

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И.К. АХУНБАЕВА

Диссертационный совет Д 14.17.557

На правах рукописи
УДК 618.3-055.26-082(575.2)

КАРМЫШЕВ АЗАТ ОМОРКУЛОВИЧ

**ЗАМЕРШАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ЧАСТОТА, ФАКТОРЫ РИСКА И
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ У ЖЕНЩИН
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек-2017

Работа выполнена в Национальном центре охраны материнства и детства
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (г. Бишкек)

Научный руководитель: доктор медицинских наук,
старший научный сотрудник
Рыскельдиева Виктория Турарбековна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, доцент
Коркан Ануар Иванович

кандидат медицинских наук
Кибец Елена Анатольевна

Ведущая организация: Одесский национальный медицинский универси-
тет (г. Одесса, Украина).

Защита состоится «23» ноября 2017 г. в 13.00. часов на заседании дис-
сертационного совета Д 14.17.557 при Национальном центре охраны мате-
ринства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
и Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева
(720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального
центра охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыр-
гызской Республики и с авторефератом на сайтах <http://www.vak.kg>; [http://
ncomid.kg](http://ncomid.kg).

Автореферат разослан «21» октября 2017 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

Эшалиева А. С.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Проблема невынашивания беременности остается в настоящее время актуальной, т.к. частота этой патологии по данным разных авторов растет из года в год. В числе его причин главное место занимает потеря беременности по причине внутриутробной гибели плода, которая в 70,0 - 80,0% случаев осложняет течение I триместра беременности. По результатам последних систематических обзоров внутриутробная гибель плода осложняет от 12% до 24% беременностей в зависимости от социально-экономического уровня страны. В числе основных причин замершей беременности авторы называют хромосомные аномалии, инфекционные заболевания или гормональную дисфункцию матери. По единодушному мнению ученых, прерывание такой беременности влечет за собой большое количество осложнений (кровотечения, эндометрит), которые связаны с тем, что прекращение развития эмбриона и нахождение его в полости матки сопровождается местными воспалительными реакциями, а также изменениями в системе гемостаза (Rita, Shashi Gupta, Surender Kumar, 2006). Нередки и депрессивные осложнения у матери (Davor Jurkovic, 2013).

В Кыргызской Республике эпидемиологические исследования по изучению частоты замерших беременностей в сроках до 22 недель не проводились.

В последние 30 лет во всем мире особое внимание уделяется технологии выполнения прерывания беременности в плане её эффективности, безопасности и упрощения техники, так как аборт продолжает оставаться одной из главных причин заболеваемости и смертности во всех странах. В глобальном руководстве ВОЗ по безопасному аборту (Женева, 2012) выбор метода его проведения и определение оптимальных дозировок препаратов для медикаментозного прерывания беременности отмечены в числе приоритетных направлений для исследований. По мнению ассоциации акушеров-гинекологов FIGO (2012) весьма актуальным является проведение исследований по сравнению клинической эффективности применения препаратов для прерывания замершей беременности в I триместре. Lale Say с соавт. (2010) отмечают отсутствие достаточных данных по сравнению эффективности и безопасности мануальной вакуум - аспирации и медикаментозного аборта.

В Кыргызской Республике приказом МЗ № 466 от 23.09.11 г. утвержден клинический протокол по медикаментозному аборту в I и II триместрах беременности, рекомендованный к применению на всех уровнях оказания медицинской помощи. К сожалению, протокол не дает рекомендаций по

прерыванию замершей беременности. Отмечено, что его пересмотр планировался на 2015 год, но до настоящего времени он не проведен.

Таким образом, получение научных данных о факторах риска, причинах и наиболее оптимальных методиках прерывания замершей беременности в I триместре остаётся одной из важнейших задач здравоохранения КР. В представленной работе освещены вопросы выбора наиболее оптимальных методов прерывания замершей беременности малого срока, выявлены факторы и группы риска данной патологии, а также предприняты шаги к её прогнозированию.

Связь темы диссертации с научными программами, выполняемыми в научном учреждении. Диссертационная работа выполнялась в рамках научного проекта НИР НЦОМид «Перинатальная помощь женщинам репродуктивного возраста в Кыргызской Республике: проблемы и пути их решения», № государственной регистрации 0007216.

Цель исследования. Оптимизировать в Кыргызской Республике технологию выбора метода оказания медицинской помощи женщинам с развивающейся в малом сроке беременностью на основе новых сведений о факторах риска её формирования, клинико – экономической эффективности различных методов её прерывания и особенностей психологического статуса пациенток.

Задачи исследования:

1. Определить частоту замершей беременности в сроках до 12 недель^{+6 дней} по данным обращаемости и выявить факторы риска её возникновения.
2. Определить клиническую и экономическую эффективность различных режимов медикаментозного прерывания беременности в сравнении с вакуум-аспирацией содержимого полости матки.
3. Изучить особенности психологического статуса женщин в случае развивающейся беременности, а также в зависимости от технологии её прерывания.
4. Разработать комплекс мероприятий по оказанию медицинской помощи при развивающейся беременности в сроках до 12 недель^{+6 дней}.

Научная новизна полученных результатов

- Впервые установлено, что в Кыргызской республике по данным обращаемости в учреждение третичного уровня частота развивающейся беременности малого срока составляет 41,4%, от числа всех поступивших 964 беременных женщин в сроке до 12 недель^{+6 дней}. Подтверждён факт многообразия факторов риска развития замершей беременности, при этом впервые представлена количественная оценка прогностической значимости социально – био-

логических и медицинских предиктов, а также впервые показано, что наличие у беременной группы крови В(III) в 1,6 раза повышает шанс развития гибели плода в малом сроке.

- Впервые проведен клинико–экономический анализ эффективности различных методов прерывания замершей беременности, на основе которого доказана возможность применения мизопростола в монорежиме и установлена примерно равнозначная клиническая эффективность и финансовая затратность медикаментозных и хирургической технологий прерывания замершей беременности.

- Впервые в Кыргызской Республике изучен психологический статус женщин, обратившихся в стационар по поводу неразвивающейся в малом сроке беременности, при этом установлено, что частота депрессивных состояний у них составляет 30,3%, а в структуре преобладает депрессия легкой степени (72,9%), субдепрессивные расстройства и истинная депрессия встречается реже (23,9 и 3,2% соответственно).

Практическая значимость полученных результатов

Сведения о факторах риска формирования замершей беременности следует использовать на уровне первичного звена для прогнозирования вероятности её возникновения.

Для врачей акушерских стационаров разработана сводная таблица по характеристике клинических аспектов, исходов, затратности различных методов прерывания замершей беременности, что позволяет индивидуализировать технологию выбора метода и шире привлекать к участию в этом процессе пациенток.

Экономическая значимость полученных результатов

Установлено, что средние прямые затраты на проведение в стационаре медикаментозного прерывания беременности приемом комбинации мифепристона и мизопростола составляли 3146,47 сом, монорежимным приемом мизопростола – 2896,47 сом и при хирургическом прерывании беременности методом РВА – 3366,47 сом в период 2014 года.

Несмотря на различия в стоимости проведения прерывания беременности (470 сом между 2-й и 3-й группой), учитывая меняющийся диапазон цен на медикаменты, все методы прерывания беременности в среднем по себестоимости можно считать равными.

Внедрение полученных результатов

Результаты данного исследования, сведения о факторах риска формирования замершей беременности следует использовать на уровне разработок мер по её предупреждению.

