



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ  
«ФЕДЕРАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ»

# АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА

СПЕЦВЫПУСК

№ 1 (18) 2021

**РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ  
«ФЕДЕРАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ»**

---

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И  
РЕАНИМАТОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА**

**№1 (18) 2021  
СПЕЦВЫПУСК**

---

**Материалы научно-практической конференции  
с международным участием  
«ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЛУЖБЕ ПЕРИНАТОЛОГИИ  
И ДЕТСКОЙ КАРДИОХИРУРГИИ»  
в честь 30-летия Независимости Республики Казахстан  
и 10-летия открытия Центра перинатологии и детской кардиохирургии**

**АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН**

34 ✓	<i>Исенова С.Ш., Исагалиева С.К., Нугманова Ж.М., Сабиров Р.А., Искакбаева У.Ш., Дадаева Л.Р.</i> <b>ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВРТ</b>	68
35 ✓	<i>Исенова С.Ш., Касимова Г.С., Балтабаева Г., Ваисова Б.Н., Жапар А.</i> <b>ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В АКУШЕРСКУЮ ПРАКТИКУ</b>	69
36 ✓	<i>Исенова С.Ш., Мусаева Ш.А., Кудажанова Ш.А., Алчимбаева Д.А., Черных Е.В., Маликова А.М.</i> <b>РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ COVID-19</b>	71
37 ✓	<i>Исенова С.Ш., Мухатаева А.Х., Досова Л.И., Андакулова Н.Б., Бижанова М.К., Казиева А.</i> <b>КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ХОРИОАМНИОНИТЕ</b>	72
38	<i>Садуакасова Ш.М., Тілеуқұл Н.Ә., Алдабергел А.Д., Смадияр А.М., Сандыбай Б.М.</i> <b>РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ</b>	73
39	<i>Скакова Р.С., Сейталиева А.Е., Искакова Г.У., Саматов Т.А., Нелюбин С.А.</i> <b>БЕСПЛОДИЕ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.</b>	76
40	<i>Султанова Ж.У., Нуриева В. Ж., Керимкулова Б.К., Анселенова М.К., Есеналиева А.Н.</i> <b>РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ</b>	78
41	<i>Шарипова М.Ш., Мукашева А.Б., Сейталиева А.Е., Керимкулова Б.К.</i> <b>ЖҮКТІ ЖАСӨСПІРІМДЕРГЕ ЕМХАНА ДЕНГЕЙІНДЕ КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ЖЕТІЛДІРУ</b>	79
<b>Оригинальные статьи</b>		
42	<i>Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Жубангышева К.Б.</i> <b>ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ</b>	83
43 ✓	<i>Алтаева А.А., Исенова С.Ш., Нурланова Г.К., Аймагамбетова А.С., Касенова А.Б., Кыпшақбаева Ж.Н., Кабыл Б.К.</i> <b>ОЦЕНКА, МОНИТОРИНГ И СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РОДОВСПОМАГАТЕЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ III УРОВНЯ Г. АЛМАТЫ</b>	96

## PECULIARITIES OF BREASTFEEDING AND ENTERAL NUTRITION OF PREMATURE INFANTS WITH LOW BIRTH WEIGHT

*Abdullayeva G.M.<sup>1</sup>, Batyrkhanov Sh.K.<sup>1</sup>, Zhubanysheva K.B.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *Kazakh National Medical University named after S. D. Asfendiyarov*

<sup>2</sup> *Kazakh-Russian Medical University*

*Almaty, Republic of Kazakhstan*

**Annotation:** The article discusses the issues of nutritional support for premature babies with very low and extremely low body weight. The development of 254 babies was observed during the first year of life. The necessity of studying the physical development of premature infants with perinatal pathology of varying severity is shown. The obtained results of the study clearly demonstrate the need for monitoring anthropometric data for the timely correction of deficit conditions.

The role of qualitative and quantitative characteristics of protein metabolism is emphasized. According to the study, the physiological increase in height, body weight and head circumference in accordance with the gestational period is directly proportional to the favorable prognosis for the somatic status and psychomotor development of these children. **Keywords:** premature infants, nutritive status, physical development, extremely and very low body weight.

**УДК: 618.5-089.888.61(574)**

## ОЦЕНКА, МОНИТОРИНГ И СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РОДОВСПОМАГАТЕЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ III УРОВНЯ Г.АЛМАТЫ

*Алтаева А.А., Исенова С.Ш., Нурланова Г.К., Аймагамбетова А.С., Касенова А.Б., Кытшақбаева Ж.Н. Кабыл Б.К.*

*АО НМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан*

*Центр перинатологии и детской кардиохирургии г.Алматы*

**Актуальность:** На сегодняшний день одной из актуальных проблем акушерства является повышение частоты операции кесарева сечения во всем мире. С 2000 по 2015 годы темпы абдоминального родоразрешения увеличились во всех регионах мира, причем самые высокие показатели кесарева сечения были отмечены в Латинской Америке и Карибском бассейне 44,3% (41,3–47,4%, а самые низкие показатели в регионе Африки 4,1% (3,6–4,6%) [1]. Среди всех стран, входящих в Организацию

экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Мексика и Турция, имели самый высокий показатель кесарева сечения. В Мексике показатель кесарева сечения составлял 550 на 1000 живорождений, в Турции 544 на 1000 живорождений [2]. В Республике Казахстан частота операций кесарева сечения составила в 2018г 23,5%[3].

