

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

**Г.Ж. Жолдошбекова, Ч.А. Стакеева, Ж.Н. Амираева, Б.Д. Тогузбаева,
Айтбек к. Д., А.К. Сыдыкова, Р.С. Асакеева, Р.Ш. Джумабаева**
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №2
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Вопросы выборов метода прерывания неразвивающейся беременности во II триместре у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения остаются дискуссионными.

Цель – оценить эффективность и безопасность медикаментозного прерывания беременности у пациенток с антенатальной гибелью плода в сроке 27-28 недель беременности и рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование без ослепления (беременные и врачи знали, по какой методике проводится прерывание беременности). Были включены 15 пациенток с антенатальной гибелью плода в сроке беременности 27-28 недель и рубцом на матке после кесарева сечения. С целью медикаментозного прерывания беременности использовали комбинированный прием Мифепристона и Мизопростол. Проведена клиничко-статистическая оценка полученных данных.

Результаты. При медикаментозном методе прерывания беременности продолжительность родов, в среднем, составила 8,5 (95% ДИ 7,346—9,168) часов. Объем послеродового кровотечения был в пределах 280,0 (95% ДИ 250,0—400,0) мл. Положительный эффект был достигнут в 100 % случаев. Патология, связанная с отделением плаценты, была выявлена в 2 (13,3%) наблюдениях, в этих случаях проводилось ручное отделение плаценты и выделение последа.

Заключение. Медикаментозное прерывание беременности у пациенток с одним рубцом на матке и антенатальной гибелью плода в сроке 27-28 недель должно проводиться во всех случаях, при условии отсутствия противопоказаний для родов через естественные родовые пути.

Ключевые слова: антенатальная гибель плода, кесарево сечение, прерывание беременности, мифепристон, мизопростол, зрелость шейки матки, II триместр.

КЕСАРЕВО ОПЕРАЦИЯСЫНАН КИЙИН ЖАТЫНЫНДАГЫ ТЫРЫГЫ МЕНЕН ТҮЙҮЛДҮК ӨЛҮМҮ БАР КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫ ТӨРӨТҮҮ

**Г. Ж. Жолдошбекова, Ч. А. Стакеева, Ж. Н. Амираева, Б. Д. Тогузбаева,
Айтбек к. Д., А. К. Сыдыкова, Р. С. Асакеева, Р. Ш. Джумабаева**
И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№2 акушердик иш жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кесарево операциясынан кийин жатынында тырыгы бар аялдарда кош бойлуулуктун экинчи чейрегинде өнүкпөй калган кош бойлуулукту токтотуу ыкмасын тандоо маселеси талаштуу бойдон калууда. Максат. Кош бойлуулуктун 27-28 жумасында антенаталдык түйүлдүктүн өлүмү жана мурунку кесарево операциясынан кийин жатындын тырыгы бар пациенттерде кош бойлуулукту медициналык токтотуунун эффективдүүлүгүн жана коопсуздугун баалоо. Материалдар жана ыкмалар. Изилдөө когорттук проспективдүү сокур кылбастан жүргүзүлгөн (кош бойлуу аялдар жана дарыгерлер кош бойлуулукту токтотуу үчүн кандай ыкма колдонулганын билишкен). Кош бойлуулуктун 27-28-

жумаларында антенаталдык түйүлдүктүн өлүмү жана кесарево операциясынан кийин жатындын тырыгы бар 15 бейтап киргизилген. Мифепристон менен мизопростолдун айкалышы кош бойлуулукту медициналык жактан токтотуу үчүн колдонулган. Алынган маалыматтарга клиникалык жана статистикалык баа берилди. Жыйынтыктар. Медициналык бойдон алдыруу менен төрөттүн орточо узактыгы 8,5 (95% CI 7,346–9,168) саатты түздү. Төрөттөн кийинки кандын көлөмү 280,0 (95% CI 250,0–400,0) мл чегинде болгон. Оң натыйжа 100% учурларда жетишилди. 2 (13,3%) учурда плацентаны бөлүү менен байланышкан патология аныкталган, бул учурларда плацентаны кол менен бөлүү жана алып салуу жүргүзүлгөн. Корутунду. Жатында бир тырыгы бар жана 27-28 жумалык кош бойлуулуктун антенаталдык өлүмү менен ооруган бейтаптарда кош бойлуулукту медициналык токтотуу, кындын жолу менен төрөткө каршы көрсөтмөлөр жок болгон учурда бардык учурларда жүргүзүлүүгө тийиш.