Для врачей акушерских стационаров разработана сводная таблица по сравнительной характеристике клинических аспектов, исходов, затратность различных методов прерывания замершей беременности, что позволяет ин-

дивидуализировать технологию выбора метода и привлекать к участию в этом процессе пациенток.

По результатам работы оформлено рационализаторское предложение «Информационный лист пациента для выбора метода прерывания замершей беременности в сроках до 12 недель^{+ 6 дней}» и получено свидетельство № 841 от 31 октября 2016 года.

Разработанные практические рекомендации и информационный лист пациента для выбора метода прерывания замершей беременности внедрен в работу отделения гинекологии КРД НЦОМид.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Частота неразвивающейся в малом сроке беременности находится на высоком уровне и составляет 41,4%. Группу риска по возникновению замершей беременности составляют женщины с низким социально-экономическим уровнем жизни (OR = 2,3), страдающие хронической железодефицитной анемией средней степени (OR = 1,8), с группой крови В(III) (OR = 1,6) и страдающие хроническим пиелонефритом (OR = 1,5).

2. Клиническая эффективность применения комбинации мифепристона с мизопростолом составляет 97,0%, монорегимного приема мизопростола – 93,3% и ручной вакуум-аспирации – 100,0%. Эффективность предлагаемых методов прерывания беременности не имеет статистически значимых различий ($P > 0,05$). Все методы имеют положительные и отрицательные стороны, о которых необходимо информировать пациентку.

3. Уровень депрессивных нарушений у женщин, обратившихся по поводу аборта в малом сроке беременности, составляет 30,3%. В структуре депрессивных нарушений преобладает депрессия легкого течения, при этом наиболее благоприятным методом прерывания беременности в аспекте минимальной психологической травмы можно считать хирургический метод, возможно за счет быстроты проведения процедуры.

Личный вклад соискателя. Соискателем лично проведен набор материала для проспективного исследования, выкопировка данных из первичной медицинской документации, их ввод в компьютерную базу данных, а также статистическая обработка. Кроме того, автором совместно с коллективом гинекологического отделения НЦОМид проведено наблюдение и лечение 633 женщин, вошедших в исследование. Лабораторные методы исследования, УЗИ выполнены совместно с сотрудниками экспресс-лаборатории НЦОМид и врачами отделения функциональной диагностики.

Апробации результатов диссертации

Результаты работы доложены на Международной научно – практической конференции «Современные подходы в педиатрии, детской хирургии и перинатологии» (Бишкек, 2015); VIII – конгрессе педиатров стран СНГ

«Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания» и Международной научно – практической конференции, посвященной 55 – летию Национального центра охраны материнства и детства МЗ КР. «Материнство и детство: достижения, проблемы и перспективы» (Бишкек, 2016).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях

Результаты работы опубликованы в 5 научных публикациях, из них 2 в изданиях, рекомендованных ВАК КР, и 3 – в зарубежных изданиях, индексируемых системой РИНЦ, SCOPUS.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы материалы и методы исследования, результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Текст диссертации изложен на 140 страницах машинописного текста, содержит 42 таблицы и 7 рисунка. Библиографический указатель составлен в алфавитном порядке и состоит из 145 англо- и русскоязычных источников.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации представлены актуальность исследования и обоснование необходимости его проведения, цель, задачи, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1. Обзор литературы. Представлен обзор публикаций, освещающих состояние проблемы неразвивающейся беременности в мире за последние годы и значимость ее в структуре ранних репродуктивных потерь. Дан аналитический обзор современных взглядов исследователей на выявление факторов риска и причин, диагностику, технологии прерывания неразвивающейся беременности, а также на реабилитацию и психологические аспекты ранних репродуктивных потерь. С учетом проведенного анализа литературных источников обоснована необходимость проведения исследований по теме диссертационной работы.

Глава 2. Представлены **материал и методы исследования.** С учетом поставленных задач было проведено проспективное когортное рандомизированное исследование. Все беременные - жительницы Кыргызской Республики, которые находились на стационарном лечении в отделении гинекологии Национального центра охраны материнства и детства КР. Период проведения исследования составил 16 месяцев. Для включения в него была разработана карта информированного согласия. Объем генеральной совокупности рассчитан согласно соответствующей формуле.

В основу работы положены результаты комплексного обследования 633 беременных в сроке до полных 12 недель^{+6 дней}, в том числе 399, составивших основную группу, с несостоявшейся беременностью, прерванной

по медицинским показаниям, и 234 здоровых женщин (контрольная группа) с прогрессирующей беременностью, прерванной искусственным абортom в сроках до полных 12 недель^{+6 дней}.

Средний возраст всех обследованных беременных составил $29,0 \pm 6,68$ лет. Минимальный возраст был 16, а максимальный – 47 лет. Средний возраст женщин основной группы составил $28,7 \text{ лет} \pm 7,0$, а контрольной – $29,6 \text{ лет} \pm 6,1$ ($p > 0,05$). Группы по возрасту достоверно не отличались ($P > 0,05$).

Группа контроля была сформирована на начальном этапе исследования для установления в последующем причинно-следственных связей между определенными факторами риска и исходом беременности.

В дальнейшем для решения поставленных задач из женщин с неразвивающейся беременностью была сформирована когорта, которая была подвергнута рандомизации методом компьютерной генерации случайных чисел на три группы сравнения по примененному методу прерывания беременности. В работе использован экспериментальный дизайн с пред- и пост-тестом (рис. 1), который соответствовал требованиям проспективного когортного исследования без ослепления (беременные и врачи знали по какой методике проводится прерывание беременности).

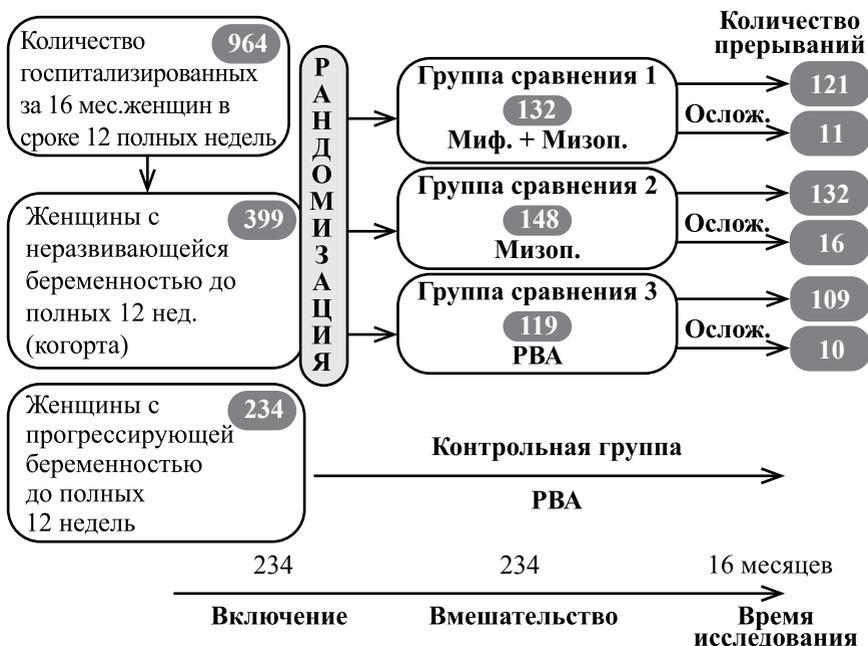


Рис. 1. Дизайн исследования.

Согласно дизайну исследования, после получения информированного согласия на участие в клиническом испытании когорта женщин с подтвержденной ультразвуковым исследованием замершей маточной беременностью и соответствующая критериям включения была рандомизирована на группы сравнения. По основным социально-демографическим и клиническим характеристикам группы сравнения были репрезентативны.

