

биік болып шықты. Өлім оқиғаларын зерттей отырып, оның 1000 жұмыс істейтін дәрігерлерге балап есептегендегі деңгейі 4,8 оқиғаны құрайтынын анықтады.

Оның орташа деңгейі ер кісілерде әйелдерге қарағанда 2,3 есеге жоғары екендігін анықтады. Барлық жастық топтарда ер кісілердің өлім көрсеткіштері, әйелдерге қарағанда бірнеше есеге жоғары болып шықты. Алайда, 65 жастан асқан дәрігерлердің арасында әйелдердің өлім көрсеткіштері (14,5%) ер кісілерге қарағанда (11,7%) жоғары болып шықты. Бұл жағдай ер адамдардың орташа өмір сүру ұзақтығының 63 жастан аспайтындығымен тікелей байланысты[3,4].

Мүгедектік оқиғаларының құрамын зерттегенде, оны негізінен жүрек қан – тамыр жүйелерінің аурулары (39,2%), қатерлі ісік аурулары (33,3%), психикалық ауытқулар (15,7%) туындататыны анықталды. Жүрек қан – тамыр жүйелерінің ауруларының ішінде мүгедектікке алып келетіндері жүректің ишемиялық аурулары, жіті ми қан айналымының бұзылуы және жүректің ревматикалық аурулары ерекше орын алады. Қатерлі ісіктердің ішінде сүт бездерінің рагы және әйелдердің жыныс жүйелерінің рагы жиі кездеседі. Алғашқы мүгедектік көрсеткіші учаскелік дәрігерлер арасындағы ауырлық дәрежесі бойынша үш топқа бөлінеді. 1-ші топтағы дәрігерлердің үлес салмағы 2%, 2 – ші топтағы дәрігерлердің үлес салмағы 70%, 3-ші топтағы дәрігерлердің үлес салмағы 27,7% құрайды. Мүгедектіктің жасына қарай таралуы жасы 29 төмен аралығындағы мүгедектіктің үлес салмағы 10%, 30 – 39 жас аралығындағы мүгедектік 17,8%, 40 – 49 жас аралығындағы мүгедектік 20,6%, 50 – 59 жас аралығындағы мүгедектік 27,3%, 60 жас және одан жоғары жас аралығындағы мүгедектіктің үлес салмағы 30,4% болып шықты.

Өлім оқиғаларының 64,9% әйелдердің үлесіне тиеді, 35,1% ерлерге үлесім жатады. Өлім көрсеткіштерінің негізгі себептері ретінде қатерлі ісіктер (45,8%) аталады. Жүрек қан – тамыр жүйесінің ауруларына екінші орын тиеді (44,0%), үшінші орында өзіне - өзі қол салу (10,2%). Өз өзіне қол салғандардың 83% - 45 жасқа жетпегендердің үлесіне тиесілі. Қайтыс болғандардың ішінде 1,7% 29 жастан төменге тиесілі, 30 – 39 жастағыларға 11,9% тиесілі, 40 – 49 жастағыларға 23,7% тиесілі, 50 – 59 жастағыларға 23,8% тиесілі, 60 жастан жоғарыдағыларға 39% тиесілі. Осыған қарай отырып учаскелік дәрігерлердің арасындағы аурушандық оқиғалары, алғашқы мүгедектік оқиғалары және өлім оқиғалары өте жоғары деңгейде қалыптасқанын байқауға болады[5]. Сонымен алынған деректер мынандай тұжырым жасауға негіз болды:

