык жана клиникалык мүнөздөмөлөрү келтирилген. Анализденген: кош бойлуу аялдардын жаш курагы, жашаган жери, киреше деңгээли, акушердик жана гинекологиялык тарыхтын маалыматтары, соматикалык оорулар, төрөткө чейинки байкоонун болушу же жоктугу жана ушул кош бойлуулуктун татаал агымы, жаңы төрөлгөн баланын салмагы.

Топко киргендердин бардыгы

Сүр. 1. Өткөрүлгөн изилдөөнүн дизайны.

кош бойлуу аялдардын вагиналдык төрөттү өткөрүү аракеттери, жатын моюнчасынын “ жетилгендиги” даражасы Бишоп шкаласы боюнча бааланган. Бардык салыштыруу топторунда төрөттү индукция кылуу, ар кандай ыкмаларын колдонгондон, кийин төмөнкүлөр бааланган: төрөттүн башталган убактысы, толгоо процессинин өзгөчөлүктөрү, анын татаалдыгы, индукциянын натыйжасыздыгы, төрөттөн кийинки эрте жана кийинки мезгилдин татаалдыгы ошондой эле төмөнкү перинаталдык натыйжалар.

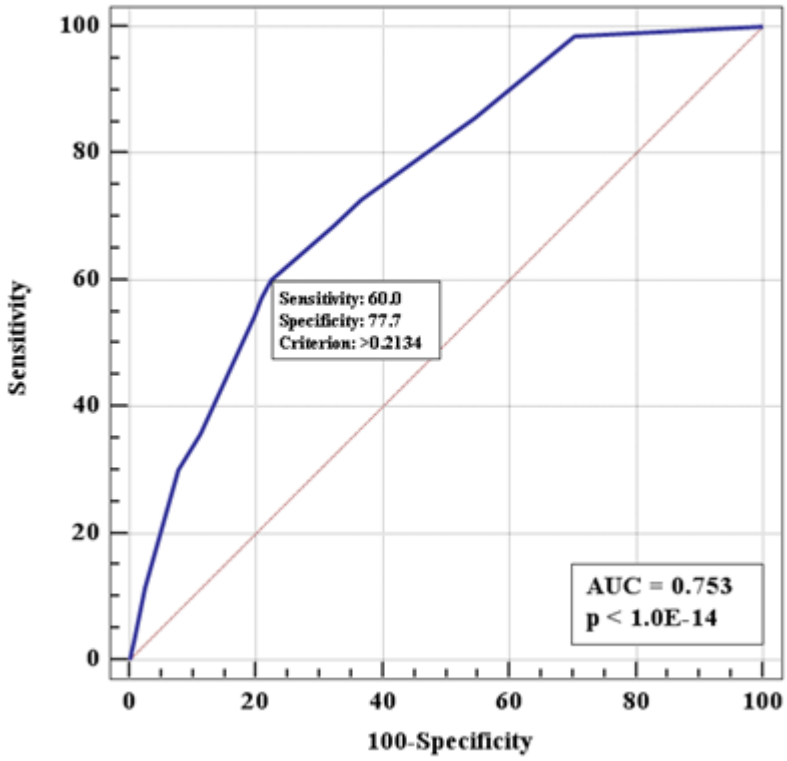
Жаңы төрөлгөн ымыркайлардын абалын баалоонун негизги критерийлери: 1-жана 5-мүнөттө Апгар шкаласы боюнча жаңы төрөлгөн ымыркайды баалоо, асфиксиянын даражасы (орточо же оор неонаталдык асфиксия), төрөлгөндө баланын салмагы, төрөттөн кийин реанимациянын зарылдыгы, төрөлгөндөн кийин дароо эмчек эмизүү болдубу, же болгон жокбу, жаңы төрөлгөн ымыркайды реанимация бөлүмүнө жаткыруу, жаңы төрөлгөн баланы медайымдын кароосунун экинчи этабына өткөрүү зарылдыгы.

Изилдөөнүн натыйжаларына статистикалык анализ жүргүзүүдө EZR v. 1.35 пакети (Saitama Medical Center, Jichi Medical University, Saitama, Japan), бул R-га графикалык интерфейси болуп эсептелет (The R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Сапаттык өзгөчөлүктөрдү көрсөтүү үчүн алардын жыштыгы (%) эсептелген. Кадимкидей эмес бөлүштүрүү мыйзамында Крускал-Уоллис тести колдонулган, жупташтыра салыштыруу үчүн, Данфердин көп жолу салыштыруу тести же Бонферрони коррекциясын эске алуу менен Манн-Уитни тести колдонулган. Иштин тобокелдиги менен байланышкан фактордук белгилердин таасирин аныктоо үчүн көп вариативдүү логистикалык регрессиялык моделдерди куруу методу колдонулган

3-бап. Жеке изилдөө жыйынтыктары жана аларды талкуулоо сунушталган. ***3.1 бөлүмүндө*** вагиналдык жол менен төрөтүүдөгү ийгиликсиз аракеттердин жыштыгы жана төрөт учурунда кесар кесүү операциясына муктаждыктын тобокелдик факторлору келтирилген.

Вагиналдык төрөт каналы аркылуу төрөт учурунда оперативдүү төрөт зарылдыгы изилденген аялдарда 21,0% учурларда кездешет, ал эми төрөттө кесарево бөлүмүнүн зарылдыгы төмөнкүлөр болуп саналат: простагландиндер тарабынан төрөт индукциясы, баса белгилегенде мизопростолду индукциялоо үчүн колдон убакытта, динопростондун индукциясына салыштырмалуу статистикалык жактан тобокелдик кыйла төмөн, төрөткө чейинки кароонун жетишсиздиги жана өнөкөт сезгенүү бөйрөк оорулары.