Негизги сөздөр: антенаталдык түйүлдүктүн өлүмү, кесарево, аборт, мифепристон, мизопростол, жатын моюнчасынын жетилгендиги, II триместр.

DELIVERY OF PREGNANT WOMEN WITH ANTENATAL FETAL DEATH IN THE PRESENCE OF A UTERINE SCAR AFTER CAESAREAN SECTION

G.Zh. Zholdosbekova, Ch.A. Stakeeva, Zh.N. Amiraeva, B.D. Toguzbaeva, Aitbek kyzy D., A.K. Sydykova, R.S. Asakeeva, R.Sh. Dzhumabaeva
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Obstetrics and Gynecology No.2
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The question of choosing a method for terminating an undeveloped pregnancy in the second trimester of pregnancy in women with a uterine scar after cesarean section remains debatable. Target. To assess the efficacy and safety of medical abortion in patients with antenatal fetal death at 27-28 weeks of gestation and a uterine scar after a previous cesarean section. Materials and methods. An unblinded prospective cohort study was conducted (pregnant women and physicians were aware of the method of abortion). We included 15 patients with antenatal fetal death at 27-28 weeks of gestation and a uterine scar after cesarean section. A combination of mifepristone and misoprostol was used for medical termination of pregnancy. A clinical and statistical evaluation of the obtained data was carried out. Results. With medical abortion, the average duration of labor was 8.5 (95% CI 7.346–9.168) hours. The volume of postpartum hemorrhage was within 280.0 (95% CI 250.0–400.0) ml. Positive effect was achieved in 100% of cases. Pathology associated with separation of the placenta was detected in 2 (13.3%) cases, in these cases, manual separation of the placenta and removal of the afterbirth were performed. Conclusion. Medical abortion in patients with one uterine scar and antenatal fetal death at 27-28 weeks of gestation should be performed in all cases, provided there are no contraindications for vaginal delivery.

Key words: antenatal fetal death, cesarean section, abortion, mifepristone, misoprostol, cervical maturity, II trimester.

Введение. Уровень перинатальной смертности является комплексным показателем социального благополучия, экономического развития и состояния медицинской помощи любого государства. В структуре перинатальной смертности наиболее стабильной и наименее управляемой составляющей остаются антенатальные потери, которые сегодня являются общемировой проблемой [1]. Они характеризуются устойчивой частотой, множеством факторов риска, низкой диагностикой причин, нерешенными вопросами патогенеза и неясным танатогенезом [2,3,4]. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), антенатальная гибель плода – это внутриутробная смерть плода массой не менее 1000 г и длиной тела не менее 35 см и/или в сроке беременности не менее 28 недель, до

начала родов [5]. Наряду с вышеизложенным ВОЗ рекомендует использовать Национальные определения и, если это возможно, считать, на местном уровне, все мертворождения с 22 недель беременности с обязательной регистрацией случаев в органах записи актов гражданского состояния [6,7]. В Кыргызской Республике антенатальная гибель плода определяется как смерть плода до родов на сроке ≥ 22 недель беременности, массой плода не менее 500 г [8]. Мертворождаемость в стране имеет незначительную тенденцию к снижению, составив в 2011 году 11,8 случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми, в 2021 году – 9,2. При этом удельный вес антенатальной гибели плода в структуре мертворожденных составляет порядка 86 % [9,10].

Вопросы оказания помощи при антенатальной гибели плода до настоящего времени остаются дискуссионными. Акушерское сообщество продолжает решать такие проблемы, как допустимые сроки пребывания мертвого плода в полости матки, методы родоразрешения, предупреждение осложнений в родах и в послеродовом периоде. Еще большей проблемой становится прерывание беременности у женщин с рубцом на матке, т.к. рост частоты кесарева сечения во всем мире ведет к стремительному увеличению этой категории пациенток. Эксперты ВОЗ обеспокоены тем, что все больше рожениц подвергаются хирургическому вмешательству при отсутствии на то медицинских показаний. С помощью кесарева сечения (КС) на свет появляются 20% всех младенцев, а если тенденция сохранится, то к 2030 году этот показатель увеличится до 30% [11,12]. Оптимизация использования кесарева сечения имеет глобальное значение. Недостаточное использование приводит к материнской и перинатальной смертности и заболеваемости. И наоборот, чрезмерное использование КС не принесло ожидаемой пользы, а напротив увеличило частоту осложнений со стороны матери и, при этом, не улучшаются перинатальные исходы [13,14]. Серьезными последствиями КС является наличие рубца на матке и выбор метода родоразрешения при последующей беременности. Сегодня, одним из показаний

для абдоминального родоразрешения в 30% случаев является рубец на матке [13].