- 1) Учаскелік дәрігерлердің уақытша еңбекке жарамсыздық тудыратын аурушандығы өзге кәсіптік дәрігерлердің көрсеткішінен анағұрлым жоғары;
- 2) Уақытша еңбекке жарамсыздық тудыратын аурушандық оқиғалары бойынша 88,8%, күндері бойынша 83,6% - зы тыныс алу жолдарының, жүрек қан – тамыр жүйелерінің ауруларына, аскорыту жүйелерінің, жүйке жүйесінің, зәр шығару жүйесінің және басқа да жарақаттарға тиесілі.
- 3) Учаскелік дәрігерлердің арасында алғаш рет мүгедектікке шығу көрсеткіші өте жоғары. 10000 дәрігерге балап есептегенде 47,7 оқиғаны құрады. Мүгедектікке алып келетін негізгі себептердің қатарына жүрек қан – тамыр жүйелерінің патологиялары, қатерлі ісіктер және психикалық ауытқулар жатады.
- 4) Учаскелік дәрігерлердің арасында өлім оқиғалары өте жоғары (4,8%). Оның негізгі себептері ретінде қатерлі ісіктер, жүрек қан – тамыр жүйелерінің патологиялары және өзіне - өзі қол салу оқиғалары бар.

Алынған ғылыми деректер учаскелік дәрігерлердің денсаулығын жақсартуға бағытталған профилактикалық шаралардың бірыңғай жүйесін жасауға жағдай туғызды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Ларионов Ю.К., Гехт И.О. О результатах медико – социологического исследования оценки качества работы амбулаторно – поликлинических учреждений. // Первый Всероссийский съезд врачей общей практики. Сборник тезисов и статей – Самара 2000г. с. 83- 84.
2. Гехт И.А. Обращаемость за медицинской помощью в амбулаторно – поликлинические учреждения. //Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Выпуск № 7 – Санкт – Петербург. – 2002г. С. 28 – 30.
3. Ларионов Ю.К. Результаты социологического опроса руководителей ЛПУ.// Вопросы управления качеством медицинской помощи. – Самара 2005г. № 2. – с. 66 – 69.
4. Кашуба В.А. Анкетный метод в социально – гигиенических исследованиях условия труда и состояния здоровья медицинских работников.// Программно – целевое планирование и управление охраной здоровья рабочих. Сб. тезисов докладов Всесоюзной научной конференции. – Новосибирск, 1990. – с. 65 – 66.
5. Капцов В.А., Коротич Л.П. Методические подходы к созданию системы комплексной оценки условия труда и состояния здоровья медицинских работников. //Сб.: Труд и здоровье медицинских работников. – Москва. НИИ ГТ и ПЗ., 1984. – с. 28 – 31.

УДК 618.5-089 888

ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ЮКО

А.Ш. Батахова

Ордабасинская ЦРБ, с.Темирлановка, ЮКО

ТҮЙІН

Мақалада ОҚО Ордабасы аудандық орталық ауруханаға инновациялық технологияларды енгізгенге дейінгі және енгізгеннен кейінгі абдоминальды босандыру ерекшеліктері көрсетілген. Кесар тілігінің жиілігі 2,4 есе жоғарылағаны және операция көрсеткішінің құрылымы өзгергені анықталды.

SUMMARY

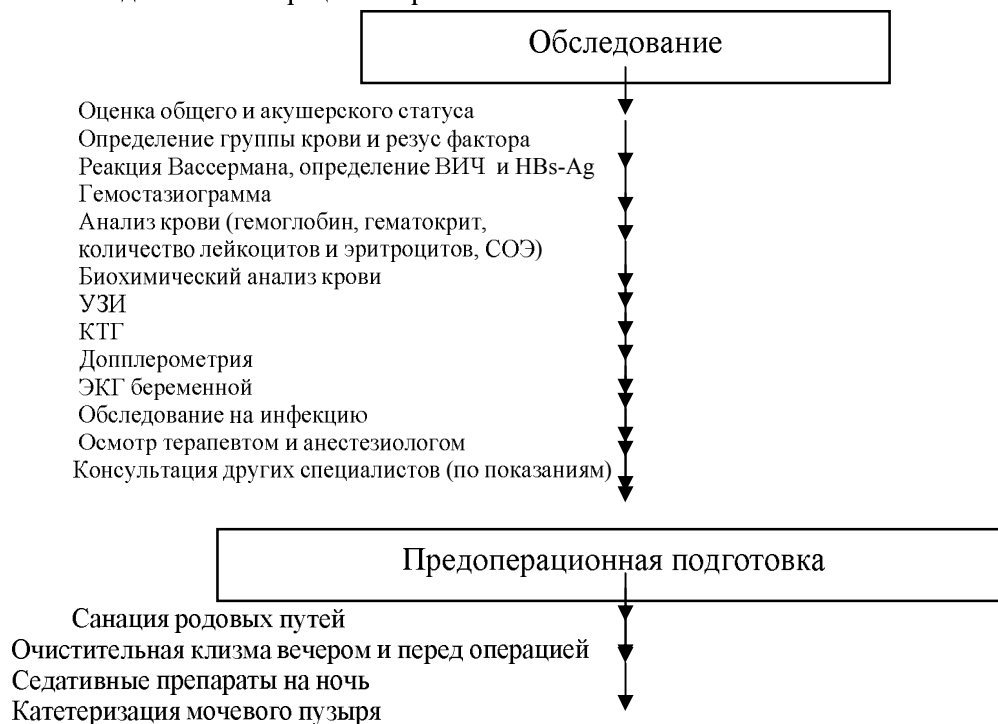
In this article the peculiarities of abdominal delivery in Ordabasy central regional hospital before and after introduction of innovative technologies were described. The increasing of cesarean section quantity on the 2,4 time and changing of structure for operation were detected.

Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией(1). По данным статистики Российской Федерации за последние 10 лет частота этой операции возросла с 3,3% в 1985 г. до 11,06% в 1996 г. По данным национальной статистики США за последние 10 лет (1984-1994) частота кесаревых сечений стабилизировалась на 22,0-22,3%. В настоящее время частота абдоминального родоразрешения в странах Европейского региона составляет 10-15%, в странах Латинской Америки – 35%. Однако расширение показаний к кесареву сечению в целях снижения перинатальной смертности, по мнению многих и рекомендациям ВОЗ (1985), оправдано лишь до определенных пределов – 10-15%. Несмотря на кажущуюся техническую простоту, кесарево сечение следует относить к разряду сложных оперативных вмешательств с высокой частотой послеоперационных осложнений (от 3,3 до 54,4% по данным разных авторов)(2). В бывшем Всесоюзном научно-исследовательском центре охраны здоровья матери и ребенка (г. Москва) частота кесарева сечения начала быстро возрастать с 60-х годов и особенно с 1979 г. и в настоящее время достигла 40%. Такое увеличение частоты кесарева сечения связано с широким внедрением в акушерскую практику современных технологий: УЗИ, кардиомониторного контроля во время беременности и в родах, рентгенопельвиметрии, достижениями в области реанимации и интенсивной терапии, неонатологии и т.д.(2).

Цель работы – изучение особенности показаний к абдоминальному родоразрешению в условиях внедрения инновационной технологии в работу родильного отделения Ордабасинской Центральной районной больницы (ЦРБ).

Материал и методы исследования. Материалом служили прооперированные роженицы путем абдоминального родоразрешения в Ордабасинской ЦРБ за период 2009 г. Возраст колебался от 19 лет до 41 года. По паритету первородящих было 8 и повторнородящих - 37. Юная первородящая (12,5%) и первородящая старшего возраста (12,5%) по 1 случаю. Многорожавших – 12 случаев (32,4%). Использовались клинические, лабораторные, ультразвуковые методы исследования. Проводилась партограмма. Ниже указана схема (№1) обследования и подготовки к операции кесарева сечения. Ретроспективный анализ показаний к операции кесарева сечения до внедрения программы «Безопасного материнства». Схема №1(2)

Обследование и подготовка к операции кесарева сечения



Результаты и обсуждения. Начиная с 2005 года, Южно-Казахстанская область (ЮКО) с ее наибольшей численностью населения и высоким уровнем рождаемости в стране являлась пилотной областью для внедрения новых технологий предложенных ВОЗ – программ «Безопасное материнство» и «Эффективные перинатальные технологии»(3). Согласно приказу УЗ ЮКО №512-п от 25.07.08 г. «О регионализации перинатальной помощи в ЮКО» областной перинатальный центр является родовспомогательным учреждением III уровня. I уровень – это родильные отделения ЦРБ, куда госпитализируются беременные из группы низкого