Операциялык мүнөздүү ийри сызык астындагы аймак AUC= 0,75 (95% ДИ 0,70 – 0,80) (сүр. 2).



Сүр. 2. - Төрөттөн учурунда кесар кесүү жолу менен төрөтүү тобокелин алдын-ала божомолдогон үч фактордук моделдин ROC-ийри сызыгы.

3.2-бөлүмүнүн, 3.2.1-кичи бөлүмдө оор кеч тал гак мене ооруган кош бойлуу аялдар, төрөт каналы аркылуу төрөөгө аракет кылган аялдардын изилденген топторунун айрым социалдык-демографиялык жана клиникалык жана лабораториялык мүнөздөмөлөрүн көрсөтөт. Топтор өкүлчүлүктүү.

3.2-бөлүмүнүн, 3.2.2- кичи бөлүмдө төрөттүн жана төрөттөн кийинки мезгилдин көрсөткүчтөрүнүн салыштырмалуу баалоо натыйжаларын, оперативдүү төрөттүн жыштыгы, индукцияга чейинки Бишоп шкаласы боюнча жатын моюнчасынын жетилген даражасы, индукция башталгандан баштап кадимки төрөттүн башталышына чейинки мезгил, жалпысынан толгоонун узактыгы, төрөт учурундагы оор кеч талгактын клиникалык жана лабораториялык параметрлеринин өзгөрүшү, төрөт иш-аракетинин татаалдыгы, төрөт учурунда кан жоготуунун көлөмү, ошондой эле төрөттү индукциялоонун ар кандай методдорунун таасири төрөттөн кийинки кеч мезгилдин жүрүшү. Башка топторго салыштырмалуу динопростон менен

индукцияланган кош бойлуу аялдар тобунда хирургиялык операция жолу менен төрөгөн аялдардын саны статистикалык жактан кыйла жогору болуп табылды (р <0,001) (табл. 1).

Таблица 1 – Вагинадан төрөтүүгө аракет кылган аялдарда хирургиялык операция жолу менен төрөгөн аялдар.

Төрөт	**Салыштыруу топ 1 абс. (%)**	**Салыштыруу топ 2 абс. (%)**	**Салыштыруу топ 3 абс. (%)**	**Айырымдын мааниси, р**
	n=155	n=78	n=110	
Кесар кесүү	15 (9,7)[2]	36 (46,1)[1]	21 (19,1)[2]	<0,001

[1] – 1-топтон айырмачылык статистикалык мааниге ээ, р <0,05;

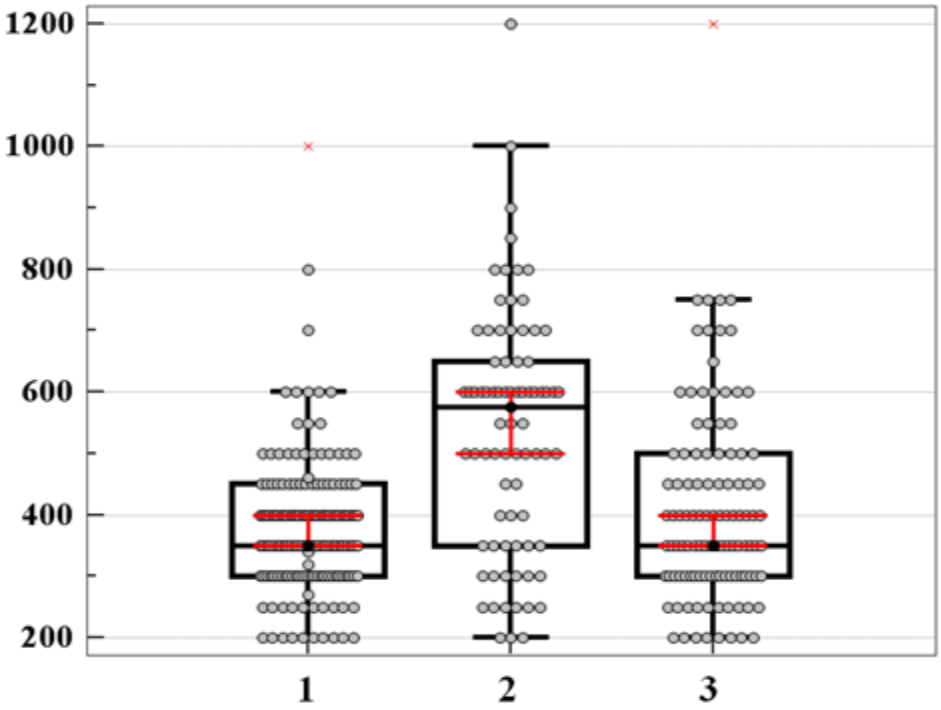
[2] – 2-топтон айырмачылык статистикалык мааниге ээ, р <0,05;

[3] – 3-топтон айырмачылык статистикалык мааниге ээ, р <0,05.

