



**Кыргыз Республикасынын
Саламаттык сактоо министрлиги**

**Энелердин өлүм учурларын купуя
иликтөө боюнча улуттук комитет**

**КЫРГЫЗСТАНДЫН ЭНЕЛЕРИНИН ӨМҮРҮ
Кыргыз Республикасындагы энелердин өлүм
учурларын купуя иликтөө боюнча 2014-2015-ж.,
экинчи отчету**



**Кыргыз Республикасынын
Саламаттык сактоо министрлиги**

**Энелердин өлүм учурларын купуя
иликтөө боюнча улуттук комитет**

**КЫРГЫЗСТАНДЫН ЭНЕЛЕРИНИН ӨМҮРҮ
Кыргыз Республикасындагы энелердин өлүм
учурларын купуя иликтөө боюнча 2014-2015-ж.,
экинчи отчету**

Бул отчет Кыргыз Республикасынын Энелердин өлүм учурларын купуя иликтөө боюнча улуттук комитеттин (ЭӨКИ УК), ЭӨКИ боюнча жергиликтүү координаторлордун, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, акушер, хирург, паталогоанатомдор жана каза болгон аялдарга медициналык жардам көрсөтүү процессине ушундайча же башкача тартылгандардын бардыгынын эки жылдык биргелешип иштеген ишинин жыйынтыгы болуп калды.

2014-2015-жылдар үчүн энелердин 148 өлүм учурун иликтөө боюнча ЭӨКИ УКнын отурумдарын өткөрүүгө жана отчет даярдоого техникалык колдоону БУУнун Калк жайгаштыруу фонду (ЮНФПА) жана Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюмунун Европалык Аймактык Бюросу (БДСУ ЕАБ) көрсөтүштү. Тышкы баалоо БДСУнун консультативдик жардамы менен жүргүзүлдү.

БДСУнун “Сандардын артында эмне жатат” методологиясы боюнча ушул отчетто колдонулган бардык маалымат ар кайсы булактардан купуя алынды. Бардык топтолгон медициналык документация жана анкеталар жүргүзүлгөн иликтөөдөн кийин жок кылынган.

Ушул китептен алынган маалыматка шилтеме берүүдө алдын ала макулдашуу үчүн Кыргыз Республикасынын ЭӨКИ боюнча Улуттук комитетине кайрылуунуздарды өтүнөбүз.

Басылып чыкты: 2017-ж.

Дареги: ЭӨКИ боюнча Улуттук комитет, 720001, Бишкек ш., Тоголок Молдо көч., 1

Колдонуучулардын максаттуу топтору:

Акушер-гинекологдор

Акушерлер

Анестезиологдор

Жалпы тажрыйбанын дарыгерлери

Тез жардам көрсөтүү кызматкерлери

Аntenаталдык кам көрүү дарыгерлери

Аялдар жана алардын үй-бүлөлөрү

Улуттук саламаттык сактоо системасынын жетекчилери

Саясатчылар

Илимий кызматкерлер

МАЗМУНУ:

Сөз башы	4
Ыраазычылык билдирүү	5
Кыскартуулардын тизмеси.....	6
Негизги жыйынтыктарды кыскача баяндоо	8
10 маанилүү сунуш.....	9
Киришүү.....	10
ЭӨКИ методологиясы.....	10
Эне өлүмүн талдоонун жыйынтыктары	13
Каза тапкан аялдар	16
Энелер алган жардамдар.....	20
Аялдар алган жардамдын сапаты	32
Эне өлүмүнүн түздөн түз себептери	33
1. Акушердик кансыроолор	33
2. Кош бойлуу учурдагы гипертензиялык бузулуулар.....	41
3. Акушердик сепсис	45
4. Өпкө артериясынын тромбоэмболиясы/түйүлдүктүн айланасындагы сууларга тамырдын бүтөлүп калышы (эмболия)....	49
5. Анестезия жана кайра жандандыруу.....	50
Эне өлүмүнүн кыйыр себептери	54
Башкы себеби аныкталган жок.....	57
Акушердик себептин жоктугу.....	58
Патологоанатомиялык союу.....	58
Адабияттардын тизмеси.....	62
Тиркеме	
• №1 тиркеме. Сөздүк.....	63
• №2 тиркеме. Вена тромбоэмболиясынын (ВТЭ) коркунуч факторлорун баалоо	66
• №3 тиркеме. Жүлүнгө анестезия жүргүзүүнүн коопсуздугун камсыздаган чаралар	68
• №4 тиркеме. ЭӨКИ боюнча Улуттук комитеттин курамы.....	70
• №5 тиркеме. ЭӨКИнин жергиликтүү координаторлорунун курамы.....	71

БАШ СӨЗ

Энеликти жана баланы коргоо Кыргыз Республикасынын мамлекеттик саясатынын артыкчылыктуу багыттарынын бири, анткени кош бойлууларга жана төрөгөн аялдарга медициналык жардам көрсөтүү деңгээли болочоктогу муундардын тагдырын жана ден соолугун аныктайт. 2015-жылга чейин Мин жылдыктын Өнүгүү Максаттарын (№5 максат: Энеликти коргоону жакшыртуу, 1-тапшырма: 2015-жылга карата энелердин өлүм учурларын 2/3 учурга чейин азайтуу) ишке ашыруу боюнча өзүнө милдеттеме алган 189 өлкөнүн ичиндеги бирөөсү болгон Кыргызстан 2030-жылга чейин (ТУМЗ: Чың ден соолук жана жыргалчылык) маанилүү көрсөткүчтөрдүн бири эне өлүмүн азайтуу болуп саналган Туруктуу Өнүгүү Максаттарына (ТУМ) жетишүү боюнча жактоочулугун билдирди.

Бүгүнкү күндө далилдөөчү негиздеги перинаталдык жардам көрсөтүүчү алдыңкы технологияларды жайылтуу боюнча жасалган кадамдардын көмөгү менен чектелген ресурстардын шарттарында республикада эне өлүмүн азайтууга карай туруктуу тенденция байкалууда. Позитивдүү кадамдардын бири аялдар медициналык жардам алып жаткан учурда бет келишкен тоскоолдуктарды, алардын келип чыгуу себептерин жана аларды жеңүү жолдорун медициналык мекеменин эле деңгээлинде эмес, ошондой эле үй-бүлөнүн, жарандык жамааттын, жергиликтүү өзүн өзү башкаруу органдары жана саясаттын деңгээлинде дагы аныктоого мүмкүнчүлүк бере турган Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюмунун “Сандардын артында эмне жатат” методологиясына негизделген энелердин өлүм учурларын купуя иликтөө боюнча Экинчи отчетунун чыгышы болуп эсептелет.

Кыргыз Республикасынын Өкмөтү башка министрликтер жана биздин өнүктүрүү боюнча өнөктөштөрүбүз менен биргеликте биздин өлкөдөгү энелердин ден соолугун жакшыртуу, ошондой эле, каза болгон аялды кош бойлуу болгон учурдан тарта кайгылуу аяктаганга чейин (үй-бүлө, айланасындагылар, медициналык кызматкерлер, чечим кабыл алуучу адамдар) коштоп жүргөн ар бир катышуучунун эмгеги бар болгондуктан максатка жетишүү жолунда эң эле натыйжалуу аспап болуп саналган энелердин өлүм учурларын купуя иликтөө боюнча Экинчи отчеттун сунуштарын ишке ашыруу жана ага мониторинг жүргүзүү боюнча конкреттүү жана өлчөнүүчү жыйынтыктарга жетишүүчү үчүн мүмкүн болушунча көп күч аракет жумшоого даяр.

Кыргыз Республикасынын вице-премьер-министри

Султанбекова Чолпон Аалыевна

ЫРААЗЫЧЫЛЫК БИЛДИРҮҮ

Ушул иликтөөнү жүргүзүүгө БУУнун Калк жайгаштыруу фонду (ЮНФПА) жана Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюмунун Европалык Аймактык Бюросунун (БДСУ ЕАБ) техникалык колдоосунун жардамы менен мүмкүн болду.

Баалоо үчүн маалыматтарды берген, анкеталарды чогулткан, кайгылуу окуянын ар бир катышуучусун сурамжылаган, мүмкүн болушунча көбүрөөк анык маалымат алуу үчүн каза болгон аялдын туугандары менен маектешкендердин бардыгына ыраазычылык билдиребиз.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги жана Эзелердин өлүм учурларын купуя иликтөө боюнча улуттук комитеттин мүчөлөрү Молдова Республикасынын Николае Тестемицану атындагы Мамлекеттик медициналык жана фармацевтикалык Университетинин акушерство жана гинекология кафедрасынын доктору, БДСУнун отчетко көз карандысыз тышкы баалоо жүргүзүү үчүн консультанты Стелиану Ходороджага терең ыраазычылык билдирет.

Эзелердин өлүм учурларын купуя иликтөө боюнча улуттук комитеттин мүчөлөрүнө өзгөчө ар кайсы булактардан алынган маалымат ар кандай болгон (“биз иш жүзүндө эмне болгондугун бардыгын билебиз, бирок бул эч жерде жазылган эмес”) жана кээде бир кылка чечим кабыл алуу кыйын болгон учурлардагы чынчылдык жана сабырдуулуктары үчүн ыраазычылыгыбызды билдиребиз.

Ушул процесстин бардык катышуучуларынын биргелешкен аракеттеринин жардамы менен келечекте аялдарга кам көрүүнү жакшыртууга мүмкүнчүлүк бере турган сунуштар түзүлдү.

Каза болгон аялдардын туугандарына жана жакындарына чын жүрөктөн көңүл айтабыз жана иликтөө жүргүзүүгө көмөктөшкөндүгү, ошондой эле чыдамдуулуктарын көрсөтүп жана түшүнүү менен мамиле жасагандыгы үчүн ыраазычылык билдиребиз!

КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

ВА	Вена ичине жасалган анестезия
ДБ	Дүйнөлүк Банк
АИВ	Адамдын иммундук жетишсиздик вирусу
БДСУ	Дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму
ВТЭ	Вена тромбоэмболиясы
ҮДТ	Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу
ГИЗ	Эл аралык кызматташуу боюнча Германиялык коом
ТСТК	Түйүлдүктүн айланасындагы суулардын төрөткө чейин кетиши
БДСУ ЕАБ	БДСУ Европалык аймактык бюросы
РКА	Репродуктивдүү курактагы аялдар
ТКА	Төрөй турган курактагы аялдар
ӨЖЖ	Өпкөнү жасалма желдетүү
ОУИ	Оор учурларды иликтөө
ДСИ	Дене салмагынын индекси
КМКД ж АЖМИ	Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу медицина институту
КР	Кыргыз Республикасы
ЭӨКИ	Энелер өлүмүнүн учурларын купуя иликтөө
КП	Клиникалык протокол
КК	Контрацептивдик каражаттар
ДЧК	Ден соолукту чыңдоо кабинеттери
КР ССМ	Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги
ШАЖ	Шашылыш акушердик жардам
ЭӨКИУК	Энелердин өлүм учурларын купуя иликтөө боюнча улуттук комитет
ТМГ	Төмөнкү молекулярдык гепариндер
СТЖ	Сапатты тынымсыз жогорулатуу
КР УСК	КР Улуттук статистикалык комитети
ЭжБКУБ	Энеликти жана балалыкты коргоо улуттук борбору
ККК	Кош бойлуулуктун коопсуздугун камсыздоо
СУ	Саламаттык сактоону уюштуруу
ЭжБДК	Эне жана баланын ден соолугун коргоо

ММЕИГ отчету	БУУнун төрт агенттиги – Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму (ДССУ), БУУнун Балдар фонду (ЮНИСЕФ), БУУнун калк жайгаштыруу Фонду (ЮНФПА) жана Дүйнөлүк банк, ошондой эле БУУнун Калк жайгаштыруу бөлүмү (PopulationDivision) аракеттерин бириктирип, Эне өлүмүн баалоо боюнча Ведомстволор аралык топтун (MaternalMortalityEstimationInter-AgencyGroup, ММЕИГ)атынан дүйнө жүзүнүн бардык өлкөлөрү үчүн эне өлүмүн үзгүлтүксүз баалоону чыгарып турушат. Буга тиешелүү эсептөөлөр 1990, 1995, 2000, 2005, 2008, 2010, 2013, 2015-жылдар үчүн жарыяланган.
ОЦК АКК	Айланган кандын көлөмү
ӨМДКТ	Өтө маанилүү дары каражаттарынын тизмеси
БМСЖ	Баштапкы медико-санитардык жардам
О/М	Операциядан кийинки мезгил
ТКМА	Түйүлдүк кабыгынын мөөнөтүнөн мурда айрылышы
ОДП	Оор даражадагы преэклампсия
КВА	Колго жасалуучу вакуум-аспирациясы
КР ССМ РММБ	Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Республикалык медико-маалыматтык борбору
РСД	Репродуктивдик-сексуалдык ден соолук
ЖТП	Жаңы тондурулган плазма
АО	Аймактык оорукана
ӨАТЭ	Өпкө артериясынын тромбозмболиясы
КРССМ	Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин
МЖУЖДСБ	Медициналык жардамды уюштуруу жана дары саясаты башкармалыгы
ФАП	Фельдшердик - акушердик пункт
ҮМБ	Үй-бүлөлүк медицина борбору
НПБ	Натыйжалуу перинаталдык багуу
САЭТ	«Сандардын артында эмне турат»
ЮНФПА	БУУнун Калк жайгаштыруу фонду

НЕГИЗГИ ЖЫЙЫНТЫКТАРДЫ КЫСКАЧА БАЯНДОО

1. Кыргыз Республикасында 2014-2015-ж. үчүн кош бойлуулук, төрөт учурундагы татаалдашуулардын жыйынтыгында жана төрөттөн кийинки мезгилдеги 42 күндүн ичинде 141 аял көз жумган, бул ар бир тирүү төрөлгөн 100 000 ымыркайга 44 учурду түзгөн.
2. Аялдарда туруктуу жумуштун жоктугу энелердин өлүм коркунучунун кыйла маанилүү социалдык фактору болуп саналат. Финансылык кыйынчылыктар менен катар, өлүм менен аяктаган учурларга аялдардын медициналык кызматкерлер менен кызматташуудан баш тартуусу жана кош бойлуу учурдагы коркунучтуу белгилер боюнча маалыматтын төмөндүгү маанилүү таасир эткен.
3. Ар бир онунчу аял дарылоочу мекемеден тышкары жайда көз жумган – 14 (9,4%), анын ичинде үйдө – 8 (57,1%), жана дарылоочу мекемеге бара жаткан жолдо – 6 (42,9).
4. 2 учурда кош бойлуу аялдар өзүн өзү өлтүрүшкөн.
5. 106 (71,6%) аял кош бойлуулук, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгил менен байланышкан себептерден каза табышкан (*мындан ары Тикелей себептер*), ошол эле учурда алардын ар бир экинчиси (106 ичинен 49у) акыркы жылдары расмий маалыматтар боюнча дагы, энелердин өлүм учурларын купуя иликтөөнүн маалыматтары боюнча дагы аялдардын өлүмүнүн көрүнүктүү себеби болгон кансыроодон улам жарык дүйнө менен кош айтышкан.
6. Эклампсия кош бойлуу учурдагы гипертензиядагы өлүмдүн көбүрөөк кездешкен себептеринен болду. Андан тышкары тонико-клоникалык калчылдоо приступтары кармаган учурлардын жарымы стационарда болуп өткөн.
7. 35 аял (23,6%) кош бойлуулар эпилепсия, кургак учук ж.б. сыяктуу ооруларды жашырган учурда медициналык коомчулук үчүн олуттуу көйгөй болуучу, кош бойлуулукту оорлоштурган (*мындан ары Кыйыр себептери*) өкүм сүргөн жана/же жаңы жалпы оорулардан каза болушкан.
8. 86 (58,1%) учурда медициналык кызматкерлерге аялдын баштапкы оор абалын жеткире баалабаган же алардын түздөн түз компетенциясынан тышкары болгон жалпы ооруну (аппендицит, баш мээнин кан тамырларынын оорусу ж.б.) өз учурунда аныктабаган же өлкөдө кабыл алынган клиникалык протоколдорго ылайык жардам көрсөтүлбөгөн медициналык кам көрүүнүн талаптагыдай эмес факторлору аныкталган.
9. *Түз себептерден* болгон өлүм учурларында аялды сактап калууга мүмкүнчүлүк баарынан көп болгон – көз жумгандар 83 (78,3%), *Кыйыр себептерден* болсо мүмкүнчүлүк баарынан аз болгон – 3 (8,1%).
10. Энелер өлүмүнүн 50(33,8%) учурунда гана патологоанатомиялык союу жүргүзүлгөн.

ОН МААНИЛҮҮ СУНУШ

1. Ар бир саламаттык сактоо уюму төрөттөн кийинки кансыроолордо шашылыш акушердик жардам көрсөтүү боюнча медициналык кызматкерлердин командасынын курамын (4төн кем эмес адис), команданын ар бир мүчөсүнүн функционалдык милдеттерин жана жеке жоопкерчилигин, ошондой эле ар бир мүчө өзүнүн компетенциясынын алкагында шашылыш жардам көрсөтүү үчүн келүүгө милдеттүү болгон убакытты сөзсүз көрсөтүү менен жергиликтүү алгоритмге ээ болушу керек.
2. Жогоруда жазылгандар менен катар жергиликтүү алгоритм ургенттик дарыгер кечигип калган учурда шашылыш жардам көрсөтүүнүн кошумча варианттарын камтышы керек. Ушул алгоритм боюнча, кансыроолордо жардам көрсөтүүгө тажрыйбаларды жана даярдыкты текшерүү максатында жыл сайын аттестациялоо менен үзгүлтүксүз негизде тажрыйбалык тренингдерди өткөрүү зарыл.
3. Аймактык ооруканалардын акушерлерин кансыроону жана төрөгөн аялдардын абалын баалоо боюнча тажрыйбалык ыкмаларга, кансыроолорду убактылуу токтотуу ыкмаларына жана кан жоготууну толтуруу принциптерине, аларды андан ары аттестациялоо жана белгиленген ыкмаларды алардын функционалдык милдеттерине киргизүү менен окутуу.
4. Акушер-гинекологдорду дипломдон кийинки даярдоо жана лицензия берүү системасын акушердик кансыроолордо, анын ичинде негизги хирургиялык кийлигишүүлөрдү жүргүзүү боюнча шашылыш жардам көрсөтүү боюнча тажрыйбалык ыкмаларды жакшыртуу боюнча окутуу процессине өзгөчө басым жасоо менен кайра карап чыгуу.
5. Репродуктивдик курактагы аялдар “ичтин катуу оорушу” белгилери менен стационарга келип түшкөн учурда, биринчи кезекте кош бойлуулукка кадимки тест жүргүзүү аркылуу жатындын сыртына бүткөн кош бойлуулукту жокко чыгаруу зарыл.
6. Төрөттү индукциялоону, жүлүнгө анестезия жасоону улуттук клиникалык протоколдорго ылайык аларды коопсуз жүргүзүү талаптарына жана шарттарына дал келген саламаттык сактоо уюмдарында жүргүзүү.
7. Экстрагениталдык ооруну дарылоого муктаж болгон бардык кош бойлуулар саламаттык сактоо уюмунун бери дегенде экинчи деңгээлиндеги профилдик мекемесине жаткырылышы керек, ошол эле учурда медициналык кызматкер дагы, бейтап дагы ооруканага жаткырып жаткан учурда тоскоолдуктарга дуушар болбошу керек.
8. Аял көз жуумп бара жаткан учурда кесарево аркылуу кесүү боюнча Клиникалык колдонмо иштеп чыгуу жана оор даражадагы преэклампсия боюнча клиникалык протоколду кайра иштеп чыгуу.
9. Баштапкы медико-санитардык жардам (ҮДБ/ҮДТ/ФАП) адистеринин төрөттөн кийинки патронаж ишке ашырууга бейформал эмес мамиле кылуу механизмин иштеп чыгуу.
10. Бардык аялдарга кош бойлуу болгонго чейин же анын эрте мөөнөттөрүндө кош бойлуу учурунда кайсы гана себеп боюнча ооруканага жаткырылбасын, ошондой эле операция/төрөттүн алдында жана андан кийин тромбоэмболиянын коркунуч факторуна документалдык баалоо жүргүзүү.
11. Аялдарга алар алууга укуктуу болгон медициналык жардам көрсөтүү стандарттары, бейтап жана медициналык кызматкердин ортосундагы өнөктөштүк мамилелер, энелер өлүмүнүн бардык учурларында патологоанатомиялык союунун зарылдыгы тууралуу маалымат берүү сыяктуу маселелерди талкуулоо үчүн журналисттер менен тегерек столдорду, жумушчу жолугушууларды өткөрүү.

КИРИШҮҮ

Эне өлүмүнүн статистикалык сандарынын артында чоң кайгы, калтырылган жетимдер жана үй-бүлөлүк бактысыздык жатат. Сынган тагдырлардын санын күнөөлүүлөрдү аныктоо, аларга административдик жаза жана башка жазаларды колдонууга гана багытталган салттуу талдоо менен аныктай албайбыз. Бирок бүгүнкү күндө эне өлүмүнүн деңгээлин азайтуу үчүн бизге *кийинки* эне өлүмдөрүнө бөгөт коюу үчүн эмне кылууга боло тургандыгын аныктоочу маалымат керек экендиги айдан ачык болуп жатат. БДСУнун “Сандардын артында эмне жатат” методологиясы аялдардын өлүмүнө алып келүүчү себептерди түшүнүүгө жанаанын мүмкүн болгон келечекте өлүмгө дуушар болушунун алдын алууга багытталган жолдорду аныктоого багытталган. Ар бир эне өлүмү – бул “анын өмүрү эмне үчүн ушунчалык эрте аяктагандыгын табуучу ачкыч”⁴.

ЭНЕЛЕРДИН ӨЛҮМ УЧУРЛАРЫН КУПУЯ ИЛИКТӨӨ МЕТОДОЛОГИЯСЫ

А. Энелердин өлүм учурларын купуя иликтөө деген эмне (ЭӨКИ) деген эмне

ЭӨКИ ар бир учурда бейтапты кароого катышкан медициналык кызматкер үчүн эле эмес, ошондой эле анын үй-бүлөсү, достору жана жамааттары үчүн дагы сабак алууга мүмкүнчүлүк бере турган аялдын өлүмүн майда-баратына чейин иликтөөнүн эл аралык алтын стандарты болуп саналат. Бардык жогоруда белгиленгендер өз кезегинде кош бойлуу учурда, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгил ичинде кароонун сапатын жакшыртууга жардам бере алат. Бул методология эне өлүмүнүн учурларын талдоо, ага алып келген себеп жана факторлорду аныктоо, алардын алдын алууну баалоо жана кийинки өзгөрүүлөр үчүн негиздүү сунуштарды иштеп чыгуунун ырааттуу процессин түшүндүрөт⁴.

ЭӨКИ купуялуулук принциптерине негизделгендиктен (бул окуя кайсы дарылоо мекемесинде болуп өткөндүгүн жана бул бейтапка ким жардам бергендигин эч ким билбейт), каза болгон аялды кароого катышкан ар бир медициналык кызматкер окуя боюнча чыныгы маалымат берет, ушул өлүмгө бөгөт коюу үчүн эмне кылуу керек болгондугун жана анын өлүмүнөн кандай сабактарды алууга боло тургандыгын айтып берет.

Бардык маалымат күнөөлүүлөрдү издөө үчүн эмес, мындай учурлар башка дарылоо мекемелеринде, башка медициналык кызматкерлерде, башка үй-бүлөлөрдө кайталанбашы үчүн колдонулат.

Ошентип, ЭӨКИ методологиясы коркуу фактыларды жарым-жартылай жашырууга жана болгон окуядан сабак алууга мүмкүн болбой тургандыгына алып келе турган айыптоо жана жазалоону камтыбайт, тескерисинче аялдын өлүмүнүн ар бир учурунан негизги көйгөйлөрдү табуу, иш жүзүндө эмне кылууга боло тургандыгын, саламаттык сактоо, жамаат жана саясат жаатында кандай кийлигишүүлөр зарыл экендигин аныктоо жолу аркылуу медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатын жогорулатууга багытталган.

В. Кыргыз Республикасында ЭӨКти жайылтуу тарыхы

Эне өлүмүнүн учурларына купуя иликтөө (ЭӨКИ) (аудит) жүргүзүү процессине чейин биздин өлкөдө чоң даярдануу иши болуп өттү. Аудиттин мамилелери менен таанышуу жана тандоо БДСУнун Кыргыз Республикасындагы аймактык жыйынынан башталган (2004-ж.), анын артынан өлкөдө Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюмунун экспертизасы жана аймактык тажрыйбасынын негизинде техникалык иш-чаралар башталды. 2007-жылдан баштап 2010-жылга чейинки мезгил ичинде аудиттин координаторлорун окутуу үчүн эл аралык эксперттерди тартуу менен улуттук техникалык жыйындар өткөрүлдү, жайылтуу планы иштелип чыкты, аудиттин инструменттери жана далилдөөчү медицинага негизделген акушерство боюнча артыкчылыктуу улуттук протоколдор бекитилди.

2010-жылдан баштап ЭӨКИ улуттук деңгээлде жайылтылууда, 2011-2012-жылдагы мезгил аралыгындагы эне өлүмүнүн 95 учуруна жүргүзүлгөн аудиттин жыйынтыктары ЭӨКИ боюнча Биринчи отчеттордо (2014-ж.) тааныштырылды.

2014-ж., аялдын өлүмүнүн себептери тууралуу толугураак маалымат топтоо үчүн ЭӨКИ жүргүзүү боюнча Колдонмо басып чыгарылды, анда авторлор сурама баракчаларындагы суроолордун тармагын кеңейтишти. Жергиликтүү координаторлордун ишинин натыйжалуулугун жогорулатуу максатында ЭӨКИ улуттук комитетине документация чогултуу, толтуруу жана берүү боюнча стандарттык операциялык процедуралар (СОП) иштелип чыгып жана бекитилди.

Бул отчет ЭӨКИ боюнча экинчи отчет болуп саналат, өзүнө 2014-2015-жылдардын аралыгында эне өлүмүнө талдоо жүргүзүүнү камтыйт жана клиницисттер, саламаттык сактоону уюштуруучулар, саясатчылар, жарандык жамаат, чечим кабыл алуучу адамдар, ошондой эле өз кесиби менен иштеген дарыгерлердин болочоктогу муунун даярдай турган медициналык ЖОЖдордун окутуучулары үчүн бир катар сунуштарды берет.

С. Эне өлүмүнүн учурларын купуя иликтөө методологиясы

Эне өлүмүнүн медициналык жана медициналык эмес себептерин, сапатсыз дарылоо факторлорун, ошондой эле кайгылуу жыйынтыкка таасирин тийгизиши мүмкүн болгон социалдык жана үй-бүлөлүк көйгөйлөрдү аныктоо үчүн, иликтөөчү топко аялдардын кош бойлуу учурда, төрөп жаткан мезгилде жана төрөттөн кийинки 42 күндүн ичинде түз (кош бойлуулук, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгил менен байланышкан) жана кыйыр себептерден (мурда болгон жана/же кабылданган жаңы жүрөк кан тамыр оорулары, өпкө оорулары жана кош бойлуулукту татаалдаштырган башка оорулар) улам көз жумган учурлары киргизилди. Андан тышкары аялдын кош бойлуулук менен байланышпаган, аялдын өлүмүнүн себептерин аныктаган учурда маалымат жетишсиз болгондо “Акушердик себептердин жоктугу (кайгылуу кырсыктар)” жана “Башкы себеби аныкталган жок” категориясы катары классификацияланган себептерден каза тапкан учурлары каралды.

Д. ЭӨКИ боюнча жергиликтүү координаторлордун иши

Биздин өлкөдө эне өлүмүнүн ар бир учуру боюнча маалымат топтоо үчүн республиканын ар бир төрөткө көмөктөшүүчү мекемеси/бөлүмүндө ЭӨКИ боюнча жергиликтүү координатор иштейт (бардыгы 63 адам). Анын милдеттерине медициналык документацияны көчүрүү, медициналык кызматкерге жайылып кетет деп коркпостон окуяга карата өзүнүн көрүүсүн айтууга мүмкүнчүлүк бере турган купуялуулуктун жана анонимдүүлүк принциптерин сакталышы үчүнанын аты-жөнүн жоготуу (саламаттык сактоону уюштуруу, медициналык кызматкерлер боюнча бардык маалыматтарды анонимдүү кылуу) кирет. Андан тышкары, жергиликтүү координатор окуянын ар бир катышуучусу жана каза болгон аялдардын туугандары (мүмкүнчүлүккө жараша) толтурган анкеталарды чогултат жана документтердин пакетин ЭӨКИ боюнча улуттук катчылыкка өткөрүп берет.

Е. ЭӨКИ боюнча улуттук комитеттин иши

Эне өлүмүнүн учурларына БДСУ методологиясы боюнча талдоо жүргүзүү үчүн өлкөдө 19 адамдан (акушер-гинекологдор, анестезиологдор, патологоанатомдор, КММА жана КМКД АЖМИнин профессордук-окутуучулук курамдын өкүлдөрү) турган ЭӨКИ боюнча улуттук комитет иштейт. Отчеттук мезгил ичинде БДСУ жана ЮНФПАнын колдоосу менен ЭӨКИ боюнча Улуттук комитетин он алты отуруму өткөрүлдү, анда эне өлүмүнүн 148 учуруна талдоо жүргүзүлдү. Комитетин ишине өлүмдүн себептерин иликтөөгө жана сунуштарды түзүүгө сектор аралык катышуу үчүн аралаш жана тар адистер бир канча жолу тартылышты. Улуттук эксперттерге майда-баратына чейин талдоо үчүн алдын ала, Улуттук комитеттин алдыдагы отурумуна чейин анонимдүү кылынган бардык медициналык документация (төрөт

тарыхы, оору тарыхы, кош бойлууга байкоо жүргүзүү картасы ж.б.) жана сурама баракчалардан турган документтердин пакети берилет. Сурама баракчалар иш жүзүндө эмне болгондугун териштирүүгө мүмкүнчүлүк бере турган башкы жана кээ бир учурда жалгыз чыныгы маалымат булагы болду, анткени анда аялдын жашоосунун социалдык кырдаалдары боюнча маалыматтар (киреше, материалдык абалы, зомбулук, миграция, аялдын жана анын өнөктөшүнүн эмне менен алектенгендиги), медициналык кызматкерди жана көз жумган аялдын туугандарын анкетирлөөнүн маалыматтары камтылган. Медициналык жардамдын сапаты акушер-гинеколог, анестезиолог, патологоанатом, үй-бүлөлүк дарыгер жана зарылчылыкка жараша башка адистер (инфекционист, фтизиатр, кардиолог) тарабынан бааланды. Улуттук эксперт ар бир өлүм учуру боюнча кыскача резюме, анын ичинде негизги жыйынтыктарды даярдады. Андан кийин ЭӨКИ боюнча көп профилдүү комитеттин кароосуна берүүгө мүмкүнчүлүк болду, андабардык маалыматтар каралып, өлүмдүн медициналык себеби (анын ичинде медициналык мекемеден тышкары жерде өткөн өлүм себептеринин мүмкүн болгон себептерин көрсөткөн), ошондой эле өлүмгө дуушар болушуна көмөктөшкөн талаптагыдай эмес кам көрүүнүн медициналык факторлору боюнча кыскача отчет түзүлдү (1-таблица).

Талаптагыдай эмес кам көрүү классификациясы

1-таблица

Фактор	Анын кызмат көрсөтүүнүн сапатына тийгизген даражасы
Биринчи даражадагы фактор	өлүм менен аякташына маанилүү таасирин тийгизген фактор – башка чаралар башкача жыйынтыкка алып келмек деп божомолдоо туура болмок.
Экинчи даражадагы фактор	өлүм менен аякташына маанилүү таасирин тийгизген фактор – балким, башка чаралар башка жыйынтыктарга алып келмек, бирок кандай болгондо дагы төрөгөн аялды сактап калуу мүмкүнчүлүгү аз болмок
Капыстан чыккан фактор	Болуп өткөн учур сабак болсо дагы, аныкталган фактор акыркы жыйынтыкка таасирин тийгизген эмес

Андан кийин талаптагыдай эмес кароо даражасынын аныкталган даражасына жараша эне өлүмүнүн учурун баалоо 2-таблицада көрсөтүлгөн шкала боюнча ар кандай категорияларга бөлүндү.

Эне өлүмүнүн учурун баалоо шкаласы

2-таблица

Өлүм категориясы	Мүнөздөмө
0	Талаптагыдай эмес кам көрүүнүн фактору (лору) аныкталган жок
1	Талаптагыдай эмес кам көрүүнүн капыстан чыккан фактору (лору) аныкталды, бирок ал (алар) кайгылуу жыйынтыкка таасирин тийгизиши күмөндүү.
2	Талаптагыдай эмес кам көрүүнүн экинчи даражадагы фактору (лору) аныкталды, алар балким кайгылуу жыйынтыкка таасирин тийгизген болушу мүмкүн
3	Талаптагыдай эмес кам көрүүнүн биринчи даражадагы фактору (лору) аныкталды, алар балким кайгылуу жыйынтыкка таасирин тийгизген болушу мүмкүн.

Ар бир учурда ЭӨКИ Улуттук комитетинин бардык мүчөлөрү менен макулдашылган баалоо протоколу толтурулган. Эксперттердин ичинен кимдир-бирөө өлүмдүн акыркы себеби боюнча макул болбогон учурда, учур кайтадан бааланды же эпке келишүү үчүн добуш берүү жүргүзүлдү.

Ар бир протокол келечекте ушуга окшош өлүмдөрдүн алдын алуу максатында аныкталган бөгөт коюла турган факторлор менен байланышкан көйгөйлөрдү чечүү боюнча жалпы же конкреттүү мүнөздөгү сунуштарды камтыды.

ЭНЕ ӨЛҮМҮН ТАЛДООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

ЭӨКИ Улуттук комитетине талдоо үчүн Кыргыз Республикасында 2014-2015-жылдары төрөгөн 310 673 эненин жана белгиленген мезгил ичинде тирүү төрөлгөн 318 810 ымыркайдын ичинен түз же кыйыр түрдө кош бойлуулук менен байланышкан себептерден көз жумган 148 аялдын документациясы келип түштү. Бардык көз жумган 148 аялдын ичинен 106сы (71,6%) кош бойлуулуктун жыйынтыгында гана пайда болушу мүмкүн болгон оорулардан (Түз себептер) жана 35и (23,7%) – кош бойлуулукту оорлоткон ага чейин болгон жана/же жаңы жалпы оорулардан (Кыйыр себептер) каза табышкан.