Критерии включения.

Женщины с прогрессирующей и замершей маточной беременностью в I триместре без кровотечения (допустимы мажущие кровянистые выделения) из половых путей при закрытом наружном зеве шейки матки, находящиеся в возрасте от 19 до 45 лет, не имеющие на момент поступления тяжелой соматической патологии (недостаточность сердечно-сосудистой системы, заболевание печени, легких, почек, крови наследственных заболеваний и онкологических заболеваний) аллергии на применяемые при прерывании беременности препараты, а также с температурой тела до 37°C.

Критерии исключения.

Женщины с прогрессирующей и замершей маточной беременностью в I триместре с явлениями кровотечения и/или при открытом зеве матки, страдающие на момент поступления тяжелой соматической патологией (недостаточность сердечно-сосудистой системы, печени, легких, почек, крови, наследственными и онкологическими заболеваниями) или с температурой тела более 37,1°C. Беременные с ранее выявленной аллергической реакцией на применяемые препараты.

Все наблюдаемые женщины при обследовании и лечении подвергались клиническому, бактериологическому, ультразвуковому, цитологическому и морфологическому методам исследования. Полученные данные проанализированы статистически.

У всех 633 беременных женщин тщательно изучались 111 признаков по позициям:

- социально-демографическая ситуация - 13;
- соматическая заболеваемость (30 видов);
- особенности становления и реализации репродуктивной функции - 17;
- осложненное течение беременности и родов - 13;
- гинекологическая заболеваемость - 7 видов;
- данные клинико-лабораторных исследований (31 вид).

Для оценки психологического состояния женщин, обратившихся по поводу аборта, а также для определения зависимости депрессии от примененной технологии прерывания замершей беременности, использовался метод самооценки депрессивных состояний Цунга, который позволяет с позиции пациента выявить доклинические формы депрессии. Шкала Цунга была применена двукратно: до прерывания беременности и на 3-и сутки

после ее прерывания. На рис. 2 представлена схема исследования психологического статуса.



Рис. 2. Дизайн исследования влияния на психологический статус исходов прерывания беременности.

Рандомизация проводилась с помощью созданной компьютерным генератором (математическая функция = СЛЧИС) таблицы случайных чисел.

Изучение и оценка клинической и экономической эффективности различных режимов медикаментозного прерывания беременности в сравнении с вакуум-аспирацией содержимого полости матки проведены на основе клинико-лабораторного сравнения, УЗИ и статистической обработки данных всех случаев замершей беременности.

Беременность женщин, составивших контрольную группу, была прервана традиционным методом – общее или местное обезболивание (по же-

ланию женщины) с последующей вакуум-аспирацией плодного яйца.

Для оценки влияния метода прерывания беременности на инфекционный статус больной и биотоп влагалища производились забор материала для бактериологического посева и оценка количественного состава белой крови (ЛИИ, лейкоцитоз).

Для сравнительной оценки потери крови проводились её замер с помощью мерной колбы непосредственно после опорожнения полости матки и последующий подсчет дней кровянистых выделений. Кроме того, оценивался уровень гемоглобина в динамике до и после прерывания беременности.

Для оценки состояния свертывающей системы крови применялись наиболее распространенные и доступные в экономическом отношении в прикроватный тест Ли-Уайта, уровень фибриногена и протромбиновый индекс в сыворотке крови.

Для выявления в качестве фактора риска группы крови всем беременным определялась группа крови по системе АВО и резус фактор.

Для оценки экономической эффективности методов прерывания неразвивающейся беременности был проведен сравнительный экономико-статистический анализ хирургического метода и различных режимов медикаментозного прерывания в сроках до 12 недель^{+6 дней}. Всего в анализ вошли 399 женщин с неразвивающейся беременностью.

При расчете экономической эффективности каждого метода были использованы бухгалтерские данные и рассчитаны накладные расходы, в которые входили коммунальные и прочие услуги. Далее была рассчитана себестоимость процедур в стационаре по дням и группам. Стоимость исследований рассчитывали согласно официального прейскуранта НЦОМид и средней стоимости лекарственных средств в аптечной сети г. Бишкек в период проведения исследования. В себестоимость включались заработная плата работников, накладные расходы, стоимость медикаментов и дополнительно необходимых процедур.

Все данные внесены в созданный в программе SPSS 16.0 вопросник. Из методов статистической обработки использовались определение средних величин, пропорций. Для оценки достоверности различий показателей использовались критерий достоверности Z, критерий Фишера и χ^2 .

Анализ данных проводился с использованием пакета статистических программ SPSS 16.0. Различие считалось достоверным при $p < 0,05$. Расчет коэффициента корреляции проводился по методу четырех полей, а также коэффициента корреляции по методу Спирмана в случае выявления достоверных различий между исследуемыми группами. Определено соотношение шансов для определения факторов риска и эффективности ручной вакуум-аспирации (OR) и 95% доверительный интервал (ДИ). Если в доверительный интервал не входило значение 1, то считалось, что связь являлась причинной.

Глава 3. Представлены результаты собственных исследований и их обсуждение

В разделе 3.1. диссертации представлены результаты определения частоты и основных факторов риска развития несостоявшейся беременности I триместра на основании сравнительного анализа некоторых социально-демографических характеристик, соматического и гинекологического здоровья, становления репродуктивной функции, а также осложнений предшествующих беременностей и родов.

За период проведения исследования в отделение гинекологии НЦО-МиД поступили 964 беременные женщины в сроке до 12 недель^{+6 дней} и из них 399 – с неразвивающейся беременностью. Таким образом, частота диагностированной на раннем сроке замершей беременности составила 41,4%, т.е. почти у каждой второй женщины имела место гибель плодного яйца.

При этом установлено, что у 16,0% женщин основной группы был крайне низким прожиточный минимум, составивший в 2015 г. 5744,06 сом, в то время как в группе контроля таковых было всего 7,7%, при расчете отношения шансов установлено, что шанс развития замершей беременности у женщин основной группы выше в 2,3 раза в сравнении с группой контроля (ДИ 1.322-3.974).

Из числа женщин основной группы 27,6% были жительницами сельской местности. Этот показатель в группе контроля составил 42,7%.

По группе крови пациенток по системе АВО, а также по Rh фактору установлено, что у беременных с несостоявшейся беременностью чаще определялись 0(I) (32,6%) и В(III) (31,6%) группы крови. Статистически значимо чаще у беременных основной группы по сравнению с контрольной встречалась группа крови В(III) ($\chi^2 = 5,367$; $p = 0,021$; $RR = 1,576$; ДИ 1,087 – 2,286). Таким образом, у женщин с группой крови В(III) шанс возникновения несостоявшейся беременности в малом сроке возрастает в 1,5 раза.

Проведенный сравнительный анализ соматических заболеваний, перенесенных женщинами контрольной и основной групп показал, что женщины основной группы статистически значимо чаще ($P < 0,05$), чем женщины контрольной, страдали хроническим пиелонефритом и железодефицитной анемией.

В целом можно утверждать, что факторами риска развития замершей в малом сроке беременности являются хронический пиелонефрит ($\chi^2 = 5,893$; $p = 0,015$) и хроническая железодефицитная анемия ($\chi^2 = 5,584$; $p = 0,018$). Шансы гибели плода при наличии хронического пиелонефрита возрастают в 1,5 раза, а при наличии железодефицитной анемии – в 1,8 раза (ДИ 1,096 – 2,118 и ДИ 1,128 – 2,942) (рис. 3).