Статистика боюнча простагландиндин менен индукцияланган төрөт учурунда төрөт ооруканага түшкөндөн кийин 24 сааттын ичинде өзүнөн-өзү башталган толгоо менен салыштырганда көбүрөөк болгону аныкталган (р <0.001), андан тышкары төрөттү мизопростол менен индукцияланган кош бойлу аялдардын тобунда, төрөттү динопростон менен индукцияланган аялдардын тобуна караганда орто эсеп менен эрте башталган (р = 0,002), Бишоп шкаласы боюнча орто эсеп менен 5-6 балл "моюнчанын жетилгендиги" даражасы менен; төрөт учурунда кеч талгактын оор симптомдору күчөшүнүн мындай белгилери: баш оору, визуалдык бузулуу, "көздүн алдында чымындардын жаркылдашы", жүрөк айлануу, кусуу, ашказан аймагындагы оору, жана магнезия терапиясынын фонунда тарамыш рефлекстери көбөйгөн башка топторго салыштырмалуу төрөттү динопростон менен индукцияланган аялдарда көбүрөөк жолугушту (р<0,001); бардык изилденген аялдарда төрөттүн эң көп татаалдашуусу төрөт каналынын жумшак ткандарынын жаракат алышы болгон (46,2% - 54,2%). Простагландиндер менен индукцияланган топто курсак ичиндеги баланын гипоксиясы статистикалык жактан кыйла көп болгон (26,4%), төрөттү өз алдынча башталган, индукция каражаты колдонбогон кош бойлуу аялдардын тобу менен салыштырганда, (1,3%); (р <0,001). Динопростондун менен индукцияланган аялдардын төрөт тобунда, өзүнөн-өзү пайда болгон аялдардын төрөт тобуна салыштырмалуу (1,3%), (р=0,03); адатта жайгашкан тондун эрте ажырашуу, статистикалык түрдө кыйла тез өнүккөн (7,7%); төрөттү динопростон менен

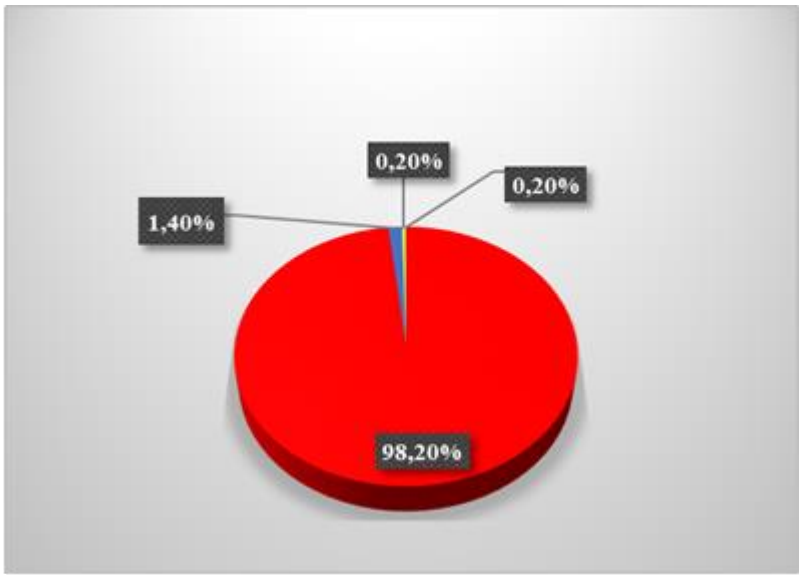
индукцияланган аялдардын кан жоготуунун көлөмү, изилдөө топторунун калган бөлүгүнө салыштырмалуу статистикалык жактан кыйла жогору болгон (p<0,001), изилдөө топторунун ортосунда төрөттөн кийинки татаалдашуулардын статистикалык жактан олуттуу айырмачылыктары болгон жок (p>0,05) (сүр. 3).

Төрөт учурунда кан жоготуу, мл.



Сүр.3. Салыштырылган топтогу аялдарда төрөт учурунда кан жоготуу.

3.3-бөлүмү. Вагиналдык төрөт каналы аркылуу төрөгөнгө аракет кылган, толук мөөнөт кош бойлуулук, оор кеч талгак менен ооруган аялдарда перинаталдык өлүмдүн көрсөткүчү эсептелген, ал 17,5‰ түздү, бул оор кеч талгак менен ооруган энелерден төрөлгөн наристелердин жалпы өлкөдөгү популяциясындагы көрсөткүчтөн дагы төмөн (19,0‰) (расмий статистикага ылайык), перинаталдык натыйжалардын түзүмү көрсөтүлүп, жаңы төрөлгөн ымыркайларды салыштырмалуу баалоо натыйжалары баяндалган. Перинаталдык натыйжаларды талдоодо, баланын төрөттөн мурунку өлүмү 1,4% (n=6) түздү. Төрөт учурундагы баланын өлүмү (төрөттүн ичинде) 0,2% учурда белгиленди (n=1) жана өзүнөн-өзү башталган төрөт тобунда гана. Эрте неонаталдык мезгилдеги баланын өлүмү дагы белгиленген 0,2% (n=1) .(сүр. 4).



Сүр. 4. Толук мөөнөтүндө оор кеч талгак менен төрөгөнгө аракет кылган аялдардагы перинаталдык натыйжалар (n=343).

- Апгар шкаласы боюнча жаңы төрөлгөн ымыркайларды баалоо бардык

изилденген топтордогу энелерден ымыркайлардын канааттандырарлык абалын көрсөтөт жана жашоонун 1-мүнөтүндө орто эсеп менен 7 баллды, 5-мүнөтүндө 8 баллды (p> 0,05) (2-таблица);

Таблица 2 - Апгар шкаласы боюнча упайлардын салыштырма талдоосу, Me (Q_I – Q_{III}).

Көрсөткүч	Салыштыруу тобу 1	Салыштыруу тобу 2	Салыштыруу тобу 3	Айырымдын мааниси, p
	n=155	n=78	n=110	
1-чи мүнөттө Апгардын баллы	7 (7 – 7)	7 (7 – 7)	7 (6,5 – 7)	0,10
5-чи мүнөттө Апгардын баллы	8 (8 – 8)	8 (8 – 8)	8 (8 – 8)	0,24

*Эскертүү: салыштыруу үчүн Крускал - Валлис сынагы колдонулган.

Төрөттү динопростон менен интрацервалдык жолу менен индукцияланган аялдардын тобунда, башка топторго салыштырмалуу төрөт бөлүмүнөн жандандыруу бөлүмүнө балдарды которуунун статистикалык жактан кыйла жогору жыштыгы (9,1%) (p = 0,007) бар (3-таблица);

Таблица 3. - Изилденип жаткан аялдар топторундагы жаңы төрөлгөн ымыркайларга медициналык жардам көрсөтүү зарылчылыгын салыштырмалуу баалоо.