Всемирная Организация Здравоохранения определяет оптимальную частоту кесарева сечения 10-15% [4]. Согласно

многостранным исследованием ВОЗ в странах Латинской Америки и Африки (в 2004-2005г.г.), а также в странах Азии (в 2007-2008г) частота кесарева сечения коррелирует с послеродовым применением антибиотиками и тяжелой материнской заболеваемостью и смертностью [5]. Установлено и доказано, что после операции кесарева сечения в последующих беременностях наблюдается повышенный риск гистерэктомии, аномалии прикрепления плаценты, мертворождения и преждевременных родов [6,7]. Кроме того согласно многочисленным исследованиям в результате увеличения частоты кесарева сечения возрастает частота кровотечений, спайчных процессов органов малого таза, потребность в переливании крови, интраоперационные хирургические травмы и гистерэктомии [7,8,9]

В 2015 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Международная Федерация акушерства и гинекологии (FIGO) предложила использовать классификацию Робсона (также известную как классификация по 10 группам) в качестве глобального стандарта для оценки, мони-

торинга и сравнения показателей операции кесарева сечения как внутри медицинских учреждений, так и между ними [10,11].

**Цель и задачи:** Провести оценку частоты кесарева сечения с применением классификации Робсона в родовспомогательном учреждении III уровня г. Алматы за период январь по июнь 2019г.

**Материал и методы исследования:**

Исследование проведено на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии НАО КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова в РГП на ПХВ ЦПиДКХ г.Алматы. Проведен анализ всех женщин, поступивших на родоразрешение с января по июнь 2019 года. Из 3360 родов 1203 (35,8%) произошли путем операции кесарева сечения.

Исследованию подлежали все беременные женщины, поступившие на родоразрешение. Согласно классификации Робсона женщины классифицировались по 5 акушерским параметрам (паритет, гестационный возраст, количество плодов, предыдущее кесарево сечение, начало родов и предлежание плода) и были разделены на 10 групп исследования (Таблица 1).

**Таблица 1. Классификация Робсона**

Группы	Характеристика
1 группа	Первородящие, с гестационным сроком $\geq 37$ нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды.
2 группа	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком $\geq 37$ нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды.
3 группа	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком $\geq 37$ нед., одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС.
4 группа	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком $\geq 37$ нед., одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС.
5 группа	Повторнородящие с рубцом на матке, с гестационным сроком $\geq 37$ нед., одноплодная беременность, головное предлежание.
6 группа	Первородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание.
7 группа	Повторнородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание, в том числе с рубцом на матке.

<b>8 группа</b>	Все женщины с многоплодной беременностью, в том числе с рубцом на матке.
<b>9 группа</b>	Все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке.
<b>10 группа</b>	Все женщины с одноплодной беременностью, головное предлежание, с гестационным сроком $\leq 36$ нед., включая женщин с рубцом на матке.

На основании полученных результатов рассчитывались абсолютный и относительный вклад показаний к операции кесарева сечения. Данные пациентов проспективно вносились в компьютерную программу и были обработаны программой MS Excel

#### Результаты и обсуждение:

В ГКП на ПХВ родильный дом № 5 г.Алматы период январь по июнь 2019 года роды произошли у 3360 женщин, было рождено 3544 ребенка. Кесарево сечение было проведено у 1203 из 3360 женщин, в результате общий показатель кесарева сечения составил 35,8%. Распределение беременных по 10 группам классификации Робсона представлены в таблице 2.

**Таблица 2- Распределение женщин согласно классификации Робсона**

<b>№ группы</b>	<b>Относительный вклад группы в общую частоту КС (%)</b>	<b>Абсолютный вклад группы в общую частоту КС (%)</b>	<b>Частота кесарева сечения в каждой группе (%)</b>
1 группа	153/1203 (12,7%)	153/3360 (4,5%)	153/680 (22,5%)
2 группа	123/1203 (10,2%)	123/3360 (3,6%)	123/395 (31,1%)
3 группа	77/1203 (6,4%)	77/3360 (2,3%)	77/940 (8,2%)
4 группа	53/1203 (4,4%)	53/3360 (1,6%)	53/425 (12,5%)
5 группа	438/1203 (36,4%)	438/3360 (13%)	438/508 (86,2%)
6 группа	49/1203 (4,07%)	49/3360 (1,45%)	49/53 (92,5%)
7 группа	57/1203 (4,7%)	57/3360 (1,7%)	57/59 (96,6%)
8 группа	83/1203 (6,8%)	83/3360 (2,5%)	83/92 (90,2%)
9 группа	25/1203 (2,07%)	25/3360 (0,7%)	25/25 (100%)
10 группа	147/1203 (12,2%)	147/3360 (4,4%)	147/183 (80,3%)

Наше исследование показывает, что основными вкладчиками в общий показатель кесарева сечения являются группы № 5, 1, 10, 2.