риска. Согласно этого приказа, беременные группы «высокого риска» по материнским и перинатальным осложнениям переводятся в областной перинатальный центр (ОПЦ) по принципу регионализации оказываемой акушерско-гинекологической помощи как из близлежащих (Ордабасы), также из отдаленных (Чардара) районов. Поэтому в родильном отделении Ордабасинской ЦРБ последние годы операции кесарева сечения проводятся только по экстренным показаниям. До внедрения инновационной технологии (до 2005г.) анализ всех абдоминальных родоразрешений показал, что в структуре показаний к кесареву сечению на первом месте был рубец на матке. На втором месте - аномалии родовой деятельности (слабость и дискоординированная родовая деятельность). Причем, из 1181 родов (2004 год) у 16 роды завершены абдоминальным путем, т.е. кесарево сечение выполнено в 1,4%.

В 2009 году после внедрения Программы обеспечения безопасной беременности, рекомендованной ВОЗ, которая регламентирует использование эффективных перинатальных технологий, основанных на принципах доказательной медицины и направленных на улучшение качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в родовспомогательных учреждениях. В результате к концу 2009 года в Ордабасинской ЦРБ – 99,9% новорожденные находятся на исключительно грудном вскармливании и в 100% обеспечен ранний контакт кожа к коже при рождении. Частота абдоминального родоразрешения в 2,4 раза увеличилась и составила 3,4%(45 случаев).

В таблице № 1 приведены данные абдоминального оперативного родоразрешения за 2009 г.

№	Проведенные операции	Перво-родящие	Повторнородящие	всего
1	Всего операций: в т.ч. плановые экстренные	- 8	1 36	45
2	Показания:			
1	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)	3	18	21
2	Неправильное положение плода (поперечное)	2	3	5
3	Слабость родовой деятельности			
4	Рубец на матке,	3	2	5
5	в том числе разрыв матки по рубцу			
	Клинический узкий таз	-	5	5
6	Дистресс плода	-	1	1
7		-	5	5
		-	2	2
	Всего	8	37	45

Таблица №1 - Показания к операции кесарева сечения за 2009 г.

Как видно из таблицы, операция кесарево сечение наиболее чаще проводилась у повторнородящих женщин. Причем операция была проведена у первородящих при доношенном сроке беременности, тогда как у повторнородящих в 7 случаях (18,9), операция проводилась при недоношенном сроке – с 26 до 34 недель беременности. В структуре показаний на 1 месте выходит преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 18 случаев(48,6%). На 2 месте клинический узкий таз и рубец на матке: по 5 случаев(13,5%). На 3 месте – неправильное положение плода (поперечное положение) – 3 случаев(8,1%). В одном случае имело место разрыв матки по рубцу при сроке беременности 31-32 недель. Плод внутриутробно погиб с массой 1767,0 рост- 32см. Операция завершена надвлагалищной ампутацией матки с придатками, дренированием брюшной полости. Показанием явилось несостоятельность рубца и признаки инфицирования раны. Общая кровопотеря составила 1000мл. Двое недоношенных детей были переведены на второй этап выхаживания в областную клиническую детскую больницу на 10 сутки жизни. В послеоперационном периоде осложнений не было. Все матери выписаны с детьми в соответствующие сроки домой.

Таким образом, в Ордабасинской ЦРБ в условиях внедрения инновационной технологии в работу родильного отделения увеличились количества абдоминального родоразрешения в 2,4 раза. Структура показаний к кесареву сечению имеет отличие – на первом месте акушерские кровотечения (ПОНРП), причем более чаще у многорожавших женщин. По поводу аномалии родовой деятельности (слабость родовой деятельности) в 6,9 раза чаще кесарево сечения проводилось у первородящих женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чернуха Е.А. Кесарево сечение – настоящее и будущее. \ Акушерство и гинекология.- 1997.-№ 5.-с.22-28.
2. Комисарова Л.М., Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Оптимизация кесарева сечения. \ Акушерство и гинекология.- 2000.-№ 1.-с.14-16.
3. Задина Г.Ж. Партнерские роды. Проблемы и преимущества.\ Вестник ЮКГМА .- 2009 г. №4(45). – с.64-67