Көрсөткүч	Салыштыруу тобу 1 абс. (%)	Салыштыруу тобу 2 абс. (%)	Салыштыруу тобу 3 абс. (%)	Айырымдын мааниси, р
	n=152	n=77	n=109	
Төрөт бөлмөсүндө реанимация жасалды	3 (2,0)	2 (2,6)	4 (3,7)	0,70
*Жаңы төрөлгөн ПИКге жаткырылды	1 (0,7) [2]	7 (9,1) [1]	6 (5,5)	0,007
Жаңы төрөлгөн ымыркайлар жандандыруу бөлүмүно жайгашкан	2 (1,3)	2 (2,6)	3 (2,8)	0,67

- төрөт мизопростол менен индукция болгон тобунда балдар асфиксия менен

төрөлгөн балдардын саны, статистикалык жактан кыйла көбүрөөк), (жашоосунун 1-мүнөтүндө <7 балл) – 24,8 % табигый тубаса канал жолу менен төрөлгөн ымыркайларга салыштырмалуу – 10,5 %; (р <0,001), бирок жашоонун 5-мүнөтүнө чейин алардын абалы турукташып, топтордун ортосунда статистикалык жактан айырмачылыктар табылган жок (4-таблица).

Таблица 4. - Жашоосунун 1-жана 5-мүнөтүндө асфиксия абалында төрөлгөн ымыркайларга салыштырмалуу баа берүү.

Апгар шкаласы боюнча балл	Салыштыруу тобу 1 n (%)	Салыштыруу тобу 2 n (%)	Салыштыруу тобу 3 n (%)	Айырымдын мааниси, р
Бардык тирүү төрөлгөн балдар	n=152	n=77	n=109	
Жашоосунун 1-мүнөтүндө <7 балл	16 (10,5)[3]	16 (20,8)	27 (24,8)[1]	р=0,004

Таблица 4- уландысы				
Жашоонун 5-мүнөтүндө <7 балл	1 (0,6)	1 (1,3)	4 (3,7)	p>0,05

Акыркы 3.4. бөлүмдө изилденген дары-дармектердин салыштырма мүнөздөмөлөрүн жалпылоо жана алардын экономикалык эффективдүүлүгүн эсептөөлөрү келтирилген. Динопростонду колдонууга салыштырмалуу мизопростолду колдонуунун экономикалык эффектиси ар бир айыккан бейтапка 3078 - 50,45 = 3027,55 сомду түзөрү аныкталды.

Жалпысынан жүргүзүлүп жаткан жумуш, негизсиз кесар кесүү операциясынын санын азайтуу жана хирургиялык жолу менен төрөт өткөрүүнүн көрсөткүчтөрүн тактоо максатында, оор кеч талгак учурунда төрөттү оптималдаштыруу үчүн зарыл болгон изилдөөлөр тизмегинин биринчи звеносу болушу керек. Келечектеги изилдөөлөр кош бойлуулуктун ар кандай этаптарында жүргүзүлүшү керек, анткени кош бойлуулуктун ар бир мезгили өзүнүн өзгөчөлүктөрүнө ээ. Балким, Кыргыз Республикасынын шарттарында Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун кош бойлуулукту оор преэклампсия менен эрте мөөнөттө узартуунун максатка ылайыктуулугу боюнча сунуштары ырасталбай калышы мүмкүн, же узартуу боюнча сунуштар көрсөтүлүп, биздин өлкөнүн шарттарына ылайыкташтырылышы мүмкүн.

Изилдөөнүн натыйжалары боюнча, толук мөөнөттөгү кош бойлу оор кеч талгак менен ооруган аялдарда вагиналдык жолу менен төрөт мүмкүнчүлүгү максатка ылайыктуулугу маселе чечилди, бул простагландиндер аркылуудары индукцияланган жана ансыз вагиналду төрөттүн жогорку ийгиликтин көрсөткүчү.

Простагландиндер аркылуу индукцияланган төрөт, кесар кесүү операциясын жүргүзүү тобокелдигин жогорулатат, бирок ошол эле учурда, төрөттү тездетет жана Бишоп шкаласы боюнча моюнчасынын жетилген даражасы 5-6 баллга жеткенде да, толгоо күчөйт, бул "жетишсиз жетилген" жатын моюнчасы, аялдар арасында жатындын гиперстимуляциясын жаратпастан. Статистикалык жактан алганда, өзүнөн-өзү башталган төрөт менен салыштырганда, простагландиндер менен индукциялангандан кийин төрөт 24 сааттын ичинде болот. Бул убакыт фактору оор кеч талгак учурунда өтө маанилүү.

Таблица 5-те динопростон менен мизопростолдун ортосундагы эффекттердеги аныкталган ири айырмачылыктарды кыскача баяндап, индукциялык дарыны тандоодо жана натыйжаны божомолдоодо доктурларга жардам берет. Динопростон

менен төрөгөн аялдардын тобунда кесар кесүү операциясынын саны, башка топторго салыштырмалуу, жогору болгондугуна байланыштуу, бул топтогу аялдардын кан жоготуу көлөмү мизопростолду колдонгон топко караганда жогору.Кеч талгак күчөшүнүн клиникалык жана лабораториялык симптомдору төрөт спонтанду өткөн аялдарда да, төрөтү простагландин менен индукцияланган аялдарда да байкалат, андыктан индукциянын кеч талгака терс таасири жөнүндө айтууга негиз жок.

Таблица 5 - Салыштырылган топтордогу аялдарда динопростон менен мизопростолду колдонуунун натыйжаларындагы статистикалык маанилүү айырмачылыктар (P <0,05).