В Кыргызской Республике в течение последних 10 лет, согласно данным центра электронного здравоохранения Министерства здравоохранения страны, частота кесарева сечения увеличилась с 6,3% до 13,3%, доходя в отдельных родовспомогательных учреждениях до 25% [9].

Учитывая вышеизложенное, сегодня, антенатальная гибель плода у беременной с рубцом на матке после кесарева сечения становится очень серьезной проблемой. При этом актуальность связана не столько с масштабами репродуктивных потерь, сколько с выбором метода прерывания беременности, учитывая наличие рубца на матке и связанных с ним возможных осложнений. По мнению Американского колледжа акушеров и гинекологов, «кесарево сечение в случае гибели плода должно быть зарезервировано для необычных обстоятельств, поскольку оно связано с потенциальной материнской заболеваемостью без какой-либо пользы для плода» [15]. Королевский колледж акушеров и гинекологов (RCOG) также одобряет вагинальные роды для большинства женщин с антенатальной гибелью плода, поскольку они связаны с немедленным выздоровлением и возвращением домой [16]. Особую группу составляют беременные с антенатальной гибелью плода в сроке гестации 27-28 недель. В настоящее время предложено значительное количество методов прерывания беременности, в том числе медикаментозный, путем приема мифепристона и мизопростала. Однако вопросы применения данного метода при наличии рубца на матке остаются не до конца изученными, поэтому многие акушер-гинекологи предпочитают завершить прерывание беременности с антенатальной гибелью плода в сроке гестации 27-28 недель путем операции кесарева сечения, ввиду беспокойства по поводу развития в родах несостоятельности рубца на матке.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность медикаментозного прерывания беременности у пациенток с антенатальной гибелью плода в сроке 27-28 недель беременности и рубцом на

матке после предыдущей операции кесарево сечения.

Материал и методы. В работе использован экспериментальный дизайн с пред- и пост-тестом, который соответствовал требованиям проспективного когортного исследования без ослепления (беременные и врачи знали, по какой методике проводится прерывание беременности). После получения информированного согласия на участие в клиническом испытании, беременные, с антенатальной гибелью плода в сроке гестации 27-28 недель, подтвержденной ультразвуковым исследованием и соответствующие критериям включения, составили группу исследования. Диагноз антенатальной гибели плода устанавливали по отсутствию сердцебиения плода во время ультразвукового исследования, выполненного непосредственно по прибытии беременной в стационар. Оценивались возраст беременной, срок гестации, степень зрелости шейки матки по шкале Бишоп [17].

Критерии включения: срок беременности 27-28 недель по данным ультразвукового исследования в интервале 10-13+6 недель и при наружном измерении высоты дна матки, одноплодная беременность, продольное положение плода, головное и тазовое предлежание, один рубец на матке после кесарева сечения без признаков неполноценности, отсутствие признаков гнойно-септических осложнений и мажущих кровянистых выделения из половых путей при закрытом зеве шейки матки; возраст от 19 до 45 лет, отсутствие на момент поступления тяжелой соматической патологии (недостаточность сердечно-сосудистой системы, печени, легких, почек и т.д.), наследственных заболеваний крови, онкологических заболеваний, аллергии на применяемые при прерывании беременности препараты, температура тела ниже 37°C.

Критерии исключения: многоплодная беременность (с гибелью одного или нескольких плодов), кровотечение и/или зрелая шейка матки, отсутствие рубца на матке после кесарева сечения, наличие на момент поступления тяжелой соматической патологии (недостаточность сердечно-сосудистой системы, печени, легких, почек и т.д.), наследственных заболеваний крови,

онкологических заболеваний или температура тела выше 37,1°C; ранее выявленная аллергическая реакция на применяемые препараты.