4 (2,7%) учурда ЭӨКИ улуттук комитети маалыматтын жетишсиздигинен аялдардын өлүмүнүн себептерин аныктай алган жок. 3 кош бойлуу аял кайгылуу кырсыктан улам жарык дүйнө менен кош айтышкан.

Ошентип, ЭӨКИ УК тарабынан 141 аялдын өлүмү түз же кыйыр түрдө кош бойлуулук менен байланышта болгондугу аныкталды, ошондуктан белгиленген 2 жылдык мезгил ичинде эне өлүмүнүн жалпы көрсөткүчү тирүү төрөлгөн 100 000 ымыркайга 44,2 өлүмдү түздү. Түз себептерден болгон эне өлүмүнүн саны (71,6%) Кыйыр өлүмдөрдүн (23,7%) санынан кыйла ашып кетти. Биринчи жолу ушул Отчетто талдоо максатында өлүмү кош бойлуулук менен капыстан байланышта болгон кош бойлуу аялдардын кайгылуу кырсыктардан көз жумушу эске алынды (2,0%). Берилген маалымат дагы эле жетишсиз болуп кала берүүдө, ошондуктан 2,7% учурларда ЭӨКИ улуттук комитети аялдардын өлүмүнүн себепин аныктай алган жок (3-таблица).

2014-2015-жылдарга карата энелер өлүмүнүн структурасы жана көрсөткүчү.

3-таблица

Өлүмдүн себеби	Абсолюттук сандар	Салыштырмалуу сандар (% энелер өлүмүнүн жалпы санынан алынган)	100 000 тирүү төрөлгөн ымыркайга
I. Түз себептер			
Кансыроо, анын ичинде:	49	33,1	15,4
- тондун патологиясынан пайда болгон төрөткө чейинки	9	6,1	
- төрөт учурунда жана төрөттөн кийинки эрте мезгилде	24	16,2	
- жатындын айрылышы	12	8,1	
- жатындын сыртындагы кош бойлуулук	2	1,3	
- өзүнөн өзү бойдон түшүү	2	1,3	

Кош бойлуу учурдагы гипертензиялык бузулуулар, анын ичинде:	22	14,9	6,9
- эклампсия	12	8,1	
- оор даражадагы преэклампсия	10	6,8	
Акушердик сепсис, анын ичинде:	21	14,2	6,6
- төрөттөн кийинкисепсис	17	11,5	
- 24 жумалык мөөнөттө кош бойлуу мезгилде көз жумду	1	0,7	
- бойдон алдыргандан кийинки сепсис	3	2,0	
Тромбоэмболия	8	5,4	2,5
Анестезиологиялык татаалдашуулар	6	4,0	1,9
Бардык түздөн-түз акушердик себептер	106	71,6	33,2
Кыйыр себептер:			
Мурда болуп келген эненинпатологиясы, анын ичинде:	14	9,5	4,4
- эпилепсия	4	2,7	
- баш мээнин кан тамырларынын өнүгүүсүндөгү аномалиялар	3	2,0	
- жүрөк-кан тамыр системасынын оорулары	3	2,0	
- онкологиялык оорулар	2	1,4	
- тиреотоксикоз	1	0,7	
- жатын моюнчасынын каверноздук гемангиомасы	1	0,7	
Кош бойлуулук менен байланышпаган инфекция, анын ичинде:	21	14,2	6,6
- ооруканадан тышкары пневмония	5	3,4	
- инфекциялык менингит	5	3,4	
- хирургиялык перитонит (аппендицит, чычыркай кан тамырларынын тромбозу, жаранекротикалык энтероколит)	3	2,0	
- өпкө кургак учугу	3	2,0	
- акушердик эмес сепсис (ооз жана моюндун одонтогендик ириндүү-некротикалык флегмонасы– 1; пиелонефрит – 2)	1	0,7	
- “В” вирустук гепатити	1	0,7	
- эндокардит			
БАРДЫГЫ	35	23,7	11,0
Акушердик себептин жоктугу, анын ичинде:	3	2,0	0,9

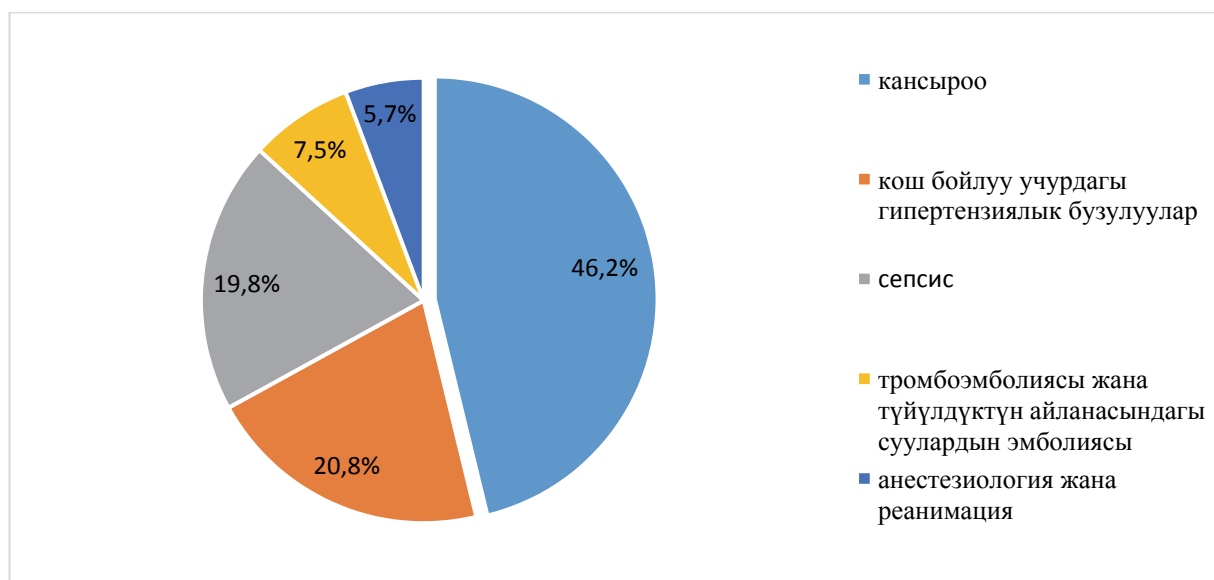
- өзүн өзү өлтүрүү	2	1,4	
- жол-транспорт кырсыктары	1	0,7	
Башкы себеби аныкталган жок	4	2,7	1,3
БАРДЫГЫ	148	100%	46,4

Энелер өлүмүнүн клиникалык белгилери

Түз себептери

Түз себептерден болгон энелер өлүмүнүн көрсөткүчү 100 000 тирүү төрөлгөн балага 33,2 учурду түздү.

Түз энелер өлүмүнүн эң эле кеңири жайылган себеби дагы эле кансыроо болуп кала берүүдө, андан ушул топтогу ар бир экинчи аял көз жумган (49 – 46,2%). Кош бойлуу учурдагы гипертензиялык бузулуулар - 22 (20,8%) жана акушердик сепсис 21 (19,8%) экинчи жана ага ылайык үчүнчү орунду ээлешет. Өпкө артериясынын тромбоэмболиясы жана түйүлдүктүн айланасындагы суулардын эмболиясы 8 (7,5%) аялдын өлүмүнө себепчи болгон. 6 (5,7%) аялдын өлүмү түздөн түз анестезия жана жандандыруу менен байланыштуу болгон (1-сүрөт).



1-сүр.Эне өлүмүнүн түз себептеринин структурасы

Кыйыр себептерден болгон эне өлүмүнүн көрсөткүчү 100 000 тирүү төрөлгөн балага 11 учурду түздү.

Кыйыр себептери

Эне өлүмүнүн Кыйыр себептеринин структурасында буга чейин өкүм сүргөн энелердин патологиясы 14 (40%) учурду түзгөн, ошол эле учурда 4дө (28,6%) эпилепсия белгиленген жана ал белгиленген топтогу энелер өлүмүнүн эң эле кеңири жайылган себеби болгон. Кош бойлуулукту коштогон онкологиялык оорулардын саны 2 учурду түзгөн (4-таблица).

Кош бойлуулук менен байланышпаган инфекциялардын структурасында, өлүмдүн себеби катары көп учурда бирдей эле 5 учурда – ооруканадан тышкары пневмония жана 5 – инфекциялык менингит белгиленген. 3 аял аппендицит, чычыркай тамырларынын тромбозу, жара-некротикалык энтероколит себепчи болгон хирургиялык перитониттен көз жумушкан. Биздин өлкөдө кургак учук дагы эле энелер өлүмүнүн себеби болуп кала берүүдө (3/14,3%).

Энелер өлүмүнүн кыйыр себептеринин структурасы

4-таблица

Өлүмдүн себеби	Абсолюттук сандар	Салыштырмалуу сандар (%)
Мурдатан бери өкүм сүргөн эненин патологиясы, анын ичинде:	14	40
- эпилепсия	4	11,4
- баш мээнин кан тамырларынын өнүгүүсүнүн аномалиялары	3	8,6
- жүрөк кан тамыр системасынын оорулары	3	8,6
- онкологиялык оорулар	2	5,7
- тиреотоксикоз	1	2,85
- жатын моюнчасынын каверноздук гемангиомасы	1	2,85
Кош бойлуулук менен байланышпаган инфекция, анын ичинде:	21	60
- ооруканадан тышкары пневмония	5	14,3
- инфекциялык менингит	5	14,3
- хирургиялык перитонит (аппендицит, чычыркайдын кан тамырларынын тромбозу, жара-некротикалык энтероколит)	3	8,6
- өпкө кургак учугу	3	8,6
- акушердик эмес сепсис (ооз жана моюндун одонтогендик ириңдүү-некротикалык флегмонасы – 1; пиелонефрит – 2)	1	2,85
- “В” вирустук гепатити	1	2,85
- Бактериалдык эндокардит		
БАРДЫГЫ	35	100

Ушул эки жылдык мезгил ичинде кош бойлуулук менен байланышта болбогон эне өлүмүнүн 3 учуру эске алынды. Бул аялдардын өлүмүнүн себеби 2 учурда – өзүн өзү өлтүрүү, 1дө – жол-транспорт кырсыгы болду, бирок алар өзүндө ден соолукту коргоо тармагындагы үй-бүлөлүк зомбулук жана көчө кыймылынын эрежелерин бузуу сыяктуу маалыматты алып жүрүшөт.

4 аялдын өлүмүнүн себептери боюнча маалымат же толугу менен жок болгон же жетишерлик болгон эместигин эске алуу менен ЭӨКИ улуттук комитети жогоруда белгиленген өлүмдөрдү кийинки бапта карала турган “Башкы себеби аныкталган жок” категориясына киргизүүгө мажбур болду.

КАЗА ТАПКАН АЯЛДАР

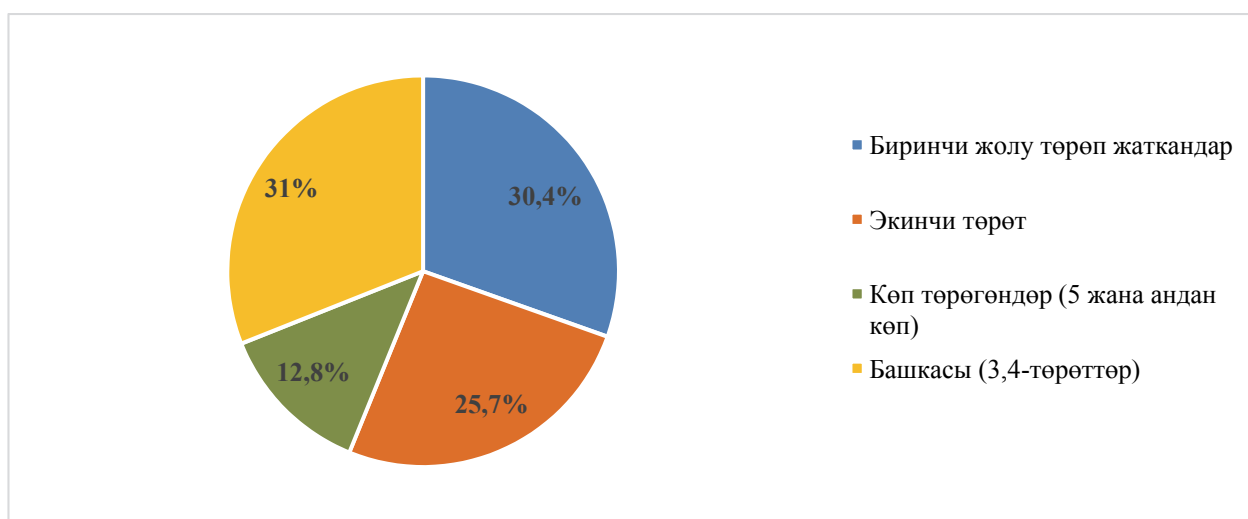
Көз жумган аялдардын орточо жашы 32,5 жылды түздү жана 17-48 жаштын чегинде болду. Энелер өлүмү ар кандай курактык топтордо көрсөтүлгөн 5-таблицада көрүнүп тургандай, өлүм учурларынын эң эле төмөнкү жыштыгы 20-24 жаштагы (100 000 төрөлгөн балага 32,9) курак тобунда байкалды, ошол эле учурда өлүм учурлары 35-39 жаштагы топто 3 эсе жогору (107,4 учур 32,9га каршы), ал эми 40 жаштан жогорку курактагы топто – 5 эсе жогору (158,0 учур 32,9га каршы). Ошентип эң эле аялуулары 35 жаштан жогорку курактагы аялдар болушту.

Курак боюнча энелер өлүмү

5-таблица

Курагы	Төрөттөрдүн саны	Өлгөндөрдүн саны	100 000 төрөткө тиешелүү курактык топтун деңгээли
15-17	2242	1	44,6
18-19	17752	6	33,8
20-24	103386	34	32,9
25-29	95177	35	36,8
30-34	56076	29	51,7
35-39	27926	30	107,4
40-44	7597	12	158,0
45 жана андан жогору	517	1	193,4
Бардыгы	310673	148	47,6

Дээрлик ар бир үчүнчү каза болгон аял биринчи жолу төрөп жаткан эне болгон (45 – 30,4%), ар бир төртүнчү аялда экинчи төрөт турган (38 – 25,7%), көп төрөгөндөрдүн жыштыгы (беш жана андан көп төрөт) 12,8%ды түзгөн (19) (2-сүр.).

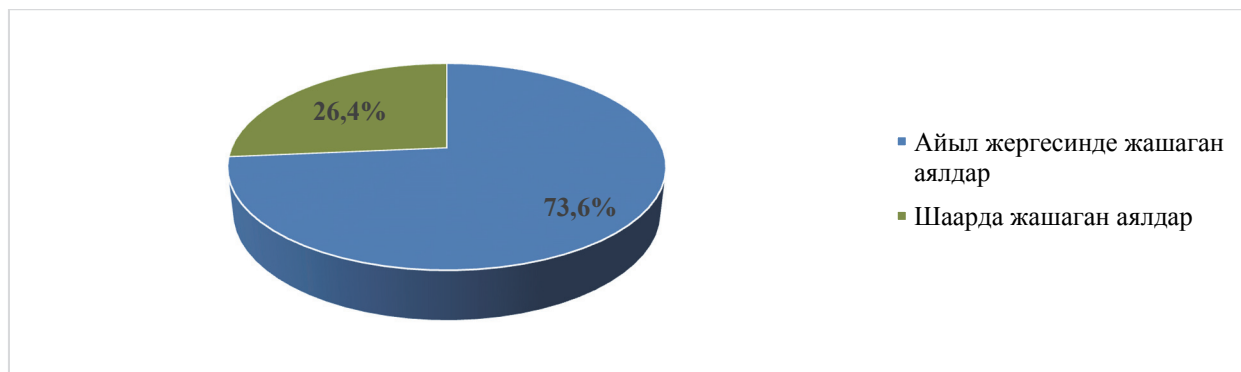


2-сүрөт. Төрөттөрдүн паритети

2014-2015-жылдардын ичинде биринчи жолу бардыгы болуп 93 668 аял төрөгөн, алардын ичинен 45и каза тапкан. Мындай жол менен биринчи төрөгөндөрдүн арасындагы энелер өлүмүнүн деңгээли 100 000 төрөткө 48ди түзгөн. Белгиленген 2 жылдык мезгил ичинде көп төрөгөндөрдүн саны 51 878 аял болгон, алардын ичинен 19у көз жумган, бул 100 000 төрөткө

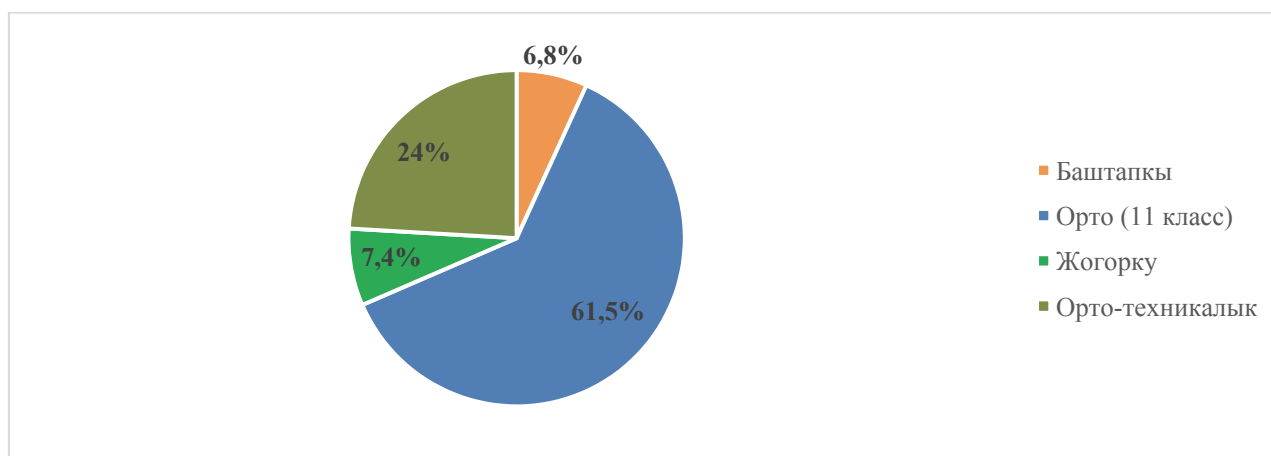
36,6 өлүмдү түздү. Ошентип, биринчи жолу төрөгөндөрдө төрөттө көз жумуунун салыштырмалуу коркунучу көп төрөгөндөргө караганда 1,3 эсе жогору болду (беш жана андан көп төрөт).

Көз жумган аялдардын негизги бөлүгү 108 (73,6%) айыл жергесинде жашаган, 40 (26,4%) аял шаарда жашаган. Кыргызстан айрыкча айыл калкы басымдуу болгон өлкө жана жашаган жери боюнча жалпысынан республикадагы айыл жана шаардын жашоочуларынын ортосундагы катышты чагылдырат, ал РММБК маалыматтары боюнча 66,6% жана ага ылайык 33,4%ды түзөт (3-сүрөт).



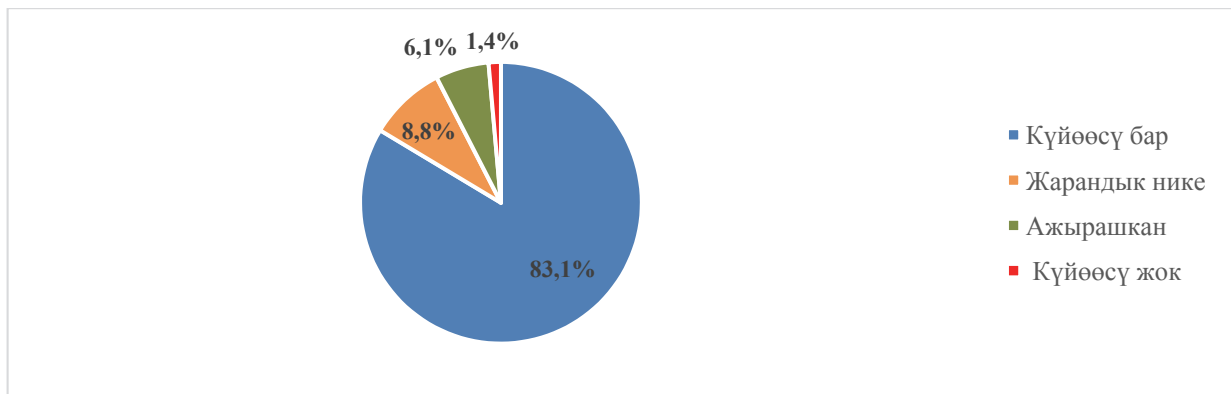
3-сүрөт. Жашаган жери

Көз жумган аялдардын көпчүлүк бөлүгү орто билимдүү болушкан – 91 (61,5%). 11 (7,4%) аял жогорку билимдүү болсо, болгону 10 (6,8%) аял гана баштапкы гана билимге ээ болушкан (4-сүрөт).



4-сүрөт. Аялдардын билими

Көз жумган аялдардын негизги пайызынын күйөөлөрү болгон – 123(83,1%), калгандары же чогуу жашап жүргөн 13 (8,8%), же ажырашкандар 9 (6,1%), же күйөөлөрү болгон эмес 2 (1,4%) (5-сүрөт).



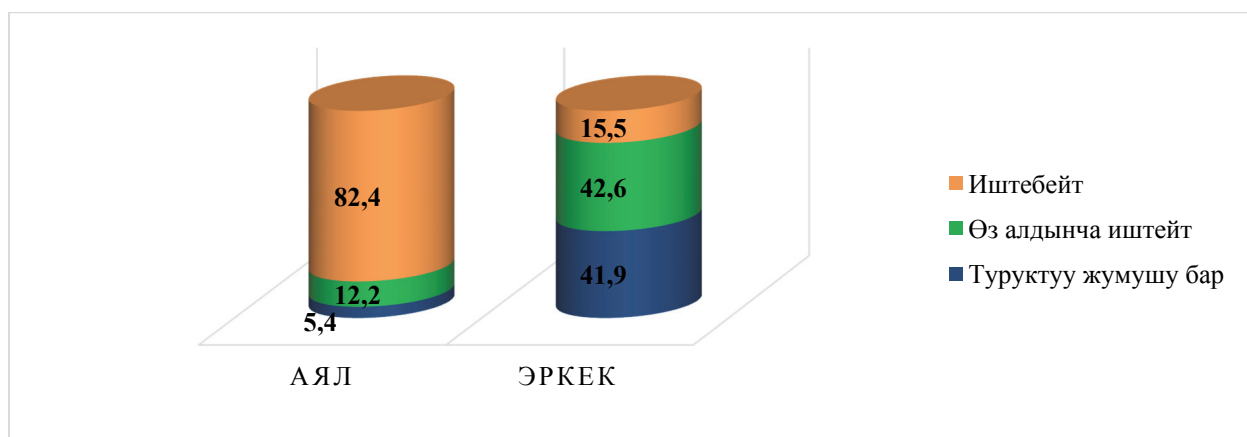
5-сүрөт. Үй-бүлөлүк абалы

Аялдардын көпчүлүк бөлүгү никеде тургандыгына карабастан, күйөөсүнүн болушу аялдын абалын жеңилдеткен эмес. Сурама баракчаларындагы маалыматтар боюнча көз жумган аялдардын үч бөлүгү (51 аял же 34,5%) тигил же бул үй-бүлөлүк көйгөйлөрдү башынан өткөрүп жүрүшкөн, алардын ичинен кыйла маанилүүсү күйөөсү тараптан зомбулуктун болушу болгон – 51 учурдун 21де(41,2%), күйөөсү/чогуу жашаган адамы алкоголь жана баңги колдонгон – 25 (49,0%), туугандарынын кош бойлуулукту токтотууну талап кылышы – 15 (29,4%) учур.

Бул отчетто бардык үй-бүлөлөрдөн маалыматты жетишсиз чогултуудан улам аялдарга карата зомбулуктун конкреттүү түрү боюнча структуралык бөлүнүү жок, анткени кош бойлуу аялдар абдан көп учурда баштан өткөргөн зомбулук учурлары тууралуу кабарлоодон коркушат.

Көз жумган эки аял жетим болушкан, анын ичинде бирөөсү 17 жашта болгон. Каза болгон төрт аял алкогольду ашыкча ичип жүрүшкөн. Андан тышкары көз жумган аялдардын ичиндеги эки аял мүмкүнчүлүгү чектелгендер болушкан (1 – кулагы укпаган, сүйлөбөгөн, 1 – акыл-эс жактан артта калган).

Сурама баракчаларынын маалыматтары боюнча кирешелери жашоо минимумунан төмөн экендиги ар бир үчүнчү учурда (32,2%) аныкталган, бул жалпысынан өлкөдөгү жакырчылыктын деңгээлин чагылдырат. КР Улуттук статистикалык комитетинин маалыматтары боюнча отчеттук мезгил ичинде (2014-2015-ж.) жакырчылыктын чегинде өлкөнүн калкынын үч бөлүгү жашап турган (30,6% 2014-ж., 32,1% - 2015-ж.).



6-сүр. Жумуш менен камсыз болуу

Ички миграция 15 учурда (10,1%), тышкы миграция – 9 (6,1%) учурда белгиленген. Миграциянын негизги себеби – жумуштун жоктугу. Көз жумган аялдардын 122си (82,4%) үй

кожойкелери болушкан, каза болгондордун 8и (5,4%) гана туруктуу иштешкен, 18инин (12,2%) анкеталарында “өз алдынча иштеген, дыйкан, жумушчу, бир жолку иштөөчү жумуштары бар” сыяктуу категориялар көрсөтүлгөн, б.а. аялдардын 17,6%нын (26) гана жумушу болгон. Бирок КРнын Улуттук статистикалык комитетинин маалыматтары боюнча отчеттук мезгил ичинде репродуктивдик курактагы аялдардын жалпы популяциясындагы иш менен камсыз болгондордун үлүшү дээрлик 49%ды түзгөн, бул көз жумган аялдардын структурасында жумушу барлардын пайызын (49% 17,6%га каршы) дээрлик жогорулатат (2,8 эсе).

Ошентип, аялдарда жумуштун жоктугу энелер өлүмүнүн коркунучун жогорулатуучу маанилүү социалдык фактор болуп саналат.

Көз жумган аялдардын күйөөлөрү/чогуу жашагандарынын иштеген иши көрсөтүлгөн анкеталарда, туруктуу жумушу барлар 41,9% (62) эркек, «өз алдынча иштегендер» 42,6% (63) болсо, 15,5%нын (23) жумушу болгон эмес. КРнын Улуттук статистикалык комитетинин маалыматтары боюнча эркек калкынын жалпы санындагы иш менен камсыз болгондордун үлүшү отчеттук мезгил ичинде дээрлик 46%ды түзгөн, б.а. бул катыш жалпысынан өлкөдө иш менен камсыз болгон жана иштебеген эркектердин ортосундагы катышты чагылдырат (6-сүр.).

ЭНЕЛЕР АЛГАН ЖАРДАМ

Төрөткө чейинки кам көрүү

Төрөткө чейинки кам көрүүнү каза болгон 104 (70,3%) аял алган. Кош бойлуулук боюнча 44 (29,7%) аял каттоого турган эмес.

Төрөткө чейинки кам көрүүнүн жоктугу *Түз себептерден* каза болгондордун (29,2%) дагы, ошондой эле *Кыйыр себептерден* көз жумгандардын дагы (31,4%) тобунда көп учурда бирдей белгиленип жатты (6-таблица).

Төрөткө чейинки кам көрүүнү алган аялдар

6-таблица

Төрөткө чейинки кам көрүү	Түз акушердик себептер		Кыйыр себептер		Акушердик себептин жоктугу		Башкы себеби аныкталган эмес		Бардыгы	
	абс	сал	абс	сал	абс	сал	абс	сал	абс	сал
Төрөткө чейинки кам көрүү алган эмес	31	29,2	11	31,4	2	66,7	0	0	44	29,7
Бардыгы	106		35		3		4		148	

Жогоруда жазылгандар менен катар төрөткө чейинки кам көрүүнүн сапаты бул топтордо бирдей болгон эмес (7-таблица). Каттоого кеч турган кош бойлуулардын саны (кош бойлуулуктун 12 жумасынан кеч) *Түз себептерден* каза тапкандарга караганда *Кыйыр себептерден* каза тапкандардын тобунда 19%га көп болгон (75,0% жана ага ылайык 56,0%). Ошондой эле *Түз себептерден* каза тапкандарга салыштырмалуу *Кыйыр себептерден* каза тапкан аялдар медициналык кызматкерге үзгүлтүксүз барып турушкан эмес (33,3% 16,0%га каршы). Балким *Кыйыр себептерден* каза тапкан аялдардын тобунда аял медициналык жардам алуу үчүн абдан кеч кайрылгандыктан ордуна келгис өлүм жыйынтыктары басымдуу болгон болушу мүмкүн, анткени аял андагы кош бойлуулукка чейин эле болгон

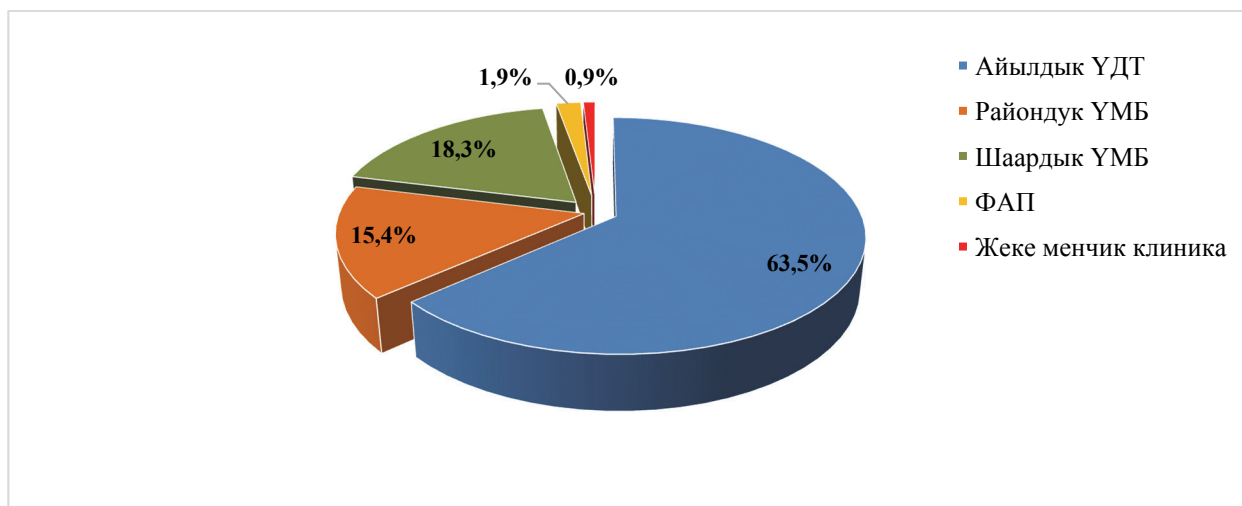
экстрагениталдык оорунун (эпилепсия, кургак учук, жүрөк, бөйрөк оорусу ж.б.) бар экендигине карабастан каттоого кеч турган жана медициналык кызматкерге үзгүлтүксүз барып турган эмес.

Өлүмдүн себептерине жараша төрөткө чейинки кам көрүүнүн сапаты

7-таблица

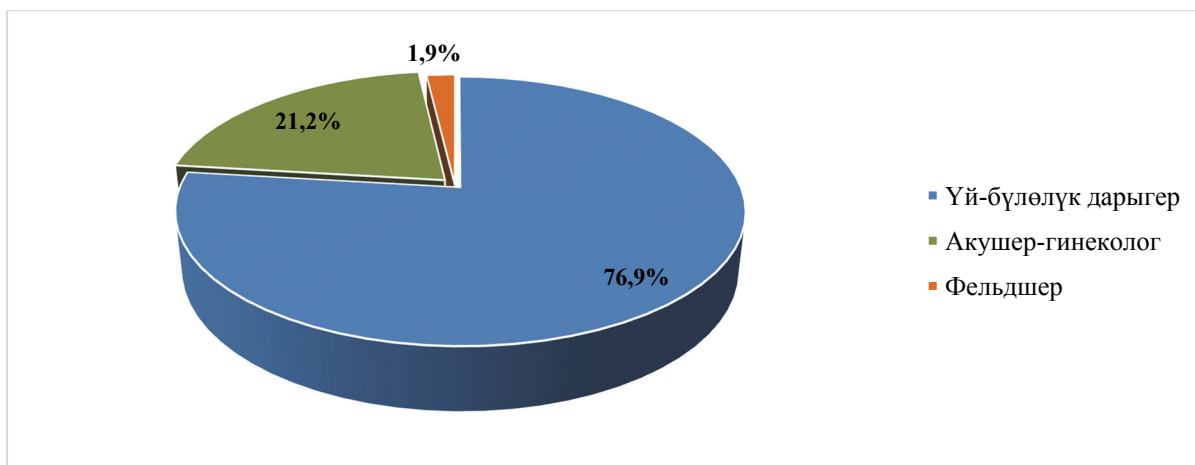
Төрөткө чейинки талаптагыдай эмес кам көрүү	Түз акушердик себептер		Кыйыр себептер		Акушердик себептин жоктугу		Башкы себеби аныкталган эмес		Бардыгы (каттоодо тургандардын жалпы санынан)	
	абс	сал	абс	сал	абс	сал	абс	сал	абс	сал
Биринчи жолу кеч келүү	42	56,0	18	75,0	0	0	1	25,0	61	58,7
Келүүнү үзгүлтүккө учуратуу	12	16,0	8	33,3	0	0	1	25,0	21	20,2
Бардыгы болуп каттоодо турган	75		24		1		4		104	

Көпчүлүк аялдар (63,5%) айылдык үй-бүлөлүк дарыгерлер тобуна көрүнүп жүрүшкөн. Шаардык Үй-бүлөлүк медицина борборунун деңгээлинде 18,3% аял, райондук ҮМБ- 15,4%, ФАПта – 1,9% кош бойлуу (7-сүрөт) катталган.



7-сүр. Төрөткө чейинки кам көрүү ишке ашырылып жаткан мекеменин деңгээли

Көп учурда төрөгөнгө чейин кош бойлуу үй-бүлөлүк дарыгерге көрүнгөн – 76,9%. Акушер-гинекологдо каттоодо 21,2% аял, фельдшерде – 1,9%ы турган (8-сүр.).