Көрсөткүч	Салыштыруу тобу 2 Динопростон	Салыштыруу тобу 3 Мизопростол
Кесар кесүүнүн тобокелдиги	ОШ= 7,2 (95% ДИ 3,6 – 14,6)	ОШ= 2,0 (95% ДИ 1,0 – 4,2)
Кеч талгактын оорлошу	16,7%	1,8%
Кесар кесүүнүн жыштыгы	46,0%	19,1%
Төрөт убагында кан жоготуу	575 мл.	350 мл.
Бала төрөлгөндөн кийин дароо эмчек эмизилди	51,9%	78,0%

Мизопростол тобуна салыштырмалуу динопростон менен индукциялангандан кийин аялдарда төрөттө жүрөк айлануу оорусу статистикалык жактан кыйла жогору болгонун белгилей кетүү керек. Баланы жаңы төрөлгөн учурунда эмизүүдөн кеч калган себеби, динопростон жана мизопростол колдонгон топтордун ортосунда статистикалык жактан олуттуу айырмачылыктар болгон, бул динопростон менен индукциялоодон кийин оперативдүү төрөттүн жогорку жыштыгы менен байланыштуу.

Ошентип, толук мөөнөтүнө жеткен кош бойлуу аялдардын төрөтүн оптималдаштыруу үчүн, төрөттү простагландиндер менен индукциялоо учурунда, per os мизопростолду колдонуунун артыкчылыгы бар, анткени ал эне менен балага минималдуу терс таасирин тийгизет, жана төрөттүн бат өтүшү менен (24 саатка чейин) жана баасынын арзандыгы мене айрымаланат.

ТЫЯНАКТАР

1. Туруктуу абалда болгон, оор кеч талгак менен ооруган, вагиналду жол менен ийгиликтүү төрөгөн аялдардын саны 79% түзөт, ошол эле учурда, вагиналду жол менен төрөтүү учурунда кесар кесүү төрөт коркунучунун жогорулашы менен байланышкан 3 фактор аныкталды –простагландиндер менен төрөттү индукция кылуу, төрөткө чейинки көзөмөлдүн жоктугу ОШ = 1,92 (95% ДИ 1,08–3,33) жана өнөкөт сезгенүү бөйрөк оорусунун тарыхы ОШ= 2,4 (95% ДИ 1,2 – 4,6). Кесар кесүү операциясынын жогорку тобокелдиги динопростон колдонулган төрөт менен байланыштуу (p <0,001), ОШ= 7,2 (95% ДИ 3,6 – 14,6). Мизопростолду колдонгондо ал эки эсе көбөйөт (p= 0,049), ОШ= 2,0 (95% ДИ 1,01 – 4,2) төрөттүн өзүнөн-өзү башталган бейтап айымдарга салыштырганда.

2. Бишоп шкаласы боюнча 5-6 баллдык жатын моюнчасынын "жетилгендиги" жетишсиз деңгээлде болгон кош бойлуу аялдарда простагландиндер тарабынан төрөттү индукциялоо 97,4% - 99,1% түздү, ал эми төрөт өзүнөн-өзү башталган толгоо менен салыштырганда 24 сааттын ичинде кыйла көп болот (p <0.001).

3. Вагиналдуу жол менен төрөтүү учурунда кесар кесүү операциясына көрсөткүчтөр12,2% учурларда кеч талгак оорлошу клиникалык белгилери болуп саналат, 6,4% учурларда баланын курч гипоксиясы жана 4,4% учурда төрөттүн алсыздыгы, ошол эле учурда, кеч талгактын оорлошу симптомдору, төрөт динопростонго салыштырмалуу (p<0,001) мизопростол менен индукция болгон аялдар тобунда статистикалык жактан анча көп болгон эмес, жана төрөт динопростон менен индукцияланган аялдардын тобунда, адатта жайгашкан тондун эрте ажырашы өзүнөн-өзү пайда болгон эмгек тобуна салыштырмалуу (1,3%) статистикалык жактан кыйла тез өнүккөн (7,7%) (p = 0,03).

4. Бардык изилденген топтордогу энелерден жаңы төрөлгөн ымыркайлардын Апгар упайы жашоонун 1-мүнөтүндө 7 баллды, 5-мүнөтүндө 8 баллды түздү (p> 0,05). Мисопростол индукция тобунда балдар асфиксия менен төрөлүшкөн (жашоосунун 1 мүнөтүндө <7 балл) статистикалык жактан кыйла көп - өзүнөн-өзү төрөлгөндө төрөлгөн ымыркайлардын 10,5% салыштырмалуу 24,8%; (p<0,001), бирок жашоонун 5-мүнөтүнө чейин алардын абалы турукташып, топтордун ортосунда статистикалык жактан олуттуу айырмачылыктар табылган жок, ошондой эле төрөт учурунда динопростонду интрацервикалдуу жол менен киргизүү башталган аялдардын тобунда статистикалык жактан кыйла жогору жыштык байкалды (9,1%;

p=0,007) калган топторго салыштырмалуу балдарды төрөт бөлүмүнөн жандандыруу бөлүмүнө которуу.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТААМАЛАРЫ

Толук мөөнөттүү кош бойлуулук менен оор кеч талгак менен ооруган аялдардын вагиналдык жолу менен төрөөгө аракет жасаганда, кесар кесүү операциялары менен терс перинаталдык натыйжаларды азайтуу үчүн, практика кылган дарыгерлерге ар кандай этаптарда төмөнкү кадамдарды билип, кийинки эрежелерди сакташы керек.

I этап. Кош бойлуулук.

