

УДК 618.4 – 616-089.168

ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ НА МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ РОДОВ

М. У. Бексултанова, Г. А. Танышева, Ш. К. Кинайтова

Государственный медицинский университет города Семей

Данная статья содержит результаты научного исследования, проведенного на базе Перинатального центра г. Семей, в соответствии с внедрением в практику протоколов диагностики и лечения Министерства Здравоохранения и Социального развития Республики Казахстан по использованию методов индукции родов с целью досрочного родоразрешения. Целью исследования явилось изучение наличия или отсутствия влияния методов индукции родов на материнские исходы, а именно, наличие или отсутствие осложнений родового акта и послеродового периода, и перинатальные исходы, а именно, наличие или отсутствие асфиксии плода. Для достижения данной цели авторами было проведено контролируемое клиническое исследование, включавшее в себя проведение индукции родов путем интравагинального и перорального введения мизопростала, а также внутривенной инфузии окситоцина. Статья содержит достоверные данные по влиянию методов индукции родов на материнские и перинатальные исходы родового акта. Материалами послужили истории родов женщин, родоразрешенных в Перинатальном центре г.Семей за период январь-декабрь 2014г. путем индукции родов. Критериями включения послужили одноплодные роды в сроках от 22 до 42 недель в затылочном предлежании плода. Критерии исключения: многоплодные роды, антенатальная гибель плода, тазовое и иное предлежание плода, отличное от затылочного, роды с рубцом на матке, оперативные роды. Проведенное авторами исследование позволило сделать вывод об отсутствии влияния методов индукции родов на развитие осложнений родового акта у матери ($p=0,115$) и о существенном влиянии методов индукции родов на перинатальные исходы ($p=0,0021$). Кроме того, было выявлено более быстрое развитие родовой деятельности при пероральном введении мизопростала в отличие от интравагинального введения ($p=0,001$). Практическая значимость данного исследования позволит внедрять в практику методы индукции родов более активно, в соответствии с действующими протоколами диагностики и лечения, а также более интенсивно использовать пероральный путь введения для ускорения развития родового акта.

Ключевые слова: индукция родов, мизопростол, роды, шейка матки, шкала Бишоп, окситоцин.

THE INFLUENCE OF METHODS OF LABOUR INDUCTION ON MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES

M. U. Beksultanova, G. A. Tanysheva, Sh. K. Kinayatova

Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

This article presents the results of research conducted on the basis of the Perinatal Center of Semey, in accordance with the implementation in practice of diagnosis and treatment protocols of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan on the use of methods of labor induction with a view of early delivery. The aim of the study is to investigate the presence or absence of the influence methods of labor induction on maternal outcomes, namely, the presence or absence of complications of childbirth and the postpartum period, and perinatal outcomes, namely, the presence or absence of fetal asphyxia. To achieve this goal, the authors held controlled clinical trial

which includes performance of labor induction by vaginal and oral misoprostol and oxytocin intravenous infusion. This article contains reliable data on the influence of methods of induction of labor on maternal and perinatal outcomes of childbirth. Materials were the stories of women's delivery acts who were delivered in Perinatal Centre in Semey for the period January-December 2014 by labor induction. Inclusion criteria were the singleton births in the period from 22 to 42 weeks in the occipital fetal presentation. Exclusion criteria were multiple births, prenatal death of fetal, pelvic and other presentation of fetal, other than the occipital, childbirth with an uterine scar, operational delivery. The research allowed authors to make a conclusion of absence of the influence of methods of labor induction on the development of complications of childbirth ($p = 0,115$) and of significant influence on the methods of labor induction on perinatal outcomes ($p = 0,0021$). Furthermore, more rapid development of generic activity in oral administration of misoprostol, unlike intravaginal administration was found ($p = 0.001$). The practical significance of this study will allow us to introduce methods of labor induction into practice more actively, in accordance with the diagnostic and treatment protocols, as well as use peroral route more intensive to accelerate the development of childbirth.

Keywords: labor induction, misoprostol, childbirth, the cervix, the scale Bishop, oxytocin.

АНА ЖӘНЕ ПЕРИНАТАЛЬДЫ НӘТИЖЕЛЕРІНЕ БОСАНУ ИНДУКЦИЯ ӘДІСТЕРІНІҢ ӘСЕРІ

М. У. Бексултанова, Г. А. Танышева, Ш. К. Кинайтова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ., Қазақстан

Осы статья уақытынан бұрын босануды шешу мақсатымен босану индукциясы әдістерін қолдану бойынша Қазақстан Республикасының әлеуметтің даму және Денсаулық сақтау министрлігінің тәжірибеге енгізілген диагностика және емдеу хаттамаларына сәйкес Семей қаласының Перинатальді орталығында жүргізілген ғылыми зерттеу нәтижелерін құрайды.