8-сүрөт. Төрөткө чейин байкоодо болуу

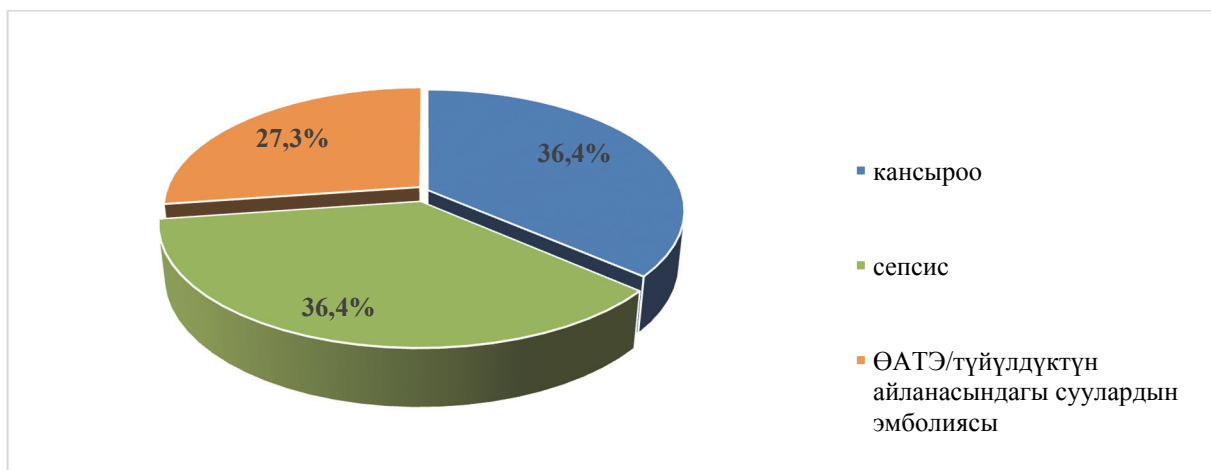
Кош бойлуулуктун жыйынтыгы

8-таблицадан көрүнүп тургандай, төрөбөстөн 30 (20,3%) аял көз жумган. Төрөгөндөн кийин 118 (79,7%) аял каза тапкан.

	Кош бойлуулуктун жыйынтыгы								8-таблица	
	Өлүмдүн түрү									
	Түз		Кыйыр		Акушердик себептин жоктугу		Башкы себеби аныкталган эмес		Бардыгы	
	Абс	Сал	Абс	Сал	Абс	Сал	Абс	Сал	Абс	Сал
Каза болгондор	11	10,4	13	37,1	3	100	3	75	30	20,3
22 жумалык кош бойлуулук мөөнөтүнө чейин*	7	6,6	7	20,0	2	66,7			16	10,8
22 жумадан көп мөөнөттөгү кош бойлуулук	4	3,8	6	17,1	1	33,3	3	75	14	9,5
22 жумадан көп мөөнөттө төрөгөндөр	95	89,6	22	62,9			1	25	118	79,7
Өлүү түйүлдүк төрөгөндөр	24	22,6	2	5,7					26	17,5
Тирүү бала төрөгөндөр	71	67,0	20	57,1			1	25	92	62,1
Эрте неонаталдык мезгилде каза болгондор	6 (тирүү бала төрөгөндөрдүн санынан 8,4%)		8 (тирүү бала төрөгөндөрдүн санынан 40%)						14 (тирүү бала төрөгөндөрдүн санынан 15,2%)	
Бардыгы	106	100	35	100	3	100	4	100	148	100

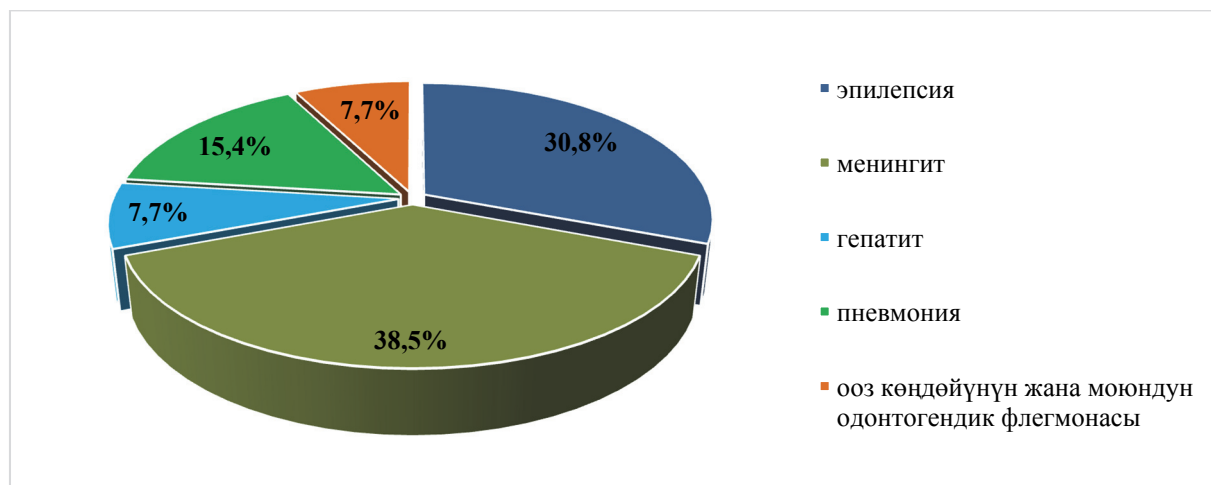
* Анын ичинде жатындын сыртына бүткөн кош бойлуулуктун бардык учурлары (2), бойдон түшүү жана кош бойлуулукту токтотуу (1).

Кош бойлуулуктун 22 жумалык мөөнөтүнө чейин 16 аял каза болду, алардын ичинен Түз себептерден – 7, анын ичинде 4 аял кансыроодон көз жумган (2-жатындын сыртына бүткөн кош бойлуулук, 2- 17-18 жума жана 19-20 жумалык мөөнөттө өзүнөн өзү бойдон түшүп калгандан кийин); 3 – сепсистен (1- медициналык бойдон алдыруудан кийин, 1- 15 жумалык мөөнөттө өзүнөн өзү бойдон түшкөндөн кийин), 1 аял 16 жумалык кош бойлуулук мөөнөтүндө, кош бойлуулукту токтотууга жетишпей калганда көз жумган. 22 жумадан көбүрөөк мөөнөттө кош бойлуу болгондордон Түз себептерден 4 аял, анын ичинде өпкөтромбоэмболиясы/түйүлдүктүн айланасындагы суулардын эмболиясынан - 3, 1 – 24 жумалык кош бойлуулук мөөнөтүндө сепсистен көз жумган (9-сүрөт).



9-сүрөт. Аялдын төрөткө чейин каза болушунун түз себептери

Кыйыр себептерден каза тапкандардын тобунда кош бойлуу боюнча дээрлик ар бир үчүнчү аял көз жумган (37,1%). Төрөй элек аялдардын ичинде **Кыйыр өлүмдөрдүн** абдан көптөгөнү кандай себептери бар, алардын ичинен эң эле чоң топту инфекциялык менингит, эпилепсия жана ооруканадан тышкары болгон пневмониядан болгон өлүм көрсөткүчү түздү (10-сүрөт).



10-сүрөт. Аялдардын төрөткө чейин каза болуусунун кыйыр себептери

Өлүү түйүлдүк төрөлгөн төрөттөрдүн саны өзүнө көңүл бурдурат (26/17,5%), ошол эле учурда **Түз себептердин** тобундагы ар бир 4-төрөт өлүк төрөлүү менен аяктаган (22,6%). **Кыйыр себептерден** көз жумгандардын тобунда өлүк төрөлүүнүн жыштыгы 5,7%ды түздү.

Эрте неонаталдык мезгилде 14 бала чарчады, бул бардык тирүү төрөлгөндөрдүн-15,2%ы. Бирок эгерде *Туз себептердин* тобунда 6 (8,4%) ымыркай чарчаса, *Кыйыр себептердин* тобунда – 8 (40%) ымыркай чарчап калган.

Көз жумган энелердин балдары

Төрөтканага келип түшкөн учурда, каза тапкан 148 аялдын үйүндө 322 бала калган. Күтүлгөн 150 баланын ичинен (2 аялдыкы эгиздер болгон) 30 у төрөлбөй калды (же аялдар кош бойлуу боюнча каза болгон же кош бойлуулук 22 жумалык мөөнөттө аяктаган), 26сы – өлүү төрөлдү, 14ү-эрте неонаталдык мезгилде чарчап калды, анын ичинде бир жуп эгиздер жана бир учур баланы өлтүрүү болгон. Ошентип күтүлгөн 150 баланын ичинен экинчи бала гана (80) тирүү калган. Жетим калган балдардын жалпы саны 402 баланы түзгөн, анын ичинде 80 ымыркай бар.

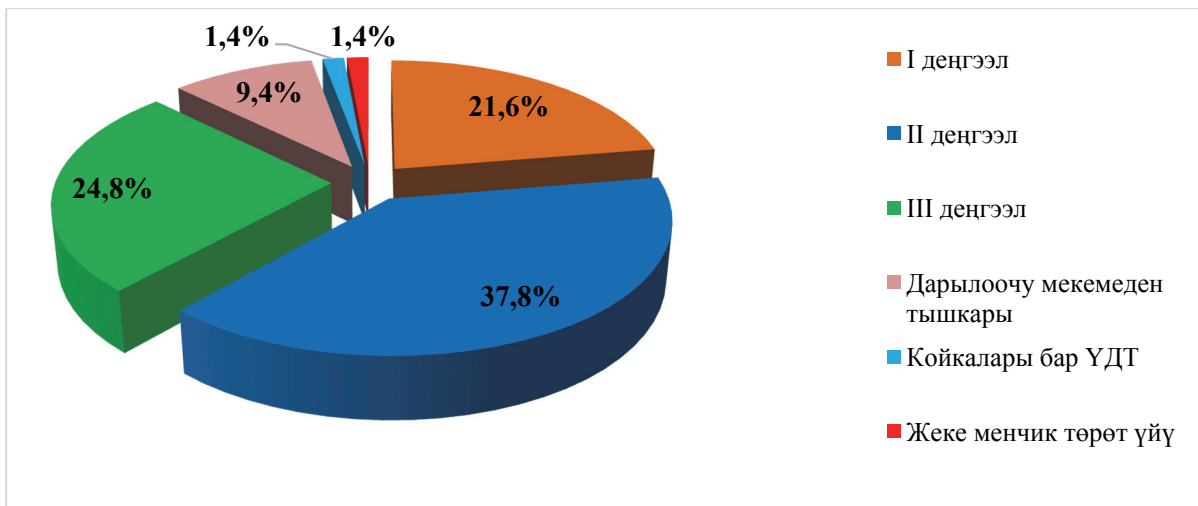
Каза болгон жер

Кыргыз Республикасында энелерге жана балдарга жардам берүү перинаталдык жардам көрсөтүүнүн үч деңгээлдик системасы боюнча ишке ашырылат (11-сүрөт).



11-сүр. Перинаталдык жардам көрсөтүүнүн үч деңгээлдик системасы

Өлүмдүн орду боюнча биринчи деңгээлдеги стационарда баарынан көп аял көз жумган – 56 өлүм (37,2%), дээрлик ар бир төртүнчү аял – 42 (28,4%) үчүнчү деңгээлдеги стационарда каза болсо, ар бир бешинчи аял – биринчи деңгээлдеги стационарда каза тапкан – 32 (21,6%). Көз жумган аялдардын койкалары бар ҮДТ деңгээлиндеги салыштырмалуу салмагы кооптондурад– 2 (1,3%). Дарылоо мекемесинен тышкары болгон энелер өлүмүнүн саны өзүнө көңүл бурдурад - 14 аял (9,4%), анын ичинде үйдө – 8 (57,1%) жана транспортто – 6 (42,9%) аял жарык дүйнө менен кош айтышкан (12-сүрөт).



12-сүрөт. Аялдар каза болгон жерлер

9-таблицада жана 13-сүрөттө аялдын көз жумган жерине жараша алар каза тапкан себептер көрсөтүлгөн. Дарылоо мекемесинен тышкары каза тапкан 14 аялдын ичинен көпчүлүк бөлүгү кан жоготуудан көз жумган – 5 (35,7%), 3 (21,4%) учурда өлүмдүн себеби аныкталган эмес. 2 (14,3%) аял сепсистен, 2 (14,3%) –эпилепсиядан, 2 (14,3%) – өпкө артериясынын тромбоэмболиясынан көз жумган.

Медициналык жардам көрсөтүүнүн баштапкы деңгээлинде аялдардын өлүмүнүн негизги себеби кансыроо болгон – 21 (65,5%), бул ушундай татаалдашууларды ургенттик акушердик жардам көрсөтүүнүн канааттандыраарлык эмес деңгээлин көрсөтүп турат. Бул аспект “Акушердик кансыроо” бабында толугу менен каралат. Сепсистен каза тапкан аялдардын жол берүүгө мүмкүн болбогон жогорку пайызы өзүнө көңүл бурдурат – 6 (18,75%), бул «Акушердик сепсис» бабында каралат. Бир кош бойлуу аял “акушердик эмес” деп аталган себептен көз жумган (жол транспорт кырсыгынын жыйынтыгында келип чыккан баш сөөк мээ жаракаты). Оор даражадагы преэклампсиядан аялдар баарынан аз көз жумган (2–6,25%), бул ушул категориядагы бейтаптарды же төрөткө чейин же төрөттөн кийин саламаттык сактоо уюмунун экинчи же үчүнчү деңгээлде дарылоого кайра жөнөтүү менен байланышкан.

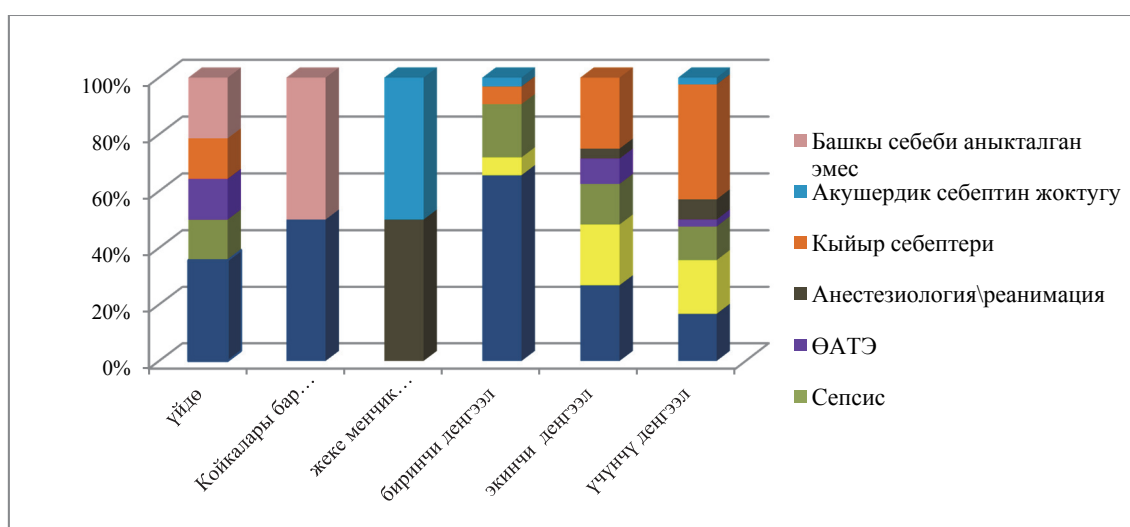
Экинчи деңгээлде баштапкы деңгээлдегидей эле өлүмдүн негизги себеби катары кансыроо кала берүүдө, бирок алардын салыштырмалуу салмагы саламаттык сактоо уюмунун баштапкы деңгээлине караганда кыйла төмөн (28,6% 65,6%га каршы). 14 (25%) аял Кыйыр себептерден жана 12 (21,4%) аял – оор даражадагы преэклампсиядан каза тапкан.

Саламаттык сактоонун үчүнчү деңгээлинде аялдардын өлүмүнүн негизги себеби Кыйыр себептер болгон (17 – 40,5%). Бул категорияга акушердик стационарда эле эмес, ошондой эле үчүнчү деңгээлдеги терапия, хирургия, жасалма бөйрөк, гематология, пульмонология, инфекциялык бөлүм, неврология ж.б. сыяктуу бөлүмдөрдөгү, ошондой эле саламаттык сактоо уюмунун үчүнчү деңгээлиндеги категорияга киргенөлкөнүн Улуттук жана илимий борборлорундагы өлүмдөр дагы киргендигине көңүл буруу керек.

Каза болгон жерге жараша өлүм себептеринин структурасы

9-таблица

Өлүмдүн себеби	Өлүмгө дуушар болгон жер									
	Дарылоо мекемесине н тышкары		Койкалары бар ҮДТ/Жеке менчик төрөт үйү		I деңгээл		II деңгээл		III деңгээл	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кансыроо	5: 2 ¹ ; 3 ²	35,7	1- 1 ³	25	21	65,6	15	26,8	7	16,7
Оор даражадагы презклампсия					2	6,25	12	21,4	8	19,0
Сепсис	2 ²	14,3			6	18,75	8	14,3	5	11,9
Өпкө артериясынын тромбоэмболиясы	2 ¹	14,3					5	8,9	1	2,4
Анестезиологиялык татаалдашуулар			1 ⁴	25			2	3,5	3	7,1
Бойдон алдыруунун татаалдашуулары										
Кыйыр себептер	2 ²	14,3			2	6,25	14	25	17	40,5
Акушердик себептин жоктугу			1 ⁴	25	1	3,1			1	2,4
Башкы себеби аныкталган эмес	3: 2 ¹ 1 ²	21,4	1 ³	25						
БАРДЫГЫ	14	100	4	100	32	100	56	100	42	100



13-сүрөт. Аялдын өлүмүнүн себептери

Бардык өлүмдөрдүн үч бөлүгүнө жакыны (28,4%) дем алыш (ишемби жана жекшемби) жана майрам күндөрүнө туура келген.

Ошентип жогоруда баяндалган маалымат саламаттык сактоонун уюштуруучуларына, саламаттык сактоо уюмдарынын жетекчилерине, медициналык кызматкерлерге тиешелүү мекемедеги кыйла көбүрөөк кездешкен патологияларга багыттоо менен эне өлүмүн азайтуу боюнча иш-чараларды пландоого мүмкүнчүлүк берет.

Төрөттөрдүн түрлөрү

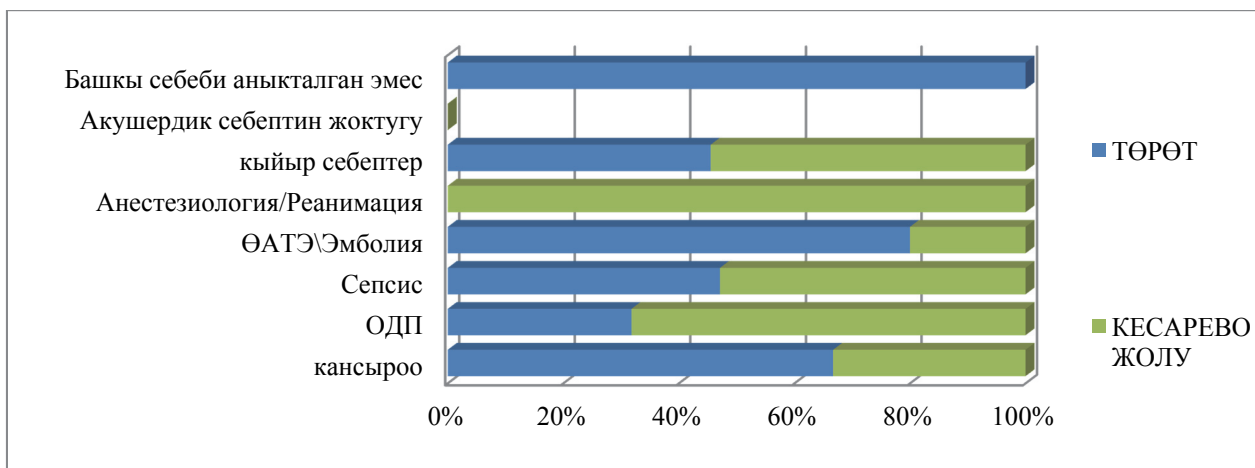
Көз жумган 148 аялдын ичинен 118и (79,7%) төрөтүлгөн. Табигый төрөт жолдору аркылуу төрөттөрдүн саны жана кесарево жолу аркылуу жасалган операциялардын саны дээрлик бирдей болгон: 60 (50,8%) жана ага ылайык 58 (49,2%) аял (№10 таблица). Бирок 100 000 ыкчам төрөткө карата көз жумгандардын саны 180,8 учурду түздү (кесарево жолу аркылуу жасалган операциялар менен төрөгөн 32 075 аялдын ичинен 58и көз жумган) табигый төрөт жолдору аркылуу төрөгөн 21,5 учурга каршы, (өз алдынча төрөгөн 278 592 аялдын ичинен 60ы каза тапкан). Ошентип кесарево жолу аркылуу жасалган операциялар менен төрөгөндөрдөгү салыштырмалуу өлүм тобокелчилигитабигый төрөт жолдору аркылуу төрөгөндөрдөгө салыштырмалуу өлүм тобокелчилигинен 8,4 эсе жогору (180,0 21,5ке каршы).

Өлүм себептерине жараша төрөттөрдүн саны

10-таблица

	табигый төрөт жолдору аркылуу төрөө		Кесарево жолу аркылуу төрөтүү		Бардык төрөтүлгөндөр	
	Абс.	Отн. (%)	Абс.	Отн. (%)	Абс.	Отн. (%)
Кансыроо	30	66,7	15	33,3	45	100
ОДП	7	31,8	15	68,2	22	100
Сепсис	8	47,1	9	52,9	17	100
ӨАТЭ/т\а суулардын эмболиясы	4	80,0	1	20,0	5	100
Анестезиология/Реанимация	0	0	6	100	6	100
Түз себептер	49	51,6	46	48,4	95	100
Кыйыр себептер	10	45,5	12	54,5	22	100
<i>Акушердик себептин жоктугу (кайгылуу кырсыктар)</i>	0		0		0	
Башкы себеби аныкталган эмес	1	100	0	0	1	100
Бардыгы	60	50,8	58	49,2	118	100

Төрөтүү жолу катары кесарево жолу аркылуу төрөтүү оор даражадагы презклампсия, сепсисте жана Кыйыр себептерде үстөмдүк кылган. Анестезиологиялык себептердин тобунда бардык аялдарга төрөтүүнүн ыкмасы катары кесарево жолу аркылуу төрөтүү колдонулган (14-сүрөт).



14-сүрүт. Өлүмдүн себептерине жараша төрөтүү ыкмалары

Операция жолу аркылуу төрөтүү көйгөйүн кароо менен ЭӨКИ боюнча Улуттук комитет аялдын өлүмү учурунда айына жеткен же дээрлик айына жеткен мөөнөттө реанимация жасоо жана баланын өмүрүн сактап калуу максатында мындай маселени чечүү зарылчылыгы келип чыкты деп эсептеди.

8-учур. Экинчи жолу кош бойлуу болгон аял буттарынын веналарынын варикоздук кеңейүүсү менен 49 жумалык мөөнөттө төрөттүн алдындагы белгилер менен келип түшкөн. Толук ден соолуктун көрүнүшүндө жалпы абалынын кескин начарлоосу белгиленет: көкүрөктөгү оорутуу, дем кыстыгуу, эстен тануу. Башталган жандандыруу иш-чаралары натыйжа берген жок.

42 мүн., кийин биологиялык өлүм аныкталган. Аял гестациянын айына жеткен мөөнөтүндө кош бойлуу боюнча көз жумган. Сурама баракчаларында күйөөсү жаны ачып: “Бул биздин көптөн күткөн балабыз эле. Менин аялымды сактап кала алышкан жок, бирок баланы сактап калууга болот эле, ал аны тогуз ай көтөрүп жүргөн. Дарыгерлерде убакыт бар болчу. Мен аялым дагы, уулум дагы жок калдым” деп жазган.

Бүгүнкү күндө төмөндөгү нерселер жалпы кабыл алынган болуп эсептелет: 24 жана андан көп жумалык мөөнөттөгү кош бойлуу аялга жасалган кайра жандандыруу иш-чараларынан натыйжа жок болгон учурда, жүрөк токтогондон кийинки 5-мүнөттө кесарево операциясын жүргүзүү керек, анткени кош бойлуу жатындын көрүнүшүндө жүрөк ишмердүүлүгүн калыбына келтирүү боюнча интенсивдүү терапия пайдасыз жана натыйжасыз.

Кызматташуудан баш тартуу энелер өлүмүнүн тобокелчилик фактору катары

Көпчүлүк экстрагениталдык оорулар кош бойлуулук үчүн каршы көрсөтмө болуп саналат, бирок медициналык кызматкерлердин сунуштары айрым аялдардын балалуу болууга карата табигый каалоосунан улам канааттандырбайт, ошондуктан кош бойлуулукту сактоого аракеттенүү менен алар өздөрүнүн ооруларын жашырууну артык көрүшөт, өз убагында каттоого турушпайт, медициналык кызматкердин байкоосунда болушпайт жана ооруканага жатуудан баш тартышат.

Кызматташуудан баш тартуу көз жумган аялдардын 45 (38,1%) сурама баракчасында көрсөтүлгөн.

Медициналык кызматкер менен кызматташууну каалабаган аялдардын эң эле чоң тобу *Кыйыр себептерден* каза болгон категорияда болгон – 51,4% (ушул топтогу 35 аялдын ичинен 18и). Көп учурда кош бойлуу өзүнүн оорусун атайылап жашырган, бул 12 учурда белгиленген. 2 аял калчылдоого каршы дары каражаттарын бул балага терс таасирин

тийгизет деп эсептөө менен ичпеш үчүн эпилепсияны жашырышкан, жыйынтыгында экөө тең үйдө эпилепсия пристубунан кийин көз жумушкан; 3 аялда кургак учук, ал эми 2дө – эпилепсия табылган 5 аял мындай оорунун болушу “уят” деп эсептешкен, жыйынтыгында дарылоо мекемесине оор декомпенсацияланган абалда келип түшкөн; 5 аял мурдагы кош бойлуулуктары оор дарттын (жүрөк кан тамыр системасынын патологиясы, бөйрөк оорусу) болгондугуна байланыштуу токтотулгандыктан, аларга бойдон алдыруу сунуштала тургандыгын билип, кош бойлуулугун жашырышкан жана төрөт стационарларына олуттуу татаалдашуулар менен келишкен.

Медициналык кызматкерлер менен кызматташуудан баш тартуу аялдын абалы кыйла жогорку деңгээлдеги саламаттык сактоо уюмуна (экинчи жана үчүнчү деңгээлдеги) жаткырууну жана башка адистиктеги жогорку квалификациялуу дарыгерлерге көрүнүүнү талап кылган учурларда дагы байкалган. Бирок айрым аялдар өзүнүн абалынын оордугун жеткире баалашкан эмес, төрөп жаткан учурда жана төрөттөн кийинки мезгилде чоң көйгөйлөр пайда боло тургандыгын түшүнүшкөн эмес. Жолдомо алгандан кийин алар сунушталып жаткан дарылоо мекемесине сөзсүз бара тургандыгын убада кылышкан, бирок 6 учурда (1- жүрөк кан тамыр системасынын оорусу, 1 – тиреотоксикалык богок, 1 – вирустук гепатит, 2 – баш мээнин кан тамырларынын өнүгүүсүнүн аномалиялары менен, 1 – бөйрөк оорусу менен) аялдар төрөткө саламаттык сактоо уюмунун аларга дал келбеген деңгээлине олуттуу татаалдашуулар менен келип түшкөн. Албетте кош бойлуунун өлкөнүн башка районуна барышы белгилүү бир ыңгайсыздыктар, кошумча материалдык чыгымдар, үй-бүлөдөн алыста болуу менен коштолушу мүмкүн. Ошондуктан аялдар үйдө калууну, медициналык кызматкерге барбай коюну жана төрөт ишмердүүлүгү башталаары менен саламаттык сактоо уюмунун баштапкы деңгээлине барууну артык көрүшөт.

Түз себептерден көз жумган аялдардын тобунда кызматташуудан баш тартуу 106 анкетанын ичинен 27синде белгиленген, бул 25,5%ды түзгөн. Бул категориядагылардын кызматташуудан баш тартышы көп учурда ыкчам төрөтүүдөн баш тартуудан – 17 учурдакөрүнгөн, 8 учурда аялдын туугандарын күтүүгө туура келсе, 9 учурда аял клиникалык кууш жамбаштын белгилерине карабастан өзүм төрөй алам деп эсептеген. Жогоруда жазылган баш тартуулардын жыйынтыгы аялдын абалынын абдан начарлаган учурундагы өмүр көрсөткүчтөрү боюнча жүргүзүлгөн ыкчам төрөтүү болгон.

Үч аял өзүнүн кош бойлуулугун жашыруу менен атайылап каттоого турушкан эмес жана жардамга өз учурунда кайрылышкан эмес. Сепсис менен жабыркаган үч аял элдик медицинаны пайдаланууну артык көрүшкөн, ошондуктан алардын бардыгы дарылоо мекемесине декомпенсацияланган абалда келип түшкөн.

79-учур. Кайталанган кош бойлуулук менен, өнөкөт гломерулонефриттин оор формасы менен жабыркаган аял, бул ооруга байланыштуу биринчи кош бойлуулугу 16 жумасында токтотулган. Экинчи жолу боюна бүткөндө акушер-гинеколог, ошондой эле нефролог менен дагы кызматташуудан баш тартып, каттоого атайылап турган эмес. 27 жумалык кош бойлуулук мөөнөтүндө түйүлдүк ичтен өлүп жана аябагандай көп кансыроо менен өтө оор абалда келип түшкөн.

Административдик мүнөздөгү көйгөйлөр

Административдик мүнөздөгү көйгөйлөр жалпы дайындоо катары пайдаланылган жана төмөндөгү курамды камтыган:

- I. Оорулуу аялды ташуу
- II. Кайра жөнөтүү принциптерин сактабагандык
- III. Медициналык кызматкерлердин, жабдуулардын жана дары-дармектердин, анын ичинде кан компоненттеринин жеткиликтүү эместиги

IV. Кесипкөй кызматкерлердин ортосунда аракеттердин шайкештигинин жоктугу

I. Оорулуу аялды ташуу

1. Оорулууну “Үй-саламаттык сактоо уюму (ССУ)” каттамы боюнча ташуу көз жумган аялдардын сурама баракчаларында көйгөй катары көрсөтүлгөн, анын ичинде 6 учурда төрөткө чейинки кансыроодо, 2 учурда – өзүнөн өзү бойдон түшүүдө, 2 сүндө – үйдө эклампсия болгондо, 2дө- оор даражадагы прэклампсияда, 1 – төрөттөн кийинки сепсисте. Эклампсия менен жабыркаган 2 учурда гана аялдар саламаттык сактоо уюмуна үйдөн тез жардам унаасында жеткирилген, калган 11 учурда аялдар жеке транспортто, жол боюу 30 мүн. 3 саатка чейин медициналык жардам көрсөтүлбөстөн жетишкен.
2. Саламаттык сактоонун бир уюмунун экинчисине ташуу көйгөйү 17 аялдын сурама баракчаларында көрсөтүлгөн. 3 учурда аялдар төрөттөн кийинки мезгилде кансыроо боюнча которулушкан, 4 – төрөттөн кийинки сепсис менен, 10- Кыйыр себептер менен которулган. Жеткирүү учурундагы кыйынчылыктарды көз жумган аялдар тараптан 7 тууганы жана медициналык 10 кызматкердин сурама баракчаларында белгилешкен. Тез жардам унаасында жеткирүү 10 учурда ишке ашырылган, калган учурларда – оорулуулардын жеке унаасында алып барышкан. 6 учурда көйгөй катары “тез жардам унаасынын бензини үчүн акы төлөө” көрсөтүлгөн, 4 учурда – тез жардам унаасында оорулууну башка стационарга которуу үчүн тиешелүү жабдуунун жоктугу белгиленген, ошондуктан туугандары жеке менчик тез жардам унаасын жалдоого мажбур болушкан, анын кызматы үчүн акы төлөө бейтап аялдын үй-бүлөсүнө, айрым учурда медициналык кызматкерге дагы оор жүк болгон. Бүгүнкү күндөгү биздин өлкөдө иштеп жаткан санитардык авиация кызматы кош бойлууларга, төрөт учурундагы аялдарга жана төрөттөн кийинки мезгил ичинде медициналык жардам көрсөтүүнүн заманбап талаптарына жооп бербейт, бардыгы фрагментардуу иштейт: машина, консультант, диспетчер. Жакшы иштеш үчүн кызмат саламаттык сактоо уюмдарынын экинчи жана үчүнчү деңгээлдеринде жайылтылышы керек, бирок каржылоо булаган, штаттарды ж.б. аныктоо керек. Республикада кайрадан жөнөтүлгөн кош бойлууларды каттоо системасы жок, аялдын жолун байкоо кыйын, ал “ким”, “кайда” жана “эмне үчүн” которулгандыгын, бейтап дарылоо мекемесине жеттиби же жокпу эч ким билбейт, өлкө боюнча мындай статистикалык маалыматтар жок.
3. Начар жолдор сыяктуу көйгөй 6 аялдын сурама баракчаларында белгиленген, анда оорулууну жеткирүү учурунда эле кечигүү эмес – 2 учур, ошондой эле ургенттик дарыгерлердин – 2 учур жана консультанттардын – 2 учур, өз учурунда келбей калышы дагы белгиленген.

17-учур. Жүрөктүн оор дарты менен жабыркаган аял бир ооруканадан экинчи ооруканага которуу учурунда тайгак жолдон улам жолдо 6 саат болгон, которуу реанимобилдереаниматологдун коштоосунда ишке ашырылган. Которуунун алдында салыштырмалуу канааттандыраарлык абалына карабастан оор ахыбалда жеткирилген. Ташуу оорулуунун абалын начарлаткан жана ошону менен кайгылуу жыйынтыкка таасирин тийгизген. Аялды которууну сунуштаган жана жеткирип бара жаткан учурда коштоп барган медициналык кызматкерлер сурама баракчаларында, бул кырдаалда балким бул бейтап аялды которуудан кармануу керек беле деп өкүнүү менен белгилешкен.