1.1. Төрөт учурунда кесар кесүү операциясын жүргүзүү коркунучун азайтуу үчүн, үй-бүлөлүк дарыгерлер тарабынан бардык кош бойлуу аялдарды төрөткө чейинки көзөмөлүн күчөтүү керек.

1.2. Кеч талгак менен оорушу мумкунчулук аялдарды жана хирургиялык жолу менен төрөшу тобокелдик бар тобуна гипертония белгилери болгон жана клиникалык, жана лабораториялык белгилери бар кош бойлуу аялдардын жекече топторун түзүү.

1.3. Кеч талгактын белгилери бар кош бойлуу аялдарды экинчи жана үчүнчү дэңгээл медициналык мекемелерге өз убагында жиберип, табигый тубаса канал менен төрөт мүмкүнчүлүгүн жогорулатат.

II этап. Төрөт мезгили.

a. Толук мөөнөттүү кош бойлуулук учурунда оор кеч талгак болгон учурда, төрөт "жетишсиз жетилген" (Бишоп шкаласы боюнча 5-6 балл) жатын моюнчасынын фонунда да төрөттү простагландиндер аркылуу индукция кылууга артыкчылык берип, табигый тубаса канал менен төрөт жүргүзүлүшү керек.

b. Простагландиндердин ичинен, күнүнө 2 сааттын ичинде 25 мкг мизопростолго артыкчылык берилиш керек, анткени бул дары энелик жана перинаталдык натыйжаларга минималдуу терс таасирин тийгизет.

c. Толук мезгилдүү кош бойлуулук учурунда оор кеч талгак менен ооруган аялдарда табигый тубаса канал менен төрөт жүргүзүүдө, оперативдүү төрөттүн тобокелдик факторлору эске алынышы керек, алар: төрөт простагландиндер менен индукциялоо, бөйрөктүн өнөкөт сезгенүү оорусу жана төрөткө чейинки антенатал көзөмөлдүн жүргүзүүнүн жоктугу.

III этап. Неонаталдык мезгилдин өзгөчөлүктөрү.

1.1. Төрөт мизопростол менен индукция кылынган учурда, ымыркайлар

асфиксияда төрөлүшүн күтүү керек, ал өмүрдүн 5-мүнөтүнө чейин же кадимки иш-чаралардан кийин өз алдынча калыбына келет.

1.2. Төрөтү динопростондун интрацервикалдык жолу менен индукция болгон аялдарда, кээ бир жаңы төрөлгөн балдар (9,1%) интенсивдүү дарылоого муктаж болушу мүмкүн, андыктан ымыркайлардын реанимация бөлүмүнө жаткыруу мындай төрөлгөндөн кийин бардык жаңы төрөлгөн ымыркайлардын профилактикалык чарасы катары каралышы керек.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ИШТЕРДИН ТИЗМЕСИ

1. **Бектемир кызы Зарема.** Перинатальная смертность, возможности ее прогнозирования и выявление резервов улучшения перинатальных исходов. [Текст] /В.Т.Рыскельдиева, Бектемир кызы Зарема//Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2015 - №4. - С. 107-111.- Режим доступа: https://elibrary.ru/item.asp?id=24845450

2. **Бектемир кызы Зарема.** Гипертензивные нарушения беременности как причина перинатальной заболеваемости и смертности. [Текст] / В. Т. Рыскельдиева, Э.В.Исаева, Бектемир кызы З.// Здоровье матери и ребенка. - 2015-№7. -С. 52-56. -Режим доступа: http://ncomid.kg/wp-content/uploads/2016/10/01

3. **Бектемир кызы Зарема.** Пути улучшения перинатальных исходов у беременных с преэклампсией тяжелой степени. [Текст] / В.Т.Рыскельдиева, Бектемир кызы З.// Медицина Кыргызстана. -2014-№4. -С.32-34.-Режим доступа: https://elibrary.ru/contents.asp?id=34400268

4. **Бектемир кызы Зарема**. Методы индукции родов в современном акушерстве и возможности их применения при преэклампсии. [Текст] /В.Т.Рыскельдиева, Бектемир кызы Зарема // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2018 - №8. - С. 36-40.-Режим доступа: https://library.ru/item.asp?id=36776069

5. **Бектемир кызы Зарема.** Родоразрешение при преэклампсии тяжелой степени (обзор литературы). [Текст] / В.Т. Рыскельдиева ,Бектемир кызы Зарема // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана.-2018-№8.-С.46-49.-Режим доступа: https://elibrary.ru/item.asp?id=36776071

6. **Бектемир кызы Зарема**. Факторы риска кесарева сечения у женщин с преэклампсией тяжелой степени. [Текст] /В.Т.Рыскельдиева, Бектемир кызы Зарема // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.-2019-№8.-С.44-49.- Режим доступа: DOI:10.753/mjpfi.12823https://library.ru/item.asp?id=36776069

7. **Бектемир кызы Зарема**. Преэклампсия тяжелой степени: вагинальные роды или кесарево сечение? [Текст] / В.Т.Рыскельдиева, Бектемир кызы З.// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2020-№1.-С.16-22. - Режим доступа: library ID: 42367546, DOI: 10.17513/mjpfi.12990.

8. Ведение беременных с преэклампсией тяжелой степени. Протокол для родовспомогательных учреждений III уровня оказания помощи. [Текст] / Э.В. Исаева, М.А. Жажиев, Бектемир кызы З и др.// Бишкек,2015.

9. Алгоритм ведения беременных с преэклампсией тяжелой степени. Методическая рекомендация для врачей акушер –гинекологов, врачей ОЗ, клинических ординаторов медицинских вузов. [Текст] / В.Т.Рыскельдиева, Н. Дж. Шоонаева, Бектемир кызы З. и др.// Бишкек -2019.

