

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК 614.2: 618.3-06

На правах рукописи

ДАВЛАТЗОДА ГУЛДЖАХОН КОБИЛ

**РОЛЬ АУДИТА КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В УЛУЧШЕНИИ
КАЧЕСТВА ПОМОЩИ МАТЕРЯМ С АКУШЕРСКИМИ
КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И ТЯЖЕЛЫМИ ПРЕЭКЛАМПСИЯМИ**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

по специальностям

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

14.01.01 – Акушерство и гинекология

Душанбе -2025

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Научные
консультанты:**

Ахмедов Аламхон, член-корреспондент НАНТ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, медицинской статистики с курсом истории медицины НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Камилова Мархабо Ядгаровна, доктор медицинских наук, доцент, руководитель акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекология и перинатологии»

**Официальные
оппоненты:**

Айламазян Эдуард Карпович, академик РАМН, заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии медицинского института Санкт-Петербургского государственного университета

Мамараджабов Собирджон Эргашович, доктор медицинских наук, декан факультета международного образования Самаркандского государственного медицинского университета

Раджабзода Салохиддин Раджаб, доктор медицинских наук, профессор, директор ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

**Ведущая
организация:**

Ташкентский государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2025г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-053 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, улица Сино, 29-31; E-mail: info@tajmedun.tj; Тел.: +992885555169.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан «_____» _____ 2025 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент**

Джонибекова Р.Н.

Введение

Актуальность темы исследования. Достижение Целей устойчивого развития тысячелетия планируется к 2030 году. В области репродуктивного здоровья снижение материнской смертности определено приоритетным направлением политики Целей устойчивого развития.

Целевым показателем материнской смертности установлена цифра менее 70 случаев на 100 000 живорождений к 2030 году. В 2020 году каждый день по всему миру умирали около 800 матерей от различных причин, которые можно было предотвратить путем качественного и своевременного оказания медицинской помощи. В том же году смертность женщин в перинатальном периоде достигала 287 000 случаев.

В настоящее время активизированы усилия всех стран в контексте сокращения материнской смертности, что связано с запаздыванием динамики снижения данного показателя. Для того, чтобы достигнуть принятых обязательств, требуется темп ежегодного понижения материнской смертности более чем на 11%. На сегодняшний день многие страны мира отстают от должной динамики. В 2020 году уровень материнской смертности в развивающихся странах достигал 430 случаев на каждые 100 000 живорождений, тогда как в странах с высоким уровнем развития этот показатель был значительно ниже - всего 12 случаев на 100 000 живорождений. Принимая во внимание, что 95% случаев материнской смертности отмечается в странах с недостаточно развитой экономикой, и при этом в большинстве случаев данный исход можно было предотвратить, огромное значение приобретает активность мер по сокращению частоты материнской смертности, обусловленной данными предотвратимыми факторами.

Основную долю - 75% - среди причин материнской смертности составляют такие осложнения, как гипертензивные нарушения и кровотечения при беременности, родах и в послеродовом периоде, а также септические осложнения после абортов [ВОЗ, 2016; World Health

Organization, 2020; ООН, 1994; WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group WHO, 2023].

К предотвратимым случаям материнской смертности относятся происходящие в результате тяжелых преэклампсий и кровотечений в послеродовом периоде. Развития критических состояний по причинам акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий можно избежать, если специалисты устраняют причины их развития путем поиска истинных упущенных возможностей и реализации эффективных решений, разработанных в результате АКС [WHO systematic analysis, 2023].

Анализ глобальной статистики материнской смертности выявляет существенные региональные различия в доступности качественной медицинской помощи. В настоящее время повышение качества медицинского обслуживания матерей и новорожденных рассматривается как ключевой фактор в разработке и реализации программ, направленных на снижение показателей материнской и перинатальной смертности и заболеваемости. С 2009 года в Республике Таджикистан внедрена методология ВОЗ, основанная на анализе критических ситуаций в акушерской практике. Данный подход позволяет проводить систематическую оценку качества оказываемой медицинской помощи и является составной частью стратегии по сокращению материнской смертности в контексте реализации Целей развития тысячелетия и Целей устойчивого развития. В период 2004-2014 гг. в Таджикистане был реализован Национальный план по обеспечению безопасного материнства. Кроме того, разработана долгосрочная Национальная стратегия в области репродуктивного здоровья на период до 2030 года [Национальный план мероприятий по обеспечению безопасного материнства в Республике Таджикистан на период до 2014 года. Постановление Правительства Республики Таджикистан № 370 от 1 августа 2008 г.; Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года, 2016 г.].