Зерттеу мақсаты аналық нәтижелерге босану индукциясы әдістерінің, нақтырақ босану актісінің және босанудан кейінгі кезеңнің асқынуларының және перинатальді нәтижелердің, атап айтсақ ұрық асфиксиясының бар немесе жоқ екенін зерттеу болып табылады. Аталған мақсатқа қол жеткізу үшін авторлармен мизопростолды интравагинальді және пероральді енгізу жолымен, сонымен қатар тамырішілік окситоцинді енгізу жолымен босану индукциясын жүргізуден тұратын бақылаулы клиникалық зерттеу жүргізілді. Статья босану актісінің аналық және перинатальді нәтижелеріне босану индукция әдістерінің әсері бойынша нақты мәліметтерді құрайды. Материал ретінде 2014ж қаңтар және желтоқсан аралығында индукция жолымен Семей қаласының Перинатальді Орталығында босанған әйелдердің босану тарихы қолданылды. Енгізу критерилері жүктіліктің 22 және 42 апта аралығындағы шүйдемен келген бірұрықты босанулары болды. Жоққа шығару критерилері: көпұрықты босану, ұрықтың антенатальді өлуі, жамбаспен немесе басқадай дұрыс келмеуі, жатырдағы тыртықпен босану, оперативті босанулар.

Авторлармен жүргізілген зерттеу аңада босану актісінің асқынуларының дамуына босану индукциясы әдістерінің жоқ екенін ($p=0,115$) және перинатальді нәтижелерге ($p=0,0021$) босану индукциясы әдістерінің әсері жоқ екенін қорытындылайды. Сонымен қатар, мизопростолды интравагинальді енгізумен салыстырғанда пероральді енгізуде босану әрекетінің дамуы неғұрлым тезірек екені анықталды ($p=0,001$).

Аталған зерттеудің тәжірибелік мәні тәжірибеге босану индукциясы әдістерін неғұрлым белсенді енгізуді, сонымен қатар босану актісінің дамуын тездету үшін пероральді жолды қарқынды қолдануды талап етеді.

Негізгі сөздер: босану индукциясы, мизопростол, босану, жатыр мойны, Бишоп шкаласы, окситоцин.

Библиографическая ссылка:

Бексултанова М. У., Танышева Г. А., Кинайтова Ш. К. Влияние методов индукции родов на материнские и перинатальные исходы родов // Наука и Здравоохранение. 2015. № 5. С. 42-51.

Beksultanova M. U., Tanysheva G. A., Kinaytova Sh. K. The influence of methods of labour induction on maternal and perinatal outcomes. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 5, pp. 42-51.

Бексултанова М. У., Танышева Г. А., Кинайтова Ш. К. Ана және перинатальды нәтижелеріне босану индукция әдістерінің әсері // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 5. Б. 42-51.

Введение

Важнейшей задачей системы здравоохранения современного Казахстана является организация системы охраны материнства и детства и реализация национального проекта, что должно привести к сохранению здоровья женщины, снижению материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Нормальными родами Всемирная организация здравоохранения считает «спонтанно начавшиеся роды при сроке беременности 37-42 недели в головном предлежании с низким риском в начале и в течение всего родового процесса, мать и ребенок после родов находятся в хорошем состоянии». В настоящее время современная казахстанская и мировая наука соглашается с таким определением. Защита материнства и детства описана во всех важнейших законодательных актах суверенного Казахстана на разных законодательных уровнях, включая конституцию страны.

На сегодняшний день оптимальным представляется активное ведение родового акта с его начала и до окончания, предполагающее разработку рациональной акушерской тактики и современных методов коррекции сократительной деятельности матки – это предполагает вмешательство не во всех случаях, но регуляцию и коррекцию возможных нарушений родового процесса с целью уменьшения риска как для плода, так и для матери, программированное ведение родов представляется оптимальным [4, 12, 14]. Так, индукцию рекомендуется проводить в дневное время: матери и ее ребенку может быть оказана быстрая квалифицированная медицинская, в том числе и консультативная, помощь. В группах высокого риска по развитию патологического течения родов, при осложнениях беременности индуцированные роды позволяют в течение дня решить вопрос о наиболее рациональной тактике ведения родов.

Отечественные и зарубежные авторы также считают, что существует мнение о

необоснованности использования планируемых заранее родов, кроме случаев, связанных с медицинскими показаниями. Однако активная тактика ведения индуцированных родов является залогом проведения профилактики возможных осложнений с целью снижения перинатальных рисков и потерь [6]. Мы программируем роды – следовательно, мы готовимся к ним и способны быстро и качественно оказать помощь роженице и новорожденному, таково видение современной науки.