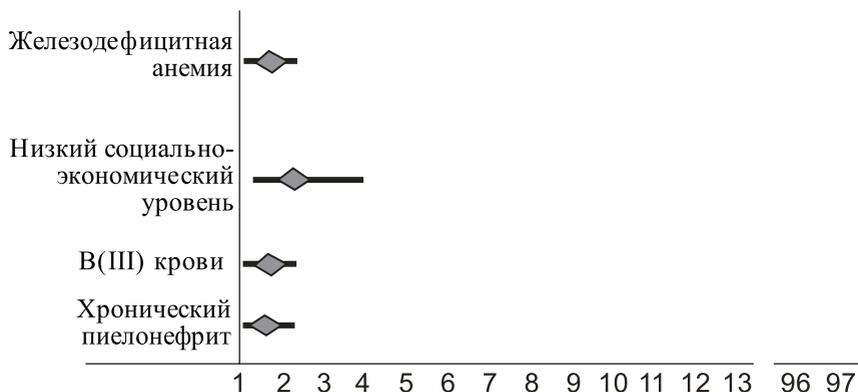


Рис. 3. Ранговая значимость выявленных факторов риска.

В результате ранжирования установлено, что наиболее значимым факторами риска гибели плода являются: на первом месте – железодефицитная анемия средней степени тяжести, на втором – низкий социально – экономический уровень, на третьем – наличие группы крови В(III) и на четвертом – хронический пиелонефрит.

Не установлена статистическая значимость в частоте гибели плодного яйца на ранних сроках беременности в зависимости от особенностей становления и реализации репродуктивной функции, гинекологической заболеваемости и состоянием биоценоза половых путей.

С целью ознакомления и возможного определения роли микроорганизмов в генезе замершей беременности проведена сравнительная оценка микробного пейзажа половых путей женщин основной и контрольной групп.

При этом установлено, что микробиоценоз влагалища женщин с развивающейся беременностью и замершей в сроке до 12 недель^{+6 дней} значительно отличался. В обеих группах встречались и монокультуры, и ассоциации условно-патогенных микроорганизмов. Однако, в контрольной группе в 39,3% случаев (n=92) бактериальный рост отсутствовал, что статистически значимо отличалось от основной группы, в которой рост микроорганизмов отсутствовал в 14,0% (n=56) случаев (P=0,001). Если в структуре выявленных бактерий – ассоциации *Streptococcus pyogenes* (+) А и *Candida spp.* составляли 15,8%, а *Staphylococcus aureus* - 12,8%, то в группе неразвивающейся беременности в 14,0% случаев рост бактерий отсутствовал, ассоциация *Staphylococcus haemolyticus* и *Staphylococcus aureus* составляла 7,0%, монокультуры *Staphylococcus epidermidis* (+) А - 5,3%, и *Staphylococcus aureus* - 5,3%. Кроме того, у женщин с неразвивающейся беременностью обращало

на себя внимание обилие ассоциаций микроорганизмов, которые достоверно реже встречались при прогрессирующей беременности.

Необходимо отметить, что из монокультур у женщин с нормальной беременностью статистически значимо чаще в сравнении с основной группой встречались *Staphylococcus aureus* - 12,8% против 5,3% ($P=0,001$) и грибы рода *Candida spp.* - 9,7% против 1,0% ($P=0,001$). При замершей беременности *Staphylococcus aureus* встречался уже не в монокультуре, а в большинстве микробных ассоциаций. Отмечено, что при нормальной беременности встретились такие ассоциации, как *Streptococcus pyogenes* (+) А и *Candida spp.* (15,8%). В группе замершей беременности таковых не выявлено. *Mycoplasma spp.* (4,3%) статистически значимо чаще встречалась в группе женщин с неразвивающейся беременностью, чем в группе с прогрессирующей (0%). При прогрессирующей беременности встретились такие ассоциации микроорганизмов как *Candida spp.* и *Staphylococcus haemolyticus* в 6,4% случаев и *Esherichia coli* (-) и *Candida spp.* – в 10,0% случаев. В группе замершей беременности вышеназванных микробных ассоциаций не встречалось.

Разнообразие ассоциаций условно-патогенных микробов наблюдалось в группе женщин с неразвивающейся беременностью, но все же, необходимо отметить, что патогенных микроорганизмов, населяющих половые пути, не выявлено ни в основной, ни в контрольной группе.

Таким образом, микробный пейзаж половых путей представлен в случае прогрессирующей беременности в большинстве случаев монокультурами ($P<0,05$), а в случае неразвивающейся беременности теми же микробами, но уже в разнообразных ассоциациях ($P<0,05$).

Из всего вышесказанного можно утверждать, что микроорганизмы при замершей беременности скорее всего играют роль не причинного фактора, а фактора риска возникновения последующих осложнений, т.к. погибший в полости матки плод, утративший защитные свойства, начинает выполнять роль питательной среды для размножения тех же самых микроорганизмов, которые обитают поблизости в норме.

В разделе 3.2. представлены результаты сравнительной оценки таких показателей клинической эффективности как длительность процедуры прерывания беременности, состояние шейки матки (оценка на предмет травматизации), кровопотеря во время прерывания, изменения в лабораторных анализах и осложнения в зависимости от примененной методики прерывания, а также результаты влияния метода прерывания беременности на микробный пейзаж половых путей женщины.

Учитывая, что хирургическая эвакуация плодного яйца безусловно статистически значимо происходит быстрее, чем медикаментозное прерывание беременности, в работе проведено сравнение длительности прерывания беременности группы 1 с группой 2 (рис. 4).

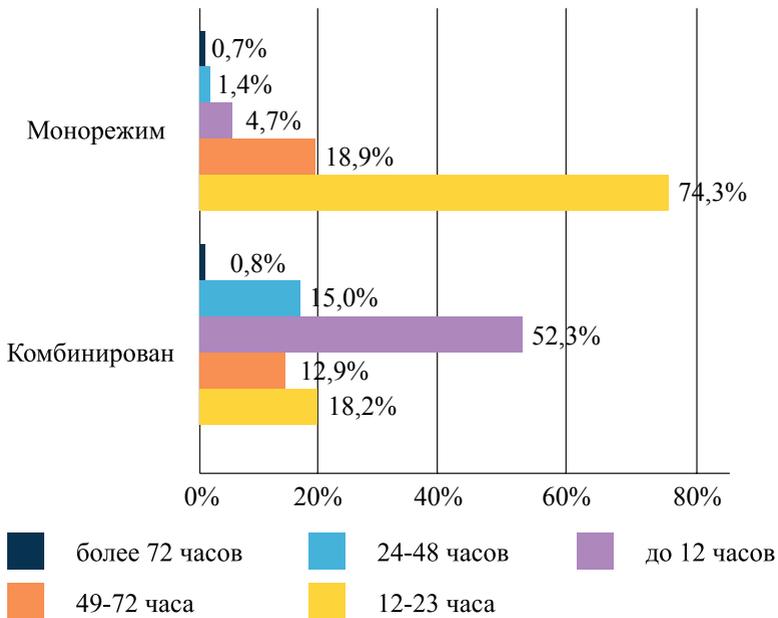


Рис. 4. Сравнительная характеристика длительности периода прерывания беременности.

Из рис. 4 видно, что у женщин 2-й группы сравнения полная эвакуация плодного яйца в период до 12 часов происходила в 74,3% (n=110), а в 1-й группе – лишь в 18,2% (n=24) случаев. Таким образом, до 12 часов с высокой степенью статистической значимости чаще прерывание беременности происходило у женщин 2-й группы сравнения ($Z = 9,268$; $P < 0,001$), а у женщин 1-й группы прерывание беременности статистически значимо чаще происходило в период между 24 и 72 часами (68,2% против 6,1%; $P < 0,001$). Прерывание беременности монорежимным приемом мизопростола происходило статистически значимо быстрее, чем комбинированным приемом мифепристона и мизопростола.