Ошентип, оорулууну жеткирүү учурунда жашап кетүү мүмкүнчүлүктөрүн жогорулатуудагы башкы жолдордун бири тиешелүү транспортту берүү жана жолдо тиешелүү дарылоону камсыздоо болуп кала берет. Андан тышкары медициналык кызматкерлердин бригадасын “өзүнө” чакыруу мүмкүнчүлүгүн алдын ала кароо керек, анда тиешелүү адистер саламаттык сактоо уюмунун баштапкы деңгээлинде жардам көрсөтүшөт, оорулуунун абалын турукташтырууну камсыз кылышат жана ушундан кийин гана аны саламаттык сактоо уюмунун жогорку деңгээлине жеткиришет. Мындан тышкары биздин өлкөнүн географиялык

өзгөчөлүктөрүн эске алуу менен бүгүнкү күндө балким оорулууларды шашылыш зарыл болгон учурларда авиациялык транспорт менен ташуу же стационардын тиешелүү деңгээлине өз учурунда жаткыруу тууралуу маселени чечүү зарылчылыгы жетилди болушу керек.

II. Кайра жөнөтүү принциптерин сактабагандык

Биздин өлкөдө тобокелчиликтин белгилүү бир факторлору аныкталган кош бойлуу саламаттык сактоо уюмунун тиешелүү деңгээлинде төрөтүлүшү керек болгон перинаталдык жардам көрсөтүүнүн үч деңгээлдүү системасы иштейт, бул энелик жана неонаталык жыйынтыктарды жакшыртууга мүмкүнчүлүк берет. 29 аялдын анкетасында медициналык кызматкерлер “мындай патология менен жабыркаган бейтап аял биздин ооруканага келип түшпөшү керек болчу” деп көрсөтүшкөн. Баштапкы деңгээлге кесарево аркылуу төрөтүүдөн кийинки жатында үч тырыгы бар 10 аял келип түшкөн, төрөт ишмердүүлүгү башталагандыктан аларды которуу кеч болуп калган. Кесарево жолу аркылуу кесүү органдардын чапташуу процесси, ич көндөйүнө кирүүнүн оордугу, жатындагы кесикти кан тамыр тутамдарына чейин узартуу жана кансыроо менен татаалдашкан. Бул саламаттык сактоо уюмунда ургенттик кызмат кечиккендиктен, бул учурларда кансыроону токтотуу кечигүү менен жүргүзүлгөн, бул кайгылуу жыйынтыкка таасирин тийгизген. Экстрагениталдык оорулар менен жабыркаган 10 аял төрөш үчүн баштапкы деңгээлге келип түшкөн, ошол эле учурда алардын ичинен бсунда алар областтык деңгээлде төрөшү керектиги тууралуу маалыматы болгон, 4өө каттоодо турушкан эмес жана аймактык ооруканаларга төрөт ишмердүүлүгү башталганда жашаган жери боюнча келип түшкөн. 9 аял аймактык ооруканаларга төрөттөн кийинки сепсис менен келген, алардын ичинен 3сүн кыйла жогорку деңгээлге которо алышкан, бирок бсу – баштапкы деңгээлде көз жумушкан, бул “Акушердик сепсис” бабында каралат.

Жогоруда жазылгандар менен катар 12 анкетада медициналык кызматкерлер жана 6 анкетада каза тапкан аялдардын туугандары бейтап аялдарды саламаттык сактоо уюмунун тиешелүү деңгээлине которууда кыйынчылыктар болгондугун көрсөтүштү, бул дарылоо мекемелерине которуу узакка созулган сүйлөшүүлөр, жаткыруудан баш тартуу, сүйлөшүүлөргө жогорку инстанцияларды (КР ССМ), ошондой эле аялдын туугандарын кошуу менен коштолгон.

Ошентип кайра жөнөтүү принциптерин сактабоого бөгөт коюу үчүн ар бир деңгээ үчүн шашылыш акушердик жардам көрсөтүүдө тиешелүү адистердин аракеттеринин так алгоритмин иштеп чыгуу керек.

III. Медициналык кызматкерлердин жеткиликтүү эместиги

Аялдардын жана алардын жаңы төрөлгөн балдарынын өмүрүн сактап калуу максаттарында сапаттуу медициналык жардам көрсөтүүнүн маанилүү элементи компетенттүү жана даярдалган медициналык кызматкерлери, талаптагыдай жабдуулары жана дары каражаттары бар мекемелерге таянуучу күчтүү саламаттык сактоо системасы болуп саналат.

Медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатына шашылыш акушердик жардамды уюштуруудагы бир катар көйгөйлөр таасирин тийгизди:

1) 9 учурда төрөттөн кийинки кансыроону ыкчам дарылоо кийинкиге калтырылган, анын ичинде 3 учурда саламаттык сактоо уюмунда акушер-гинеколог жана/же анестезиологдун сутка боюу күзөтү жок болгондуктан, 6 – адистин башка учур менен алек болуп жаткандыгына байланыштуу. Ошол эле учурда саламаттык сактоо уюмунда мындай учурларда аракеттенүү алгоритми иштелип чыккан эмес, б.а. адис жок болгон учурда эмне кылуу керектиги; кесиптештин башка шашылыш учур менен бошобой жаткан учурунда башка адисти кантип жана качан чакыруу керектиги түшүнүксүз боюнча калган. Жогоруда

жазылгандарды эске алуу менен топтун ар бир катышуучусунун ролун жана аракеттерин көрсөтүү менен жергиликтүү протоколдорду, ошондой эле аракеттер алгоритмин медициналык кызматкердин жетишсиз болгон учурга жана үйүнөн кошумча кызматкерлерди чакыруу мүмкүнчүлүгүн иштеп чыгуу абдан маанилүү болуп саналат.

2) каза тапкан аялдардын 22 анкетасында консультанттын жеткиликтүүлүгү сыяктуу көйгөй белгиленген, аны медициналык кызматкерлер дагы (10 учурда), ошондой эле көз жумган аялдардын туугандары дагы (12 учурда) белгилешкен. Ошол эле учурда медициналык кызматкерлер көп учурда (70%) дарылоо мекемесинин географиялык жактан алыстыгына байланыштуу абдан көп убакытта келишкендигин, андан тышкары кенеш берүүнүн сапатынын төмөндүгү анкеталардын 20%да көрсөтүлгөн. Ошондой эле ЭӨКИ боюнча Биринчи отчетто дээрлик ар бир экинчи учурда көз жумган аялдардын туугандары алардын жашаган жери боюнча тар адистердин жоктугун белгилешкен, ошондуктан башка аймактын саламаттык сактоо уюмуна кайрылууга туура келген. Ар бир төртүнчү учурда туугандарына консультанттардын (табуу жана дарылоо мекемесине жеткирүү) келишин өздөрү камсыздоого туура келет.

IV. Кесипкөй кызматкерлердин ортосундагы аракеттердин шайкеш эместиги

Медициналык кызматкерлердин ортосундагы маалымат алмашуунун жоктугу 12 сурама баракчада белгиленген, анда анестезиологдор «акушер – гинекологдор операциянын башталаар алдында кан жоготуунун көлөмү тууралуу чыныгы маалымат беришкен жок» деп белгилешкен. Төрөт стационарынын 8 акушер – гинекологу кош бойлуунун алмашуу картасындагы маалыматтар толук эмес болгондугун, ошондуктан кош бойлууда кургак учуктун бар экендиги тууралуу маалымат 2 учурда, аялдын алкогольду ашыкча ичиши менен байланышкан маалыматтар – 3 учурда, үй-бүлөлүк зомбулук тууралуу маалыматтар – 5 учурда кечигүү менен алынгандыгын белгилешкен. 12 учурда баштапкы-медициналык жардам көрсөтүү дарыгерлери стационардан “менин участогуна төрөтү олуттуу татаалдашуулар менен коштолгон аял ооруканадан чыгып келди” деген маалыматты алышпагандыгын, ал маалыматты “колдон колго” берүү керек болчу деп белгилешкен.

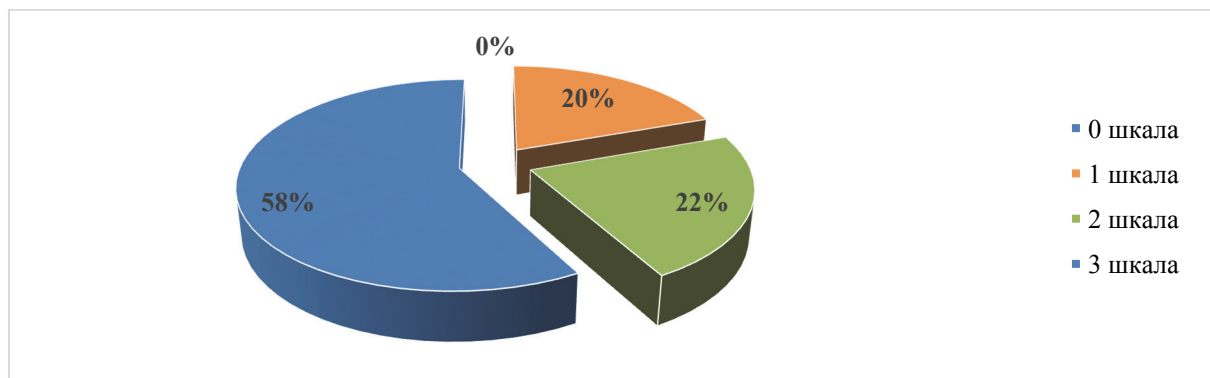
СУНУШТАР

1. Саламаттык сактоонун ар бир уюму шашылыш акушердик абалдарда жергиликтүү протоколдорду иштеп чыгышы, шашылыш кырдаалды милдеттүү түрдө моделдештирүү менен үзгүлтүксүз окутуу жүргүзүү керек.
2. Перинатологияга ташуу боюнча окуу модулун/курсту иштеп чыгуу.
3. “Перинатологиядагы консультативдик-транспорттук кызмат тууралуу жобону» иштеп чыгуу.

АЯЛДАР АЛГАН ЖАРДАМДЫН САПАТЫ

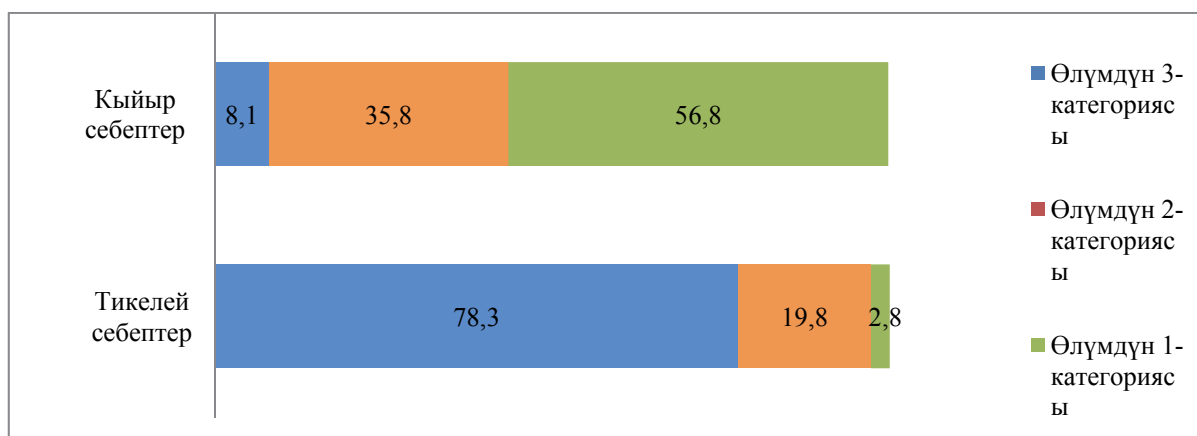
Ар бир учурга аудит жүргүзүү учурунда өлкөдөгү өкүм сүргөн нормаларга жана стандарттарга дал келбеген медициналык жардамдын бардык факторлору талданды. Көрсөтүлгөн жардамды баалаган учурда 86 (58,1%) учурда талаптагыдай кам көрүүнүн биринчи даражадагы факторлору аныкталган, ал балким кайгылуу жыйынтыкка таасирин тийгизген болушу мүмкүн, бул энелердин өлүм учурун баалоонун шкаласы боюнча 3-категорияга дал келет (15-сүр.). 33 учурда (22,3%) экинчи даражадагы факторлор аныкталган жана 29 учурда (19,6%) капыстан болгон факторлор аныкталган (өлүмдүн 1-категориясы).

Бир дагы эне өлүмүнүн учурунда талаптагыдай медициналык жардам көрсөтүлгөн эмес.



15-сүр. Энелер өлүмүнүн учурларын баалоо шкаласы

Аялды сактап калууга көбүрөөк мүмкүнчүлүк *Түз себептерден* болгон учурларда болгон (өлүмдүн 1-категориясы 83 (78,3%) учурда), жана өлүмдүн 3 (8,1%) учурунда – *Кыйыр себептерден* (16-сүрөт).

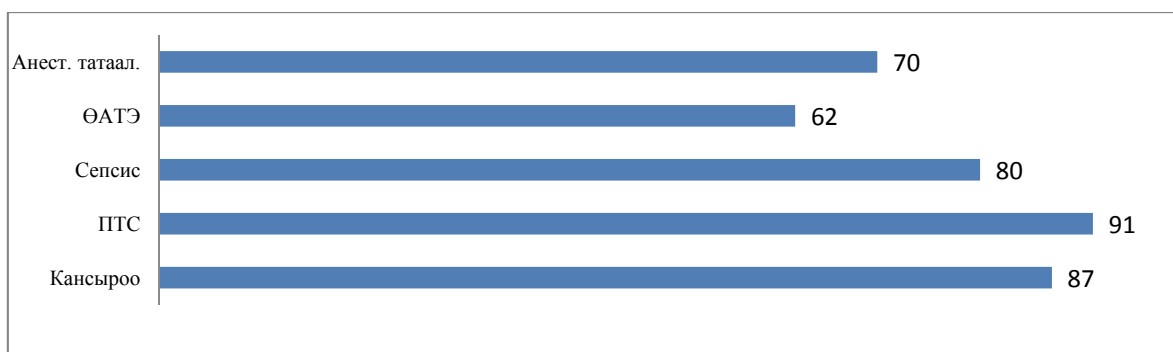


16-сүрөт. Өлүмдүн себептерине жараша эне өлүмүнүн шкаласы

ЭНЕ ӨЛҮМҮНҮН ТҮЗ СЕБЕПТЕРИ

Түз себептердин структурасы кош бойлуу учурлардагы гипертензиялык бузулууларда жана кансыроолордо баарынан көп талаптагыдай эмес кам көрүү, ӨАТЭде болсо бул факторлор азыраак аныкталган (17-сүр.).

Ошентип, талаптагыдай эмес кам көрүүнүн биринчи даражадагы факторлору орун алган энелер өлүмүнүн үлүшү, Түз себептерде 78,3%, *Кыйыр себептерде* – 8,1%ды түздү.



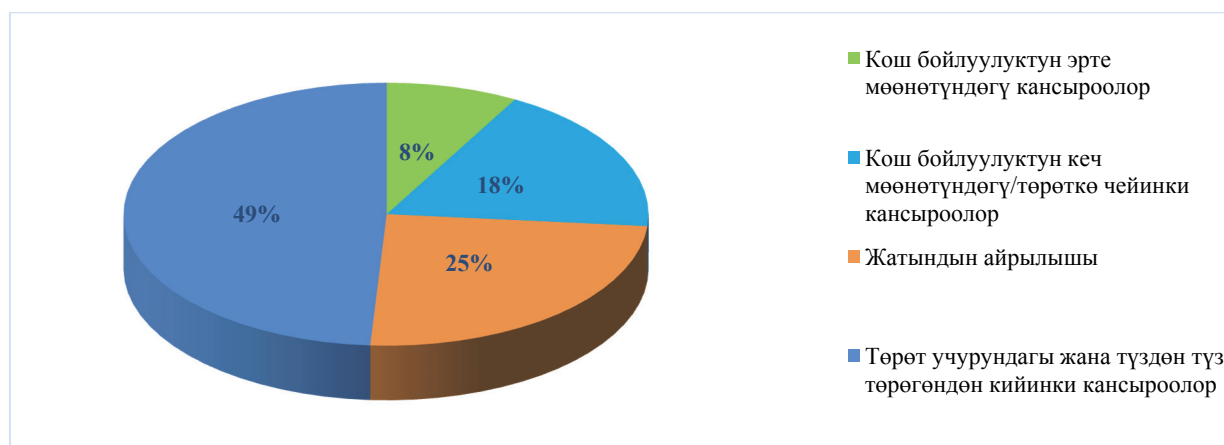
17-сүрөт. Энелер өлүмүнүн түз себептеринде талаптагыдай эмес кам көрүүнүн биринчи даражадагы факторунун жыштыгы

АКУШЕРДИК КАНСЫРОО

2014-2015-жылдарынын ичинде ЭӨКИ улуттук комитети тарабынан акушердик кансыроолордун жыйынтыгында энелер өлүмүнүн 49 учуруна иликтөө жүргүзүлгөн, бул жалпы өлүмдүн санынын (148) 33%ын жана 100 000 тирүү төрөлгөндөргө 15,8 учурду түзгөн. Бул көрсөткүч 100 000 тирүү төрөлгөндөргө 0,46 учурду түзгөн Улуу Британиядагыга караганда 35 эсе жогору, жана Молдовадагыга караганда 3 эсе жогору (100 000 тирүү төрөлгөндөргө 6,6).

Энелер өлүмүнүн шкаласы боюнча көрсөтүлгөн жардамдын сапатын баалоо учурунда 87% учурда талаптагыдай эмес кам көрүүнүн учурлары болгон.

24 (48,9%) учурда аялдын өлүмү төрөт учурундагы жана төрөгөндөн кийин ошол замат башталган кансыроолордон улам келип чыккан, 12 (24,5%) – жатын айрылуудан, 9 (18,3%) – төрөгөнгө чейинки мезгил ичинде кансыроодон, 4 (8%) – кош бойлуулуктун эрте мөөнөттөрүндө кансыроодон, анын ичинде 2 – жатындын сыртына бүткөн кош бойлуулуктун, 2 учурда – өзүнөн өзү кеч бойдон түшүүдөн келип чыккан (8-сүрөт).



18-сүрөт. Акушердик кансыроолордун себептери(n=49)

I. Төрөткө чейинки мезгилдеги акушердик кансыроолордогу талаптагыдай эмес кам көрүүнүн негизги факторлору

1-көйгөй. Тондун мөөнөтүнүн мурда ажырашын кечигип аныктоо

Акушердик кансыроолордун 49 учурунун ичинен 9да (18%) аялдын өлүмүнүн себеби тондун мөөнөтүнүн мурда ажырашы менен байланышкан төрөткө чейинки кансыроо болгон.

Белгиленген 9 учурдун ичинен 7сүндө (77%) аялдар стационарга түйүлдүктүн ичтен өлүп калышы менен коштолгон оор даражадагы преэклампсия менен келишкен. Ушул учурлардын бирөөсүндө дагы медициналык кызматкерлер тондун мүмкүн болгон ажырашын божомолдошкон эмес, ошондуктан учурлардын жарымынан көбүндө (7 учурдун 5өө) дарылоо иш-чаралары оор даражадагы гиповолемиялык шок жана полиоргандык жетишсиздикте кечигүү менен жүргүзүлгөн.

Өлүм менен аяктаган учурдун катышуучусунун сурама баракчасынан: “Кош бойлуу келип түшкөн учурдан баштап биз, дарыгерлердин бардыгы уюшкандыкта иштеген жокпуз, тон ажырап кеткен деп ойлогон эмеспиз, аны кеч аныктадык. Ультура үндүү изилдөөдө тондун ажырашы көрүнгөндүгүн көрсөткөн жыйынтыгынан кийин гана түшүндүк. Шашылыш жардам көрсөтүүнү уюштуруу жакшы болгон жок, бардыгы шашпай камынып жатышты, анестезиолог шашылган жок. Операцияга чейин кан жоготуунун көлөмү жеткире бааланган жок, гемотрансфузияны жеткирүү кечигип, канды 1 сааттан кийин гана алып келишти.

Протокол бар экендигине карабастан мен керектүү учурда таба алган жокмун. Кеч операциялык дарылоо уюштуруу көйгөйлөрүнөн улам болду, ургенттик дарыгер көптө келди жана кан дагы жок болчу, кечке күтүп жаттык. Биз жаштар жана бардыгы тон ажыраган учурда жардам көрсөтүүнү үйрөнүшүбүз керек...”

Ошентип, стационарга түйүлдүгү ичинен өлүп калган аялдар келип түшкөн учурда, дифференциалдык диагностика жүргүзөөдө мүмкүн болгон дарттын аныктамасы катары тондун ажырашы сөзсүз түрдө каралышы керек.

2-көйгөй. Хирургиялык/акушердик эмес бөлүмдөрдүн адистеринде жатындын сыртына бүткөн кош бойлуулукту аныктоо жана кош бойлуулуктун эрте мөөнөттөрүндө шашылыш жардам көрсөтүү боюнча билимдер жана тажрыйбалык ыкмалары жетишсиз.

2 учурда кансыроо жатын түтүгүнө бүткөн кош бойлуулукту токтотуу боюнча жүргөн. Курсак ичиндеги кансыроону хирургиялык стационарда кеч аныктоо кечигип дарылоого таасирин тийгизди. Баштапкы жардам көрсөтүү пункттарындагы жана шашылыш жардам көрсөтүү бөлүмдөрүндөгү иштеп жаткан дарыгерлер жатындын сыртына бүткөн кош бойлуулуктун мүнөздүү эмес белгилери тууралуу, өзгөчө алар кандайча ашказан-ичеги ооруларынын симптомдоруна окшош боло тургандыгы жөнүндө маалыматты болушу керек.

22-учур. Бейтап аял хирургиялык бөлүмгө “Холециститтин курчушу, панкреатит» дартнаамасы менен келип түшкөн. Бир сутка боюу жүргүзүлгөн терапияга карабастан ич тараптагы оору улана берген, туруктуу тахикардия белгиленген жана мезгил-мезгили менен 60/40 мм сым. мам., чейин гипотония болуп турган. Стационарга келип түшкөндөн кийин бир суткадан соң оорулуу эсин жоготкон. Акушер-гинеколог чакырылып, ал «Жатындын сыртындагы кош бойлуулук» дартнаамасын койгон. Ич көңдөйүнө жасалган операцияда 4 литрге жакын кан табылган жана операция жасалып жаткан учурда жүрөгү токтогон.

Келечекте мындай кырдаалдарды “ичтин катуу оорутуусу” белгилери менен келип түшкөн репродуктивдик курактагы бардык аялдарга кош бойлуулукка кадимки тест жүргүзүү жолу аркылуу бөгөт коюуга болот.

II. Төрөт учурунда жана төрөттөн кийинки акушердик кансыроолордун учурунда талаптагыдай эмес кам көрүүнүн негизги факторлору

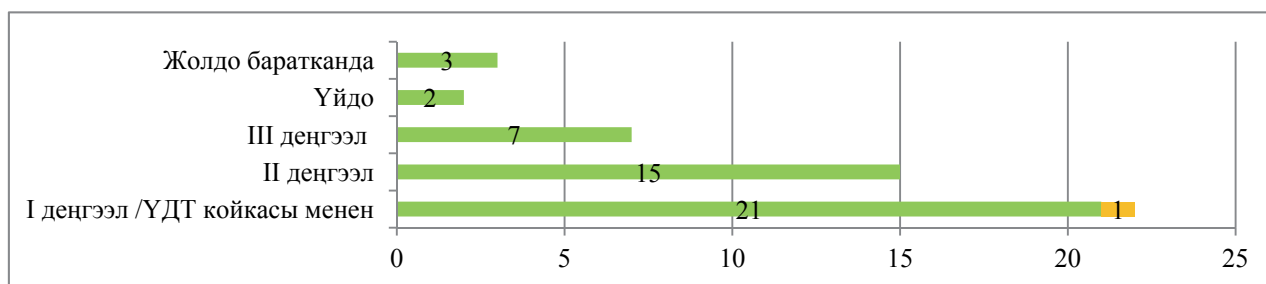
1-көйгөй. Ургенттик жардам көрсөтүүгө даяр болуу

Акушердик кансыроолорду дарылоонун маанилүү элементтери жакшы белгилүү: дартты эрте аныктоо, бейтап аялдын абалына дыкат мониторинг жүргүзүү, кансыроону токтотуу, анын ичинде хирургиялык дарылоону өз учурунда жүргүзүү жана кандын жоголгон көлөмүн адекваттуу калыбына келтирүү.

Акушердик кансыроолордун себебинен болгон өлүм менен аяктаган 22 (44,9%) учур Истационардык деңгээлде, б.а. аймактык ооруканалардын төрөт бөлүмдөрүнүн деңгээли, ошондой эле алардын филиалдарында (19-сүр.) болуп өткөн. Эксперттер баштапкы деңгээлдеги стационарда көз жумган 22 учурдун ичинен 18де (81,8%) кам көрүүнүн сапатын оптималдуудан төмөн деп таанышты. Саламаттык сактоо уюмунун баштапкы деңгээлинде кансыроонун жыйынтыгында болгон өлүм учурларынан алынган негизги сабак, жеринде шашылыш акушердик жардам көрсөтүүнүн жакшы уюштурулган системасынын жоктугу болуп саналат, 18 (81,8%) учурда анестезиолог-реаниматологдорду, ургенттик акушер-гинекологдорду жана башка адистерди тартуу кыйын болгон. 3 (13,6%) учурда төрөттөн кийинки кансыроону операциялык дарылоо саламаттык сактоо уюмундагы акушер-гинеколог жана/же анестезиологдун сутка бою күзөтүнүн жоктугунан улам кийинкиге калтырылган, 7 (31,8%) – ургенттик дарыгердин келиши кечиккендиктен, 6 (27,3%) учурда

стационардык экинчи деңгээлдеги дарыгер операция учурундагы кансыроону токтото албай калган, ошондуктан башка дарылоо мекемесинен адистин келиши талап кылынган. Жогоруда көрсөтүлгөн бардык учурларда саламаттык сактоо уюмунда мындай учурларда аракеттенүү алгоритми иштелип чыкпагандыктан түзүлгөн кырдаалдарда эмне кылуу керектиги түшүнүксүз боюнча калган.

Андан тышкары, 4 (18,2%) учурда дарылоо мекемесинде операция залы такыр эле жок болгон, ошондуктан аялды саламаттык сактоонун башка уюмуна которушкан. 18 (81,8%) учурда кансыроону токтотуунун убактылуу ыкмалары колдонулган эмес. 10 (45,5%) учурда акушерлер кан жоготуунун көлөмүн жана шоктун клиникалык белгилерин туура эмес баалашкан, бул дарылоону кечигип баштоого алып келген.



19-сүрөт. Акушердик кансыроолор менен жабыркаган аялдар каза болгон жер

62 учур. Төрөттөн кийин, тон ажырагандан 10 мүнөт өткөндөн кийин, бейтапта кансыроо башталган. Аялдын жалпы абалы тез эле начарлап, алсыздык пайда болгон, жатын көңдөйүн кол менен текшерүү жүргүзүлгөн, директордун орун басары жана төрөт бөлүмүнүн башчысы тарабынан консультация берилген. Реаниматолог, акушер-гинеколог келе жаткандыгы белгилүү болду. Кансыроо улана берди, АБ 20/0мм сым., мам. чейин төмөндөдү. Төрөгөн аялдын абалы оор. Катышуучунун сурама баракчасынан: “акушер-гинеколог жана анестезиологдун келүүсүнүн кечигиши дарылоо мекемелеринин ортосундагы аралыктардын чоңдугуна, жолдордун начардыгына байланыштуу. Бардыгы күндүзгү дарыгерлер кеткенден кийин башталды. Бизде жабдуулар жок, дарыгерлер жок, ургенттик дарыгерлер көп убакыт боюу жол жүрүп келе жатышты, вазокан жана кан препараттары жок болчу...”

Экинчи деңгээлдеги саламаттык сактоо уюмдарында акушердик кансыроо себеби боюнча 15(30,6%) аял көз жумду. Бул окуялардын катышуучулары сурама баракчаларда бардык татаалдашкан төрөттөрдү экинчи деңгээлге кайра жөнөтүүсү менен байланышкан дарыгерлердин ашыкча жүктөлүшүн көрсөттү. Өзгөчө кечки жана түнкү мезгилдерде, ошондой эле майрам жана дем алыш күндөрү учурдагы штаттар жетишсиз, ошондуктан 12 (80%) учурда аялдарга төрөт учурунда дагы (2 учур), ошондой эле төрөттөн кийинки мезгилде дагы (10 учур) мониторинг жүргүзүүнүн сапаты төмөндөгөн. 3 учурда кан жоготуу туура эмес бааланган, бул жалпы абалды жеткире баалабоого жана кечигип дарылоого алып келген.

Улуттук клиникалык протоколдун алкагында төрөттөн кийинки мезгил ичиндеги сапаттуу мониторинг бардык төрөгөн аялдарга сутканын кайсы убактысы болбосун жүргүзүлүшү керек. Ошентип, төрөт жүрүп жаткан жана төрөттөн кийинки эрте мезгилге байкоо жүргүзүлгөн бардык бөлүмдөрдө штаттар төрөттөрдүн санын эсепке алуу менен комплектелиши жана бир сутканын ичинде тегиз бөлүштүрүлүшү керек. Төрөт стационарынын ар бир жетекчиси төрөт бөлүмүн кечки, түнкү убактарда, дем алыш жана майрам күндөрү медициналык кадрлар менен комплектелиши боюнча кырдаалды изилдеп чыгышы жана кадр ресурстарын оптималдаштыруусу зарыл.

Акушердик кансыроолор үчүнчү деңгээлдеги саламаттык сактоо уюмдарында баарынан аз байкалган, ал жерде 7 (14,3%) аял көз жумган, анын ичинен 3 учурда жардам көрсөтүүнүн

кечигиши кан жоготуунун көлөмүн туура эмес баалоо, 4 учурда – аялга төрөгөндөн кийин байкоо жүргүзүүнүн сапатынын төмөндүгү менен байланышкан.

Ошентип, кансыроолордон болгон өлүмдүн чоң тобокелчилиги баштапкы деңгээлде (44,9%), анын филиалдарында жана ҮДТ койкаларында белгиленген, бул биринчи кезекте акушер-гинеколог жана анестезиолог-реаниматологдордун жетишсиздиги менен байланышкан. Жогоруда жазылгандарды эске алуу менен ар бир катышуучунун шашылыш акушердик жардам көрсөтүү учурундагы ролун жана аракеттерин көрсөтүү менен жергиликтүү протоколдорду, ошондой эле ургенттик дарыгер жок болгон учурга карата аракеттердин алгоритмин иштеп чыгуу, анын ичинде кансыроону убактылуу токтотуунун ыкмаларын пайдалануу абдан маанилүү болуп кала берет.

Саламаттык сактоонун экинчи деңгээлинде кансыроодон болгон өлүм учурларынын тобокелчилиги төрөт учурунда дагы, ошондой эле төрөттөн кийинки мезгил ичинде аялга жүргүзүлгөн мониторингдин сапатынын төмөндүгү менен байланышкан, бул балким медициналык кызматкерлердин ашыкча жүгү менен байланышта болушу мүмкүн.

Саламаттык сактоонун үчүнчү деңгээлинде кансыроодон болгон өлүм учурларынын тобокелчилиги кансыроонун көлөмүн жеткире баалабагандык жана дарылоо иш-чараларынын кечигип башталышы менен байланышкан.

2-көйгөй. Кесарево жолу аркылуу операция жүргүзүү учурундагы техникалык жаңылыштыктар

Кесарево жолу аркылуу операция жүргүзүү менен байланышкан кансыроолор өзүнчө топко бөлүнгөн жана бул операция аркылуу төрөтүү көйгөйүнө анын коопсуз жана натыйжалуу өткөрүү көз карашынан кароого мүмкүнчүлүк берди. Кесарево жолу аркылуу операция жасоо техникасы боюнча начар тажрыйбалык ыкмалар кан тамыр тутамын жаралантуу сыяктуу татаалдашууларга алып келет, ал эми татаалдашуулардын ушул түрүндөгү жаңылыштыктарды жоюу боюнча ыкмалардын жоктугу 7 аялдын өлүмүнө алып келди. Шашылыш операцияларда эреже катары тобокелчилик көбөйөт. Ушул учурларды иликтөөнүн жүрүшүндө кесарево кесүүсүн жүргүзүү техникасындагы көйгөйлөр жана операциядан кийинки эрте мезгилде сапаттуу кийинки мониторингдин жоктугу аныкталды. Бул жерде сүрөттөлгөн аялдардын өлүм учурлары жаш адистердин канааттандыраарлык эмес даярдыгына күбө болот жана бул көйгөй ЭӨКИ боюнча Биринчи отчетто айтылды.

46/2 учур. Бейтап аялга клиникалык тар жамбаш чарасы боюнча кесарево аркылуу операция жасалган. Операция жасаганакушер-гинекологдун иш тажрыйбасы 2 жыл. Кесарево кесүү жүргүзүү учурунда жатындагы жаракат төмөн карай узарып кеткен, түйүлдүктү алаары менен ошол замат жатындагы жаракаттан кансыроо башталган. Дарыгер узарып айрылып кеткен жерди кошумча тигүүгө аракет кылган, бирок кансыроо улана берген, кайра жандандыруу чаралары натыйжа берген эмес.

Дарыгерлерди кесарево жолу аркылуу кесүүнү жүргүзүү техникасына окутуу жана даярдоо боюнча көйгөй ушул кезге чейин чечилбеген боюнча кала берүүдө, жыйынтыгында акушердик жардам көрсөтүүнүн сапатынын начарлашына жана жыйынтыгында жагымсыз жыйынтыктарга алып келип жатат. Медициналык кадрларды көрүнүктүү адистер тарабынан ЖОЖдордо тажрыйбалык хирургиялык ыкмаларды окутууга басым жасоо менен, дипломго чейинки (КММА) жана дипломдон кийинки (КМКД ж АЖМИ) окутуу менен даярдоонун ушул көйгөйүн талкуулоо керек.

3-көйгөй. Төрөттөн кийинки эрте кансыроо учурунда хирургиялык гемостаз жүргүзүүдөгү кечиктирүүлөр

Төрөттөн кийинки кансыроолордун 24 учурунун ичинен 19 (79,2%) – кансыроо табигый төрөт жолдору аркылуу төрөө учурунда же төрөттөн кийин кансыроо белгиленген жана 5 (20,8%) учурда – кесарево аркылуу операция жасоо учурунда жана/же андан кийин байкалган.