Бектемир кызы Зареманын «Кыргыз Республикасында оор даражадагы кеч талгакка менен оруган кош бойлуу аялдардын төрөтүн оптималдаштыруу» темадагы 14.00.01- «акушердик жана гинекология» адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу учун диссертациясынын кыскача

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: динопростон, төрөттү индукциялоо, кесар кесүү, мизопростол, оор даражадагы кеч талгак.

Изилдөөнүн объектиси: Текшерүүгө 343 кош бойлуу аял тартылган, мөөнөтү 37-41 жумада болгон, оор даражадагы кеч талгак менен, кын аркалуу төрөткө аракет жасалган. Кош бойлу аялдар контролдук топторго бөлүштүрүлгөн:1-спонтанду башталган төрөт (n=155), 2 - төрөт динопростон индуцияланган (n=78) жана 3-төрөт мизопростол менен индукцияланган (n=110).

Изилдөөнүн максаты. Кесар кесүүнүн объективдүү алдын ала айтуунун критерийлерин аныктоо жана толук мөөнөтүндөгү оор даражадагы кеч талгак менен

кош бойлу аялдарга төрөттү дары колдолунган индукцияга ылайыкташтырылган технологиясын колдонуп, кын аркылуу жол менен төрөт процессинин клиникалык жана экономикалык натыйжалуулугун изилдөө жолу менен.

Изилдөө ыкмалары: клиникалык, лабораториялык, функцианалдык жана статистикалык.

Аныкталган жыйынтыктар жана алардын илимий жаңылыгы: Изилдегенде төрөт опрерациянын зарылдыгын түзүүчү факторлору деп кийинкилер аныкталды: индукция мизопростол менен ОШ= 2,0 (95% ДИ 1,0 – 4,2), p=0,049; жана динопростон менен ОШ= 7,2 (95% ДИ 3,6 – 14,6), p <0,001, төрөт алдындагы дарыгерлик байкоонун жоктугу ОШ = 0,52 (95% ДИ 0,30–0,93) p=0,03, жана өнөкөт пиелонефрит ОШ= 2,4 (95% ДИ 1,2 – 4,6), p=0,01. Биринчи жолу өткөрүлгөн талдоо, толук мөөнөтүндөгү оор даражадагы кеч талгак менен кош бойлу аялдарды дары колдолуп индукцияланган төрөт, 79% табигый жолу менен болуп өткөн төрөт ийгиликтүү мүмкүндүгүн көрсөттү. Торотко даяр эмес жатындын моюнчасы учурунда, простагландиндер менен индукцияланган төрөт 99,1% эффективдүүлүгүн көрсөттү, ошол эле учурда төрөт 24 саатын ичинде болушу кыйла көп, өзүнөн өзү болгон төрөткө салыштырмалуу (p<0,001). Мизопростолду колдонгон учурда төрөт убактысында кан жоготуу, кесар кесүүнүн саны, оор даражадагы кеч талгактын субъективдүү симптомдору жана баланын курч гипоксиясы анык, динопростонду колдонгон топко салыштырмалуу (p<0,05). Жаңы төрөлгөн балдардын Апгар шкаласы боюнча орточо эсебин алганда 1-чи мүнөтүндө 7 балл жана 5-чи мүнөтүндө 8 балл көрсөтүп ошол эле убакытта төрөт мезопростол менен индукцияланган убакытта 1-чи мүнөтүндө <7 балл көрсөткөн төролгөн балдардын саны жогору болгону анык, өзүнөн өзү болгон топ менен салыштырмалуу (p=0,004), бирок бул асфиксия кыска мөөнөтүндө болгон жана баланын жашоосунун 5-чи мүнөтүндө жоголгон. Ошол эле убакытта динопростон менен индукцияланган төрөт учурунда, жаны төрөлгөн баланы интенсивдүү терапия бөлүмүнө жаткыруу талап калган учурлар көбүрөөк болгон (p=0,004).

Пайдалануу боюнча сунуштар: Бул диссертацялык иште толук мөөнөтүндөгү оор даражадагы кеч талгак менен кош бойлу аялдардын кын аркылуу жол менен төрөтүү аракет убагында, кесар кесүүнүн муктаждыгы пайда болушунун көптүгү жана тобокелдигинин натыйжалары, үй-бүлөлүк дарыгерлердин кенен катышуусу менен кош бойлуу аялдарга төрөткө антенаталдык мониторингин жакшыртуу үчүн колдонулушу керек. Тажырыйба саламаттык сактоосунун үчүнчү дэңгээлине, толук мөөнөтүндөгү оор даражадагы кеч талгак менен кош бойлу аялдарды төрөтүш үчүн,

төрөттү мизопростол per os колдонушу менен индукциялоо сунушталат. Бул, төрөттү оперативдик жолу менен жасаган убакытта, начарлап кетиштердин санын жана материалдык чыгымдарды төмөндөтүүгө мүмкүндүк берет. Неонатологтор үчүн, оор даражадагы кеч талгак менен кош бойлу аялдардын дары менен индукция кылынган төрөт убагында, толук мөөнөтө төрөлгөн наристелердин начарлап кетишинин мөмкүнчүлүктөру пайда болгон убакытта, алдын алуу жана дарылоо иш-чараларын өз убагында өткөрүүгө мүмкүндүк берет.

Колдонуу чөйрөсү: Акушердик жана гинекология.

РЕЗЮМЕ

диссертация Бектемир кызы Заремы на тему «Оптимизация ведения родов при преэклампсии тяжелой степени у женщин Кыргызской республики» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.01 – акушерство и гинекология.

Ключевые слова: динопростон, индукция родов, кесарево сечение, мизопростол, тяжелая преэклампсия.