В нашей стране с выходом протоколов диагностики и лечения 2010 года расширены показания для проведения индукции родов, что повлекло за собой повышение частоты программированных родов в общей статистике. Подобный опыт имеется и в других странах, с последующими научными исследованиями по проблеме благополучного родоразрешения. По данным американских исследователей, частота индуцированных родов увеличилась за последние 10 лет в 2 раза и приближается к 184 на 1000 живорожденных. В развитых странах процент детей рожденных в срок после индукции родов может достигать 25% [13, 18, 22]. Неопубликованные данные из Глобального Обзора ВОЗ по Материнскому и Перинатальному здоровью, который включал 373 медицинских учреждений в 24 странах и около 300000 родов, показали, что 9,6% родов включали индукцию. В общем, обзор установил, что учреждения в развивающихся странах имеют тенденцию к меньшей частоте индукции родов (самая низкая: Нигерия - 1,4%) в сравнении с азиатскими и латиноамериканскими странами (самая высокая: Шри-Ланка - 35,5%) [4, 13].

В Российской литературе частота программированного ведения родов составляет около 5% (Стрижова Н.В. и соавт., 2000; Бондаренко К.В. и соавт., 2003). По данным Перинатального центра города Семей, количество индуцированных родов в

2012 году составило 12,3% от общего количества родов (316 случаев), в 2014 году – 15,5% от общего количества (416 случаев) [18, 21].

Цель исследования: выявить особенности перинатальных и материнских исходов, в зависимости от метода индукции родов.

Задачи исследования: 1. Определить влияние методов родовозбуждения на материнские и перинатальные исходы; 2. Сравнить материнские и перинатальные исходы при интравагинальном и пероральном путях введения мизопростола;

Материалы и методы исследования

Материалами исследования послужили истории родов женщин, родоразрешенных в КГП на ПХВ «Перинатальный центр г.Семей», родовспомогательного учреждения III уровня. В основную группу включены 275 случаев индуцированных родов, которые были подразделены на 2 группы, в зависимости от вида индукции. Группу с индукцией мизопростолом составили 161 женщина (58,5%), группу с индукцией окситоцином 114 женщин (41,4%).

Критерии включения: одноплодные индуцированные роды, в сроке гестации от 22 недель до 42 недель, протекавшие через естественные родовые пути.

Критерии исключения: роды путем операции кесарево сечение, роды со стимуляцией родовой деятельности, роды с рубцом на матке, многоплодные роды, роды с сочетанным использованием двух и более методов индукции, антенатальная гибель плода.

Дизайн проведенного исследования одномоментное поперечное исследование.

Полученные нами данные были обработаны с помощью статистического пакета SPSS, версия 21. Для проведения анализа в целом использовался анализ таблиц сопряженности, а также определение наличия или отсутствия корреляционных связей между соответствующими величинами, использовались значения Q1-Q10. Сравнение выборочных средних проводилось с помощью критерия Стьюдента для независимых выборок. Определение преимущества или недостатков тех или иных методов индукции родов невозможно, поскольку разные методы используются при наличии разной степени

зрелости родовых путей, и, следовательно, не входило в цели данного исследования [10].

При проведении данного исследования этические нормы, принятые Хельсинской декларацией 1975 года, не были нарушены. Индукция родов проводилась по принятым Министерством здравоохранения и социального развития протоколам диагностики и лечения, после взятия информированного согласия женщины на данную процедуру. Кроме того протокол данного исследования при планировании получил одобрение этического комитета ГМУ г.Семей (протокол №4 от 04.02.2015г.). Вся информация о пациентках и их родовых актах была закодирована и не использовалась для получения материальной или иной выгоды [10].

Объект исследования – индуцированные (программированные) роды. Изучаемая нами группа делилась на две условные подгруппы, в зависимости от вида индукции родов: в первой группе использовался препарат мизопростол – 161 человек (58,5%), во второй группе применялся окситоцин – 114 женщин (41,4%). Первая группа также подразделялась в зависимости от способа введения препарата, часть женщин получала мизопростол перорально, другая часть – интравагинально, в соответствии со схемами, предложенными в протоколе диагностики и лечения «Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение».

Результаты исследования

В рамках выполнения определения влияния методов индукции родов на перинатальные исходы, нами был проведен анализ таблиц сопряженности, для выяснения связи между наличием индукции родов и асфиксией плода. Применение мизопростола и окситоцина с целью индукции родов, имеет статистически значимое влияние на развитие асфиксии ($\chi^2=7,725$, $p=0,21$). С целью определить влияние методов индукции на материнские исходы, также был произведен анализ двухпольных таблиц. Из таблицы видно, что взаимосвязь между осложнениями у матери и окситоцином, и мизопростолом, как методами индукции родов, значима на уровне $p=0,061$, то есть статистически не значима. Следовательно, наличие или отсутствие

осложнений родового акта не зависит от проведения индукции родов.