Хирургиялык гемостаз жасоо максатында лапаротомия жүргүзүү табигый төрөт жолдору аркылуу жүргүзүлгөн төрөттөрдүн 19 учурунун ичинен 13дө жасалган, анын ичинде 7 учурда жатын артерияларын байлоо жана 6 учурда – ички курсак артериясын байлоо аркылуу жүргүзүлгөн. Бардык 13 учурда кансыроону ыкчам дарылоо 1500 мл., кыйла көп кан жоготууга жетишилгенден кийин, анын ичинде 7 учурда – оорулуунун оор абалында жана шоктун белгилеринде (АБ 60/30 мм сым.мам., ЖЖЖ –150/мүн. көп) гана башталгандыгы өзүнө көңүл бурдурут. Жогоруда жазылгандардын жыйынтыгы катары 3 аял хирургиялык гемостаз жүргүзүү учурунда операция столунда каза болгон.

Хирургиялык гемостазды кечигип жүргүзүүнүн себептери төрөттөн кийинки эрте кансыроо учурунда көрсөтүлгөн жардамдын ыраатуулук алгоритмин сактабоо болгон. Кансыроо учурундагы натыйжа алып келбеген консервативдик жардам баскычтары кайрадан кайталанган, кансыроону токтотуунун убактылуу ыкмалары колдонулган эмес, бул убакытты создуктуруп жана аялдын абалын хирургиялык гемостаз башталганга чейин эле оорлоткон. Кесарево жолу аркылуу кесүү учурундагы кансыроонун жыйынтыгында бир аял көз жумду.

70-учур. Бейтап аялда жыныс кыны аркылуу төрөгөндөн кийин гипотониялык кансыроо башталган. Инфузия жүргүзүлүп жана утеротониялык препараттар дайындалган. Ургенттик дарыгер чакырылып, 1800 мл жеткен кансыроо башталгандан кийин 60 мүнөттөн соң келген. Лапаротомия, жатын кан тамырларын байлоо жүргүзүлгөн, кансыроо уланып жатат, буга байланыштуу гистерэктомия жасашат. Канпрепараттары кечигүү менен келген, гемотрансфузия жүргүзүүгө жетишпей калышкан. Гистерэктомия учурунда 70/40 чейин гипотония, тахикардия белгиленет, кан басым кескин төмөндөйт, операция учурунда жүрөк ишмердүүлүгү токтойт жана биологиялык өлүм аныкталат.

Улуттук протоколдо гипотониялык кансыроо учурундагы хирургиялык гемостазды өз учурунда, б.а. дары дармектер менен дарылоодон натыйжа жок болгон учурда жүргүзүү зарыл экендиги, кымбат убакытты жоготпош үчүн жана анын жыйынтыгында аялдын абалын оорлотпош үчүн жыйынтык бербеген ыкмаларды кайтадан колдонбоо керектиги белгиленген. Ар бир саламаттык сактоо уюмунда жергиликтүү алгоритмде жатындын атониясында жардам көрсөтүүнүн кийинки баскычына, анын ичинде хирургиялык гемостазга өтүүнүн так критерийлери (бейтаптын өмүр параметрлери, кансыроону токтотуу боюнча ар бир кадамга бөлүнгөн, уруксат берилген убакыт) көрсөтүлүшү керек.

4-көйгөй. Гиповолемиялык шокто айланган кандын көлөмүнүн жетишерлик толукталбай калышы

Төрөттөн кийинки кансыроолордун 24 учурунун ичинен 20да (83,3%) – айланган кандын көлөмүнүн толукталышы стандартка туура келген эмес, анын ичинде АКК жеткиликтүү толукталбагандыгы жана жаңы тоңдурулган плазманын трансфузиясы.

37/2 учур. Бейтап аялга тондун ажырышына байланыштуу кесарева жолу аркылуу операция жасалган. Операциянын узактыгы 30 мүн., өзгөчөлүктөр жок, операциядан кийин экстубация кылынган. Биринчи операцияда жалпы кан жоготуу – 1100 мл. Эрте операциялык мезгилде заара болгон жок, абалы оор боюнча калды, анурия башталды, аял комага түштү. Областан ургенттик дарыгерлер чакырылды. Төрөттөн кийинки кансыроо боюнча кайрадан релапаротомияга алынган, кошумча кан жоготуу 1000 мл түздү. Инфузиянын көлөмү кан жоготуунун көлөмүнө дал келген жок, гемотрансфузия жетишерлик

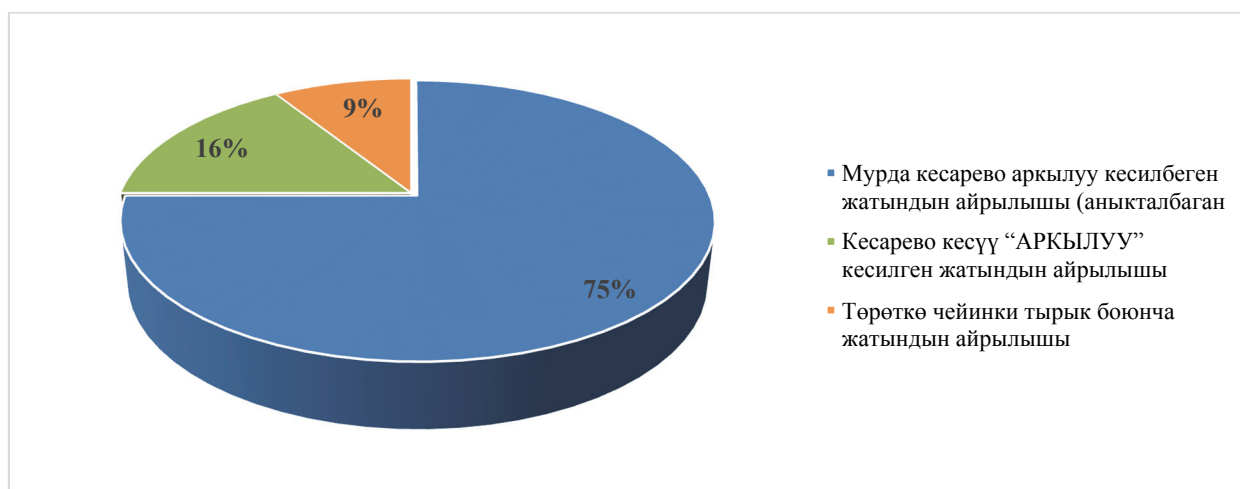
көлөмдө эмес жана кечигүү менен жасалды. Операциядан кийин экинчи суткада гемодиализге которулду.

Ушул окуянын катышуучусунун сурама баракчасынан: “Биз кан жоготууну жеткире баалаган жокпуз, эритроцитардык масса жок болчу, борбордон качан алып келет деп күтүп жаттык. Мен анестезиолог экөөбүз кесарева жолу аркылуу операция жасоо учурунда абалды жеткире баалаган жокпуз деп ойлоймун, анткени операция учурунда эле заара жок болчу, балким кан жоготуу кыйла чоң болгон болушу керек...”

Акушердик татаалдашуулардын учурундагы гиповолемиялык шокто айланган кандын көлөмүн толтуруу 2015-жылы бекитилген улуттук клиникалык протокол боюнча жүргүзүлүшү керек. Ар бир жетекчис өзүнүн уюмунун жылдык иш-чаралар планына (окутуу бөлүмү) акушер-гинеколог жана анестезиологдорду төрөттөн кийинки кансыроолорду дарылоо боюнча окутууну киргизүүгө тийиш (кварталына 1 жолу).

II. Жатын айрылган учурда талаптагыдай кароонун негизги факторлору

Акушердик кансыроолордун бардык 49 учурунун ичинен 12 учурунда (24%) өлүмдүн себеби жатындын айрылышы болгондугу чоң тынчсызданууну пайда кылат. 9 учурда (75%) жатындын айрылышы табигый төрөт жолдору аркылуу төрөтүүдө, мурда кесарева аркылуу кесүү жүргүзүлбөгөн учурда, 1 гана учурда (9%) – жатындагы тырык боюнча айрылуу болуп өткөн. 2(16%) учурда жатындын айрылышы кесарево аркылуу кесүүнү жүргүзүп жаткан учурда болгон. 9 (75%) аял төрөттү индукциялагандан кийин I деңгээлде, анын ичинде жатындагы тырыктун көрүнүшүндө каза болгондугу тынчсызданууну пайда кылат (20-сүр.).



20-сүр. Жатындын айрылышынын себептери (n=12)

Жатындын айрылуусунан улам эне өлүмүнүн негизги себеби төрөткө индукция жүргүзүү жана төрөттү стимулдаштыруунун шарттарны жана стандарттарын сактабагандык болуп саналат.

Табигый төрөт жолдору аркылуу төрөө учурундагы мурда кесарево аркылуу кесилбеген жатындын айрылуусунун бардык 9 учуру утеротониялык препараттарды колдонуунун көрүнүшүндө келип чыккан: 6 (66,7%) учурда жатындын айрылышы төрөттү индукциялоонун көрүнүшүндө жана 3 (33,3%) учурда – төрөт ишмердүүлүгүнүн начардыгын дарылоонун көрүнүшүндө болуп өткөн.

Төрөттөрдү индукциялоо 3 (50%) учурда мизопростол менен 3 (50%) учурда простагландиндер менен окситоцин аркылуу жүргүзүлгөн. Бардык 6 учурда тең индукция жүргүзүү стандарты улуттук клиникалык протоколго туура келген эмес, анын ичинде 2

учурда окситоцидин уруксат берилген өлчөмүнүн ашыкча болушу, 1 учурда – окситоцидин инфузиясы жетилген жатын моюнчасына жасалган, 3 учурда мизопростол ичүү жана окситоцин куюнун ортосундагы зарыл болгон төрт сааттык аралык сакталган эмес. Окситоцинди титрлөө бардык учурларда “колго” жүргүзүлгөндүгү өзүнө көңүл бурдурат. Тилекке каршы Кристеллер ыкмасы менен дарылоонун тыюу салынган ыкмаларын колдонуу уланууда. Дартты кечигип аныктоо жана шашылыш жардам бардык учурларда аялдын абалына дагы, ошондой эле түйүлдүктүн абалына дагы жетишсиз байкоо жүргүзүү менен байланышкан. Төрөттү индукциялоонун жана төрөттү стимулдаштыруунун бир дагы учурунда түйүлдүккө кардиотокография жүргүзүлгөн эмес. 4 өлүм учурундагы сурама баракчаларда медициналык кызматкерлердин өздөрү “жетишерлик билими, тажрыйбалык ыкмалары жоктугун, жатындын айрылуусуна карата кооптонуу жоктугун” белгилешкен.

8/2 учур. Төрөт саламаттык сактоо уюмунун баштапкы деңгээлинде өткөн. Кош бойлуу аял түйүлдүк ичтен өлүп калгандыгына байланыштуу келип түшкөн. Төрөттү индукциялоо чечими кабыл алынган, төрөт учурунда төрөт ишмердүүлүгү жакшы болгон көрүнүштө окситоцин менен төрөттү стимулдаштырууну максималдуу өлчөдө улантышкан. Экинчи мезгилде төрөп жаткан аялдын абалы кескин начарлаган, ал эсин жогото баштаган. Аял кош бойлуу боюнча кансыроодон каза тапкан.

Төрөттү кайсы гана болбосун индукциялоо учурунда өлүмгө чейин жеткен акушердик татаалдашуулар болушу мүмкүн экендигин эске алуу менен аны өткөрүүнүн шарттарын камсыздоо керек. Индукция жүргүзгөн төрөт стационарлары медициналык жабдуулар (инфузомат, кардиотокограф, чоңдорго арналган, неонаталдык ИВЛ аппараттары) менен, ошондой эле шашылыш лапоротомия жүргүзүү мүмкүнчүлүгү (жабдылган операция залы, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатологдун сутка бою күзөттө болуучу штаты) камсыздалууга тийиш. Жогоруда саналып өткөн шарттарды камсыздай албаган төрөт стационары төрөттөргө индукциялоо жүргүзүүгө тийиш эмес.

Ар бир саламаттык сактоо уюмунда индукция боюнча жергиликтүү протокол болууга тийиш (“Төрөттөрдү индукциялоо” улуттук клиникалык протоколунун негизинде), ал жерде окситоцидин өлчөмү, титрлөө убактысы жана башка параметрлер көрсөтүлүшү керек.

АКУШЕРДИК КАНСЫРООЛОР БОЮНЧА СУНУШТАР

1. Саламаттык сактоо министрлиги дипломдон кийинки даярдык системасын, акушер-гинекологдорго акушердик кансыроолордо шашылыш жардам көрсөтүүнүн тажрыйбалык ыкмаларын жакшыртуу, анын ичинде негизги хирургиялык кийлигишүүлөрдү жүргүзүү боюнча окутуучу процесске басым жасоо менен лицензия берүү системасын кайра карап чыгышы жана өзгөртүүсү керек.
2. Саламаттык сактоо уюмунун жетекчиси жарым жылда бир жолу жумуш ордунда дипломдон кийинки даярдоо адистерин (КМКД ж АЖМИ) же улуттук тренерлерди тартуу менен симуляциялык/тажрыйбалык тренингдерди уюштурушу жана өзүнүн кызматкерлерине аттестация жүргүзүшү керек. Акушерлерди ошол саламаттык сактоо уюмунун акушер-гинекологдору же тартылган улуттук окутуучулар/тренерлер окута алышат.
3. Төрөт стационарына ичинен түйүлдүк өлүп калган кош бойлуу келип түшкөн учурда кардиомонитордун жардамы менен аялдын өмүр үчүн маанилүү параметрлерине сөзсүз түрдө тынымсыз мониторинг жүргүзүп туруу зарыл.
4. Ичтен өлүп калган түйүлдүктүн тондун ажырашы жана преэклампсия сыяктуу мүмкүн болгон себептери тууралуу божомолдоо зарыл.

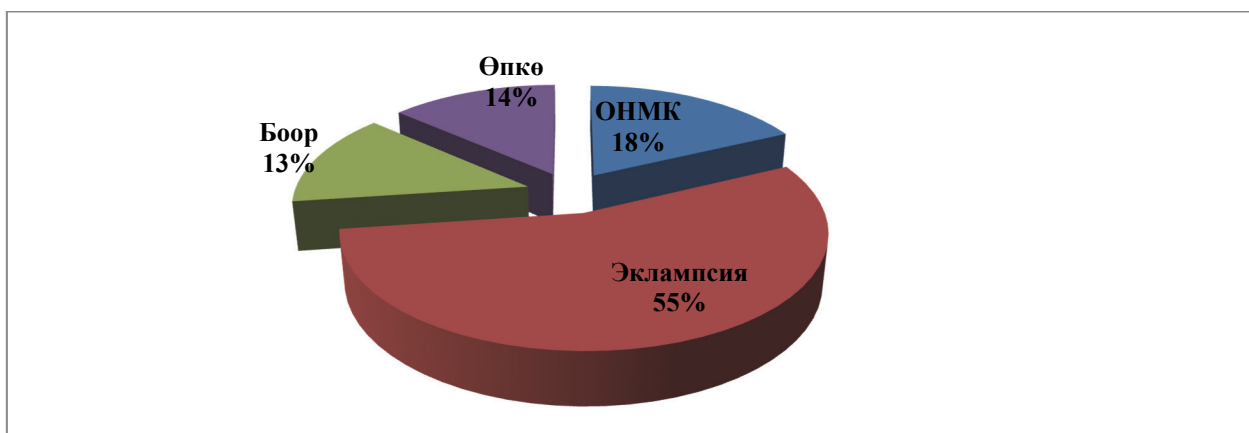
5. Жатындын сыртындагы кош бойлуулукту жокко чыгаруу үчүн “ичтин катуу оорушу” белгилери менен келеген репродуктивдүү курактагы бардык аялдарга кош бойлуулукка кадимки тест жүргүзүү керек. Жетекчилер хирургия бөлүмдөрүн жана шашылыш медициналык жардам бөлүмүн кош бойлуулукту аныктоо үчүн экспресс-тесттер менен камсыз кылууга тийиш.
6. Саламаттык сактоо уюмунун жетекчиси адистердин жергиликтүү командасын түзүп жана буйрук менен бекитиши керек, алар команданын ар бир мүчөсүнүн (4төн кем эмес адис, анын ичинде жетекчи, хирург жана ар бири келүүгө тийиш болгон жана өзүнүн компетенциясынын алкагында шашылыш жардам көрсөтүүгө тийиш болгон убакыт) функционалдык милдеттерин көрсөтүү менен төрөттөн кийинки кансыроо учурунда шашылыш акушердик жардам көрсөтүү боюнча жергиликтүү алгоритмди иштеп чыгууга тийиш. Уюмдун жетекчиси жергиликтүү алгоритмдерди иштеп чыгуу жана жайылтууга катышууга милдеттүү, анткени ал шашылыш жардам көрсөтүүгө катышып жаткан ар бир адистин жоопкерчилиги жана компетенциясы тууралуу маселени чечет. Алгоритмдеги адистердин өз ара аракеттенишүү сценарийи шашылыш жардам көрсөтүүнүн бардык мүмкүн болгон варианттарын эске алууга тийиш: дарыгерлердин компетенттүүлүгү, ургенттик дарыгердин, транспорттун, байланыш каражаттарынын болушу, кабарлоо, күндүзгү жана түнкү убакыт жана башкалар. Ушул алгоритм боюнча жер-жерлерде үзгүлтүксүз негизде, кансыроолордо жардам көрсөтүүгө даярдыктын ыкмаларын иштеп чыгуу жана текшерүү максатында симуляциялык/тажрыйбалык тренингдер өткөрүлүшү керек.
7. Саламаттык сактоо уюмунда дарыгерлердин жана акушерлердин штаттары төрөттөрдүн санын эске алуу менен комплектелиши жана сутканын ичинде бирдей бөлүштүрүлүшү керек. Төрөт стационарынын ар бир жетекчиси төрөт бөлүмүнүн кадр ресурстарын кечки, түнкү убактарга, дем алыш жана майрам күндөрүнө комплектөөгө жана оптималдаштырууга милдеттүү.
8. Хирургиялык гемостаз боюнча операция учурунда кансыроону токтотуунун убактылуу чаралары (утеротониктерди дайындоо, биманулдук компрессия, клеммалар), кан жоготууну сапаттуу баалоо, аялдын абалын турукташтыруу үчүн операциялык тыныгуу колдонулушу керек. Кансыроолор учурунда жана келип чыккан татаалдашууларда көрсөтүлгөн жардамдын көлөмү тууралуу маселе анестезиолог-реаниматолог жана акушер-гинеколог менен биргеликте чечилиши керек.
9. Төрөттү индукциялоону аны өткөрүүнүн талаптарына жана шарттарына улуттук клиникалык протокол боюнча дал келген саламаттык сактоо уюмунда жүргүзүү зарыл. Саламаттык сактоо уюмунун жетекчиси төрөткө индукция жүргүзүү үчүн шарттарды камсыздашы керек. Төрөт бөлүмүнүн жетекчиси төрөттөрдү индукциялоо боюнча окситоцидин өлчөмү, титрлөө убактысы, процедураны жүргүзүү үчүн жооптуу адам жана башка параметрлер көрсөтүлүшү керек болгон (“Төрөттөрдү индукциялоо” улуттук клиникалык протоколунун негизинде), төрөттөрдү индукциялоо боюнча жергиликтүү протоколду иштеп чыгууну камсыздашы жана бекитиши керек.

2. КОШ БОЙЛУУ УЧУРДАГЫ ГИПЕРТЕНЗИЯЛЫК БУЗУЛУУЛАР

Энелер өлүмүнүн структурасында, ЭӨКИ боюнча 2014-2015-ж., улуттук комитеттин отчету боюнча мындан ары оор даражадагы преэклампсия (ОДП) деп аталган кош бойлуу учурдагы гипертензиялык бузулуулар кансыроолордон кийин экинчи орунда турат. Бардыгы болуп 22 аял (14,85%) көз жумган, бул 100 миң тирүү төрөлгөн балага 7,1 учурду түздү, бул Улуу Британиядагы караганда 18 эсе жогору (100 миң тирүү төрөлгөн балага 0,38) жана Молдовадагы караганда 7 эсе жогору (100 миң тирүү төрөлгөн балага 1,01). Ашыкча

салмактын болушу ушул топтогу ар бир бешинчи көз жумган аялда белгиленген (4 – 18,8%, дене салмагынын индекси 30 жана андан көп болгон).

81,8% өлүмдөгү (18 учур) дарылоонун стандарттарга туура келбегендиги негизги себеп катары бааланган.



21-сүрөт. Кош бойлуу учурдагы гипертензиялык бузулуулардагы өлүм себептери

Кош бойлуу учурдагы гипертензиялык бузулуулардан каза болгон 22 аялдын ичинен 16сы церебралдык жабырлануунун жыйынтыгында, анын ичинде мээдеги кан айлануунун курч бузулушунан – 4, эклампсиянын жыйынтыгында баш мээнин шишип кетиши – 12 аял көз жумган. Өпкө себептеринен каза тапкан 3 аялдын ичинен бирөөсү стационаргареспиратордук дистресс синдром клиникасы менен келип түшкөн, 2 – өпкөнүн шишип кетиши стационарда өнүккөн. Өлүмдүн себеби катары HELLP-синдром, 3 бейтапта белгиленген.

Медициналык документацияны, преэклампсиядан болгон энелер өлүмүнүн учурларынын катышуучуларынын анкеталарын купуя териштирүү медициналык мүнөздөгү бир катар көйгөйлөрдү алып чыкты.

1-көйгөй. Күкүрт кычкыл магнезиясынын саат боюнча зарыл болгон өлчөмүнүн сакталбашы

Гипертензиялык бузулуулардан каза болгондордун структурасында эклампсия (12 – 54,5%) басымдуулук кылышы менен катар, тонико-клоникалык калчылдоо пристубунун ар бир экинчи учуру дарылоо мекемесинде болуп өткөн, башкача айтканда ушул топтогу 12 аялдын ичинен бсы саламаттык сактоо уюмуна «Оор даражадагы преэклампсия» дартнаамасы менен келип түшкөн, ал эми эклампсия дарылоо мекемесинде болгон. Белгиленген 2 жылдык мезгил ичинде (2014-2015-ж.) биздин өлкөдөгү эклампсия учурларынын жалпы саны 215 бейтапта белгиленген (РММБК маалыматтары боюнча), ошол эле учурда ар бир үчүнчү учурда тонико-клоникалык калчылдоо пристубу стационарда болгон (32,6%).

80% учурда преэклампсиядан болгон өлүм көрсөткүчү медициналык кызматкерлердин сурама баракчаларына ылайык күкүрт кычкыл магнезиясынын колдоо көрсөтүү өлчөмүнүн саат боюнча адекваттуу эмес өлчөмү менен байланыштуу. Ушул категориядагы аялдардын 90%дан көбү саламаттык сактоо уюмунун экинчи жана үчүнчү деңгээлдеринин стационарларында көз жумушкан: өлкөдө ушул категориядагы кош бойлууларды белгиленген саламаттык сактоонун уюмдарына жаткырууну талап кылган кайра жөнөтүү системасы иштейт. Ошол эле учурда медициналык кызматкерлерге болгон оордук кыйла өстү, медициналык кызматкер физикалык жактан жүк терапиясынын стандарттарын гана жүргүзүп жана колдоочу терапияны баштай алат, бирок күкүрт кычкыл магнезиясын адам ресурстары менен гана, “кол менен” титрлөө мүмкүн эмес. Жогоруда белгиленген көйгөйдү инфузomatтарды колдонуу аркылуу чечүүгө болот эле, бирок ал саламаттык сактоо

уюмдарында жоктугуна же кызматкерлердин жактоочулугу жоктугуна байланыштуу бир дагы учурда бул технология колдонулган эмес.

26-учур. «Оор даражадагы преэклампсия» дартнаамасы менен 36 жумалык мөөнөттөгү кош бойлуу баштапкы деңгээлдеги стационардан саламаттык сактоо уюмунун экинчи деңгээлине жөнөтүлөт. Тез жардам унаасында медициналык кызматкер жана колдоп туруучу магнезиялык терапиянын коштоосунда түн ичинде жеткирилген. Жандандыруу бөлүмүнө жаткырылат, магнезиялык терапия улантылат. Стационарга келип түшкөндөн кийин 1 с. 30 мүн. , кийин кош бойлууда тонико-клоникалык калчылдоо пристубу башталат. Сурама баракчада анестезиология жандандыруу жана интенсивдүү терапия бөлүмүндө оорулуулар абдан көп болгондугу, бейтапта приступ башталган учурда медициналык кызматкерлер башка оорулуу менен алек болуп жаткандыгы белгиленет. Анестезиолог-реаниматолог дарыгер калчылдоодон кийин гана медайым магнезия инфузиясы жетишсиз болгондугун, ошол эле учурда титрлөө “көл менен” жүргүзүлгөндүгүн байкагандыгын белгилеген. Балким ушул учур боюнча күкүрт кычкыл магнезиясын туура эмес титрлөө медайымда тажрыйбанын жоктугу менен байланыштуу болушу керек.

2-көйгөй. Протеинурияны баалоо

Биздин өлкөдө протеинурияны өлчөө үчүн кадимки текшерүүчү тест зааранын бир жолку үлүшүндөгү белоктун санын аныктоо болуп саналат жана патологиялык протеинурия зааранын бир жолку үлгүсүндө 0,3г/л жана андан көп катары аныкталат. Бирок зааранын бир жолку үлүшүндө протеинурияны баалоонун божомолдоочу мааниси жогору эмес, ошондуктан жалган терс катары (зааранын бир жолку үлүшүндөгү протеинурия аз болушу мүмкүн), ошондой эле жалган оң маани катары белгилениши мүмкүн. Жогоруда жазылгандардын жыйынтыгы учурдун татаалдыгын жеткире баалабагандык болгон, анда 8 (36,3%) кош бойлууга алгач ооруканага жаткыруудан баш тартылган. Бүгүнкү күндө зааранын бир жолку үлүшүндөгү протеинурияны өлчөөдө алынган жыйынтыктын абдан жаңылыш даражасын эске алуу менен ооруканага жаткырууга клиникалык көрсөткүчтөр болгон же балким шашылыш төрөтүү керек болгон учурлардан тышкары кырдаалдарда мүмкүнчүлүккө жараша көп протеинурияны тастыктап же жокко чыгаруу үчүн бир суткалык заарага лабораториялык изилдөө жүргүзүү сунушталат.

№29 учур. 36 жумалык мөөнөттөгү биринчи кош бойлуулук менен келген аял жеңил даражадагы преэклампсия боюнча ооруканага жөнөтүлгөн, ошол эле учурда зааранын бир жолку өлчөмүндөгү протеинуриянын деңгээли 0,190 г/л, АБ – 130/90 мм сым. мам., түзгөн. Кош бойлууну көрсөткүчтөр жоктугуна байланыштуу жаткыруудан баш тартышкан. Ал стационарга 1,5 суткадан кийин респиратордук дистресс синдром клиникасы менен келип түшкөн, АБ – 160/110 мм сым.мам., протеинурия деңгээли 1,5г/л. болгон. Сурама баракчада ушул жаш келинди карап жүргөн үй-бүлөлүк дарыгер бул аялды стационарга өзүм алып барып жана аны ооруканага жаткырууну өзүмдүн кесиптештеримдин алдында талап кылсам болмок экен деп кайгыруу менен белгилеген. Стационардын медицина кызматкерлери кош бойлууну абдан жакшылап текшерүү керек болчу деп макул болушту. Аялдын тууганы өзүнүн маегинде “эгерде аны ооруканага өз учурунда жаткырганда ал тирүү калат беле, тааныш дарыгерлер болуш керек, бизде болсо эч ким жок эле” деп белгилеген.

3-көйгөй. Систолиялык гипертензияны баалоо

Оор преэклампсияны дарылоо дыкат баалоо, абалды турукташтыруу, тынымсыз мониторинг жүргүзүү жана эне менен бала үчүн оптималдуу убакта төрөтүүгө негизделген. Бул артериялык кан басымды жана зарылчылыкка жараша калчылдоону көзөмөлдөөнү билдирет. Бул процеске бүтүндөй жогорку акушердик кызматкерлер жана анестезиологдордун штаты тартылышы керек. Преэклампсия терапиясындагы кемчиликтердин бири мурдагыдай эле ар бир экинчи учурда байкалгандай (54%), дайындоо стандарттары жана гипотензиялык

препараттардын таблетка формаларынын натыйжалуулугуна көзөмөл жасоо стандарттарынын сакталбагандыгы, б.а. гипотензиялык препараттар ар кайсы топтордон, дарылоочу дарыгердин билими жана артык көрүүлөрүнө жараша ар кандай өлчөмдөрдө дайындалган, анын жыйынтыгында 4 (18,1%) учур геморрагикалык инсульт менен аяктаган систолиялык гипертензияны талаптагдый эмес дарылоо болуп кала берүүдө. Андан тышкары 14 (63,6%) учурда медициналык кызматкерлер өлкөдө өкүм сүргөн преэклампсия боюнча клиникалык протоколду жаңылоо зарылчылыгы жетилгендигин белгилешти. Жогорку кан басым көйгөйү төрөгөндөн кийин дагы кала бериши мүмкүн экендигин, бул болсо өз кезегинде бир катар татаалдашуулардын келип чыгышына алып келерин эстен чыгарбоо зарыл.

14-учур. 38 жумалык мөөнөттөгү экинчи жолу кош бойлуу болгон аял баш ооруп жатканына арыздануу менен келип түшкөн. Келген учурда АБ 160/120 мм сым. мам., зааранын бир жолку өлчөмүндөгү белоктун камтылышы 8,7 г/л. болгон. Нифедипин берилген, жандандыруу шарттарында байкоо жүргүзүлгөн. Жүргүзүлгөн дарылоонун көрүнүшүндө АБ 148/98-130/90 мм сым. мам., чегинде термелип турган. Преэклампсия боюнча кесарево жолу аркылуу операция менен төрөтүлгөн, наркоз – жүлүн анестезиясы, өзгөчөлүктөр жок. Реаниматологдун дайындоосу боюнча,магнезиялык терапия жүргүзүлүп жана гипотензиялык терапия алынып салынат. Андан ары АБ 160/110 мм сым. мам., чейин жогорулайт, баш оору жана кусуу менен коштолот, нифедипин дайындалат, бир сааттан кийин реаниматолог төрөгөн аялда мээдеги кан айлануунун курч бузулуусунан (геморрагикалык инсульт) шектенет жана жүлүн мээ пункциясын жүргүзөт, басым алдында геморрагикалык ликвор алат.

Сурама баракчаларда анестезиолог-реаниматолог “мен бейтап аял эмне үчүн инсульт болгондугун билбейм, баардыгын клиникалык протокол боюнча жасагам, мен дайындоонун тагыраак критерийлери жана өзгөчө төрөткөн кийинки мезгилде гипотензия терапиясын алып салууну камтыган клиникалык протокол керек деп ойлоймун” деп белгилеген.

4-көйгөй. Преэклампсия/эклампсия учурундагы инфузиялык терапия

Преэклампсия өпкөнүн шишип кетишине шарт түзөт, ошондуктан инфузия терапиясын жүргүзгөн учурда инфузия стандартын катуу сактоо керек: эгерде кыйла жогорку инфузиялык өлчөмдөр үчүн көрсөтмө (кансыроо, шок, интоксикация ж.б.) жок болсо, 80 мл/саат көп эмес же 1мл/кг/саат. Преэклампсия менен жабыркаган аялдарды караган 2 учурда инфузиянын өлчөмүнүн саатына 80 мл ашык болушу орун алган, бул өпкөнүн шишип кетишине жана комага түшүп калууга алып келген. Бир учурда көрсөтмөсүз (кансыроонун жоктугу) 2 сааттын ичинде 2900 мл, экинчи учурда –инфузия терапиясынын көлөмү суткасына 4 литрден ашкан.

53-учур. Биринчи жолку кош бойлуу аял, айына жеткен мөөнөттө оор даражадагы преэклампсия боюнча кесарево жолу аркылуу операция жасоо менен төрөтүлгөн, жалпы кан жоготуу 500,0 түзгөн. Наркоз комбинацияланган, эндотрахеалдык болгон. Операция жасалып жаткан убакыттын ичинде - 2500 мл физиологиялык эритеме куюлган. Операциядан кийинки мезгил өпкөнүп шишип кетиши менен татаалдашкан.

КОШ БОЙЛУУ УЧУРДАГЫ ГИПЕРТЕНЗИЯЛЫК БУЗУУЛАРДАГЫ СУНУШТАР

1.Преэклампсияда калчылдоону сапаттуу алдын алуу үчүн талап кылынган стандартты так кармануу керек – саатына 1 г кургак зат. Жогоруда жазылгандарга жетишүү максатында магнезиялык терапияны титрлөөнү инфузوماتтын жардамы менен гана жүргүзүү керек. Бул үчүн саламаттык сактоо уюмунун экинчи жана үчүнчү деңгээлдердеги мекемелери

инфузоматтардын жетишерлик өлчөмү менен камсыздоо керек. Инфузоматтар жок болуп калган учурларда магнезия куюрду алдында кийинки ар бир 15 мүнөттүн ичинде куюу керек болгон флакондогу зарыл болгон эритменин өлчөмүн белгилеп коюу керек, бул талап кылынган стандарттан четтөөнү өз учурунда аныктоого жана күкүрт кычкыл магнезиясынын тамчылатма инфузиясына түзөтүү киргизүүгө мүмкүнчүлүк берет.

2.Прэклампсиянын белгилери болушу мүмкүн болгон симптомдорго ээ болгон ар бир аял клиникалык жана лабораториялык текшерүүдөн өтүшү керек. Кош бойлуу учурдагы гипертензиялык бузулуулардын оордугун жеткире баалабай коюуга жол бербөө үчүн текшерүү стандартын катуу тартипте кармануу керек: белокту бир суткалык жоготуу, артериялык кан басым динамикада.

3.Систолиялык АБ 160 мм сым., мам., жана андан көп болгон аялдар гипотензиялык терапияга муктаж.

4.Кош бойлуу учурдагы, төрөт учурунда жана төрөттөн кийинки мезгил ичиндеги гипертензиялык бузулуулар боюнча учурдагы клиникалык протоколду кайра карап чыгуу зарыл.

5.Прэклампсияда суюктуктун ашыкча болушун төмөндөтүү максатында эгерде башка жоготуулар жүрүп жатпаса (мисалы, кансыроо) инфузияны в/и куюну саатына 80 мл чейин катуу чектөө сунушталат.