Объект исследования: Обследованию подвергнуты 343 беременных 37–41 неделя$^{+6\ дней}$ с преэклампсией тяжелой степени, у которых была предпринята попытка вагинальных родов. Беременные были разделены на группы сравнения:1-спонтанно начавшаяся родовая деятельность (n=155), 2-роды индуцированы динопростоном интрацервикально (n=78) и 3-роды индуцированы мизопростолом per os (n=110).

Предмет исследования: Анализ перинатальных исходов у беременных - жительниц Кыргызской республики с преэклампсией тяжелой степени с попыткой вагинальных родов.

Цель исследования: Снизить частоту осложнений у матери и плода / новорожденного путем усовершенствования методики родоразрешения женщин с тяжелой преэкалмпсией при доношенной беременности

Методы исследования: клинические, лабораторные, функциональные и статистические.

Полученные результаты и новизна: В работе определены факторы, формирующие необходимость проведения операции в родах, которыми явились: повышающие риск оперативного родоразрешения путем кесарева сечения в родах,

которыми явились: медикаментозная индукция (мизопростолом: ОШ= 2,0 (95% ДИ 1,0 – 4,2), p=0,049 и динопростоном: ОШ= 7,2 (95% ДИ 3,6 – 14,6), p<0,001, отсутствие дородового врачебного наблюдения ОШ = 1,92 (95% ДИ 1,08–3,33), p=0,03 и хронический пиелонефрит ОШ= 2,4 (95% ДИ 1,2 – 4,6), p=0,01. Впервые проведенный комплексный сопоставительный анализ медикаментозной индукции родов у женщин с тяжелой преэклампсией в доношенном сроке, позволил показать успешную возможность родов через естественные родовые пути в 79,0% случаев. Индукция родов простагландинами эффективна до 99,1% случаев при «недостаточно зрелой» шейке матки, при этом родоразрешение происходит достоверно чаще в течение 24 часов в сравнении со спонтанно начавшимися родами (p <0,001). При применении мизопростола отмечена достоверно ниже кровопотеря в родах, частота кесарева сечения, субъективных симптомов преэклампсии и острой гипоксии плода, чем в группе, получивших динопростон (p <0,05). Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар составила 7 баллов на 1-й и 8 баллов на 5-й минутах жизни, при этом частота рождения с оценкой <7 баллов на 1-й минуте была достоверно выше в группе родов, индуцированных мизопростолом, в сравнении с группой спонтанных родов (p=0,004), но эта асфиксия длилась кратковременно и нивелировалась к 5-й минуте жизни. В то же время после индукции родов динопростоном чаще (p=0,004) развивались состояния новорожденных, требующие госпитализации в палату интенсивной терапии.

Рекомендации по использованию: 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, позволят своевременно проводить соответствующие превентивные или лечебные мероприятия.

Область применения: акушерство и гинекология.

SUMMARY

of the research dissertation on "Optimization of labor management in women with severe preeclampsia in the Kyrgyz Republic" by Bektemir kyzy Zarema, for the degree of candidate of medical Sciences in the specialty -14.00.01- obstetrics and gynecology.

Key words: dinoproston, induction of labor, caesarean section, misoprostol, severe preeclampsia.

Object of research: Were examined 343 pregnant women 37-41 weeks+6 days, with severe preeclampsia, who attempted vaginal delivery. Pregnant women were divided into comparison groups: 1 - spontaneously started labor activity (n=155), labor were induced by dinoprostone intracervically (n=78) and 3- labor were induced by misoprostol per os (n=110).

Goal of the research: To determine objective criteria for predicting caesarean sections and optimized technology of drug induction of labor in women with severe preeclampsia in full term by studying the clinical and economic efficiency of the vaginal delivery process.

Research methods: clinical, laboratory, functional and statistical

The received results and the novelty: This work determined the factors, that form the necessity of surgery during labor, which were: medical induction misoprostol OS = 2.0 (95% CI 1.0 - 4.2), p = 0.049, and dinoprostone OS = 7.2 (95% CI 3.6 - 14.6), p <0.001, antenatal care OS = 0.52 (95% CI 0.30-0.93), p = 0.03 and chronic pyelonephritis OS = 2.4 (95% CI 1.2 - 4.6), p=0,01. A comprehensive comparative analysis of medical induction of labor in women with severe preeclampsia at full term, conducted for the first time, allowed us to show the successful possibility of childbirth through the natural birth canal in 79.0% of cases. Induction of labor by prostaglandins is effective in up to 99.1% of cases with an "insufficiently mature" cervix, while delivery occurs reliably more frequently within 24 hours compared with spontaneous labor (p <0.001). When using misoprostol, blood loss at childbirth was significantly lower, the frequency of cesarean section, subjective symptoms of preeclampsia and acute fetal hypoxia than in the group receiving dinoprostone (p <0.05). The average Apgar score for newborns was 7 points at the 1st and 8 points at the 5th minute of life, while the birth rate with a score of <7 points at the 1st minute was significantly higher in the group of labor induced by misoprostol, compared with group of spontaneous births (p = 0.004), but this asphyxia lasted for a short time and leveled by the 5th minute of life. At the same time, after the induction of childbirth by dinoprostone, newborns more

often (p = 0.004) developed conditions that required hospitalization in the intensive care unit.

Recommendations for use: The data obtained in the dissertation work on the frequency and risk factors of caesarean section in childbirth when attempting vaginal delivery in pregnant women with severe preeclampsia in full-term should be used to improve the antenatal control service for pregnant women with the broad involvement of family doctors. Practical healthcare of the tertiary level for delivery of pregnant women with severe preeclampsia in full-term term is recommended to use the method of induction of labor with misoprostol per os, which will reduce the number of complications and material costs during operative delivery. For neonatologists, the indicated probable violations of the state of full-term newborns after medical induction of labor in pregnant women with severe preeclampsia, will allow timely appropriate preventive or therapeutic measures.

Field of application: obstetrics and gynecology.