Обсуждение результатов

Средний возраст исследуемых в обеих группах составил 23 года (Q1=22; Q3=29). Все женщины были диспансеризованы по беременности. У 75,3% антенатальный уход осуществлен в условиях учреждений ПМСП города Семей, 24,7% - в учреждениях ПМСП сельских районных округов.

Наиболее часто из соматических заболеваний встречались анемии различного генеза – 32,36%, из гинекологической патологии преобладали патология шейки матки (в 36,73%) и воспалительные

заболевания влагалища и бартолиновых желез (33,09%).

Среди показаний к индукции родов фигурировали пять основных состояний, регламентированных протоколом диагностики и лечения «Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение»: дородовое излитие околоплодных вод (ДИОВ), преэклампсия легкой степени, преэклампсия тяжелой степени, переносная беременность, ЗВУР.

Главным показанием к индукции родов в группе с использованием мизопростола послужила переносная беременность (37,2%) (рис. 1), в группе с использованием окситоцина – ДИОВ (61,4%) (рис. 2).

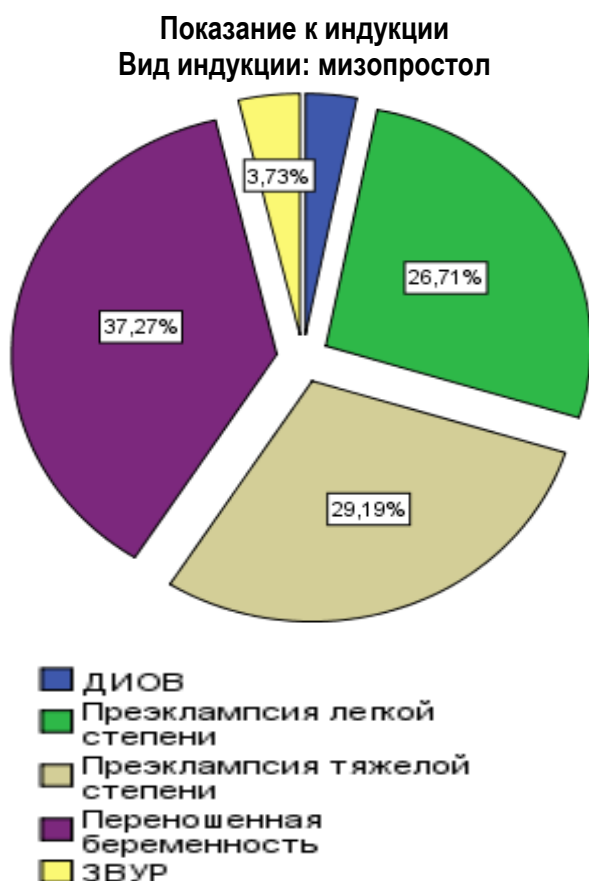


Рисунок 1. Распределение показаний к проводимой индукции родов в группе с изолированным введением мизопростола

Оценивая эффективность проводимых методов родовозбуждения, главным параметром нами было выбрано появление регулярных схваток – 2 схватки за 10 минут по 30 секунд. Выводом служит оценка обоих

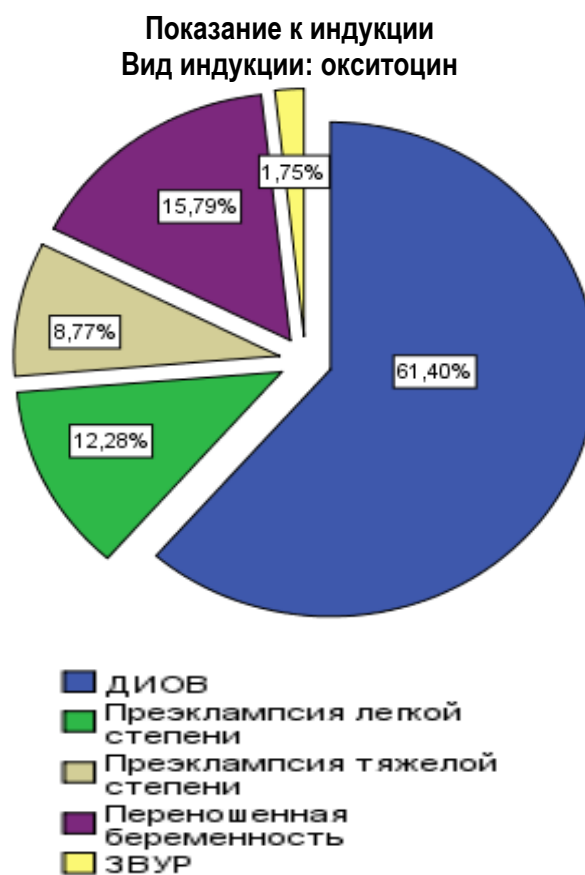


Рисунок 2. Распределение показаний к проводимой индукции родов в группе с изолированным введением окситоцина

методов индукции родов как эффективных – в 91,3% в группе с мизопростолом, в 92,1% в группе с окситоцином регулярная родовая деятельность зафиксирована (рис.3).