3. АКУШЕРДИК СЕПСИС

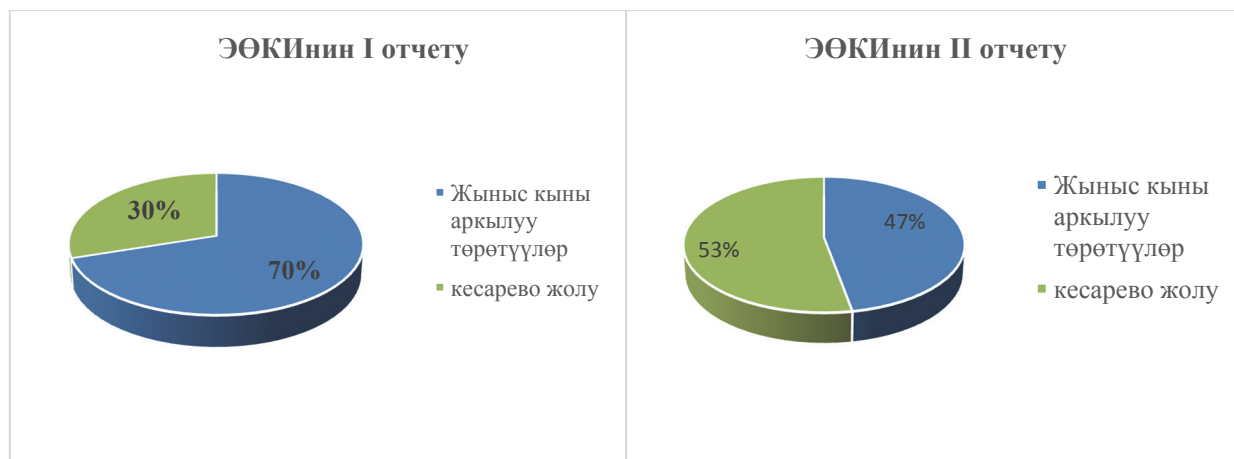
ЭӨКИ Улуттук комитети тарабынан 2014-жылдан 2015-жылга чейинки мезгил ичинде сепсистен көз жумган 21 учур изилденген, бул энелер өлүмүнүн себептеринин структурасында 100 000 тирүү төрөлгөн ымыркайга 6,8 учурду түздү. Салыштыруу үчүн: Улуу Британияда акушердик сепсис 100 000 тирүү төрөлгөн ымыркайга 0,5 учурду түзөт (Кыргыз Республикасына караганда 13,6 эсе аз), ал эми Молдовада – 2,02. 3 учурда сепсистен болгон өлүм 22 жумага чейинки кош бойлуулукта болуп өткөн, анын ичинде 1 учурда 15 жумалык өзүнөн өзү бойдон түшүүдө, 1 учурда – 6 жумалык мөөнөттө кош бойлуулукту жасалма токтотуудан кийин болгон жана 1 аял 16 жумалык мөөнөттө кош бойлуу боюнча көз жумган. Дагы бир аял 24 жумалык мөөнөттө кош бойлуу боюнча жарык дүйнө менен кош айтышкан.

Кош бойлуулукту жасалма токтотуу. Бул отчетто медициналык бойдон алдыруудан кийин болгон аялдын өлүмүнүн бир учуру эске алынган.

Кош бойлуу боюнча көз жумушкан. Жогоруда айтылып өткөндөй, 2 аял 16 жана 24 жумалык мөөнөттө кош бойлуу боюнча көз жумушкан. Эки аял тең ичтин төмөн жагындагы оорутуулар жана түйүлдүктүн ичтен өлүп калышы менен келип түшкөн. Эки учурда тең сепсисти аныктоодо кечигүү байкалган, анткени ооруканага келгендеги жалпы абалы канааттандыраарлык катары бааланган. Дененин температурасынын жогорулашы стационарга келип түшкөндөн кийин 5-8 сааттан кийин белгиленген. Андан кийин инфекциянын күчөп жаткан белгилерине карабастан (дененин температурасынын жогорулашы, ЖЖЖ көбөйүшү, АБ төмөндөшү, жыты бар агындылардын пайда болушу) шашылыш төрөтүү/жаткынды бошотуу тууралуу маселе коюлган эмес, анын жыйынтыгында эки учурда тең кош бойлуулар сепсис шогунун кесепетинен курч жүрөк-өпкө жетишсиздигинен көз жумушат.

Ошентип түйүлдүк ичтен өлүп калган аялдар келип түшкөн учурда дифференциалдык дартты аныктоо жүргүзүү учурунда жыныс жолдорунун сепсиси мүмкүн болгон дартнаама катары каралууга тийиш.

Төрөтүү ыкмасы. 17 учурда сепсистен болгон өлүм төрөттөн кийинки мезгилде, анын ичинде 9 (52,9%) учурда операция жасалган төрөттө, 8 (47,1%) учурда – табигый төрөт жолдору аркылуу төрөтүүдөн кийин болгон. Операция менен төрөтүүнүн бардык учурлары шашылыш тартипте жүргүзүлгөн. ЭӨКИ боюнча Биринчи жана Экинчи отчеттордун салыштырмалуу анализи изилдөө жүргүзүлгөн мезгил ичинде кесарева жолу аркылуу жасалган операциядан кийин сепсистик татаалдашуулардын санын көбөйүшүн көрсөтүп жатат (22-сүр.).



22-сүр. Акушердик сепсистеги төрөтүү ыкмасы

Төрөттөн кийинки акушердик сепсистин 17 учурунун ичинен 15де (88,2%) аялдар төрөттөн кийинки кеч мезгилде каза болушкан жана 2 (11,8%) учурда – төрөгөндөн кийинки биринчи суткада көз жумушкан (11-таблица).

12 учурда төрөгөн аялдар төрөт стационарларынан канааттандыраарлык абалда чыгышкан, алардын ичинен 7сү –стационарга инфекциянын белгилери менен кайра жатып калышкан.

10 (58,8%) учурда төрөт айына жеткен мөөнөттө болсо, 7 (41,2%) – айына жеткен эмес. Мөөнөтүнөн мурда төрөтүүнүн бардык учурлары айкалышкан акушердик татаалдашуулары бар аялдарда болуп өткөн (тондун мөөнөтүнөн мурда ажырашы+кансыроо+ түйүлдүктүн антенаталдык өлүмү).

Кош бойлуулук мезгили, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгилге жараша сепсистен болгон өлүм жыйынтыктары

11-таблица

Кош бойлуулуктун жана төрөттүн мезгилдери	Абс.	Сал.
Медициналык бойдон алдыруудан кийин 6 жумалык мөөнөттө	1	4,8
15 жумалык мөөнөттө өзүнөн өзү бойдон түшкөндөн кийин	1	4,8
Кош бойлуу боюнча көз жумгандар:	2	9,5
• 20 жумага чейин	1	
• 20 жумадан көп	1	
Төрөгөндөн кийин:	17	80,9
• биринчи 24 саатта	2	
• 1-7күн	1	
• 7-15күн	9	
• 15-42	5	
БАРДЫГЫ	21	100

Сепсистен болгон өлүмдүн бардык учурларында аз кандуулук байкалган, анын ичинде 6 учурда – оор даражадагы аз кандуулук (Нв 60г/л төмөн). 6 учурда түйүлдүк челинин мөөнөтүнүн мурда айрылышы жана хориоамнионит (12-таблица) байкалган.

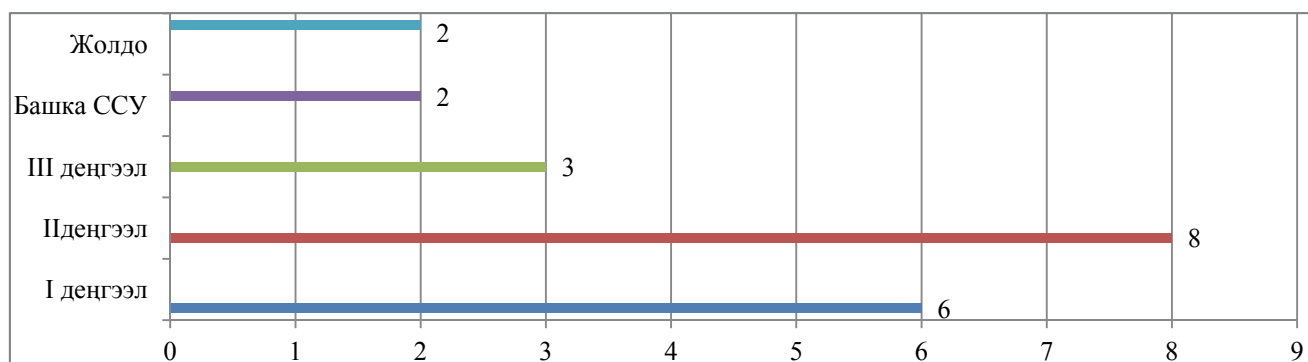
Акушердик татаалдашуулар/коштогон оорулар

12-таблица

Акушердик татаалдашуулар/коштогон оорулар	Абс.	Сал.
Аз кандуулук	21	100
Алардын ичинен оор даражадагы	6	28,6
Тондун ажырашы жана кансыроо	8	38,1
Түйүлдүк челинин мөөнөтүнөн мурда айрылышы	6	28,6
Хориоамнионит	6	28,6
Оор преэклампсия	6	28,6
Эклампсия	2	9,5
Өнөкөт пиелонефрит	4	19,0

Төрөттөн кийинки сепсистин 17 учурунун ичинен 12синде (70,6%) гистерэктомия жүргүзүлгөн, анда полиоргандык жетишсиздик, анын ичинде оорукана ичиндеги пневмония аныкталган. Бардык төрөгөн 12 аял операциялык дарылоого оор, туруктуу эмес абалда, анын ичинде 4 учурда эстен танган (кома) абалда алынган. Андан тышкары 3 учурда аялдарга кансыроо боюнча кайтадан операцияга жасалган.

Көп учурда сепсис боюнча жагымсыз жыйынтыктар акушердик жардам көрсөтүүнүн II (8 учур – 38,1%) жана I (6 учур – 28,6%) деңгээлдеринде жүргөн (23-сүр.).



23-сүр. Аял көз жумган жер

Өлүм менен аяктаган учурларды иликтеп жана сурама баракчаларды дыкат окуп чыккан учурда бардык төрөткө көмөктөшүүчү уюмдардагы инфекциялык татаалдашууларда шашылыш акушердик жардамдуу уюштуруудагы окшош көйгөйлөр аныкталды.

1-көйгөй. Хориоамнионит, эндометрит жана төрөттөн кийинки сепсисти дарылоодо антибиотиктерди рационалдуу эмес пайдалануу

Инфекциянын белгилери бар болгон учурда дарылоо иш чаралары улуттук стандартка дал келген эмес, анын ичинде 12 (60%) учурда төрөттөн кийин антибиотиктерди рационалдуу пайдалануудагы дал келишпестиктер белгиленген: узакка созулган монотерапия, резервдер тобунан алынган антибиотиктердин старттык терапиясы үчүн пайдалануу. Сурама баракчаларда туугандары антибиотиктерди өздөрүнүн акчаларына сатып алышкандыгын, анткени ооруканада ал дарылар жок болгондугун белгилешкен. Бир дагы учурда төрөт учурунда жана төрөттөн кийин антибиотиктер инфекцияны бактериологиялык тастыктоодон кийин дайындалган эмес. Улуттук клиникалык протокол боюнча мындай учурларда эмпирикалык жестарттык антимикуробдук терапия принциби колдонулат, анда

кеңири таасир этүүчү антибиотиктер дайындалат (козгогучтардын бүтүндөй божомолдуу тармагын жаба турган 2-3 антибиотик). Бул учурларда улуттук клиникалык проткол боюнча эмпирикалык терапия схемасы: парентералдык ичүү –ар бир 8 саатта: 900 мг клиндамицин + суткасына 1 жолу 5 мг/кг гентамицин) дайындоо болуп саналат.

Абдан көп учурда бир антибиотикти башкасына алмаштыруу абал начарлаганда, 1-2 күндүк аралык менен, козгогучту жана антибиотиктин ага болгон сезгичтигин микробиологиялык аныктамасыз жүргүзүлгөн.

2-көйгөй. Кесарева аркылуу операция жасоо учурундагы Операция мезгилинин ичиндеги антибиотикопрофилактика (ОАП)

90% учурларда операция мезгилинин ичиндеги антибиотикопрофилактика стандарт боюнча жүргүзүлгөн эмес же бардык ыкчам төрөттөрдүн учурлары шашылыш жасалгандыгына байланыштуу такыр эле жасалган эмес. Операция мезгилинин ичиндеги антибиотикопрофилактика баланы алып чыккандан кийин операция учурунда же операциядан кийин жүргүзүлгөн. Эл аралык жана улуттук сунуштар боюнча ОАП ал терини кескенге чейин/операцияга чейин 30-60 мүнөт калганда, шашылыш учурларда операция башталаардын алдында, бирок жатынды кескенге чейин жасалганда натыйжалуулугу жогору болот.

3-көйгөй. Инфекция белгилери менен жабыркаган төрөгөн аялдардын төрөттөн кийинки мезгилдеги медициналык жардам алышы

Төрөт бөлүмдөрүнөн чыгарылган 12 аялдын ичинен 7сү стационарга кайрадан келишкен. Стационарга кайра кайрылган бардык учурларда ооруканага жаткыруудагы жана медициналык жардам көрсөтүүдөгү кечиктирүүлөр белгиленген: 3 учурда амбулатордук деңгээлге кайрылган учурда аялдарга телефон аркылуу гана кеңеш берилген, 4дө – акушердик сепсис менен келген аялды кайсы дарылоо мекемесине жаткыруу зарыл экендиги тууралуу маселе көпкө чейин чечилген. Ошондуктан бул аялдар стационарга өтө оор абалда келип түшкөн, алардын бири жолдо бара жатканда көз жумган. ЭӨКИ улуттук комитети тарабынан үйдөн стационарга келип түшкөн учурда кечиктирүү жана абалдын оордугун жеткире баалабагандык белгиленген.

Акушердик сепсистен көз жумган 19 (90,5%)учурда төрөттөн кийинки патронаж жок болгон, анын ичинде акушердик татаалдашуулары барлар, анын ичинде кесарево жолу аркылуу төрөгөндөр болгон.

5-көйгөй. Төрөттөн кийинки мезгил ичинде инфекциянын коркунучтуу белгилери тууралуу маалыматтуулугу

Каза тапкан аялдардын туугандары жана жакындары 13 (61,9%) учурдасурама баракчаларында төмөндөгүлөрдү белгилешкен: “эгерде биз бул ушундай олуттуу экендигин билсек, ооруканага эртерээк кайрылмак экенбиз”, “ал эки күн боюу түшүнүксүз абалда болду, калчылдап чыйрыгып жатты, биз эмне кылуу керектигин билген жокпуз”, “ал (көз жумган аял) баладан улам эч жакка баргысы келген жок” ж.б.

22/2 учур: Өз алдынча төрөгөндөн кийин 3-суткада канааттандыраарлык абалда ооруканадан чыгарылган. Төрөттөн кийинки 28-суткада стационарга инфекциянын белгилери менен келип түшкөн. Туугандарынын сурама баракчаларында: аялда төрөгөндөн кийин бир жумадан кийин дем кыстыгуу пайда болгондугу, жыныс кынынан сары-жашыл агындылар келгендиги, башы айланып жана эсинен тангандыгы жазылган. Алар аялга эмне болгонун, кайда кайрылуу керектигин билишкен эмес. Аялдын абалы начарлаган учурда “тез жардам” чакырышкан.

СЕПСИС БОЮНЧА СУНУШТАР

1. II стационардык деңгээлдердин жетекчилери инфекциялык көзөмөлдөө адистери менен биргеликте алдын алуу иш-чараларынын системасын жакшыртышы жана акушердик инфекцияларда антибиотиктерге карата козгогучтун сезгичтигине микробиологиялык аныктоо механизмдин иштеп чыгышы керек.

2. Акушердик инфекцияны дарылоодо антибиотиктерди улуттук клиникалык протокол боюнча колдонуу зарыл. Аялда төрөт учурунда жана төрөгөндөн кийин инфекциянын белгилери бар болгон учурда кеңири таасир этүүчү тармактагы антибиотиктерди дайындоо керек, б.а. оорунун этиологиясын тактап жана антибиотиктерге сезгичтигин аныктаганга чейин эмприкалык (парентералдык ичүү: ар бир 8 саатта: 900 мг клиндамицин + суткасына 1 жолу 5 мг/кг гентамицин) дайындоо. Сепсистик шокто кеңири тармактагы/эмприкалык антибиотиктер биринчи 30 мүн., дайындалышы керек.

3. Операция мезгилиндеги антибиотикопрофилактика (ОАП) операция/кесүү башталганга чейин 30-60 мүн. ичинде жүргүзүлүүгө тийиш (цефалоспориндер 1-2 муун: цефазолин 1гр. вена ичине; эгерде бейтаптын дене салмагы 80 кг көп болсо – 2 гр цефазолин). Операция шашылыш болгон учурда операция башталганга чейин жакынкы арада же операция учурунда жатынды кескенге чейин ОАП жасап калууга жетишүү керек.

4. Баштапкы медико-санитардык жардам (ҮДБ/ҮДТ/ФАП) адистери төмөндөгү төрөгөн аялдарды милдеттүү түрдө төрөттөн кийин кыдырып текшерүүлөрү керек: оор презклампсия менен кесарево жолу аркылуу операция жасалгандарды; эгерде тондун ажырашы түйүлдүктүн антенаталдык өлүмү менен орун алган болсо, көп кан кетсе, гемотрансфузия, хориоамнионит, төрөттөн кийинки инфекциялары бар аялдарды. Стационардык деңгээлдеги медициналык кызматкерлер жогоруда эскертилген татаалдашуулары менен төрөгөн аялдарды аларды сөзсүз кыдырып текшерүү үчүн амбулатордук деңгээлге өткөрүп берүүлөрү керек.

5. Баштапкы медико-санитардык жардам деңгээлинде (ҮДБ/ҮДТ/ФАП) кош бойлуу учурдагы жана төрөттөн кийинки инфекциянын белгилери тууралуу маалыматтык материалды таркатуу тажрыйбасын алар көйгөйлөр пайда болгон учурда кайрыла ала турган уюмду көрсөтүү менен колдонуу.

4. ӨПКӨ АРТЕРИЯСЫНЫН ТРОМБОЭМБОЛИЯСЫ/ТҮЙҮЛДҮКТҮН АЙЛАНАСЫНДГЫ СУУЛАРДЫН ЭМБОЛИЯСЫ

Энелер өлүмүнүн *Түз себептеринин* структурасында өпкө артериясынын тромбоэмболиясы/түйүлдүктүн айланасындагы суулардын эмболиясы, кансыроо, ОДП жана сепсистен кийин төртүнчү орунда турат. Отчеттук мезгил ичинде бардыгы 8 (5,4%) аял каза тапкан, бул 100 000 тирүү төрөлгөн ымыркайга 2,5 учурду түздү. Салыштыруу үчүн: Бириккен Королдукта бул көрсөткүч 100 000 тирүү төрөлгөн ымыркайга 1,56 учурду түзөт. Ушул бөлүмдө сүрөттөлгөн 8 өлүмдүн ичинен 7өө ӨАТЭге, 1- түйүлдүктүн айланасындагы суулардын эмболиясына киргизилген.

8 учурдун ичинен 3 аял кош бойлуу боюнча көз жумушкан, анын ичинде 2 – гестациянын айына жеткен мөөнөтүндө, 1 – 35-36 жумалык кош бойлуулук мөөнөтүндө; 5 – төрөгөндөн кийин 7-20-суткада каза болушкан.

1-көйгөй. Вена тромбоэмболиясынын (ВТЭ) коркунуч факторлорун баалоо жана өпкө артериясынын тромбэмболиясы (ӨАТЭ)

Медициналык кызматкерлер аялдар кош бойлуулуктун башынан тарта эле тромбоэмболия коркунучуна дуушар болуп жаткандыгын билүүгө тийиш. Бардык аялдар вена тромбоэмболиясынын (ВТЭ) коркунуч факторлорун документалдуу баалоодон өтүүгө тийиш. Бул баалоо эгерде аял стационарга же анда башка коштогон көйгөйлөр пайда болсо кайтадан жүргүзүлүшү керек. Талап кылынган баалоо, тилекке каршы ушул топтогу аялдардын өлүмүнүн бир дагы учурунда жүргүзүлгөн эмес, ага ылайык ТЭНун алдын алуу жасалган эмес. Ошол эле учурда көз жумган аялдардын ичинде 35 жаштан жогорку курак 4 (50%) учурда болгон, ДСИ 4 (50%) учурда – 30дан көп болгон. Төрөгөндөн кийин көз жумган 3 аялдын ичинен 2сү кесарево жолу аркылуу операция жасоо менен төрөтүлгөн.

71-учур. Кайталанган кош бойлуулук менен (9-кош бойлуулук, алдыдагы төрөтү бчы), IV даражадагы (ДСИ – 43,75) толуп кетүү, буттарынын жана тышкы жыныс органдарынын веналарынын кеңейүүсү менен төрөт үйүнө 38 жумалык кош бойлуулук мөөнөтүндө түйүлдүктүн айланасындагы суулардын төрөгөнгө чейин кетип калышы менен келип түшкөн. Төрөт ишмердүүлүгүн начардыгына байланыштуу шашылыш түрдө операция жасалган. Наркоз – жүлүн-мээ анестезиясы. Операция өзгөчөлүктөрсүз өткөн. Операциядан 18 саат өткөндөн кийин, баланы эмизип жаткан учурда аял капыстан өзүн начар сезип, көгөрүп калган, дем алуусу токтогон. Жандандыруу иш-чаралары башталган. Жүргүзүлгөн иш-чараларга карабастан биологиялык өлүм болгон.

Бул аял тромбоэмболиялык татаалдашуулардын (4-даражадагы толуп кетүү, операция аркылуу дарылоо, көп төрөгөн аял) жогорку тобунда турган, бирок байкоо жүргүзүүнүн бир дагы баскычында ага ӨАТЭнин алдын алуу дайындалбайт. Төрөп жаткан учурда жана кесарево жолу аркылуу операция учурунда дагы, кооптуу топтогу бейтап экендигине карабастан буттарга эластикалык компрессия сыяктуу эң эле жөнөкөй жана чыгымсыз сунуштар сакталбайт.

2-көйгөй. Аялдын өлүм учурунда кесарево жолу аркылуу операция жасоо (perimortem cesarean section)

ЭӨКИ Улуттук комитети операция жолу аркылуу төрөтүү көйгөйүн карап жатып, баланын өмүрүн сактап калуу максатында аялдын өлүм учурунда айына жеткен же дээрлик айына жетип калган мөөнөтүндө кесарево жолу аркылуу кесүү сыяктуу маселени чечүүнүн зарылчылыгы келип чыкты деп эсептейт. Мындан тышкары, кош бойлуу жатындын көрүнүшүндө жүрөк-өпкө жандандыруусунун натыйжасы аз, ошондуктан 24 жумадан кийинки кош бойлуулукка өлүм учурундагы аялга (жүрөгү жана дем алуусу токтогон) жасалган кесарево жолу аркылуу операция баланы сактап калуу максатында эле эмес, ошондой эле аялды ийгиликтүү жандандыруунун мүмкүнчүлүктөрүн жогорулатуу үчүн дагы жасалат. Отчеттук мезгил ичинде ушул топтогу каза тапкан 8 аялдын ичинен 3сү кош бойлуу боюнча, анын ичинде 2- гестациянын айына жеткен мөөнөтүндө, 1 – 35-36 жумалык мөөнөттөкөз жумушкан, мындай учурда балким балдардын өмүрүн сактап калууга жана жүргүзүлүп жаткан кардио-пульмоналдык жандандыруунун натыйжалуулугун жогорулатууга мүмкүнчүлүк бере турган өлүм учурундагы кесарево аркылуу операция жасоонун зарылчылыгы тууралуу маселе каралыш керек эле.

8-учур. Кайталанган кош бойлуулуктагы, буттарынын веналарынын варикоздук кеңейүүсү менен жабыркаган аял 40 жумалык мөөнөттө төрөттүн белгилери менен келип түшкөн. Дем соолугу толугу менен жакшы болуп туруп эле, жалпы абалы кескин начарлашы байкалат: көкүрөк тушу ооруп, деми кыстыгат, эсинен танат. Башталган жандандыруу иш-чаралары натыйжа берген жок. 42 мүнөттөн кийин биологиялык өлүм тастыкталган. Аял гестациянын айына жеткен мөөнөтүндө кош бойлуу боюнча көз жумду. Сурама баракчага көз жумган

аялдын күйөөсү өкүнүү менен: “Бул көптөн күткөн бала эле. Менин аялымды сактап кала алышкан жок, бирок баланы сактап калууга болот эле, ал аны тогуз ай көтөргөн. Дарыгерлерде убакыт бар болчу. Мен аялым да, уулум да жок калдым”, -деп жазат.

ӨАТЭ/ТҮЙҮЛДҮКТҮН АЙЛАНАСЫНДАГЫ СУУЛАРДЫН ЭМБОЛИЯСЫ БОЮНЧА СУНУШТАР

1. Медициналык кызматкерлер аялдар кош бойлуулуктун башынан тарта эле тромбоэмболия коркунучуна дуушар болуп жаткандыгын билүүгө тийиш. Бардык аялдар вена тромбоэмболиясынын (ВТЭ) коркунуч факторлорун документалдуу баалоодон өтүүгө тийиш:
 - кош бойлуулуктун эрте мөөнөттөрүндө же кош бойлуу болгонго чейин
 - ооруканага кайсы гана себеп боюнча жатканда
 - кайталап, анын ичинде түздөн-түз операциянын алдында жана андан кийин
 - кайталап, анын ичинде төрөгөнгө чейин же төрөт учурунда (№2 тиркеме)
2. Аялдын өлүм учурунда кесарево жолу аркылуу операция жасоо боюнча колдонмо түзүүнүн кечиктирилгис зарылчылыгы бар. Өлүм учурунда кесарево жолу аркылуу операция жасоо кош бойлуулуктун экинчи жарымында токтоп калган кайсы гана болбосун аялды жандандыруу процедурасынын бир бөлүгү болуп саналат, ошондуктан ал энеге жандандыруу жүргүзүүнү жеңилдетүү үчүн жасалышы керек.

5. АНЕСТЕЗИЯ ЖАНА ЖАНДАНДЫРУУ

ЭӨКИ Улуттук комитетинин анестезиология жана жандандыруу тармагындагы эксперттер тарабынан анестезиологиялык жана жандандыруу иш-чаралары жүргүзүлгөн 92 учур каралган. Анестезия жана жандандыруу менен түздөн түз байланышкан көйгөйлөрдүн жыйынтыгында келип чыккан эне өлүмүнүн 6 учуру жана өлүм менен аякташына же интраоперациялык анестезиологиялык кароо же операциядан кийинки жандандыруу кароосу таасирин тийгизиши мүмкүн болгон 35 өлүм учуру аныкталган. Бул өлүмдөр ушул Отчеттун тиешелүү бөлүмдөрүндө аныкталган, бирок алардан алууга боло турган анестезиологдор үчүн сабактар бул жерге киргизилген.

Анестезия/жандандыруудан болгон өлүмдөр

Бул Отчетто анестезия жана жандандыруу менен түздөн түз байланышкан 6 өлүм эске алынган, бул энелер өлүмүнүн себептеринин структурасында 5,7%ды түздү (100 000 тирүү төрөлгөн ымыркайга 1,9 учур), анын ичинде кесарева жолу аркылуу операция жасоо учурунда жүлүн мээ анестезиясын (ЖМА) жүргүзүү менен байланышкан татаалдашуулардан 4 өлүм жана акырек астындагы артерияга катетеризация өткөрүү менен 2 учурда (13-таблица).

Анестезия жана жандандыруу себептери боюнча түз өлүмдөр

13-таблица

Анестезия жана жандандыруу себеби боюнча түз өлүмдөр	Түз өлүмдөрдүн жалпы саны	Түз себептердин жалпы санына көрсөткүч (%)	100.000 тирүү төрөлгөн балага көрсөткүч
6	106	5,7%	1,9

1-көйгөй. Бийик жүлүн блогу: дартты кечиктирип аныктоо

Биздин өлкөдө 2014-жылдан баштап кесарева жол аркылуу операцияларда жүлүн мээ анестезиясы активдүү жайылтылып келе жатат. Ошол эле учурда оорунуөткөргүч басаңдатууларынын жыштыгынын көбөйүшү менен анын белгилүү бир татаалдашууларынын келип чыгышы дагы байкалууда. ЖМА астында жасалган операция аркылуу төрөтүлгөн 3 учурда бийик жүлүн блогунун кеч аныкталышы белгиленген, анын келип чыгуусунун себеби, анестетиктин жүлүн мээсинин моюн сегменттерине (С2-С3) жетип калышы болуп саналат. Бийик жүлүн блогуна мүнөздүү:

- Оор гипотензия – жапырт симпатиялык блоктун көрүнүшүндөгү оорвазодилатация
- Кабыргалардын ортосундагы булчуңдардын сенектиги
- Тилдин булдурукташы, терең гипоксиянын жыйынтыгында аң-сезимдин өзгөрүшү
- Дем алуу токтоп калганга чейин жеткен дем алуунун оорлошу – дем алуу борборунун ишемиясынын көрүнүшүндө
- Брадикардия – жүрөктү симпатиялык стимуляциянын жок болушу
- Адекваттуу эмес дарылоодо – жүрөк токтойт
- Бийик жүлүн мээ блокадасынын өнүгүүсүнө бир канча факторлор таасирин тийгизет, анын ичинде анестетиктин жалпы өлчөмү, төрөп жаткан аялдын жатышы, эритменин салыштырмалуу тыгыздыгы

1 учурда медициналык кызматкерлер бейтаптын абалы өпкө артериясынын тромболэмболиясы менен байланыштуу деп эсептөө менен бийик жүлүн блогун аныктай алышкан эмес.

Бардык 4 операция шашылыш түрдө, жатындагы тырык – 2 учурда, 1 учурда – клиникалык кууш жамбаш, төрөттү стимулдаштыруудан натыйжа жок болгон 1 учурда жасалган. Бардык учурларда айына жеткен кош бойлуулуктар болгон. Жогоруда белгиленген бир дагы учурда ортокавалдык компрессиянын алдын алуу үчүн жатындын сол абалы берилген эмес.

4 учурдун бирөөсүндө дагы ЖМА учурундагы байкоо жүргүзүүнүн талап кылынган стандарты сакталган эмес, анын маанилүү бөлүгү АБга дыкат мониторинг жүргүзүү болуп саналат. №3 тиркемеде зарыл болгон жабдуу жана инструментарийлердин тизмеси, ошондой эле ЖМА жасоо учурунда аялдын абалына мониторинг жүргүзүү протоколу менен тааныштырылган.

2-көйгөй. Бийик жүлүн блогу: гипотонияны туура эмес коррекциялоо

2 учурда гипотониянын өз учурунда аныкталбагандыгы менен катар, аны туура эмес коррекциялоо жүргүзүлгөн.

75-учур. Кайталанган кош бойлуулук менен жаткан аялга, жатындагы тырык боюнча шашылыш түрдө кесарево жолу аркылуу операция жасоо милдети турган. Наркоз – жүлүн мээ анестезиясы. Операция башталгандан кийин 5 мүнөттөн соң оорулуу дем жутуунун кыйындагандыгын, абанын жетпей жаткандыгын айтат, АБ 60/30 мм сым., мам., чейин, ЖЖЖ 60 согуу/мүн., чейин байкалат. Кекиртекке интубация өткөрүлүп жана өпкөнү жасалма желдетүүгө которушат, вена ичиндексеметазон, преднизолон, супрастин, мезатон куюлат.

Жүргүзүлүп жаткан терапияга карабастан, оорулуунун абалы тынымсыз начарлай берген, жүрөк ишмердүүлүгү токтоп калган. Операциядан кийинки мезгил ичинде бейтап аялдын абалы мээдеги комага байланыштуу оор боюнча кала берген.

Бул учурда гипотонияны кечигип аныктоо менен катар бийик жүлүн блогундагы аракеттер алгоритми сакталган эмес: терең гипотония жана брадикардияда ылайыксыз вазопрессор (мезатон) тандалган. Бул учурда зарыл болгон вазопрессор (адреналин) жана холиноблокатор (атропин) жүрөк ишмердүүлүгү токтогондон кийин гана пайдаланылган. Адреналин жана атропинди өз учурунда куюу жүрөктүн токтоп калышына алып келбейт эле (№3 тиркеме).

3-көйгөй. Акырек астына катетеризация өткөрүү стандартын сактабоо

Акырек астына катетеризация өткөрүү өз учурунда коррекция кылбаса бейтаптын өлүмүнө алып келиши мүмкүн болгон гемо/пневмоторокс сыяктуу татаалдашуулар менен коштолушу мүмкүн. Бул процедураны жүргүзүү стандарты катетеризацияны УҮИ же рентгенография менен сөзсүз көзөмөлдөөнү камтыйт, бул учурлардын бирөөсүндө дагы жасалган эмес.

АНЕСТЕЗИЯ/ЖАНДАНДЫРУУ ТҮРТКҮ БОЛГОН ӨЛҮМ УЧУРЛАРЫ

Жогоруда айтылгандай, 2 жылдык отчеттук мезгил ичинде сабак алуу керек болгон анестезия/жандандыруу жүргүзүү менен байланышкан энелер өлүмүнүн 34 учуру орун алган. Бул өлүмдөр төмөндөгү категорияларда каралган:

- Ич көңдөйүндөгү уланып жаткан кансыроону кечигип аныктоо
- Акушердик кансыроону дарылоо

Ич көңдөйүндөгү уланып жаткан кансыроону кечигип аныктоо

Операциядан кийинки жана жандандыруу бөлүмүндөгү сапатсыз байкоо жүргүзүүнүн жыйынтыгындагы 6 учурда уланып жаткан кансыроону кечигип аныктоо орун алган.

69-учур. Кайталанган кош бойлуулук, преэклампсия (АБ келип түшкөн учурда 170/120 мм сым., мам.) менен келген аял, тондун ажырашы боюнча шашылыш түрдө операциялык дарылоого алынган. Интраоперациялык–Кувеллер жатыны, кесарево жолу аркылуу операция жасалып, жатын алынып салынган. Жалпы кан жоготуу 2000 мл түзгөн. Операциядан кийинки мезгил ичинде аң-сезими чаташып, нускамаларды алсыз аткарган. АБ 140/70 мм сым., мам., ЖЖЖ-120; мүнөтүнө ДЖ 130 га чейин өсүшү белгиленип жатат. 8 сааттан кийин оорулуу курсак көңдөйүндөгү кансыроо боюнча кайрадан операцияга алынат. Операциядан кийинки мезгил ичинде абалы өтө оор, өпкөнүн узартылган жасалма желдетүүсүндө жатты, бөйрөк жетишсиздиги башталган. Реллапаротомиядан кийинки экинчи суткада каза болгон.