Исследование проведено в родовом блоке и в послеродовом отделении Клинического родильного дома № 2 г. Бишкек. Результаты оценивались трехкратно, в том числе по истечении срока действия медикаментозного средства, использовавшегося для проведения прерывания беременности, на 3-и и 14-е сутки после индуцированных родов.

Оценка эффективности и безопасности прерывания беременности проводилась при наблюдении и обследовании 15 пациенток с антенатальной гибелью плода в сроке беременности 27-28 недель и рубцом на матке после кесарева сечения.

С целью медикаментозного прерывания беременности использовали комбинированный прием препаратов (мифепристона 200 мг и мизопростол 100 мг). Мифепристон – это синтетический стероидный препарат для перорального применения, антагонист прогестероновых рецепторов, широко используемый для медикаментозных абортов, зарегистрирован в более чем 40 странах и включен ВОЗ в "Типовой перечень жизненно важных лекарственных препаратов". Ввиду ограниченных данных относительно безопасности мифепристона, данный препарат в Кыргызской Республике используется только при антенатальной гибели плода [17]. Мизопростол – синтетическое производное простагландина E1, стимулирует сокращения матки, тем самым способствуя раскрытию шейки и удалению содержимого полости матки. Мифепристон назначался по 200 мг, однократно, р/ос. Через 36-48 часов пациентки принимали мизопростол 100 мг, букально, и, в случае отсутствия регулярной родовой деятельности, спустя 4 часа повторяли прием мизопростола еще 100 мг [18]. Эффективность применения оценивалась по времени начала родовой деятельности, продолжительности родов, наличию аномалий родовой деятельности, состоянию рубца на матке в родах, объему послеродовой кровопотери, развитию гнойно-септических осложнений.

При значениях частот, близких к нулю, сравнение проводилось с помощью построения 95% доверительных интервалов по методу Е. Wilson [19]. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты. Средний возраст обследуемых составил $29 \pm 2,2$ лет и находился в интервале от 28 до 32 лет. В анамнезе 12 (80%) беременных были роды через естественные родовые пути, у 3 (20%) пациенток в анамнезе было только оперативное родоразрешение. У всех 15 пациенток предыдущие беременности были завершены путем операции кесарево сечение, в том числе 12 (80%) женщин были прооперированы в экстренном порядке, 3 (20%) – в плановом порядке. Показаниями для кесарево сечения были затяжные роды (2 – 13,3%), цефалопельвиодиспропорция (2 – 13,3%), кровотечение вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (6 – 40%), дистресс плода (3 – 20%), крупный плод в тазовом предлежании (1 – 6,7%), многоплодная беременность (1 – 6,7%). Предыдущее кесарево сечение во всех случаях было выполнено в нижнем маточном сегменте в сроках от 34 до 39 недель беременности. Среднее число детей составило $3 \pm 1,2$, в интервале от 1 до 5. Всем пациенткам проведены общепринятые обязательные общеклинические и гинекологические методы исследования. По данным УЗИ признаков несостоятельности рубца, до начала процедуры, не было выявлено ни у одной из 15 женщин.

Анемия беременных отмечалась в 13 (86,7%) случаях, в том числе тяжелой степени (уровень гемоглобина 70 г/л) – в 2 (13,3%).

Так как зрелая шейка матки на момент начала родов повышает вероятность успешных родов через естественные родовые пути [17], в исследование были включены только беременные с незрелой шейкой матки. Средняя оценка степени зрелости шейки матки по шкале Бишоп составила 3,0 (95% ДИ 2,0 – 5,0) балла. Средний интервал между началом стимуляции родов путем приема мизопростола и появлением родовой деятельности составил 6,6 (95% ДИ 6,215 –

7,050) часов. В большинстве случаев (12 – 80%) прием мизопростола был ограничен только одной дозой. Второй прием мизопростола, ввиду отсутствия регулярной родовой деятельности, был назначен в 3 (20%) случаях.

Роды, в среднем, длились 8,5 (95% ДИ 7,346—9,168) часов. Средняя масса плода составила 880,0 (95% ДИ 850,0 – 930,0) г. Объем послеродового кровотечения был в пределах 280,0 (95% ДИ 250,0 – 400,0) мл. Положительный эффект был достигнут в 100% случаев. Патология, связанная с отделением плаценты, была выявлена в 2 (13,3%) наблюдениях, в этих случаях проводилось ручное отделение плаценты и выделение последа.