Далее проведено сравнение количества видимых травм шейки матки (надрывов) после медикаментозного и хирургического методов прерывания беременности. Визуальная оценка шейки матки проведена 2-хкратно.

Согласно полученным данным, видимые травмы шейки матки с высокой степенью статистической значимости чаще наблюдались после прерывания беременности хирургическим методом в сравнении с медикаментозным (27,7% и 1,3%; $Z = 7,427$; $P < 0,001$).

Следовательно, в число негативных последствий хирургического метода прерывания беременности с высокой степенью статистической значимости можно отнести травматизацию шейки матки (рис. 5).

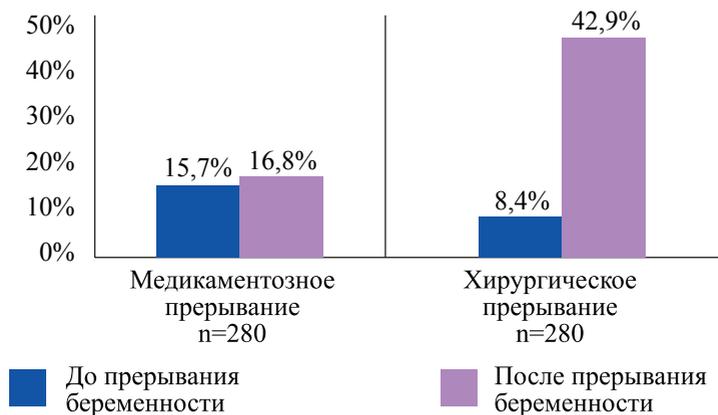


Рис. 5. Сравнительная оценка изменений шейки матки у женщин до и после применения различных методов прерывания беременности.

Эффективность прерывания беременности в различных группах представлена на рис. 6.

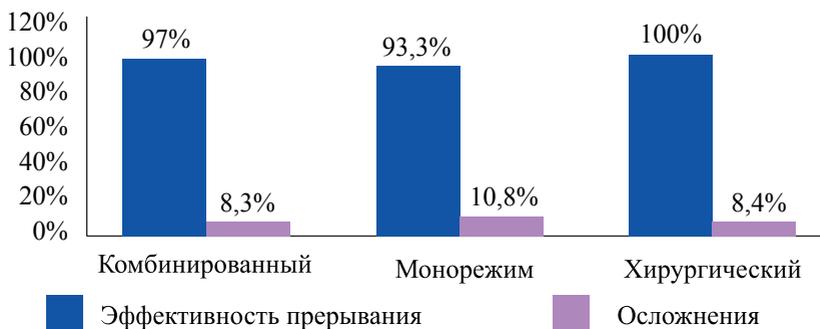


Рис. 6. Клиническая эффективность различных режимов прерывания беременности.

Эффективность прерывания беременности в группе комбинированного приема препаратов составила 97,7%, в группе монорежимного приема лекарственного средства – 93,3% и в группе применения хирургического

метода – 100%. В группе комбинированного применения мифепристона с мизопростолом осложнения наблюдались в 8,3% (n = 11) случаев. В группе монорегимного приема мизопростолом зафиксировано – в 10,8% (n = 16). После применения ручной вакуум-аспирации осложнение зафиксированы в 8,4% (n = 10) случаев. Не выявлено статистически значимых различий и в частоте выявления осложнений у женщин сравниваемых групп (P>0,05).

Для изучения влияния метода прерывания беременности на микрофлору половых путей было проведено сравнение бактерий и их ассоциаций до и после аборта. Микробный пейзаж цервикального канала у женщин с неразвивающейся беременностью до прерывания беременности подробно описан в главе факторы риска реализации замершей беременности в I триместре. На рис. 7 представлены микроорганизмы и их ассоциации в сравнении до и после прерывания беременности на 3-и сутки медикаментозным путем.

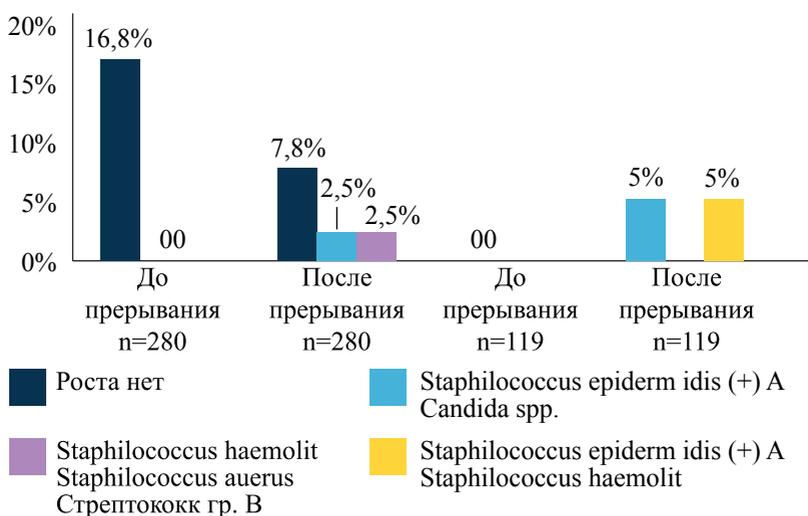


Рис. 7. Микробный пейзаж цервикального канала у женщин до и после прерывания беременности медикаментозными и хирургическими методами.

Таким образом, прерывание беременности монорегимным приемом мизопростолом происходит статистически значимо быстрее (в период 12 часов), чем комбинированным приемом мифепристона и мизопростолом (P<0,001). Эффективность применения комбинации мифепристона с мизопростолом составляет 97,0%, монорегимного приема мизопростолом – 93,3% и ручной вакуум-аспирации – 100,0%. Хирургический (РВА) метод прерывания беременности (42,9%) существенно повышает травматизм шейки

матки в сравнении с медикаментозными методами (16,8%); $P < 0,001$. У большинства (78,0% - 84,9%) женщин сравниваемых групп основная визуальная кровопотеря составила до 100,0 мл, но, следует отметить, что у женщин, прервавших свою беременность комбинированным приемом мифепристона с мизопростолом, а также методом ручной вакуум-аспирации, уровень гемоглобина все же достоверно снизился после прерывания беременности на 2,5 единицы. Метод прерывания неразвивающейся беременности статистически значимо не влияет на характер микрофлоры половых путей женщины. Не выявлено статистически значимых различий в частоте осложнений между сравниваемыми группами ($P > 0,05$).

В разделе 3.3. представлены результаты доврачебной диагностики частоты депрессивных и субдепрессивных состояний, которые могли быть связаны с наличием несостоявшейся беременности, по шкале Цунга. Частота депрессивных расстройств у беременных в малом сроке беременности у обследованных женщин составляла 30,3% (95%ДИ 26,8 – 34,0) (рис. 8).