Ушул учурда АБ деңгээли оорулуунун канааттандыраарлык абалынын критерийи боло албастыгын эстен чыгарбаш керек болчу, анткени бейтап аялда оор даражадагы преэклампсия бар болчу жана келип түшкөн учурда АБ 170/120 мм сым., мам., болчу. Артериялык кан басымдын “норманын чегинде” сакталып турушу оорулууну кароонун туура эмес тактикасын аныктаган жана жашыруун кансыроону кеч аныктоого жана дарылоого алып келген. Уланып жаткан кансыроонун тахикардия, тахипноэ, перифериялык кан тамырлардын толунунун төмөндөшү сыяктуу классикалык белгилери дагы эле тоготулбай келе жатат.

Акушердик кансыроону дарылоо

Биздин өлкөдө саламаттык сактоо уюмдарында термостаттар жоктугуна байланыштуу, инфузиялык эритмелерди жылытуу эритме куюлган флакондор салынуучу болгону ысык суу куюлган идиштердин жардамы аркылуу же батареялар, же нурдун жылуулугундагы

лампанын астына коюу менен жүргүзүлүп келе жатат. 12 учурда медициналык кызматкерлер “эритмелерди жылытуу ысык суу куюлган идиштерде жүргүзүлө тургандыгын, ошол эле учурда биз эритмелердин температурасын көзөмөлдөй албайбыз, мындай жылытууда биз өзүбүздү тынчтандырып жана алдайбыз”, “көп куюуга туура келген, санитаркалар эритмелерди жылытканга жетишпей жатышты, бизге эритмелерди жылытпай куюуга туура келди” деп өкүнүү менен белгилешкен.

Жандандыруу иш-чаралары жүргүзүлүп жаткан бейтаптар жылуу кармалышы жана жакшылап жытылышы керек. Жылытууну дарылоонун компоненттеринин бири катары кароо керек, анткени дененин температурасынын 33⁰Сдан төмөн болушу коагуляциянын факторлорунун нормалдуу деңгээлдеринин бар экендигине карабастан коагулопатияны пайда кылат. Ошентип кансыроо менен татаалдашкан 4 учурда гипотермия белгиленген.

Эгерде интраоперациялык кансыроодон кийин тахикардия сакталып турса, аял хирург менен анестезиолог анын абалынын туруктуулугуна көздөрү жетпейинче операция залында кала бериши керек.

37-учур. Кайталанган кош бойлуулуктагы аял тондун ажырашына байланыштуу кесарева аркылуу операция жасоо менен шашылыш түрдө төрөтүлгөн. Жалпы кан жоготуу 1000 мл түзгөн. Операциядан кийинки мезгил ичинде оорулуунун абалы өтө оор боюнча калып жатты, дем алуусу аппаратта, териси кескин кубарган, бүт денесинде көрүнүп турган шишиктер. Гипотермиянын 35⁰С чейинки көрүнүшүндө тигиштерден кан чыгып жатат, таңуулар геморрагикалык суюктукка чыланып калган, дренаж боюнча – 150 мл илээшме-геморрагикалык суюктук. Ли Уайт боюнча убакыт – 15 мүн. Оорулуу уланып жаткан кансыроо боюнча кайтадан операцияга алынат.

АНЕСТЕЗИЯ/ЖАНДАНДЫРУУ БОЮНЧА СУНУШТАР

1. Мониторинг жүлүнгө жасалган анестезиянын абдан маанилүү бөлүгү болуп саналаарын эстен чыгарбоо керек. Өмүр үчүн маанилүү болгон функцияларга туруктуу мониторинг жүргүзүү блоктун симптомдорун өз учурунда аныктоого жана коррекция жүргүзүүгө мүмкүнчүлүк берет. ЖМА жүргүзүү процедурасынын коопсуздугун камсыздоочу бардык жазылган чараларды так сактоо маанилүү.
2. Акырек астындагы венага катетер койгондон кийин акырек катетерин орнотуунун сапатын ушул медициналык процедура учурундагы мүмкүн болгон татаалдашууларды жокко чыгарууга мүмкүнчүлүк бере турган же ультра үндүү изилдөө, же рентген-изилдөө аркылуу текшерүү керек. УҮИ же рентген жасоо мүмкүнчүлүгү жок болгон учурда – катетеризация орнотпоо керек.
3. Вена ичине куюла турган суюктуктун чоң көлөмдөрү сөзсүз куярдын алдында жылытылышы керек.
4. Курсак көңдөйүндөгү кансыроолордо гипотензия уланып жаткан кансыроолордун кеч белгиси болуп саналат. Акыл-эстин бузулушу, тахикардия, тахипноэ, перифериялык кан тамырлардын толунунун төмөндөөсүндө уланып жаткан курсак көңдөйүндөгү кансыроолордон шектенүү жана аны жокко чыгаруу керек.

ЭНЕЛЕР ӨЛҮМҮНҮН КЫЙЫР СЕБЕПТЕРИ

Акушердик себептер менен кыйыр түрдө байланышта болгон өлүм – бул мурда болгон оорунун же кош бойлуу учурда өөрчүгөн оорунун жыйынтыгында акушердик түздөн түз себептер менен байланышпаган, бирок кош бойлуулуктун физиологиялык таасири астында оорлогон өлүм.

Энелер өлүмүнүн себептеринин структурасында ЭӨКИ улуттук комитетинин 2014-2015-ж., маалыматтары боюнча *Кыйыр себептер* кансыроолордон кийин экинчи орунду ээлеген. Бардыгы болуп 35 (23,6%) аял көз жумган.

Өлүмдүн себептери боюнча топ 2 тайпага бөлүнгөн, анын биринчисине кош бойлуулук менен байланышпаган инфекциялардын жыйынтыгында көз жумган аялдар кирген – 21 (60,0%), экинчисине – кош бойлуулуктун өтүшүн оорлоткон мурдагы энелик патологиянын жыйынтыгында каза болгон аялдар кирген – 14 (40,0%).

Сегиз аял пневмониядан көз жумган, анын ичинде 5 –бактериалдык инфекциядан, 3 – өпкөнүн кургак учугунан каза тапкан. Бардык 8 учурда оору кош бойлуулук учурда өнүккөн, аялдар өздөрүн 3 күндөн 5 жумага чейин оорулуу деп эсептешкен. Оорунун айрыкча жылдын суук мезгилинде болгон мезгилдүүлүгү, кош бойлуулардын дарыгерге оорунун алдында пайда болгон грипп, суук тийүү, КРО боюнча көп жолу барышыөзүнө көңүл бурдурут.

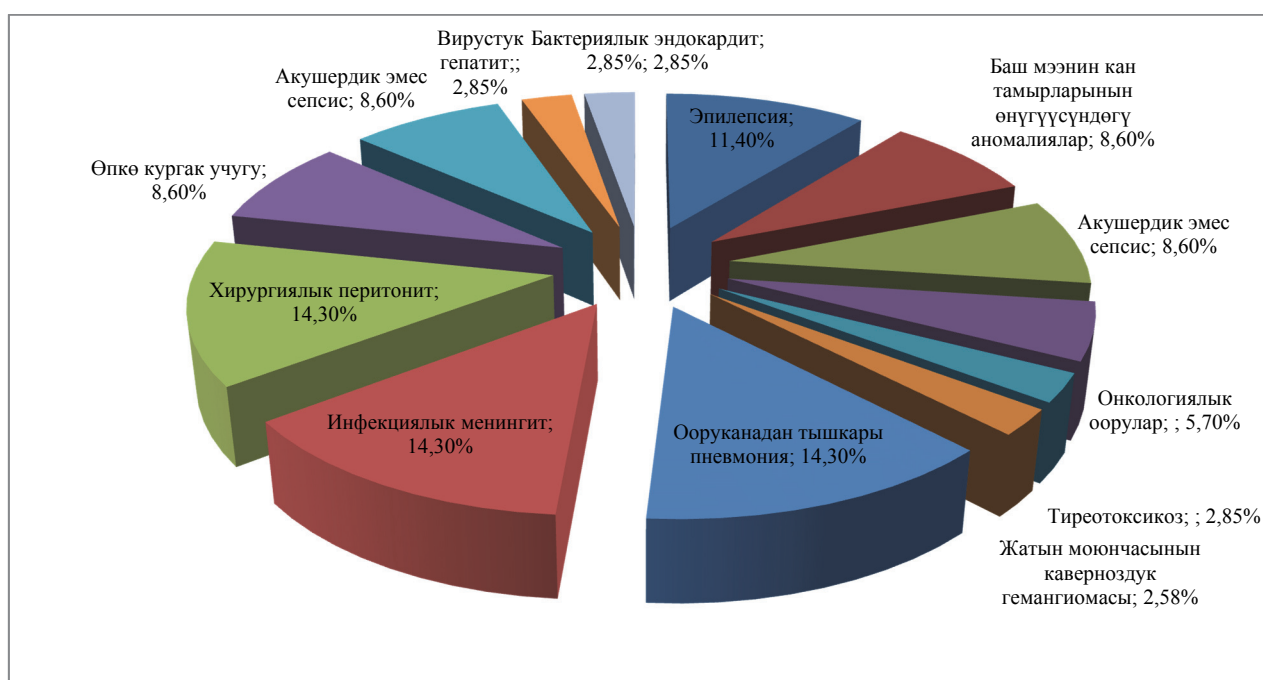
5 аялдын өлүмүнө менингит себепчи болгон, бардык аялдар кош бойлуу боюнча көз жумушкан, алардын ичинде бирөөсүнүкү эгиздер болгон.

3 аял акушердик эмес сепсистен көз жумган, анын ичинде 2 учурда бөйрөк оорусунун, 1 учурда –ооз көндөйү жана моюндун – отодонтогендик ириндүү-некротикалык флегмонасынын жыйынтыгында жан беришкен.

Хирургиялык перитониттин кесепеттеринен 3 аял көз жумган, анын ичинде 1 –аппендицит, 2 – курч ичеги бүтөлүүсүнүн жыйынтыгында каза тапкан. Бардык учурларда өзгөчө кош бойлуу жатындын көрүнүшүндө аныктоо оор болгон дартты кечигип аныктоо белгиленген.

1 аял бактериялык эндокардиттен жана 1 – вирусдук гепатиттен (24-сүр.) көз жумган.

Изилдөө мезгили ичинде эпилепсиядан төрт аял көз жумган. Үч аялдын өлүмү баш мээнин кан тамырларынын өнүгүүсүндөгү аномалиялары менен, үчөөнүкү – кардиологиялык көйгөйлөр менен байланышта болгон.



24-сүр. Кыйыр себептердин структурасы

1- көйгөй. Зарыл болгон кызматтардан пайдалануунун чектелиши

Кош бойлуу учурда бир катар ооруларды аныктоо өзүнүн татаалдыгы менен айырмаланат, анткени бул аялдарга кеңеш берүү алар биринчи эле кайрылган учурда эң эле жогорку деңгээлдеги адис тарабынан жүргүзүлүшү керек, ал эми оруканага болсо – профилдик мекемеге жаткырылууга тийиш. Ушул жөнөкөй эрежелер сакталбаган учурда убакыт жоголот, кош бойлуунун жалпы абалы тынымсыз начарлайт жана дарылоо кечигет. Бул көйгөйдө 12 учурда кеңеш берүүнүн кечигиши өзүнө кңүл бурдурат жана 6 учурда алгач профилдик эмес мекемелерге жаткырылган.

38-учур. Кайталанган кош бойлуу аял саламаттык сактоо уюмуна 14-15 жумалык мөөнөттө муундардагы оорулары боюнча кайрылган, ревматологго консультация алуу үчүн жөнөтүлгөн. Туугандарынын айткандарына караганда адистин кабыл алуусуна үчүнчү жолу барганда гана кире алышкан, кезек чоң болгон. Биринчи консультация текшерилүүнү дайындоо менен чектелген, ал бир жумага созулган. Анализдерин алгандан кийин кайрадан дарыгерге кайрылган. Жаш дарыгер тажрыйбалуураак кесиптешине консультацияга жөнөткөн, бирок ага кириш үчүн дагы бир жума кеткен. Консультант кошумча текшерилүүнү дайындаган. Бирок кош бойлуунун үйүндө ахыбалы начарлаган, ошондуктан клиникалык жүрөк жетишсиздиги менен өтө оор абалда стационарга жеткирилген.

Бул учурда кош бойлууну тиешелүү консультантка кезексиз жөнөтүү керек болчу. Бул аялда оорунун кыйла эрте баскычында «Бактериалдык эндокардит» дартнаамасын коюу үчүн мүмкүнчүлүктөрү колдон чыгарылган.

2-көйгөй. Кызматташудан баш тартуу: өзүнүн оорусун жашыруу

ЭӨКИ боюнча биринчи отчетто (2014-ж.) бул көйгөй белгиленген, бирок изилдөөнүн экинчи циклинде кызматташудан баш тартуунун өзүнүн структурасы бир аз өзгөргөн: кош бойлуулар медициналык кызматкерге үзгүлтүксүз барып турушкан, бирок ошол эле учурда өздөрүнүн экстрагениталдык оорулары бар экендигин жашырышкан, зарыл болгон дары каражаттарын ичүүнү өз алдынча токтотушуп жана кээде дарылоо мекемесинен тышкары жерде каза болушкан (2 аял). Өзгөчө топту эпилепсиядан көз жумган кош бойлуулар түздү, бардык 4 өлүм тең күтүүсүз катары классификацияланган, ал эми бир учурда каза болгон учурда күбөлөр болгон эмес. Ошол эле учурда аялдар өзүнүн балдарына зыянын тийгизет деп эсептегендиктен калчылдоого каршы дары каражаттарын ичүүдөн баш тартышы эле эмес (4 ичинен 2), ошондой эле алар өзүнүн оорусунун жайылып кетишинен абдан коркушкан (4 ичинен 3), б.а. *эпилепсия* биздин өлкөдө жаш аялдын “кемчиликтүүлүк” стигмасы боюнча кала берүүдө.

1-учур. Кайталанган кош бойлуулуктагы аял каттоодо турган. Медициналык кызматкерге тынымсыз барып тургандыгына карабастан андан өзүнүн оорусун жашырган. Апасынын айтымында, эпилепсиянын приступтары аялды 2-3 айда бир жолу тынчын алып турчу, калчылдоого каршы дары каражаттарын биринчи кош бойлуулугундагыдай эле боюна бүтөөрү менен токтотуп койгон. Эпилепсиянын кезектеги приступунан кийин каза тапкан 30 жумалык кош бойлуу аял өзүнүн үйүнүн короосунан табылган.

Эпилепсия – өмүр үчүн коркунучтуу оору, ошондуктан эпилепсия оорулуу аял байкоодо болуп жана консультант-гинеколог жана эпилепия боюнча адистешкен неврологдун атайы кам көрүүсүнө алынышы керек. Бейтап аялдардын мындай категориясы жогорку деңгээлдеги дарылоо мекемесинде төрөтүлөт, бул ишенимдүү консультация берүү жана медициналык кызматкерлердин жоопкерчилигин талап кылат. Бул учурда медициналык кызматкерлер кош бойлуулукту токтотуу сунушу менен гана чектелишкен, аял андан таптакыр баш тарткан.

“Бүгүнкү күндө мындай оору менен ооруган уят” деп эсептөө менен өзүнүн оорусун жашырган кош бойлуулардын дагы бир тобу – бул кургак учук оорулуулар (3 аял). Бардык үч кош бойлуу аял пневмониянын көрүнүштөрү менен түшкөн, ошол эле учурда алардын бирөөсүнүн дагы колунда дарыланып чыккан кагазы болгон эмес, алардын бирөөсү дагы кургак учук оорулуу экендигин эскерткен эмес, жалпы абалы начарлаган учурда гананепневмонияспецификалык оору менен шартталгандыгы анык болгон.

3-көйгөй. Кош бойлуу учурдагы ооруканадан тышкаркы пневмония

Бул отчетто мурдагыдагыдай эле, ооруканадан тышкаркы пневмония учурларынын көп пайызы кала берүүдө. Оорунун айрыкча жылдын суук мезгилинде болгон мезгилдүүлүгү, кош бойлуулардын дарыгерге оорунун алдында пайда болгон грипп, суук тийүү, КРО боюнча көп жолу барышы өзүнө көңүл бурдурат. Сегиз аял пневмониядан көз жумган, анын ичинде 5 –бактериалдык инфекциядан, 3 – өпкөнүн кургак учугунан каза тапкан. Бардык 8 учурда оору кош бойлуулук учурда өнүккөн, аялдар өздөрүн 3 күндөн 5 жумага чейин оорулуу деп эсептешкен. Балким, пневмониянын алдын алуунун мүмкүн болгон жолдорунун бири биздин өлкөдө такыр эле жүргүзүлбөгөн кош бойлууларга гриппке каршы эмдөө жасоо болуп саналат. Бирок 2012-жылы БДСУнун камкордугу астында кош бойлуу аялдар мезгилдик гриппке каршы эмдөө программасын жайылтууну же кеңейтүүнү пландаган өлкөлөр үчүн кыйла артыкчылыктуу топ катары аныкталган гриппке каршы эмдөө жүргүзүү боюнча документ жарыяланган. Кош бойлуу аялдарды эмдөөөнени эле эмес, ошондой эле ымыркайды дагы грипптен сактоого арналган, анткени 6 айга чейинки курактагы балдар үчүн лицензияланган вакцина жок жана 35 (70%) энеде жана 6 айга чейинки 28 (61%) ымыркайда грипптин лабораториялык жактан тастыкталган учурларын алдын алууну камсыздоо менен өзүнүн натыйжалуулугун тажрыйба жүзүндө көрсөтт. Медициналык кызматкерлер ошондой эле эмдөө жасатуу үчүн маанилүү максаттуу топ болуп саналат, анткени алар өздөрү инфекция жуктуруунун жогорку коркунучуна дуушар болушат, ошондой эле өздөрүнүн бейтаптарына гриппти жуктурушу мүмкүн.

81-учур. Кайталанган кош бойлуу аял төрөт үйүнө жөтөлүү, бир жумадан бери деминин кыстыгышы, денесинин температурасы акыркы 3 күндө 40⁰Сга чейин жогорулашы, жалпы алсыздык менен келип түшкөн. Жашаган жери боюнча “КРВИ. Курч бронхит” дартнаамасы коюлган, ага ылайык бир жуманын ичинде дарыланган. Сурама баракчаларда үй-бүлө мүчөлөрүнүн бардыгы, балдары, күйөөсү, ата-энеси ооруп айыккандыгы белгиленген. Ооруканага келип түшкөн учурда абалы өтө оор болгон. Дарыгерлердин консилиуму менен текшерилген, “31-32 жумалык кош бойлуулук. Кесарева жолу аркылуу операциядан кийинки жатындагы тырыгы бар. Ооруканадан тышкары пневмония. Курч дем жетишсиздиги. III-IV даражадагы курч респиратордук дистресс синдром» дартнаамасы коюлган. Жандандыруу шарттарында өпкөнү жасалма желдетүү аппаратында дем алуу жүргүзүлөт, дарыгерлердин көп сандаган консилиумунан кийин операциялык жол менен шашылыш түрдө төрөтүү тууралуу чечим кабыл алынат. Кийинки күндөрү абалы оор боюнча калат, оорулуу өпкөнү жасалма желдетүү аппаратында дем алып жатат, эсине келген жок жана операциядан кийинки 3-суткада аял күч алган жүрөк-өпкө жетишсиздигинен көз жумат.

КЫЙЫР СЕБЕПТЕР БОЮНЧА СУНУШТАР

1.Терапевт, кардиолог, инфекционист, нефролог, невролог ж.б. адистерге муктаж болгон экстрагениталдык оорулары бар бардык кош бойлууларга биринчи эле кайрылган учурда бөлүм башчынын деңгээлинде кеңеш берилиши керек. Жогоруда жазылгандарды чечүү үчүн өлкөдө шашылыш жолдомо берүү системасын иштеп чыгуу керек:

- Антенаталдык кам көрүүнү ишке ашырып жаткан ар бир баштапкы медико-санитардык жардам кызматына кайсы гана медициналык кызматкер (үй-бүлөлүк

дарыгер, акушер-гинеколог, акушер ж.б.) болбосун бири бири менен тез байланышып жана эгерде аялдын абалы тынчсызданууну пайда кылып жатса кеңеш ала тургандай стандарттык системанын болушу зарыл. Бул телефон, факс же электрондук почта болушу мүмкүн. Салт болуп калган дарыгерге жолдомо бул максат үчүн жетишсиз болуп саналат жана абдан көп убакытты талап кылат. Жолдомолорду башкаруу системасы шашылыш кабыл алуу жолун оорлотпошу керек.

- Төрөткө чейинки кам көрүүнү ишке ашырып жаткан медициналык кызматкерлер эгерде аялдын кош бойлуулугунун баштапкы баскычында тубаса жүрөк оору же эпилепсия сыяктуу олуттуу медициналык оорулар бар болсо тиешелүү адиске түз жөнөтүүчү “тездетилген” жолдомо берүү мүмкүнчүлүгүнө ээ болууга тийиш, анткени кеңеш берүүдөгү мүмкүн болгон кечигүүлөр аялдын ден соолугун коркунучка кептеши ыктымал.

2. Экстрагениталдык ооруну дарылоого муктаж болгон бардык кош бойлуулар аз дегенде экинчи деңгээлдеги профилдик мекемеге жаткырылышы керек. Дарылоону жана өзгөчө ооруканага жаткырууну талап кылган оорулары бар кош бойлуу аялдарга кам көрүү жергиликтүү акушерлер командасы менен кызматташтыкта талкууланып жана пландалууга тийиш, ошол эле учурда медициналык кызматкер дагы, кош бойлуу аял дагы ооруканага жаткырууда тоскоолдуктарга дуушар болбошу керек.

3. Эпилепсия, кургак учук сыяктуу оорулары бар аялдар өздөрүн оорулуу болгондугу үчүн күнөөлүү сезбеши үчүн жарандык калк арасында ушул оорулар тууралуу маалыматтуулугун жогорулатууга багытталган активдүү агартуу иштерин жүргүзүү зарыл (ЖМК, БӨУ, волонтерлер).

4. Кош бойлууларга гриппке каршы вакцина жасоо боюнча протокол (механизм) иштеп чыгуу менен андан кийин кеңири агартуу ишин жүргүзүү.

БАШКЫ СЕБЕБИ АНЫКТАЛГАН ЖОК

4 аялдын өлүм себептери боюнча маалымат толугу менен жок болгондугуна же жетиштүү эместигине байланыштуу, ЭӨКИ боюнча УК жогоруда белгиленген өлүмдөрдү “Башкы себеби аныкталган жок” деп аталган категорияга киргизүүгө мажбур болду.

Ушул топтогу аялдардын каза болгон жерлери өзүнө көңүл бурдурат:

- 3 (75%) кош бойлуулар дарылоо мекемесинен тышкары жерде, анын ичинде:
 - ✓ 2 – үйдө (1 – айына жеткен мөөнөттө, 1 – айына жете элек мөөнөттө)
 - ✓ 1 – ооруканага бара жаткан жолдо (кош бойлуулуктун айына жеткен мөөнөтү)
- 1 (25%) аял төрөт үйүндө төрөттөн кийинки эрте мезгилде көз жумган, төрөт айына жеткен мөөнөттө болгон.

Ошентип дарылоо мекемесинен тышкары кош бойлуу боюнча 3 аял казап тапкан, алардын ичинен 2сү кош бойлуулуктун жетилген мөөнөтүндө болушкан.

1-көйгөй. Дарылоо мекемесинен тышкары жерде капыстан болгон өлүмдү иликтөө стандартынын сакталбай жатышы.

Дарылоо мекемесинен тышкары жерде көз жумган 4 аялдын (дарылоо мекемесинен тышкары жердеги капыстан өлүм, аял кош бойлуу болгондон тышкары дени сак болгон) өлүмүнүн себептерин аныктоо максатында союу үчүн түз көрсөткүчтөрдүн бар экендигине карабастан

бир дагы учурда союу жүргүзүлгөн эмес. Бул учурлардын ичинен экөөсүндөгү кырдаал үй-бүлөлүк зомбулук жана зордук менен өлтүрүүгө шектенүүнү пайда кылган (сурама баракчалары жана көз жумган аялдардын туугандарынын жазгандары боюнча).

Акыркы жылдары саламаттык сактоо системасы үчүн аялдарга карата алардын ден соолугуна өзгөчө кош бойлуу кезде коркунуч туудурган зомбулук көйгөйү барган сайын маанилүү болуп бара жатат. Көз жумган 21 аялдын (14,2%) туугандарынын сурама баракчаларында кош бойлуулар күйөөсү тараптан ар кандай зомбулукка дуушар болуп келишкендиги белгиленген. Медициналык кызматкер кош бойлуу учурда аял медициналык кызматкер менен өзүнүн жашоосунда качандыр бир кезде жолуккандан (эгерде олуттуу оорусу жок болсо) көп жолугуп жана пикир алыша тургандыгын эстен чыгарбашы керек, ал үй-бүлөлүк зомбулук маселелери боюнча сак болушу зарыл. Бирок көз жумган аялдардын сурама баракчаларында 12 (57,1%) медициналык кызматкерлер “мен эч убакта аны күйөөсү урабы же жокпу сураган эмесмин”, “мен шектенчүмүн, бирок ал дайыма күйөөсү же кайын энеси менен келчү”, “мындай учурларда кунт коюп көңүл буруу керек” деп өкүнүү менен белгилешкен.

АКУШЕРДИК СЕБЕПТИН ЖОКТУГУ

Ушул эки жылдык мезгил ичинде эне өлүмүнүн кош бойлуулукка такыр тиешеси жок болгон 3 учуру катталган. Бул аялдардын өлүмүнүн себептери 2 учурда – өзүн өзү өлтүрүү, 1 учурунда жол транспорт кырсыгы болгон. Эки аял кош бойлуу учурда өзүн өзү өлтүрүшкөн (биринчи учурда 5 жума жана экинчи учурда 12 жума), бир дагы учурда өзүн өзү өлтүрүүнүн себебин аныктоого мүмкүн болгон жок.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЯЛЫК СОЮУ

1-көйгөй. КР ССМдин №495 (14.11.2005-ж.) Буйругунун аткарылбай жатышы

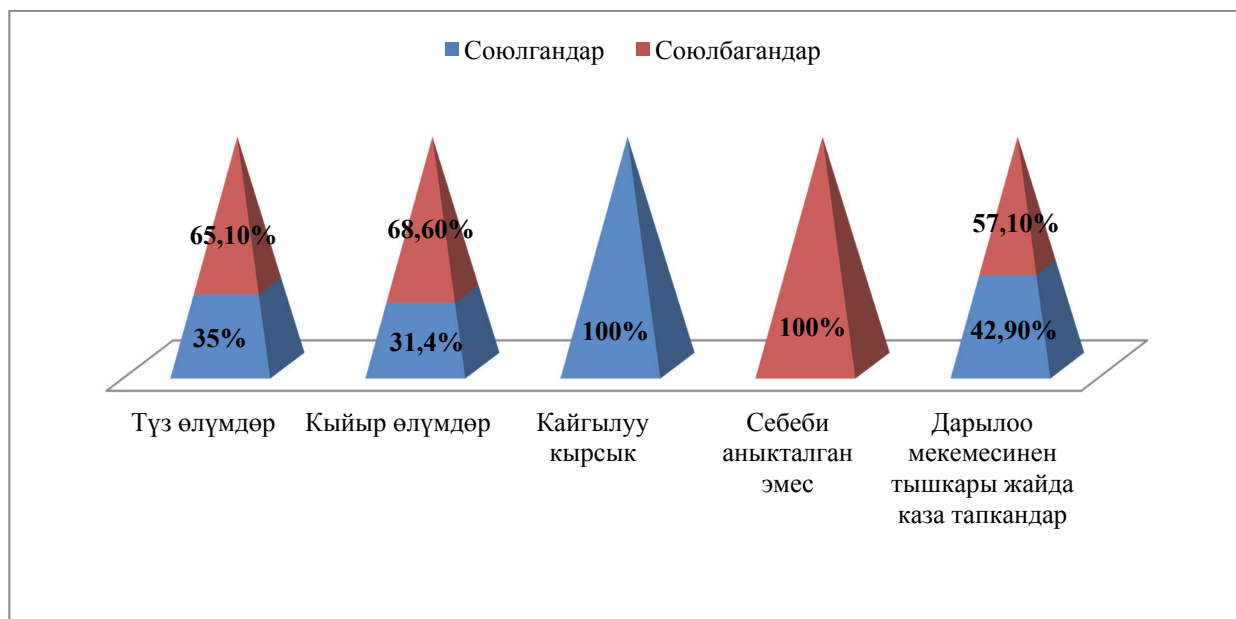
Бүгүнкү күндө аялдардын өлүмүнө дарыгерлердин аракеттери менен гана бөгөт кобу мүмкүн болбой бара жатканы айдан ачык болуп калды. Медициналык кызматкерге чечүү үчүн жардам керек болгон көптөгөн маселелер бар. Мындай маселелердин бири мамлекеттик деңгээлде чечүү керек болгон эне өлүмүнүн учурундагы патологоанатомиялык союу көйгөйү. Союу көптөгөн талаштуу суроолорго жооп бере алары, аялдын өлүмүнүн чыныгы себептерин издөөгө акыркы чекит коё тургандыгы белгилүү. Бул бардык шектенүүлөрдү чечүүгө жардам бере турган акыркы инстанция, бул бардык медициналык кызматкерлерге зарыл болгон окуу. Бирок биздин өлкөдө союу пайызы төмөн боюнча кала берүүдө.

Дарылоо мекемесинен тышкары жерде көз жумган 14 аялдын өлүмүнүн себептерин аныктоо максатында союу үчүн түз көрсөткүчтөрдүн бар экендигине, ушул категориядагы өлүмдөрдө биринчи кезекте кылмыштуу себептерди жокко чыгаруу үчүн бул зарыл процедура экендигине карабастан болгону 6 (42,9%) учурда гана союуга уруксат беришкен. Союу жүргүзүлбөгөндүктөн төрт аялдын өлүмүнүн себептери белгисиз боюнча калган жана энелер өлүмүнүн учурларын купуя иликтөө боюнча улуттук комитет тарабынан “Такталбаган өлүм” категориясына киргизилген. Эки учурда көз жумган аялдардын туугандары кош бойлууларга жасалган мүмкүн болгон зомбулукту жокко чыгарышкан эмес, бул тууралуу сурама баракчаларга өздөрүнүн божомолдоолорун жазышкан. Бирок ушул аялдардын күйөөлөрүнүн өжөрлүк менен өтүнүүсү боюнча союу жүргүзүлбөгөндүктөн кош бойлууга таш боордук менен мамиле кылуу фактысы болгону божомол боюнча гана кала берди.

Патологоанатомиялык союу Кыргыз Республикасында “Кыргыз Республикасынын жарандарынын ден соолугун коргоо тууралуу” 2005-жылдын 9-январындагы мыйзамынын 43 жана 44-беренелери, 2005-жылдын 14-ноябрындагы № 492 КР ССМ Буйруктары, 2005-жылдын 12-майындагы № 179 жана 2004-жылдын 3-февралындгы №45 Буйруктары менен жөнгө салынган. “Кыргыз Республикасынын жарандарынын ден соолугун коргоо тууралуу” Мыйзамдын 43-беренеси боюнча тирүү кезиндеги түшүнүктүү дартнаамасы жана үй-бүлө мүчөлөрүнүн, жакын туугандарынын же көз жумган адамдын мыйзамдуу өкүлүнүн жазуу жүзүндөгү арызы болгон учурда ДАМ жана патологоанатомиялык бюронун жетекчилери тарабынан дене союлбастан берилет.

Ошол эле учурда КР ССМдин ушул беренесинин экинчи бөлүмүндө патологоанатомиялык союу сөзсүз жүргүзүлүшү керек болгон өлүм учурларындагы оорулардын тизмесин аныктоо жазылган. КР ССМдин 2005-жылдын 14-ноябрындагы № 492 Буйругу менен көз жумган адамдар милдеттүү тартипте союла турган оорулардын тизмеси аныкталган, ага энелер өлүмүнүн бардык учурлары киргизилген. Бирок тажрыйбада, ЭӨКИ боюнча I отчеттон кийинки кырдаалдагыдай эле, төмөндөгүлөр кала берүүдө: энелер өлүмүнүн көпчүлүк учурларында каза тапкан аялдын туугандары жана үй-бүлө мүчөлөрү мыйзамдын беренесине шилтеме берүү менен сойдуруудан баш тартышат. Ошондуктан изилденген мезгил ичинде аялдардын 50 (33,8%) учурунда гана жүргүзүлгөн, бул ЭӨКИнин I отчеттунун маалыматтарынан (34 – 34,6%) аз эле айырмаланып турат.

Союлардын эң эле жогорку пайызы аялдар акушердик эмес себептерден көз жумган топтордо белгиленет – 100%, 2 учурда кош бойлуулардын өлүмүнүн себеби өз жанын кыюу, 1 учурда – жол-транспорт кырсыгы болгон (25-сүр.). Түз себептерде союлардын жыштыгы 34,9%ды, ал эми *Кыйыр себептерде болгону* – 31,4% болгондугуна карабастан, себеби аныкталбаган учурларда бир дагы аялдын сөөгү союлган эмес. Дарылоо мекемесинен тышкары болгон өлүмдүн 14 учурунда союу 6 (42,9%) учурда гана жүргүзүлгөн.



25-сүрөт. Өлүм себебине жараша союлардын жыштыгы

Биздин өлкөдө союнун төмөн пайызынын себептеринин бири туугандарынын баш тартышы болуп саналат. Албетте, маселе абдан оор жана аялуу жана бир күндүн ичинде чечилиши

мүмкүн эмес. Бирок көйгөй тууралуу мындан ары дагы унчукпай коюу маселени чечүүнүн жолу эмес, ал эми ушул маселени чечүүнүн зарыл экендиги эч кандай шек туудурбайт.

Бүгүнкү күндө энелер өлүмүнүн учурларында 100% союуга жетишүү үчүн “Кыргыз Республикасынын жарандарынын ден соолугун коргоо жөнүндөгү” 2005-жылдын 9-январындагы мыйзамынын 43-беренесине аял кош бойлуу учурда, төрөттө жана төрөттөн кийинки 42 күндүн ичинде каза болгон учурда туугандарына союудан баш тартууга уруксат бербей турган түзөтүүлөрдү киргизүүнүн зарылчылыгы жетилди.