Группа 5 (предыдущее кесарево сечение, головное предлежание,  $\geq 37$  недель, с рубцом на матке) была самой наибольшей причиной общего уровня кесарева сечения (13% от общего числа 35,8%), из-за женщин, имеющих в анамнезе кесарево сечение. Наш анализ показал, что женщины у которых было проведено первое кесарево сечение, в дальнейшем с большей вероятностью будут рожать путем операции кесарева сечения.

В группе 1 также отмечается высокий уровень кесарева сечения (4,5% от общего числа 35,8%). Возможными причинами повышения частоты кесарева сечения в этой группе являются угрожающее состояние плода в 1 и 2 периоде родов, безэффективность родовозбуждения, проблемы в качестве трактовки КТГ.

Группа 10 (женщины с гестационным сроком менее 36 недель, головное предлежание, в том числе с рубцом на матке) стоят на 3 месте (4,4% от общего числа 35,8%). Причинами оперативного родоразрешения в этой группе являются: угрожающее состояние плода, ПОНРП, кровотечение при предлежании плаценты, хориоамнионит, дородовое излитие околоплодных вод, гипертензивные состояние, ЗВУР и т.д.

Группа 2 (первородящие, с гестационным сроком  $\geq 37$  недель, одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое кс, операция начата до начала родовой деятельности) абсолютный вклад в общую частоту кесарева сечения составил 3,6%. Согласно нашему исследованию причина кесарева сечения в данной группе, это беременные женщины высокой группы риска с экстрагенитальной патологией: беременные с гестационным сахарным диабетом, гипертензивными расстройствами, заболевания-

ми органов зрения, а также с другими состояниями высокого риска.

Вывод. На основании нашего анализа мы пришли к выводу, что классификация Робсона является приемлемым, легко реализуемым инструментом для выявления акушерских групп женщин, способствующих повышению уровня кесарева сечения. Это первое исследование в Казахстане с использованием классификации Робсона, благодаря которому можно проанализировать показания для проведения кесарева сечения в группах и определить пути ее снижения.

Стратегии по сокращению необоснованного кесарева сечения должны быть направлены на снижение частоты кесарева сечения у первородящих женщин. Женщинам с рубцом на матке при отсутствии противопоказаний необходимо рекомендовать роды через естественные родовые пути. Разработать систему профилактических мероприятий по необоснованному применению операции кесарева сечения и проведения аудита с использованием системы классификации.

#### Список использованной литературы:

1. T. Boerma, C. Ronsmans et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, Vol. 392, No. 10155, p1341–1348 Published: October 13, 2018
2. <https://data.oecd.org/>
3. Министерство национальной экономики Республики Казахстана. Комитет по статистике. 2018; <http://stat.gov.kz>.
4. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).
5. Villar J., Valladares E., Wojdyla D. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006; 367: 1819-1829 [Scopus(570)] [PubMed] [Google Scholar]

6. Keag OE Norman JE Stock SJ Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2018; 15: e1002494 [Scopus (85)] [PubMed] [Crossref] [Google Scholar]
7. Guise JM Denman MA Emeis C et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010; 115: 1267-1278 [Scopus (149)] [PubMed] [Crossref] [Google Scholar]
8. Marshall NE Fu R Guise JM Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2011; 205: 262 [Scopus (166)] [PubMed] Google Scholar
10. Azam S Khanam A Tirlapur S Khan K Planned caesarean section or trial of vaginal delivery? A meta-analysis. Curr Opin Obstet Gynecol. 2014; 26: 461-468 [Scopus (5)] [PubMed] [Crossref] [Google Scholar]
11. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015. (WHO/RHR15.02)
12. FIGO Working Group on Challenges in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery. Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2016;135(2):232-233. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.08.001. [PubMed] [CrossRef] ].

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕХУРОВНЕВОГО РЕЖИМА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ДИАФРАГМЫ (клинический случай)

*Бережной С.Г.*

*БУЗОО «ГК ВСМП №1», г. Омск.*

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Кафедра анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи.*

Закрытые повреждения диафрагмы, встречающиеся в мирное время, являются следствием главным образом транспортной или производственной травмы. Они встречаются в 0,5-8,8% всех наблюдений пострадавших с закрытыми изолированными и сочетанными повреждениями груди и/или живота, костей таза и сопровождаются трудностями при диагностике [1].

Послеоперационная и общая летальность при разрывах диафрагмы остается высокой - 35% и 60-68% соответственно. Около 70% таких пострадавших погибают

от шока, кровопотери и дыхательной недостаточности, а разрывы диафрагмы у них выявляют только на аутопсии. Наиболее часто разрывается левая половина диафрагмы (95%), редко наблюдают двусторонний разрыв (до 10%), ещё реже - множественные повреждения диафрагмы [2,3].

Более чем у 50% пострадавших диагностика бывает несвоевременной. Это может привести как к летальным последствиям, так и к развитию крайне тяжелых осложнений - частота ущемления травматической диафрагмальной грыжи от 20 до 90 %,