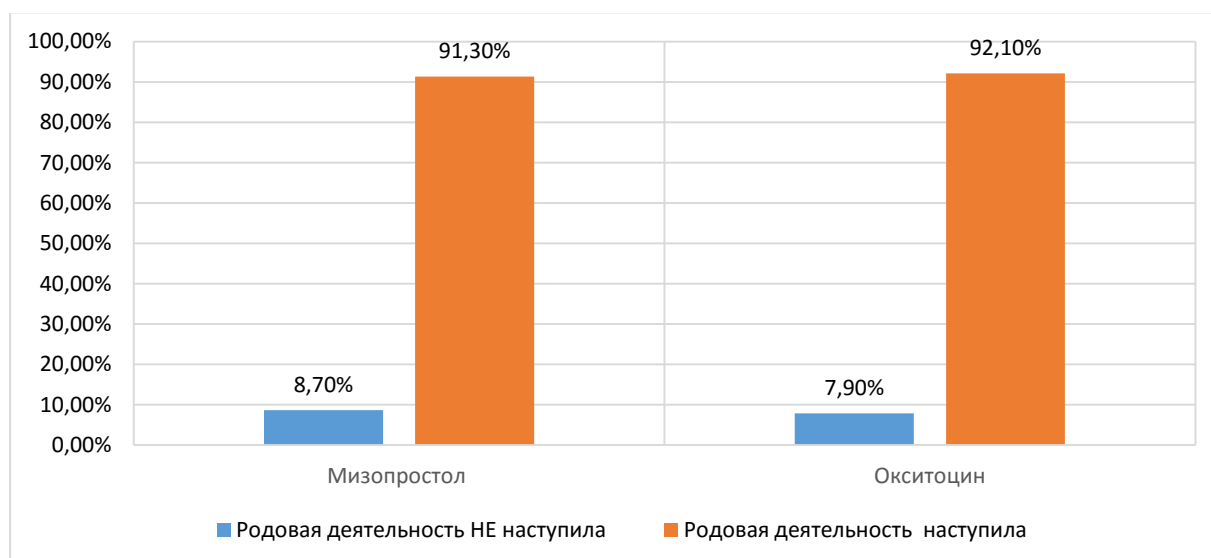


Рисунок 3. Оценка эффективности методов индукции родов.

Большая часть родов – 70,18% протекала без осложнений. В 29,82% были зафиксированы осложнения родового акта, среди которых угрожающее состояние плода, атония матки, родовой травматизм, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, обструктивные роды.

Среди всех осложнений на первом месте находится родовой травматизм (разрывы влагалища, промежности, шейки матки – 35,37% от общего числа всех осложнений), на втором – атония матки – 28,05%. Данные результаты сопоставимы с результатами аналогичных исследований в России (г.Смоленск, 2013г. [16]), Беларуси (г.Гомель, 2011г. [9]), а также в Казахстане (г.Шымкент, 2015г. [6]).

В рамках выполнения первой задачи: определения влияния методов индукции родов на перинатальные исходы, нами был проведен анализ таблиц сопряженности, для выяснения связи между наличием индукции родов и асфиксией плода. Применение мизопростала и окситоцина с целью индукции родов, имеет статистически значимое влияние на развитие асфиксии ($\chi^2=7,725$, $p=0,0021$).

С целью определить влияние методов индукции на материнские исходы, также был произведен анализ двухпольных таблиц. Из таблицы видно, что взаимосвязь между осложнениями у матери и окситоцином, и

мизопростолом, как методами индукции родов, значима на уровне $p=0,061$, то есть статистически не значима. Следовательно, наличие или отсутствие осложнений родового акта не зависит от проведения индукции родов.

Для сравнения перинатальных и материнских исходов в зависимости от способа введения мизопростала – 161 человек, первая группа была разделена на подгруппы. Подгруппа А - пероральный путь введения – 72 случая, подгруппа Б - интравагинальный путь – 89 случаев. При пероральном пути введения мизопростол вводится по 25 мкг каждые 2 часа, при интравагинальном мизопростол вводится в задний свод влагалища каждые 6 часов по 25-50 мкг, не более 200 мкг за сутки.

Обе подгруппы были сопоставимы по возрасту, средний возраст составил 24года ($Q1=21$; $Q3=32$), сопоставимы по показаниям для родовозбуждения – основным показанием в обеих подгруппах признана переношенная беременность и ДИОВ.

Родовая деятельность в обеих группах наступала в абсолютном большинстве случаев – чаще она наступала в группе с пероральным использованием мизопростала, что объясняется сложностью дозирования препарата при интравагинальном введении (рис. 4) [8, 18, 21].