2-көйгөй. Патологоанатомиялык союзун сапатынын төмөндүгү

Изилденген мезгил ичинде союулар болгон 33,8% (50) түзүшү менен бирге, бир катар учурларда патоморфологиялык изилдөөлөр клиникалык анамнезге тиешеси жок болуп чыгып жатты жана “бөгөт коюу мүмкүн болбогон татаалдашуулардын” саны абдан көп болду. ЭӨКИде дартнаама эле эмес, медициналык жардамдын бардык аспектилер, сурама баракчалардын маалыматтары жана алынган сабактар каралып жаткандыктан, 5 (10%) учурда ЭӨКИ боюнча улуттук комитеттин мүчөлөрү патологоанатомиялык дартнаамага ишенбей тургандыгын билдиришти жана өпкө артериясынын тромбоэмболиясынын 2 учурун төрөттөн кийинки мезгил ичиндеги кансыроого; түйүлдүктүн айланасындагы суулардын эмболиясынын 2 учурун – төрөттөн кийинки кансыроо жана жатындын айрылышына; сепсистин 1 учурун – оор даражадагы презклампсияга коллегиялык түрдө кайрадан квалификациялашты. Сойгон учурда туура эмес дартнаама коюлгандыгынан улам (Комитеттин мүчөлөрү ага ишенбейт) бул учурлар патологоанатомдун бүтүмүнө карабастан талкууланды. ЭӨКИ боюнча Биринчи отчетто көрсөтүлгөндөй, эне өлүмүнүн учурларындагы союу жогорку квалификациялуу патологоанатом-адис же соттук-медициналык эксперт тарабынан гана жүргүзүлүшү керек. Акушердик колдонмолордун, хирургиялык кийлигишүүлөрдүн, чоң терапиялык жана жандандыруу иш-чараларынын топтому кош бойлуулардын патологиясындагы өлүм учурларын изилдеген патологоанатомдун алдына абдан оор, көп учурда чечилиши кыйын болгон акушердик патологиянын морфологиялык көрүнүштөрүнүн дифференцияциялоо көйгөйүн жана медициналык жардам көрсөтүү менен байланышкан өзгөрүүлөрдүн көйгөйүн коёт. Биз бизге коңшу турган мамлекеттердин жакшы тажрыйбаларына кайрыла алабыз. Казакстан Республикасында кош бойлуу учурда, төрөттө жана төрөттөн кийинки 42 күндүн ичинде каза болгон аялдардын учурларында милдеттүү түрдө 100% союу жүргүзүлөт. Ошол эле учурда энелер өлүмүн патологоанатомиялык изилдөөдөгү өзгөчөлүктөрдү эске алуу менен союуну республикалык деңгээлдеги гана адис түздөн түз аял көз жумган жерге барып жүргүзөт. Ошону менен бирге эң эле жогорку сапаттуу изилдөөгө жетишилип, алынган маалыматтарды интерпретациялоодо ар кандай жоромолдорго жол берилбейт жана чыныгы бүтүмдөрдү чыгарууга жана өлкөдөгү энелер өлүмүнүн деңгээлин азайтуу боюнча кийинки сунуштарды берүүгө мүмкүнчүлүк бере турган энелер өлүмүнүн чыныгы себептери бөлүнүп көрсөтүлөт. Мындай жайылтуулардын жыйынтыгы Казакстандагы энелер өлүмүнүн деңгээлин кыйла төмөндөтүү болуп чыкты.

Биз ЖМКларга, биздин мекендештерибизге саламаттык сактоо тармагынын алкагынан алыс чыгып турган ушул, жөнөкөй эмес маселени чечүүдө туура түшүнүү өтүнүчү менен кайрылабыз.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЯЛЫК СОЮЛАР БОЮНЧА СУНУШТАР

1. “Кыргыз Республикасынын жарандарынын ден соолугун коргоо жөнүндөгү” Мыйзамдын 43-беренесине аял кош бойлуу учурда, төрөттө жана төрөттөн кийинки 42 күндүн ичинде каза болгон учурда туугандарына союудан баш тартууга уруксат бербей турган түзөтүүлөрдү киргизүү.

2. Эжелер өлүмүнүн учурларында патологоанатомиялык союуну Республикалык патологоанатомиялык борбордун базасында, областтарда - областтык патологоанатомиялык бюролордо (ОПАБ) жүргүзүү.

АДАБИЯТТАРДЫН ТИЗМЕСИ

1. Кош бойлуу аялдарга гриппке каршы эмдөөнү кантип камсыздоо керек. Саламаттык сактоонун жетекчилери жана улуттук иммунизация программаларынын менеджерлери үчүн киришүү колдонмосу, Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму, 2016-ж.
2. 2011-2013-ж., КР ССМдин Буйруктары менен бекитилген “Төрөттү индукциялоо”, “Созулган жана обструктивдүү төрөттөр”, “Төрөттөн кийинки сепсис” «Акушерстводогу оор абалдардагы анестезиологиялык жандандыруу жардамы», «Физиологиялык кош бойлуулук», «Көп түйүлдүтүү кош бойлуулук», «Кош бойлуу учурдагы курч пиелонефрит», «Өзүнөн өзү бойдон түшүү», «Мөөнөтүнөн мурдагы төрөт ишмердүүлүгү», «Кош бойлуу учурдагы инфекция» клиникалык протоколдору.
3. “Кесарево жолу аркылуу операция жасоо. Көрсөткүчтөр, ооруну басуу ыкмалары, хирургиялык техника, антибиотикопрофилактика, төрөттөн кийинки мезгилди кароо” клиникалык сунуштары (протоколдор), Москва, 2014.
4. «Сандардын артында эмне жатат» Эжелер өлүмүнүн учурларын жана татаалдашууларды изилдөө. Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму, 2004. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241591838/en/index.html. жайгаштырылган.
5. Available to Manage the Labors and Deliveries and to Treat the Complications of Women Who Reproductive Health Library, Issue 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd.
6. Bacci A, Lewis G, Baltag V, Betran A. “Beyond the Numbers”: introduction of maternal mortality and severe morbidity audit in the European Region. Reproductive health matters. October 2007.
7. Beyond the Numbers; reviewing maternal deaths and severe morbidity to make pregnancy safer. WHO. Geneva: 2004. www.who.int World Health Organization.
8. Epidemiology, International Journal of Gynecology and Obstetrics. – (2006) 92, 10-18.\
9. James Drife, MD, FRCOG. Confidential enquiries into maternal death: How they are improving care within the WHO European region. The European magazine for sexual and reproductive health —Entre Nous|| №70 – 2010; 12. Green-top Guideline No. 52 May 2009
10. The Introduction of Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Near-Miss Case Reviews in the WHO European Region; 2007
11. Lewis G (ed). The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers’ Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer -2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH, 2007.
12. National workshop on Beyond Numbers, reviewing maternal deaths and complications, Uzbekistan. Report, 2005. At: www.euro.who.int/pregnancy/mortality/20051103_1
13. Web-сайт Министерства здравоохранения: <http://www.med.kg>
14. World Health Organization. Beyond the Numbers; reviewing maternal deaths and severe morbidity to make pregnancy safer. WHO. Geneva: 2004. www.who.int

СӨЗДҮК

Аборт	Кош бойлуулуктун 22 жумасына чейин же түйүлдүк 500 граммга жеткен учурда кош бойлуулукту токтотуу (өз алдынча түшүүсү же эмбрион/түйүлдүктү алып чыгуу)
Антенаталдык мезгил	Кош бойлуулук мезгили
Коопсуз энелик	Коопсуз энелик энелердин жана ымыркайлардын мыкты саламаттыгына жетишүүнө камтыйт. Бул баштапкы саламаттык сактоо уюмдарында анын ичинде үй-бүлөнү пландоо, кош бойлуу мезгилдеги, төрөт учурундагы жана төрөттөн кийинки мезгил ичинде энеге жана ымыркайга байкоо жүргүзүү жана кам көрүү, зарыл болгон акушердик жана неонаталдык кам көрүүдөн тең укукта пайдаланууга жетишүү аркылуу энелер өлүмүн жана ооруларды кыскартуу, ымыркайлардын ден соолугун чыңдоо.
Бойдон түшүү	22 жумалык кош бойлуулукка чейин түйүлдүктү капыстан жоготуу
Гиповолемиалык/ геморрагикалык шок	Тез жана чоң кан жоготуулардан улам айланган кандын көлөмүнүн кескин азайышынын жыйынтыгында өнүккөн клиникалык синдром.
Гистерэктомия	Жатынды алып салуу
Төрөттү индукциялоо	Медициналык көрсөткүчтөр боюнча табигый төрөт жолдору аркылуу төрөтүү максатында жатындын кыскартууларын жасалма стимулдаштыруу процесси
Кесарево жолу аркылуу кесүү	Баланын курсак көндөйүн союу жана жатынды тилүү менен жасалган операциянын жардамы менен төрөлүшү
Купуя	Ишеним берилген, ишенимге негизделген
Лапаротомия	Хирургиялык кийлигишүү жасоо максатында ич көндөйүн ачуу боюнча операция
Энелер өлүмү	Кош бойлуулук мезгилинде (анын узактыгы жана локализациялануусуна карабастан) же ал аяктагандан кийинки 42 күндүн ичинде кош бойлуулук менен байланышкан, же андан улам же аны кароо менен оорлошкон, бирок капыстан болгон окуядан же капыстан келип чыккан себептен улам оорлошпогон аялдын өлүмү.
Түз себептерден болгон энелер өлүмү	Кош бойлуулук (кош бойлуу кезде, төрөт учурунда жана төрөттөн кийинки мезгилде) менен байланышкан акушердик татаалдашуулардын жыйынтыгында, ошондой эле кийлигишүүлөр, жаңылыштыктар, туура эмес дарылоо же жогоруда саналып өткөн себептердин кайсынысынын гана болбосун артынан келген окуялардын байланышуусунун жыйынтыгында болгон өлүм.
Кыйыр себептерден болгон энелер өлүмү	Мурда болгон оорулардан же кош бойлуулуктун мезгилинде түздөн түз акушердик себепке байланыштуу эмес өөрчүгөн, бирок кош бойлуулуктун физиологиялык таасири астында оорлошкон оорудан болгон өлүм.

Кеч эне өлүмү	43-күндөн баштап жана кош бойлуулук аяктагандан кийинки бир жылдын ичинде бойдон алдыруу, бойдон түшүү же төрөтпөт кийин болгон өлүм. Себептери түз жана кыйыр болушу мүмкүн.
Өлүк төрөлүү	Бойго бүткөн түйүлдүктүн ал толук түшүп же эненин организминен кош бойлуулуктун узактыгына карабастан алынуусу
Миграция	Өлкөнүн ичиндеги калктын бир өлкөдөн экинчи өлкөгө көчүрүлүшү
Аялдарга карата зомбулук	Аялдарга физикалык, жыныстык же психологиялык зыян келтирген же келтириши мүмкүн болгон жыныстык белгинин негизинде жасалган зомбулуктун кайсы гана актысы болбосун, ошондой эле мейли коомдук же жеке жашоодо мажбурлоо же эркинен ажыратуу сыяктуу актыларды жасоо коркунучу.
Неонаталдык мезгил/жаңы төрөлгөн мезгил)	Ымыркайдын төрөлгөн учурунан тарта башталып жана төрөлгөндөн кийин толук 28 күндөн кийин аяктаган мезгил.
Перинаталдык мезгил	Түйүлдүктүн жатындагы жашоосунун 22-толук жумасынан башталган (бул мезгилде нормада болгондо түйүлдүктүн денесинин салмагы 500,0 г түзөт) жана төрөлгөндөн кийин 7 толук күндөн кийин аяктаган мезгил.
Энелер өлүмүнүн көрсөткүчү	Көз жумган кош бойлуулар, төрөгөн аялдар, 42 күндүн ичинде тирүү төрөлгөн ымыркайларга карата (100 000ге) түз жана кыйыр себептерден көз жумган төрөгөн аялдардын саны.
Постгемморагикалык анемия	Гемоглобиндин деңгээлинин жана эритроциттердин санынын (кызыл кан денечелери) кандын көлөмүнүн бирдигинде кансыроонун жыйынтыгында нормалдуу курактык маанилерге салыштырмалуу төмөндөшү
Преэклампсия	Кош бойлуулуктун 20-жумасынан кийин артериялык басымдын жогорулашы үчүн мүнөздүү болгон кош бойлуулуктун татаалдашуусу жана көрүнүп турган протеинурия (заарада белоктун болушу)
	Өлүмгө алып келген же анын болушуна түрткү болгон оорулар, патологиялык абалдар же жаракаттар, ошондой эле кайсы гана болбосун өлүмгө алып келген жаракаттарды пайда кылган жана өлүмдүн себеби тууралуу медициналык күбөлүккө киргизилүүгө тийиш болгон кайгылуу кырсыктын же зомбулук актысынын кырдаалдары.
Релапаротомия	Келип чыккан татаалдашуулар боюнча операциядан кийинки мезгилде жүргүзүлгөн курсак көндөйүн кайталап ачуу
Репродуктивдик ден соолук	Репродуктивдик системага жана анын жашоонун бардык баскычтарындагы функцияларга тиешелүү бардык маселелердеги дарттардын же оорулардын жоктугу эле эмес, толук физикалык, акыл-эс жана социалдык жыргалчылык абалы. Репродуктивдик ден соолук адамдар ишенимдүү, канааттандыраарлык жана коопсуз секске ээ боло аларын жана аларда муну качан жана кандай жасоо керектигин ишке ашыруу жана чечүү эрки бар экендигин билдирет.
Төрөтүү	Түйүлдүктүн төрөлүшү жүрүүчү процесс, төрөтүүнү табигый төрөт жолдору аркылуу же кесарево аркылуу операция жасоо жолу менен жүргүзүүгө болот

Мөөнөтүнөн мурдагы төрөттөр (айына жетпегендер)	37 толук жумага жетпеген кош бойлуулуктун мөөнөтүндөгү төрөттөр
Мөөнөтүндөгү төрөттөр (айына жеткендер)	Толук 37 жумадан баштап 42 толук жумага жетпеген кош бойлуулук мөөнөтүндөгү төрөттөр
Кеч төрөттөр (айынан өтүп кеткендер)	42 толук жума жана андан көп жумадагы кош бойлуулуктун мөөнөтүндөгү төрөттөр
Кош бойлуулук менен байланышкан өлүм учурлары	Кош бойлуу учурда же кош бойлуулук аяктагандан кийин 42 күндүн ичинде себептерине карабастан болгон аялдын өлүмү
Кырдаалдарга жараша же капыстан келип чыккан себептен болгон өлүм	Кош бойлуу мезгилде же төрөттөн кийин кош бойлуулукка тиешеси жок болгон себептен келип чыккан өлүм
Өпкө артериясынын тромбозмболиясы	Өпкө артериясынын бутагы кан менен камсыздаган өпкө тканынын тилкесине кандын келишинин токтоп калышына алып келүүчү, өпкө артериясынын бутагынын тромб менен бүтөлүп калуусунун жыйынтыгында кан айлануунун капыстан токтоп калышы
Апагар шкаласы	Ымыркайдын физикалык статусун баалоочу баллдын жардамы менен баалоо (беш критерийдин ичинен 0дөн 2ге чейин – жүрөк ритми, дем алуу кыймылдары, булчуң тонусу, стимулдаштырууга жооп, теринин түсү)
Эклампсия	Аялдарда кош бойлуу учурда, төрөт учурунда же төрөттөн кийин 7 күндүн ичинде мээдеги бузулуулардын башка көрүнүштөрүнө тиешеси болбогон бир же андан көп калтыроонун болушу.
Экстубация	Дем алуу жолдоруна интубациялык түтүктү чыгаруу

ВЕНА ТРОМБОЭМБОЛИЯСЫНЫН (ВТЭ)^{11, 3} ТОБОКЕЛЧИЛИК ФАКТОРЛОРУН БААЛОО

Курагы 35 жаштан жогору, ДСИ – 30дан көп же дененин салмагы 90 кг жогору болушу ал гана эмес табигый төрөт жолдору аркылуу төрөттөн кийинки вена тромбоэмболиясынын (ВТЭ) өнүгүү тобокелчилигинин көз карандысыз маанилүү факторлору болуп саналат.

Вена тромбоэмболиясынан тобокелчилик факторлорун баалагандан кийин баллдык баалоого карабастан тромбоэмболияга алдын алуу жүргүзүү зарыл. Бардык учурларда (каршы көрсөткүчтөр жок болгон учурда) буттарга эластикалык же пневмокомпрессия колдонулушу керек. Төмөнкү молекулярдуу гепариндер (ТМГ) операциядан кийинки тромбоэмболиянын алдын алууну үчүн тандалган дары каражаттары болуп саналат. ТМГ эмчек эмизүү учурунда коопсуз болуп саналат.

ТМГ дайындоого каршы көрсөтмөлөр:

ТМГдан кансыроонун жогору коркунучу болгон аялдарга колдонууга болбойт.

ТМГ колдонуудагы кансыроолордун тобокелчилик фактору төмөндөгүлөр болуп саналат:

- төрөткө чейинки же төрөттөн кийинки оор кансыроолор менен жабыркаган аялдар
- кансыроонун жогорку коркунучундагы аялдар (мисалы тондун жатышы)
- геморрагикалык оорулары менен жабыркаган аялдар (фон Виллебранд оорусу, гемофилия же кабылданган коагулопатиялар)
- тромбоцитопения менен жабыркаган аялдар (тромбоциттердин саны $75 \times 10^9/\text{л}$)
- акыркы 4 жуманын ичиндеги курч инсульт (ишемиялык же геморрагикалык),
- бөйрөктүн оор дарттары (түйүн чыпкаларынын ылдамдыгы 30 мл/мүн кем эмес)
- боордун оор дарттары
- көзөмөлдөнбөгөн артериялык гипертензия (артериялык басым: систолиялык басым 200 мм сым. мам. же диастолиялык басым 120 мм сым. мам. , жогору)

Тромбоэмболиялык татаалдашууларды (ТЭТ) баалоочу барак

И. Анамнестикалык маалыматтар	Баллдар
Мурдагы күчөгөн вена тромбоэмболиялык татаалдашуулары (ВТЭТ)	3
Эч нерсе менен коштолбогон же эстрогендерди кабыл алуу менен байланышпаган мурдагы ВТЭТ	3
Мурдагы күчөтүүчү ВТЭТ	2
Үй-бүлөлүк тромботикалык анамнез	1
II. Соматикалык факторлор	
35 жаштан жогорку курак	1
Чылым чегүү	1
Толуктук ДСИ >30	1
Буттардын венасынын варикоздук кеңейүүсү	1
Соматикалык оорулар (артериялык гипертензия, нефротикалык синдром, залалдуу шишик оорулары, I типтеги кант диабети, активдүү фазадагы инфекциялык-сезгенүү оорулары, СКВ, өпкө жана жүрөк оорулары, ай түрүндөгү (серповидный)-клеткалык анемия)	2

III. Акушердик-гинекологиялык факторлор	
Анамнездеги төрөттөр > 3	1
Көп түйүлдүктүү кош бойлуулук	1
Дегидратация	1
Созулган төрөт (>24 саат)	1
Көңдөй же ротациялык кыпчуурлар	1
Шашылыш кесарево жолу аркылуу операция жасоо	1
Узакка созулган иммобилизация (4 суткадан көп)	1
Кош бойлуу учурдагы же төрөттөн кийинки мезгилдеги хирургиялык кийлигишүүлөр	2
Гемотрансфузияны талап кылган төрөттөн кийинки кансыроо >1 литр	1
Преэклампсия	1
Преэклампсиянын оор формасы, ошол кош бойлуулуктун учурундагы түйүлдүктүн жатын ичиндеги өлүмү	2
IV. Тромбофилия (V факторунун гомозиготалык мутациясы Leiden, протромбин G20210A, антифосфолипиддик синдром, АТШ таңсыктыгы, S жана C протеини)	3
БАРДЫГЫ	

Тромбоэмболиялык татаалдашуулардын алдын алууну дайындоонун критерийлери

VTЭТ коркунучунун деңгээли	Баллдар	Иш-чаралар
VTЭТ өнүгүү коркунучунун төмөнкү фактору	0-1	Буттарга эластикалык компрессия
VTЭТ өнүгүү коркунучунун орточо фактору	2	Алмаштырылуучу пневмокомпрессия, 6-7 күн ичиндеги ТМГ
VTЭТ өнүгүү коркунучунун жогорку фактору	3 жана андан көп	Алмаштырылуучу пневмокомпрессия, төрөгөндөн кийинки 6 жуманын ичиндеги ТМГ

МЭЭ ЖҮЛҮН АНЕСТЕЗИЯСЫН² ӨТКӨРҮҮНҮН КООПСУЗДУГУН КАМСЫЗДООЧУ ЧАРАЛАР

Жүлүн мээ анестезиясын мониторинг жүргүзүү, жалпы анестезия жана жандандыруу иш-чаралары үчүн толугу менен жабдуулар менен жабдыган операция залында аткарууга болот. Шашылыш жардам көрсөтүү үчүн дары каражаттары колдо турушу керек (ошол замат алууга жеткиликтүү жерде). Бул милдеттүү шарттар, анткени төмөндөгүдөй татаалдашуулардын реалдуу тобокелчилиги бар:

1. Көрүнүп турган артериялык гипотония
2. Оор брадикардия
3. Дем алуу жетишсиздиги.

Татаалдашуулар келип чыккан учурда аппаратураны жайгаштыруу же дары каражаттарын куюу үчүн зарыл болгон убакыт дарылоонун жыйынтыгын – ийгиликти же жолу болбой калууну аныктоочу фактор болуп саналат!!!

Мониторинг ЖМАнын абдан маанилүү бөлүгү экендигин эстен чыгарбоо зарыл, ошондуктан:

- Дары каражаттарын куйгандан кийинки биринчи 15 мүн., **АБ мүнөт сайын өлчөнүп турат**
- Андан ары – ар бир 5 мүн сайын, сейрек эмес
- ЭКГ, ЖЖЖ жана SaO₂ – туруктуу

Жогоруда жазылгандарды эске алуу менен ЖМА жүргүзүү үчүн операция залында белгилүү бир жабдуу жана шарттар керек:

- Адекватдуу вена аркылуу кирүү: чоң диаметрдеги 1-2 интравена катетери (G16-18 чоң эмес)
- Керебеттин жанындагы монитор: ЭКГ, инвазивдүү эмес АБ үчүн тынымсыз мониторинг; операция башталгандан тарта аяктаганга чейинки пульсоксиметрия
- Бетке кийген кычкылтек бет кабы же мурун канюлясы аркылуу 6-8 л/мүн ылдамдыкта Кычкылтек-берүү
- Операция столуна жатынды сол тарапка жаткыруу абалында жайгаштыруу мүмкүнчүлүгү же ушул эле максаттар үчүн валиктерди колдонуу
- в/и куюлчу инфузиялык эритмелерди жылытуу мүмкүнчүлүгүнүн болушу
- Наркоздук-дем алуу аппараты: дем алуу контуру менен чогултулган, тестиленген жана толугу менен иштөөгө даяр
- Мүмкүн болгон оор интубация үчүн топтом

Шаймандар:

- Перифериялык ички катетер – 16-18G
- Бир жолку колдонулуучу 25-26-27G өткөргүчү менен жүлүн ийнеси
- Бир жолку колдонулуучу шприцтер 2,0-5,0
- Стерилдүү даки майлыктары
- Стерилдүү жалаяктар – 3-5 даана.
- Асептикалык чаптагыч
- Стерилдүү кыпчыгыч же бир жолку колдонулуучу пинцет
- Стерилдүү хирургиялык кол каптар

БИЙИК ЖҮЛҮН БЛОГУ

Анестетик жүлүн мээсинин моюн сегменттерине (С2-С3) жеткен учурда бийик жүлүн блогу келип чыгат, возникает высокий спинальный блок, ага төмөндөгүлөр мүнөздүү:

- Оор гипотензия – жапырт симпатикалык блоктун көрүнүшүндөгү оор вазодилатация
- Кабыргалар ортосундагы булчуңдардын шал болуусу
- Тилдин булдуруктап калышы, терең гипоксиянын жыйынтыгында аң-сезимдин өзгөрүүсү
- Дем алуу борборунун ишемиясынын көрүнүшүндө токтоп калууга чейин жеткен оорлошкон дем алуу
- Брадикардия – жүрөктүн симпатиялык стимуляциясынын жоктугуна байланыштуу
- Адекваттуу эмес дарылоодо – жүрөктүн токтоп калышы

Бийик жүлүн мээ блокадасынын өнүгүүсүнө бир канча факторлор таасирин тийгизет, анын ичинде:

- анестетиктин жалпы өлчөмү
- бейтаптын абалы
- эритменин салыштырмалуу тыгыздыгы

БИЙИК ЖҮЛҮН МЭЭСИН ДАРЫЛОО:

1. Адекваттуу респиратордук колдоо жана АБ турукташтыруу
2. При появлении Артериялык гипотензия пайда болгон учурда гемодинамика турукташканга чейин титрлөө ыкмасы менен вазопрессорлорду куюу көрсөтүлгөн
3. АБ титрлөө ыкмасы менен турукташтыруу мүмкүн болбогон учурда вазопрессорлордун туруктуу инфузиясына которуу керек. Тандалган дары каражаттары норадреналин же адреналин болуп саналат, ошондой эле атропиндин мезатон менен комбинациясын пайдаланууга болот.

КӨҢҮЛ БУР!!!

ГИПОТОНИАНЫ КОРРЕКЦИЯЛОО АРТЕРИЯЛЫК БАСЫМ ЖАНА ЖЖЖдан КӨЗ КАРАНДЫ!!!

1. Брадикардия менен айкалышкан гипотонияда – адреналин, же мезотонду атропин менен айкалыштырып пайдалануу керек!
2. Гипотониянын тахикардия менен айкалышуусунда – мезатон колдонуу керек!

**ЭНЕЛЕР ӨЛҮМҮН КУПУЯ ИЛИКТӨӨ УЛУТТУК КОМИТЕТИНИН КУРАМЫ
(2014-2016-ж.)**

№	ФАА	Иштеген жери
1.	Ешходжаева А.С.	ЭӨКИ УКсынын төрайымы
2.	Стакеева Ч.А.	ЭӨКИ УКсынын катчылыгынын мүчөсү, КМКД ж АЖМИ
3.	Тогузбаева Б.Д	ЭӨКИ УКсынын катчылыгынын мүчөсү, ЭжБКУБ
4.	МаксUTOва Э. М.	ЭӨКИ УКсынын катчылыгынын мүчөсү, ЭжБКУБ
5.	Бообекова А.А.	ЭӨКИ УК сынын мүчөсү, КР ССМ
6.	Мусуралиев М.С.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясынын акушерство жана гинекология №1 кафедрасынын башчысы
7.	Турганбаев Ж.Т.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, Республикалык Патологоанатомиялык Бюронун башчысы
8.	Джузумалиева Г.С.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук Госпиталдын жандандыруу бөлүмүнүн башчысы
9.	Самигуллина А.Э.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, ЭжБКУБ директорунун орун басары
10.	Мамбеталиева Д.С.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, Бишкек ш., Шаардык перинаталдык борборунун реаниматолог-анестезиологу
11.	Мамытова Б.К.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, Чүй областынын үй-бүлөнү пландоо маселелери боюнча координатору
12.	Исраилова А.С.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, ЭжБКУБ, ага илимий кызматкер
13.	Сексенбаева Д.Б.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, акушер-гинеколог, эксперт
14.	Кийизбаева Л.Э.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, Чүй областтык бириккен ооруканасынын төрөт стационарынын анестезиология жана жандандыруу бөлүмүнүн башчысы
15.	Чынгышбаева Ж.А.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, анестезиолог-реаниматолог, М.Мамакеев атындагы Улуттук Хирургиялык Борбор
16.	Рустанбекова С.Р.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, Мамакеев атындагы Улуттук Хирургиялык Борборунун сепсис бөлүмүнүн башчысы
17.	Назаралиева С.Б.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, ЭжБКУБ башкы дарыгеринин орун басары
18.	Омуралиева Э.Т.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, анестезиолог-реаниматолог, М.Мамакеев атындагы Улуттук Хирургиялык Борбор
19.	Далбаева Б.Ж.	Акушерство жана гинекология кафедрасынын доценти, КРСУ
20.	Боскунбаева Г.Ж.	ЭӨКИ УКсынын мүчөсү, КМКД ж АЖМИнин акушер-гинекологу

ЭӨКИ ЖЕРГИЛИКТҮҮ КООРДИНАТОРЛОРУНУН КУРАМЫ

№	ФАА	Иштеген жери жана кызматы
1.	Бадинова Анара	Ош областтык бириккен клиникалык ооруканасынын төрөт үйү
2.	Каракожонова Алиса	Ош ш., Шаардык перинаталдык борбору
3.	Хакимжанова Муборек	Кара-Суу аймактык ооруканасынын Төрөт үйү
4.	Нарматова Атыркан	Ноокат аймактык ооруканасынын Төрөт үйү
5.	Абдрешева Шааркан	Өзгөн аймактык ооруканасынын Төрөт үйү
6.	Жолонова Гульмеиз	Алай АО аймактык ооруканасынын Төрөт үйү
7.	Пакирова Бактыгуль	Чоң-Алай жалпы дарыгерлер тажрыйба борборунун Төрөт үйү
8.	Жээнтаева Айнагул	Кара-Кулжа аймактык ооруканасынын Төрөт үйү
9.	Толонбаев Сеитбек	Араван аймактык ооруканасынын Төрөт үйү
10.	Жабаров Улан	Жалал-Абад областтык бириккен ооруканасынын Төрөт үйү
11.	Алиева Адина	Сузак аймактык ооруканасынын Төрөт үйү
12.	Турсуналиева Элеонора	Тогуз-Торо жалпы дарыгерлер тажрыйбалык борборунун Төрөт үйү
13.	Акбарова Ирода	Базар-Коргон аймактык ооруканасынын Төрөт үйү
14.	Барпиев Эмиль	Чаткал жалпы дарыгерлер тажрыйбалык борборунун Төрөт үйү
15.	Жумабаева Адина	Аксы аймактык ооруканасынын төрөт үйү
16.	Осмонова Айнагуль	Ала-Бука аймактык ооруканасынын төрөт үйү
17.	Уметалиева Калия	Токтогул аймактык ооруканасынын төрөт үйү
18.	Сабирова Гульзат	Ноокен аймактык ооруканасынын төрөт үйү
19.	Сатканкулова Нургуль	Таш-Көмүр аймактык ооруканасынын төрөт үйү
20.	Жаркулова Раиля	Кочкор-Ата аймактык ооруканасынын төрөт үйү
21.	Тажибаева Б	Майлы-Сай шаардык ооруканасынын төрөт бөлүмү
22.	Суйуналиева Асель	Кара-Кулжа жалпы дарыгерлер тажрыйбалык борборунун төрөт үйү
23.	Мырзабаева Бурулча	Шамалды-Сай аймактык ооруканасынын төрөт үйү
24.	Хусенова Махбуба	Баткен областтык бириккен клиникалык ооруканасынын төрөт үйү
25.	Кучкаров Алишер	Кызыл-Кыя шаардык ооруканасынын төрөт бөлүмү
26.	Саматова Гульнара	Сүлүктү шаардык ооруканасынын төрөт бөлүмү
27.	Абдалиева Рызван	Лейлек аймактык ооруканасынын төрөт үйү
28.	Кариева Эра	Кадамжай аймактык ооруканасынын төрөт үйү
29.	Мусаева Гульнара	Айдаркен жалпы дарыгерлер тажрыйбалык борборунун төрөт бөлүмү
30.	Осмоналиева Сайра	Талас областтык бириккен ооруканасынын төрөт үйү
31.	Кошалиева Тамара	Кара-Буура аймактык ооруканасынын төрөт үйү
32.	Куттубаева Гулбара	Талас аймактык ооруканасынын төрөт үйү
33.	Боркеева Айнура	Манас аймактык ооруканасынын төрөт үйү
34.	Кутманова Мария	Бакай-Ата аймактык ооруканасынын төрөт үйү
35.	Султанбаева Каухар	Ысык-Көл областтык бириккен ооруканасынын төрөт үйү
36.	Айдаралиева Тилек	Балыкчы шаардык ооруканасынын төрөт үйү

37.	Орозакунова Бермет	Тоң аймактык ооруканасынын төрөт үйү
38.	Чыныбаева Назира	Жети-Өгүз аймактык ооруканасынын төрөт үйү
39.	Рыспаева Назгуль	Түп аймактык ооруканасынын төрөт үйү
40.	Акматова Айнура	Аксуу аймактык ооруканасынын төрөт үйү
41.	Мансурова Чолпон	Ысык-Көл аймактык ооруканасынын төрөт үйү
42.	Москаленко Ирина	Жалпы дарыгерлер тажрыйбалык борборунун төрөт үйү, Ананьево айылы, Ысык-Көл району
43.	Куйкеева Айжан	Нарын областтык бириккен ооруканасынын төрөт үйү
44.	Исмаилова Каныш	Ат-Башы аймактык ооруканасынын төрөт үйү
45.	Чолпонбаева Гулзуура	Ак-Талаа аймактык ооруканасынын төрөт үйү
46.	Акылбекова Нуржамал	Жумгал аймактык ооруканасынын төрөт үйү
47.	Кадыркулова Рыскул	Кочкор аймактык ооруканасынын төрөт үйү
48.	Секимбаева Айнагуль	Чүй областтык бириккен ооруканасынын төрөт үйү
49.	Иманалиева Анара	Чүй аймактык ооруканасынын төрөт үйү
50.	Абдыкеримова Нуржан	Панфилов аймактык ооруканасынын төрөт үйү
51.	Дозалиев Азиз	Кара-Балта шаардык ооруканасынын төрөт үйү
52.	Кулжанова Эльмира	Москва аймактык ооруканасынын төрөт үйү
53.	Исаева Гульзат	Ысык-Ата аймактык ооруканасынын төрөт үйү
54.	Саткеева Айтбубу	Сокулук аймактык ооруканасынын төрөт үйү
55.	Мамбекова Жыпара	Кемин аймактык ооруканасынын төрөт үйү
56.	Турсунбекова Бурулкан	Суусамыр жалпы дарыгерлер тажрыйбалык борборунун директору
57.	Саматова Наргиза	Токмок шаардык ооруканасынын төрөт үйү
58.	Израилова Анара	Энеликти жана Баланы коргоо улуттук борбору
59.	Акматбекова Нуржан	Бишкек ш., №2 клиникалык төрөт үйү
60.	Джакишева Айнура	Бишкек ш., №1 клиникалык төрөт үйү
61.	Чубаров Александр	Бишкек ш., Шаардык гинекологиялык ооруканасы
62.	Рустанбекова Седеп	М.Мамакеев атындагы УХБ
63.	Жунусова Асылкан	Бишкек ш., шаардык перинаталдык борбор