Оценка полноценности рубца на матке основывалась на таких клинических признаках, как отсутствие болезненности при надавливании зоны рубца на матке и данных ультразвукового исследования (УЗИ) матки и придатков в раннем послеродовом периоде. Все пациентки были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 3-5 сутки после родов. На 15-е сутки послеродового периода был проведен повторный осмотр в амбулаторных условиях. Гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде не отмечалось ни в одном из случаев.

Обсуждение. В Кыргызской Республике, в последние годы, ведется большая работа по снижению частоты оперативных родов. Руководствуясь Национальными клиническими протоколами (физиологические роды, кесарево сечение, индукция родов, затяжные и обструктивные роды, прерывание беременности и др.) и делая выбор в пользу родов через естественные родовые пути, врачи стремятся, прежде всего, сохранить репродуктивный потенциал женщины, снизить риски материнских и плодовых осложнений. Особую категорию составляют беременные с антенатальной гибелью плода в сроке 22-28 недель и рубцом на матке. По данным центра электронного здравоохранения МЗ КР доля мертворожденных в весовой категории 500-999 гг составляет, в среднем, 24,0%.

Одним из существенных резервов снижения частоты операций кесарева сечения является родоразрешение через естественные родовые пути женщин с рубцом на матке

вообще, с антенатальной гибелью плода, в частности, когда частота кесарева сечения при мертворождении достигает 53%. Однако, имеющиеся в настоящее время данные не подтверждают однозначно преимущества планового КС при антенатальной гибели плода по сравнению с вагинальными родами [11]. Высокая частота операций КС может быть связана с отсутствием безопасных и эффективных методов индукции родов в этой группе, нет отработанных методик родостимуляции, в частности по типу и дозе используемых препаратов. Это может быть связано с малочисленностью исследований по безопасности и эффективности индукции родов у данной категории пациенток. Так, международная Федерация акушеров-гинекологов (FIGO) подчеркивает, что сегодня еще недостаточно данных, позволяющих рекомендовать режим мизопростала для использования при сроке беременности более 26 недель у женщин, перенесших предшествующее кесарево сечение [18]. ВОЗ, не смотря на свое утверждение, что разрыв матки – это редкое осложнение, рекомендует на более поздних сроках гестации проявлять осторожность,

принимая во внимание клиническую оценку и готовность системы здравоохранения к оказанию экстренной помощи при разрыве матки [20]. Предложенная нами схема прерывания беременности у женщин с рубцом на матке и антенатальной гибелью плода позволила отказаться от оперативного родоразрешения в данной категории пациенток. Безусловно, необходимо продолжить исследование по возможности применения медикаментозного прерывания беременности в таких группах, как наличие более одного рубца на матке, прерывание беременности в доношенном сроке беременности.

Заключение. Медикаментозное прерывание беременности у пациенток с одним рубцом на матке и антенатальной гибелью плода в сроке гестации 27-28 недель должно проводиться во всех случаях, при условии отсутствия противопоказаний для родов через естественные родовые пути. Данный подход позволит сократить число неоправданных операций кесарево сечение и осложнений, связанных с ними, что, несомненно, улучшит репродуктивное здоровье женщин.

Литература

1. Ремнева О.В., Ершова Е.Г., Чернова А.Е., Кравцова Е.С., Брусенцов И.Г. Антенатальная гибель доношенного плода: факторы риска, возможности телемедицины в ее прогнозировании. *Современные проблемы науки и образования*. 2018;5. Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28031>. [Remneva OV, Ershova EG, Chernova AE, Kravtsova ES, Brusentsov IG. Antenatal death of a full-term fetus: risk factors, the possibility of telemedicine in its prediction. *Modern problems of science and education*. 2018;5. Available from: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28031>. (in Russ.)].
2. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Froen JF, Smith GC, Gibbons K et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: asystematic review and metaanalysis. *Lancet*. 2011;377:1331-1340.
3. Reddy UM, Laughon SK, Sun L, Troendle J, Willinger M, Zhang J. Prepregnancy risk factors for antepartum stillbirth in the United States. *Obstet. Gynecol*. 2010;116:5:1119-1126.
4. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(2):106-15. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00311-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00311-4)
5. World Health Organization. Stillbirth. Geneva: WHO; Available from: https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1
6. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262/>
7. Blencowe H, Okwaraji Y, Hug L, You D. Stillbirth Definition and Data Quality Assessment for Health Information Management Systems. A Guideline. s. 6 https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2022/10/Stillbirth-definition-and-data-quality-assessment_20220921.pdf