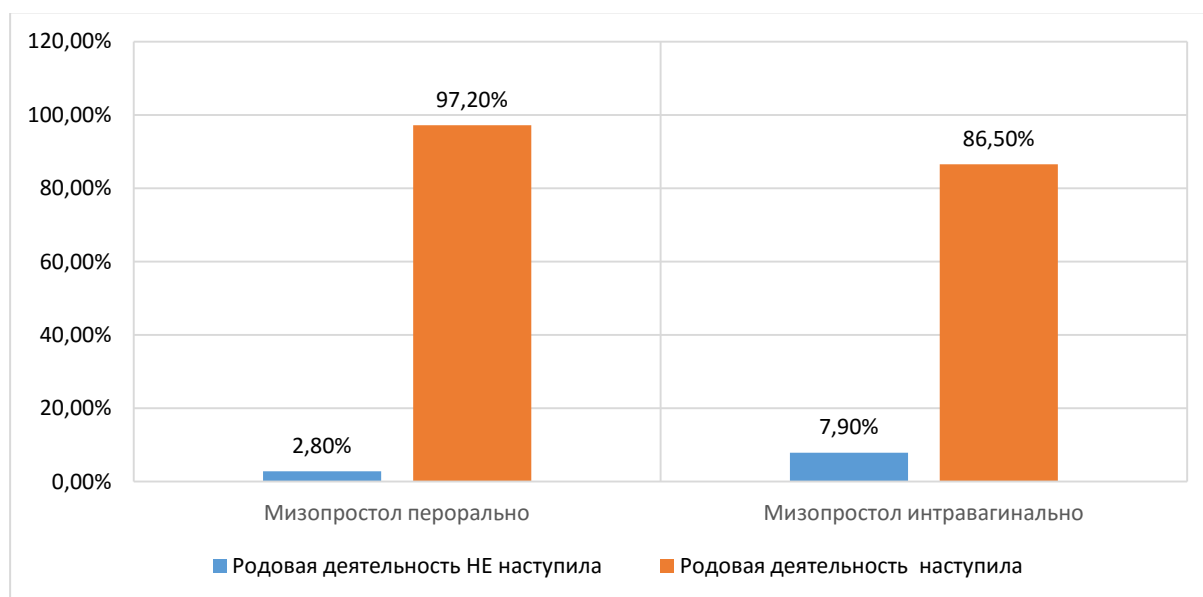


Рисунок 4. Оценка эффективности методов индукции родов.

Время до наступления родовой деятельности в подгруппе А– в среднем 240 мин, $Q_1=212,5$, $Q_3=1050,0$. Такой размах можно объяснить неточностью разведения при интравагинальном приеме. В подгруппе Б - 180 минут ($Q_1=180$, $Q=660$). Так как

распределение в обеих подгруппах отличное от нормального, для сравнения средних нами был использован критерий Манна-Уитни (табл. 1). В группе с пероральным путем введения родовая деятельность начинается в среднем на 60 минут раньше ($p=0,001$).

Таблица 1.

**Расчет критерия Манна-Уитни
Статистики критерия^а**

	Временной промежуток в сек	Мизопропрост	1-й период	2-й период
Статистика U Манна-Уитни	2149,500	3107,500	2996,500	2800,500
Статистика W Уилкоксона	6154,500	7112,500	7001,500	5428,500
Z	-3,634	-,392	-,709	-1,390
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,000	,695	,478	,165

Для определения же влияния интравагинального и перорального введения мизопроста на материнские и перинатальные исходы, был проведен анализ двухпольных таблиц, из которых можно сделать вывод, что применение отдельного способа введения мизопроста с целью индукции родов, не имеет статистически значимого влияния на перинатальные исходы ($\chi^2 = 4,460$, $p=0,001$). Наличие или отсутствие асфиксии у плода не определяется способом введения препарата.

Оценка таблиц сопряженности была проведена и для определения влияния способа введения мизопроста на материнские исходы, и вновь было отмечено, что применение отдельного способа введения

мизопроста с целью индукции родов, не имеет статистически значимого влияния на материнские исходы ($\chi^2 = 3,250$, $p=0,115$). Наличие у матери осложнений родового акта не зависит от способа введения препарата.

Выводы:

1. Методы родовозбуждения влияют на перинатальные исходы, а в частности на развитие асфиксии ($p=0,0021$); динамика и течение родового акта не зависят от метода индукции родов.

2. Родовая деятельность при пероральном способе введения мизопроста наступает быстрее, в среднем, на 60 минут ($p=0,001$). Статистически значимого влияния способа введения препарата на материнские и перинатальные исходы отмечено не было.