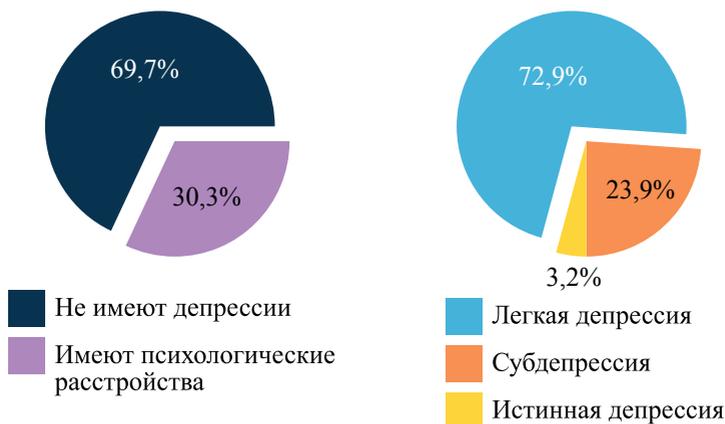


Рис. 8. Частота и структура депрессивных нарушений у женщин в раннем сроке беременности.

Из рис. 8 видно, что в структуре депрессивных состояний беременных в сроке до 12 недель^{+6 дней} в 72,9% случаев (n=140) встречалась легкая депрессия ситуативного или невротического генеза (95% ДИ 66,3 – 78,8), в 23,9% (n=46) - субдепрессивное состояние или маскированная депрессия (95% ДИ 18,3 – 30,4) и в 3,2% (n=6) – истинное депрессивное состояние (95% ДИ 1,3 - 6,3).

При сравнении структуры депрессивных состояний по группам до прерывания беременности установлено, что в 28,3% (n=67) случаев в контрольной группе и в 31,3% (n=125) - в основной выявлены изменения психологического статуса, но без статистически значимых различий ($P>0,05$). Первое место также в обеих группах занимала легкая депрессия ситуативного или невротического генеза (в основной группе 68,8%, а в контрольной – 80,6%). На втором месте были субдепрессивное состояние или маскированная депрессия (в основной группе 26,4%, а в контрольной – 19,4%), а истинная депрессия встретила только в группе женщин с внутриутробно погибшим плодом – 4,8% (n=6). Статистически значимых различий в частоте встречаемости психологических нарушений у женщин сравниваемых групп не выявлено ($P>0,05$).

Определенный процент депрессивных состояний у женщин контрольной группы можно отнести за счет причин, из-за которых женщина решала прервать нормальную физиологическую беременность (отсутствие мужа, маленький ребенок, отсутствие денег и т.д.). В случае замершей беременности более высокий процент депрессивных расстройств можно объяснить осознанием женщиной того, что плод погиб.

Следовательно, все женщины, прерывающие свою беременность в раннем сроке по разным причинам, нуждаются в консультации психолога.

При сравнительной оценке результатов повторного тестирования на 3-и сутки после прерывания несостоявшейся беременности установлено, что уровень депрессивных расстройств женщин статистически незначимо ($P>0,05$), но все же увеличился на 6,0%. После прерывания беременности уровень депрессивных расстройств в основной группе составил 36,3% (n=145). Отмеченный рост уровня депрессивных расстройств произошел за счет увеличения частоты легкой депрессии на 4,8% после прерывания неразвивающейся беременности и составил 26,3% в отличие от 21,5% до аборта. Больше всего (45,5%) депрессивных расстройств после прерывания беременности наблюдалось у женщин 1-й группы сравнения, на втором месте по уровню депрессии (35,1%) находились женщины 2-й группы сравнения и на третьем – 27,7% были женщины группы сравнения 3. Таким образом, более благоприятным в отношении психологического исхода, по данным проведенного исследования, явился хирургический метод (РВА) прерывания беременности.

При оценке удовлетворенности методом прерывания беременности установлено, что 56,4% женщин в дальнейшем вообще больше не желают делать аборт, 31,6% выразили удовлетворенность примененным методом, а 12,0% были не удовлетворены. Самым частым неприятным ощущением после прерывания беременности являлось ощущение тошноты (от 34,1% до 46,2%), которое беспокоило одинаково часто женщин всех групп сравне-

ния ($P > 0,05$). Болезненные ощущения внизу живота с применением анальгетиков (24,4% и 12,2%; $Z = 2,442$; $P < 0,02$), а также рвота (26,9% и 15,5%; $Z = 2,127$; $P < 0,04$) статистически значимо чаще сопровождали женщин после хирургического аборта в сравнении с женщинами, прервавшими беременность мизопростолом в монорежиме. Общая длительность кровянистых выделений у женщин после хирургического прерывания неразвивающейся беременности (у 66,2% период кровянистых выделений – 2-4 дня) была достоверно менее продолжительной ($U < 0,022$) в сравнении с женщинами, применившими мизопростол в монорежиме (у 79,8% период кровянистых выделений – 3-5 дней).

Таким образом, прерывание беременности, независимо от метода, в большинстве случаев (56,4%) вызывает у женщин желание больше никогда не делать аборт, 31,6% выразили удовлетворенность примененным методом, а 12,0% были не удовлетворены, причем выявлены статистически значимые различия в частоте выбора в последующем монорежимного применения мизопростола (37,2%) в сравнении с хирургическим методом (25,2%) ($Z = 1,962$; $P < 0,05$).

В разделе 3.4. представлен алгоритм прерывания замершей беременности в I триместре с учетом экономической эффективности предлагаемых методик.

На основании полученных результатов, прерывание неразвивающейся беременности раннего срока рекомендуется производить следующими методами:

1. Медикаментозным (применением комбинации мифепристона с мизопростолом) – мифепристон 200 мг per os, через 36 часов мизопростол сублингвально 600 мкг в сроке до 12 недель беременности. При отсутствии болевого компонента и кровянистых выделений к концу периода наблюдения в течение 24 часов мизопростол повторно в дозе 400 мкг, сублингвально, каждые 4 часа до 4-х доз максимально. Если в течение последующих 24 часов не происходит полная самостоятельная эвакуация содержимого полости матки, процедура считается неудавшейся и производится ручная вакуум-аспирация плодного яйца. Обезболивание НПВС (парацетамол 500 мг, ибупрофен 500 мг или кетонал 100 мг per os).

2. Медикаментозным (монорежимным приемом мизопростола) – мизопростол сублингвально 600 мкг в сроке до 12 недель беременности. Через 3 часа мизопростол повторно в дозе 600 мкг сублингвально. Если в течение последующих 24 часов не происходит полная самостоятельная эвакуация содержимого полости матки, процедура считается неудавшейся и производится ручная вакуум-аспирация плодного яйца. Обезболивание НПВС (парацетамол 500 мг, ибупрофен 500 мг или кетонал 100 мг per os).

3. Хирургическим – применением ручной вакуум-аспирации с общим внутривенным обезболиванием.

Таблица 1- Информационный лист пациента для выбора метода прерывания замершей беременности в сроках до 12 недель ^{+ 6 дней}

	Комбинация приема мифепристона с мизопроустолом		Монорежимный прием мизопроустола		Ручная вакуум-аспирация (РВА)	
	положительные эффекты	отрицательные эффекты	положительные эффекты	отрицательные эффекты	положительные эффекты	отрицательные эффекты
Эффективность метода	97,0%		93,3%		100,0%	
Кровопотеря в мл.	До 100,0		До 100,0		До 100,0	
Длительность прерывания беременности		Медленно (48-72 часа)	Быстрее, чем в 1-й группе (до 24 часов)		Быстро (до 30 минут)	
Травма шейки матки (надрывы)	Не травмирует шейку матки		Не травмирует шейку матки			Травмирует шейку матки
Анестезия	Нет анестезии		Нет анестезии			Есть анестезия
Осложнения						Эндометрит и перфорация матки в 3,4%
Психологические исходы		Большое количество депрессий (45,5%)		Среднее количество депрессий (35,1%)	Малое количество депрессий (27,7%)	
Удовлетворенность выбранным методом	Выберут медикаментозный метод (24,0%)		Выберут медикаментозный метод (24,0%)		Выберут РВА (25,2%)	
Доступность	Доступны (имеются в аптечной сети)					
Финансовая затратность в сомах	Стоимость процедур достоверно не различается, но может меняться в зависимости от изменения стоимости лекарственных средств.					