8. Указ Президента Кыргызской Республики. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года. № 387 от 15 июля 2006 года. Режим доступа: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/4506?cl=ru-ru>. [Ukaz Prezidenta Kyrgyzskoj Respubliki. Nacional'naya strategiya ohrany reproduktivnogo zdorov'ya naseleniya Kyrgyzskoj Respubliki do 2015 goda. № 387 ot 15 iyulya 2006 goda. (in Russ.)].
9. Центр электронного здравоохранения. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР за 2021 год. Режим доступа: <http://cez.med.kg/здоровье-населения-и-деятельность-оз/> [Centr elektronnoho zdavooohraneniya. Zdorov'e naseleniya i deyatel'nost' organizacij zdavooohraneniya KR za 2021 god. (in Russ.)].
10. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Женщины и мужчины Кыргызской Республики: 2016–2020. Бишкек; 2021. 307 с. Режим доступа: <http://www.stat.kg/media/publicationarchive/b057b115-c40b-4180-ae16-28ec7e459117.pdf>
11. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS ONE. 2016;11:2. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
12. Всемирная организация здравоохранения. Заявление ВОЗ о частоте кесарева сечения. Женева: ВОЗ; 2015. Режим доступа: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/csstatement/en/
13. Boerma T, Ronsmans C, Melesse D, Barros A, Barros FC, Juan L et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet. 2018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
14. World Health Organization. Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036666>
15. ACOG. Practice Bulletin No. 102: Management of Stillbirth. Obstet. Gynecol. 2009; 113(3): 748-761. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31819e9ee2>
16. RCOG. Late intrauterine fetal death and stillbirth (Green-top Guideline No. 55). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2010. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg55/>
17. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. Клинический протокол «Индукция родов». Бишкек. 2016; 44с. Режим доступа: <https://kyrgyzstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/индукция.pdf>
18. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynecol Obstet. 2017;138(3):363–366. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12181>
19. Newcombe RG. Two-sided confidence intervals for the single proportion: Comparison of seven methods. Statistics in Medicine. 1998;17:857-872. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(19980430\)17:8<857:AID-SIM777>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(19980430)17:8<857:AID-SIM777>3.0.CO;2-E)
20. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по уходу при прерывании беременности: основные положения [Abortion care guideline: executive summary]. Женева: ВОЗ; 2022 г. 19 с. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352893>

Для цитирования

Жолдошбекова Г.Ж., Стакеева Ч.А., Амираева Ж.Н., Тогузбаева Б.Д., Айтбек к. Д., Сыдыкова А.К., Асакеева Р.С., Джумабаева Р.Ш. Родоразрешение беременных с антенатальной гибелью плода при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2023;2:135-142. https://doi.org/10.54890/1694-6405_2023_2_135

Сведения об авторах

Жолдошбекова Гулнур Жолдошбековна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика. <https://orcid.org/0000-0002-7601-8544>. E-mail: bgj7777777@mail.ru

Стакеева Чолпон Аскарровна – к.м.н., и. о. доцента, зав.каф. акушерства и гинекологии №2 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика. <https://orcid.org/0000-0002-2854-5956>. E-mail: stakeeva@bk.ru

Амираева Жанылай Назаралиевна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика. <https://orcid.org/0000-0001-6279-5548>. E-mail: Philiya-23@mail.ru

Тогузбаева Баян Дауленовна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика. <https://orcid.org/0000-0002-7486-9732>. E-mail: aig2kgma@mail.ru

Айтбек кызы Дарика – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика. <https://orcid.org/0000-0002-6228-8113>. E-mail: darikuscha1993@mail.ru

Сыдыкова Айзада Кудайбердиевна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: ayzana_1986@mail.ru

Асакеева Рыс Султановна – и.о.доцента кафедры акушерства и гинекологии №2 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: aig2kgma@mail.ru

Джумабаева Райхан Шайбековна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: aig2kgma@mail.ru