Литература:

1. Абрамченко В. В. Простагландины в акушерстве и гинекологии. Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. 208 с.
2. Агаркова Л. А., Благовещенская Л. К., Дикке Г. Б., Якунина Т. Н. Оптимизация методов прерывания беременности во втором триместре. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 10-11.
3. Айламазян Э. К. Акушерство. Санкт-Петербург. : Специальная литература, 2002. 496 с.
4. Александров Р. И. Современные организационные технологии в условиях перинатального центра. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 15-16.
5. Арбуханов М. А., Ибрагимов Б. Р., Сайпулаева Н. И. Наш опыт ведения программированных родов. Материалы 6-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 156-157.
6. Бапаева Г. Б., Кулбаева С. Н. Состояние коагуляционного звена гемостаза у женщин группы риска при послеродовых кровотечениях в зависимости от паритета родов // Наука и здравоохранение. 2015. №1. С. 60-69.
7. Бобрышева Е. П., Охалкин М. Б. Применение простагландина Е₁ при доношенной беременности разной степени акушерского риска. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 30-31.
8. Бондаренко К. В., Радзинский В. Е. Программированные роды. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С.36.
9. Воскресенский С. Л. Значение физиологического прелиминарного периода для родоразрешения, VIII съезд акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь. Материалы съезда в 2-х томах. Гродно, 2002.Т. I., С. 55-59.
10. Гржибовский А. М., Иванов С. В. Поперечные одномоментные исследования в здравоохранении // Наука и здравоохранение. 2015. №2. С.5-18.
11. Гуляева Л. С., Вербицкий В. С., Эль-Дизффи Д.Ф. Пути оптимизации тактики ведения индуцированных родов. VIII съезд акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь. Материалы съезда в 2-х томах, Гродно, 2002. Т. I., С. 71-76.
12. Демидов В. Н. Современные возможности функциональной диагностики состояния плода во время беременности. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 376-379
13. Жербун Е. В., Шевцова Е. П., Аксенова А.В., Пупышев А.Г. Психологически ориентированная подготовка беременных к родам. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 93-94.
14. Карагулян Р. Р., Ананьев В. А., Кирющенков А. П. Оптимизация ведения родов у женщин групп риска по аномалии родовой деятельности. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 304-305.
15. Карагулян Р. Р., Убайдатова Б. А., Полянская Н.В., Абрамченко В.В., Курчишвили В.И. Прямая эхокардиография плода в родах. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 120-122.
16. Карасева А. Э., Киселев В. Д., Фадеева Н. И. Психологические особенности женщин с диагнозом слабости родовой сил. Акушерство и гинекология, журнал, Россия, Смоленск, 2001. № 1, С. 44-45.
17. Каримова Ф. Д., Абрамченко В. В., Исамова У. Ш. Роль простагландинов с целью регуляции родовой деятельности. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 307-308.
18. Керимова Н. Р., Мялицин И. И. Сравнительная эффективность методов прерывания беременности во II триместре у беременных с тяжелой эклампсией. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 91-92.

19. Клечан М. М. Эффективность прегравидарной подготовки у женщин с замершей беременностью. Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 123-124.

20. Климович Н. М., Бойко Т. А. Опыт применения мизопростала в акушерской практике. Материалы 5-го Российского научно-го форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». М.: «Авиаиздат», 2003. С. 126-127.

21. Мурашко Л. Е. Актуальные вопросы патологии родов, плода и новорожденного. Пособие для врачей. Москва, 2003. С. 141.

References:

1. Abramchenko V. V. Prostaglandiny v akusherstve i ginekologii. [Prostaglandins in obstetrics and gynecology]. Petrozavodsk: IntelTek, 2003. P. 208.

2. Agarkova L. A., Blagoveshchenskaya L. K., Dikke G. B., Yakunina T. N. Optimizatsiya metodov preryvaniya beremennosti vo втором trimestre. [Optimization of a methods of abortion in the second trimester]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 10-11.

3. Ailamazyan E. K. Akusherstvo. [Obstetrics]. Spetsial'naya literatura. [Special literature], S-Petersburg, 2002. P. 496.

4. Aleksandrov R. I. Sovremennye organizatsionnye tekhnologii v usloviyakh perinatal'nogo tsentra. [Modern technology in the organizational conditions of the perinatal center]. Materialy 6-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2004». [Proceedings of the 6th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2004"]. Moscow: «Aviaizdat», 2004. pp. 15-16.

5. Arbukhanov M. A., Ibragimov B. R., Saipulaeva N. I. Nash opyt vedeniya programirovannykh rodov. [Our experience of programmed delivery]. Materialy 6-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 6th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2004"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 156-167.

6. Bapayeva G. B., Kulbayeva S. N. Sostoyanie koagulyatsionnogo zvena gemostaza u zhenshchin gruppy riska pri poslerodovykh krvotekheniyakh v zavisimosti ot pariteta rodov [Condition of coagulation hemostasis among women, who are in the risk group by postpartum haemorrhage depending on childbirths parity]. Nauka i zdravookhraneniye [Science & Healthcare]. 2015, 1, 2015. pp. 60-69. (in Kazakhstan).