В таблице представлены обобщенные результаты, которые являются ключевой информацией для врача и пациентки при выборе метода прерывания зачатия в раннем сроке беременности.

Всем женщинам, вне зависимости от примененного метода, непосредственно после эвакуации плодного яйца необходимо производить антибиотикопрофилактику по единой стандартной схеме, рекомендованной ВОЗ - однократное введение в/в 2 гр. ампициллина.

Из трех групп сравнения наиболее низкую себестоимость (2896,47 сом) составила 2 группа, а наиболее высокую - 3 группа сравнения (3366,47 сом).

В 1 – ой группе себестоимость процедуры эвакуации плодного яйца составила в среднем 3146,47 сомов. Необходимо отметить, что, несмотря на различия в стоимости проведения прерывания беременности (470 сом между 2-й и 3-й группой), учитывая меняющийся диапазон цен на медикаменты, все методы прерывания беременности в среднем по себестоимости можно считать равными.

ВЫВОДЫ

1. Частота неразвивающейся в раннем сроке беременности по данным учреждения III уровня составляет 41,4%, от числа всех поступивших беременных женщин в сроке до 12 недель+6 дней (964), возникает у женщин, находящихся в активном репродуктивном возрасте (28,7 лет \pm 7,0) и имеет комплекс факторов риска: низкий социально-экономический уровень жизни женщины (увеличивается в 2,3 раза); наличие группы крови В(III) (возрастает в 1,6 раза); хронический пиелонефрит (возрастает в 1,5 раза); хроническая железодефицитная анемия (возрастает в 1,8 раза), при средней степени тяжести которой замершая беременность отмечена в 12,9 раз чаще в сравнении с легкой и тяжелой анемией.

2. Клиническая эффективность применения комбинации мифепристона с мизопростолом составляет 97,0%, монорегимного приема мизопростола – 93,3% и ручной вакуум-аспирации – 100,0%. Прерывание беременности монорегимным приемом мизопростола происходит статистически значимо быстрее, чем комбинированным приемом мифепристона и мизопростола. Хирургический метод прерывания беременности (42,9%) достоверно повышает травматизм шейки матки в сравнении с медикаментозными методами (16,8%). Экономическая эффективность изучаемых методов статистически не различима.

3. Уровень депрессивных нарушений у женщин, обратившихся по поводу аборта в малом сроке беременности, высок и составляет 30,3%. В структуре депрессивных расстройств в 72,9% случаев отмечается легкая депрессия (95%), в 23,9% - субдепрессивные расстройства (95%) и в 3,2% - истинная депрессия (95%). После применения хирургического метода

прерывания беременности выявлен статистически значимо самый низкий процент депрессий – 27,7% в сравнении с медикаментозным.

4. Разработана таблица по комплексной клинической характеристике анализируемых методов прерывания замершей беременности, позволяющее индивидуализировать их выбор с учётом мнения пациентки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения качества мониторинга ситуации по неразвивающейся беременности в Республике
 - 1.1. Учитывая, высокую частоту неразвивающейся беременности по данным обращаемости в учреждение III уровня оказания медицинской помощи (41,4%), необходимо в республиканских учетно-отчетных формах ввести графу регистрации замерших беременностей для определения более полных масштабов этой проблемы в КР.
2. Для повышения качества ведения беременных и снижения частоты замершей беременности
 - 2.1. Женщинам, планирующим беременность, следует особое внимание уделять предварительному лечению таких соматических заболеваний как хронический пиелонефрит и железодефицитная анемия.
 - 2.2. Врачам первичного звена следует рассматривать беременных женщин с группой крови В(III) как группу риска по возникновению неразвивающейся беременности.
 - 2.3. В перечень обязательного обследования перед прерыванием беременности необходимо включить консультацию психолога.
3. Для повышения качества оказания медицинской помощи женщинам с замершей беременностью
 - 3.1. Прерывание замершей беременности должно проводиться в стационарных условиях.
 - 3.2. Женщины могут сами выбирать метод прерывания своей беременности после предварительного предоставления врачом стационара исчерпывающей информации о положительных и отрицательных эффектах имеющихся методик.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. **Кармышев, А. О.** Современные методы прерывания беременности в I триместре [Текст] / В. Т. Рыскельдиева, А. О. Кармышев // Наука и новые технологии. – 2014. – №4. – С. 106 – 110.
2. **Кармышев, А. О.** Факторы риска развития замершей беременности [Текст] / А. О. Кармышев // Здоровье матери и ребенка. – 2015. – №4, Т. 7. – С. 50 – 53.
3. **Кармышев, А. О.** Факторы риска неразвивающейся беременности I три-

- местра: результаты собственных исследований [Текст] / В. Т. Рыскельдиева, А. О. Кармышев // Проблемы науки. – 2016. – №8 (9). – С. 36 – 41. 201.
4. **Кармышев, А. О.** Психологические аспекты прерывания неразвивающейся беременности раннего срока: рандомизированное клиническое исследование [Текст] / В. Т. Рыскельдиева, А. О. Кармышев // Акушерство и гинекология. – 2017. – №1. – С. 19 – 23.
 5. **Кармышев, А. О.** Эффективность различных методик прерывания неразвивающейся в малом сроке беременности: рандомизированное клиническое исследование [Текст] / В. Т. Рыскельдиева, А. О. Кармышев, А. А. Сорокин // Российский вестник акушера – гинеколога. – 2017. – №2. – С. 64 –69.

РЕЗЮМЕ

диссертация Кармышева Азата Оморкуловича на тему «Замершая беременность: частота, факторы риска и медицинская помощь у женщин Кыргызской Республики» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.01 – акушерство и гинекология.

Ключевые слова: замершая беременность, факторы риска, медикаментозный аборт, хирургический аборт, психологические расстройства.

Объект исследования. Обследованию подвергнуты 633 беременных в сроке полных 12 недель беременности, в том числе 399 женщин с неразвивающейся беременностью, составивших основную группу, и 234 – с прогрессирующей беременности до полных 12 недель, составивших группу контроля. Женщины основной группы рандомизированы в зависимости от метода прерывания беременности: 132 получали Мифепристон + Мизопростол, 148 – Мизопростол, 118 – РВА.

Цель исследования. Оптимизировать технологию выбора метода оказания медицинской помощи женщинам с неразвивающейся в малом сроке беременностью на основе новых сведений о факторах риска её формирования, клинико – экономической эффективности различных методов её прерывания и особенностей психологического статуса пациенток.

Методы исследования: клинические, бактериологические, ультразвуковой, цитологический, морфологический и статистический.

Полученные результаты и новизна: впервые в КР определена частота случаев замершей беременности в ранних сроках по данным обращаемости в родовспомогательное учреждение третичного уровня, составившие 41,4%. При подтверждении наличия множества факторов, провоцирующих гибель плодного яйца в ранних сроках беременности, впервые представлен

уровень прогностической значимости социально-биологических и медицинских факторов риска и доказана значимость группы крови В (III), при которой шанс прекращения развития беременности в ранних сроках в 1.6 раза выше, чем у женщин с другой группой крови. Впервые поведена клинико-экономическая оценка различных методов прерывания замершей беременности и доказана возможность использования Мизопростола в моно режиме; установлена равнозначность клинической результативности и финансовой затратности медицинских и хирургических технологий прерывания замершей беременности. Впервые в КР изучен психологический статус женщин с замершей беременностью в раннем сроке установлены частота и тяжесть его нарушений.