7. Bobrysheva E. P., Okhapkin M. B. Primeneniye prostaglandina EL pri donoshennoi beremennosti raznoi stepeni akusherskogo riska. [The use of prostaglandin EL at term varying degrees of obstetric risk]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 30-31.

8. Bondarenko K. V., Radzinskii V. E. Programirovannyye rody. [Programmed delivery]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. P.36.

9. Voskresenskii S. L. Znachenie fiziologicheskogo preliminar'nogo perioda dlya rodorazresheniya, [The value of physiological Preliminary period for delivery]. VIII s'ezd akusherov-ginekologov i neonatologov Respubliki Belarus'. Materialy v 2-h tomah. [VIII congress of obstetricians and neonatologists of Republic of Belarus. Materials Congress in 2 volumes]. Grodno, 2002, T. I., pp. 55-59.

10. Grijbovsky A. M., Ivanov S. V. Poperechnyye odnomomentnyye issledovaniya v zdravookhraneniye [Cross-sectional studies in health sciences]. Nauka i zdravookhraneniye Science & Healthcare. 2015, 2, pp. 5-18. (in Kazakhstan).

11. Gulyaeva L. S., Verbitskii B. C., El'-Dieffi D.F. Puti optimizatsii tak-tiki vedeniya indutsirovannykh rodov. [Ways to optimize the ways of conduct induced labor]. VIII s'ezd akusherov-ginekologov i neonatologov Respubliki Belarus'. Materialy v 2-h tomah. [VIII congress of obstetricians and neonatologists of Republic of Belarus. Materials Congress in 2 volumes]. Grodno, 2002, T. I., pp. 71-76. (in Belarus).

12. Demidov V. N. Sovremennye vozmozhnosti funktsional'noi diagnostiki sostoyaniya ploda vo vremya beremennosti. [Modern possibilities of functional diagnosis of the condition of the fetus during pregnancy]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 376-379.

13. Zherbun E. V., Shevtsova E. P., Aksenova A. B., Pupyshev A. G. Psikhologicheski orientirovannaya podgotovka beremennykh k rodam. [Psychological focused preparation of pregnant women for childbirth]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 93-94.

14. Karagulyan P. P., Anan'ev V. A., Kiryushchenkov A. P. Optimizatsiya vedeniya rodov u zhenshchin grupp riska po anomalii rodovoi deyatel'nosti. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 304-305.

15. Karagulyan P. P., Ubaidatova B. A., Polyanskaya N.V., Abramchenko V.V., Kurchishvili V.I. Pryamaya ekhokardiografiya ploda v rodakh. [Direct fetal echocardiography in childbirth]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 120-122.

16. Karaseva A. E., Kiselev V.D., Fadeeva N.I. Psikhologicheskie osobennosti zhenshchin s diagnozom slabosti rodovykh sil. [Psychological characteristics of women diagnosed with uterine inertia forces]. Akusherstvo i ginekologiya.

[Obstetrics and Gynecology]. Smolensk, 2001. № 1, pp. 44-45.

17. Karimova F. D., Abramchenko V. V., Isamova U.Sh. Rol' prostaglandinov s tsel'yu regul'yatsii rodovoi deyatel'nosti. [The role of prostaglandins with a view to the regulation of labor]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 307-308.

18. Kerimova N. R., Myalitsin I. I. Sravnitel'naya effektivnost' metodov preryvaniya beremennosti vo II trimestre u beremennykh s tyazheloi eklampsiei [Comparative efficiency of methods of abortion in the II trimester pregnant women with severe eclampsia]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 91-92.

19. Klechan M. M. Effektivnost' pregravidarnoi podgotovki u zhenshchin s zamershei beremennost'yu. [Efficiency pregravid training for women with pregnancy]. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 123-124.

20. Klimovich N. M., Boiko T. A. Opyt primeneniya mizoprostola v akusherskoi praktike. Materialy 5-go Rossiiskogo nauchnogo foruma «Okhrana zdorov'ya materi i rebenka 2003». [Proceedings of the 5th Russian Scientific Forum "Health of Mother and Child 2003"]. Moscow: «Aviaizdat», 2003. pp. 126-127.

21. Murashko L. E. Aktual'nye voprosy patologii rodov, ploda i novorozhdenного. [Topical issues of birth defects, fetal and newborn]. Moscow, 2003. P. 141.

Контактная информация:

Бексултанова Маржан Уалиевна – магистр медицинских наук, ассистент кафедры интернатуры по акушерству и гинекологии ГМУ г.Семей.

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 071417, г. Семей, ул. А. Янушкевича 77.

E-mail: lady_mj@mail.ru.

Телефон: 7(7222)31-24-45, 87755014836