Рекомендации по использованию. Сведения о факторах риска формирования замершей беременности следует использовать на уровне первичного звена для прогнозирования вероятности возникновения и разработки мер по её предупреждению. Для врачей акушерских стационаров разработана сводная таблица по сравнительной характеристике клинических аспектов, исходов, затратности различных методов прерывания замершей беременности, что позволяет индивидуализировать технологию выбора метода и привлекать к участию в этом процессе пациенток.

Область применения: группа семейных врачей, центр семейной медицины, на уровне вторичного и третичного звена.

**14.00.01 – акушердик жана гинекология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын изденүүгө Кармышев Азат Оморкуловичтин «Өнүкпөгөн кош бойлуулук: жыштыгы, коркунуч факторлору жана Кыргыз Республикасынын аялдарына медициналык жардам» темадагы диссертациясына
КОРУТУНДУСУ**

Негизги сөздөр: өнүкпөгөн кош бойлуулук, коркунуч факторлору, дары-дармектик аборт, хирургиялык аборт, психологиялык бузулуулар.

Изилдөө объектиси: 633 кош бойлуу толук 12 жума кош бойлуулук мөөнөтүндө текшерилди, анын ичинде, негизги топту түзгөн, 399 аял өнүкпөгөн кош бойлуулук менен, жана, контролдук топту түзгөн, 234 – толук 12 жумага чейин өскөн кош бойлуулук менен. Негизги топтун аялдары бойдон алдыруунун ыкмасына жараша рандомизделишкен: 132 Мифепристон + Мизопростол алышкан, 148 – Мизопростол, 118 – РВА.

Изилдөөнүн максаты: кичине мөөнөттө өнүкпөгөн кош бойлуулук менен аялдарга, анын калыптануусунун коркунуч факторлору жөнүндө

жаңы маалыматтардын, аны алдыруунун ар кандай ыкмаларынын клиника-экономикалык натыйжалуулугунун жана бейтап аялдардын психика статус өзгөчөлүктөрүнүн негизинде медициналык жардам көрсөтүүнүн ыкмасын тандоо технологиясын оптималдаштыруу.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, бактериологиялык, ультрадио-буш, цитологиялык, морфологиялык жана статистикалык.

Алынган натыйжалар жана жаңылыгы: алгачкы жолу КРда үчүнчү деңгээлдеги төрөткө жардам берүү мекемеге кайрылуулардын маалыматтары боюнча, 41,4% түзгөн, эрте мөөнөттөрдө токтогон кош бойлуулук учурларынын жыштыгы аныкталды. Кош бойлуулуктун эрте мөөнөттөрүндө түйүлдүктүн өлүүсүнө алып келүүчү көптөгөн факторлордун барынан далилдөөдө, алгачкы жолу социалдык-биологиялык жана медициналык коркунуч факторлордун болжолдоо маанилүүлүгүнүн деңгээли көрсөтүлдү жана В (III) кан тобунун маанилүүлүгү далилденди, анда башка кан тобу менен аялдарга караганда, эрте мөөнөттө кош бойлуулук өнүгүүсүнүн токтоп калуу мүмкүндүгү 1.6 эсеге жогору. Алгачкы жолу токтогон кош бойлуулукту алдыруунун ар кандай ыкмаларынын клиника-экономикалык баалоосу өткөрүлдү жана Мизопроустолду моно режимде пайдалануунун мүмкүндүгү далилденди; клиникалык натыйжалуулуктун окшоштугу жана өнүкпөгөн кош бойлуулук алдыруунун медициналык жана хирургиялык технологияларынын каржы чыгымдуулугу аныкталды. Алгачкы жолу КРда эрте мөөнөттө өнүкпөгөн кош бойлуулук менен аялдардын психика абалы изилденди, анын бузулууларынын жыштыгы жана татаалдыгы аныкталды.

Пайдалануу боюнча сунуштар. Өнүкпөгөн кош бойлуулук калыптануу коркунучу жөнүндө маалыматтарды, пайда болуу мүмкүндүгүн болжолдоо жана аны алдын алуу боюнча чараларды иштеп чыгуу үчүн, биринчи звонунун деңгээлинде пайдалануу керек. Акушердик стационарлардын дарыгерлери үчүн клиникалык аспектилердин, натыйжалардын, токтогон кош бойлуулукту алдыруунун ар кандай ыкмаларынын чыгымдуулугунун салыштырма мүнөздөмөсү боюнча таблицалардын жыйынтыгы иштелип чыкты, ал ыкманы тандоо технологиясын жекелентүүгө жана бул процеске кошбойлуу аялдарды катышуу үчүн тартууга мүмкүндүк берет.

Колдонуу чөйрөсү: үй бүлөлүк дарыгерлер борбору, үй бүлөлүк дарыгерлер тобу, экинчи жана үчүнчү даракадагы деңгээли.

Summary of

Dissertation of Azat Karmyshev Omorkulovich on the topic “Missed miscarriage: occurrence, risk factors and medical aid for women of the Kyrgyz Republic” for a degree of Ph.D. (Medicine) on specialty 14.00.01 - Ob-

stetrics and Gynecology.

Key words: missed miscarriage, risk factors, medication-induced abortion, surgical abortion, mental disorders.

Object of research. 633 pregnant women are examined, at a term of full 12 weeks, including 399 women with missed miscarriage, that comprised basic group, and 234 women with progressive pregnancy up to full 12 weeks, that composed control group. The women of basic group were randomized depending on methods of abortion: 132 persons were treated by Mifepristone + Misoprostol, 148 members of group were treated by Misoprostol, 118 women were treated by PBA.

Aim of research. Optimize technology of choice of method of rendering of medical assistance to women with missed abortion at early stage on the basis new information about risk factors of its formation, clinic-economic efficiency of different methods of its abortion and peculiarities of psychological state of patients.

Method of research: clinical, bacteriological, ultrasonic, cytological, morphological and statistical.

Obtained results and novelty: For the first time in Kyrgyzstan the frequency of cases of missed miscarriage on the early stages was determined according to data of appeal ability to obstetric institution of tertiary level, that were 41, 4 %. While the confirmation of presence of variety of factors that cause death of ovum in the early stages of pregnancy, level of prognostic significance of social- biological and medical risk factors was presented for the first time, and importance of the blood group B (III) was proven, during which chance of termination of pregnancy in the early stages is 1.6 time higher, that women with another blood group have. For the first time clinical and economic evaluation of different methods of abortion of missed miscarriage, and possibility of use of Misoprostol in mono mode was proven, equivalence of clinical effectiveness and financial cost of medical and surgical technologies of abortion of missed miscarriage was established. Psychological status of women with missed miscarriage at the early stage, frequency and severity of its violations are identified.

Recommendations for use: information about risk factors of formation of missed miscarriage must be used at the level of primary level for prediction of probability of occurrence and working out of actions of for its prevention. Free table on comparative characteristic of clinical aspects of outcomes, cost of different methods of abortion of missed miscarriage is worked out for doctors of obstetric hospitals, what allows individualizing technology of choice of method, and involving patients to participate in this process.

Field of application: Group of family doctors, Center of family medicine, at secondary and tertiary level.

Печать трафаретная
Усл.п.л. – 1.0
Заказ № 32
Тираж: 100 экз.
Отпечатано: ОсОО «Line Print»
г. Бишкек, ул. Тыныстанова, 138