Для оценки и совершенствования качества медицинской помощи

предложено множество методик. Однако доказательная база, подтверждающая эффективность и рациональность различных подходов, нуждается в дальнейшем исследовании. Некоторые методы оценки качества требуют значительных финансовых и человеческих ресурсов. Например, методики, часто используемые при аккредитации медицинских учреждений, не подходят для стран с ограниченными ресурсами. Другие предложенные подходы не подходят для оценки качества помощи в период родов и в послеродовом периоде, так как не предусматривают систематического подхода. Существуют подходы, которые концентрируют внимание только на инфраструктуре и расходном материале, что исключает возможность оценки других аспектов – наличие руководств, протоколов и уровень знаний персонала. В настоящее время подтверждено, что даже наличие современного оборудования и развитой инфраструктуры не гарантирует высокого качества оказания помощи. Эффективность системы здравоохранения зависит не только от доступности ресурсов, но и от их адекватного использования, то есть от правильной организации медицинского обслуживания. Кроме того, сама по себе оценка не значит, что результаты ее будут использованы для эффективного изменения практик учреждений [Буштырев В.А. и др., 2017; World Health Organization, 2014].

Концепция критического случая предусматривает ситуации, при которых развитие у женщины жизнеугрожающих осложнений не приводит к летальному исходу. Разборы клинических случаев тяжелых акушерских осложнений, практиковавшиеся в прежние годы, предусматривали наказание сотрудников, которые осуществляли уход за беременной женщиной, что затрудняло выяснение истинных причин критического случая. При этом контроль качества работы учреждения отождествлялся с количеством наказанного персонала. Не существовало четких критериев отбора случаев на клинический разбор. Ситуации выбирались, как правило, по усмотрению администрации. Рецензирование случаев проводилось с использованием монографий, не всегда написанных с использованием наилучших научных

доказательств. Аудит критических случаев (АКС) основан на неосуждающем, конфиденциальном подходе к анализу с использованием данных доказательной медицины. Опыт других стран, использующих АКС, показал, что даже в странах с недостаточно развитой инфраструктурой можно улучшить качество оказываемых услуг путем внедрения эффективных малозатратных мер [World Health Organization. Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer, 2014].

Использование методологии ВОЗ при аудите критических случаев в учреждениях страны предполагает улучшение качества медицинской помощи. В связи с этим исследование, посвященное оценке изменения качества помощи матерям с тяжелыми преэклампсиями и акушерскими кровотечениями является весьма актуальным. Хотя в Таджикистане в целом отмечается снижение общего числа смертей, осложнения, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом, продолжают занимать ведущее место в структуре материнской смертности. Акушерские кровотечения и тяжелые случаи преэклампсии являются основными причинами смерти среди матерей и относятся к категории предотвратимых. Это указывает на наличие реальных возможностей для дальнейшего снижения уровня материнской смертности. Эффективный аудит критических случаев, проводимый в медицинских учреждениях, который приводит к разработке действенных стратегий, может существенно способствовать снижению материнской смертности. Анализ и систематизация упущенных возможностей всех критических случаев учреждений, использующих аудит, позволят выработать решения для всей страны, что также определяет актуальность настоящего исследования [Камилова М.Я. и др., 2014; Рахимова М.М. и др., 2016; Оленев А.С. и др., 2018].

Внедрение АКС в Таджикистане прошло следующие этапы: пилотирование, мониторинг в пилотах, распространение по стране, и в настоящий период команда национальных тренеров работает над усовершенствованием АКС и усилением документирования [Камилова М.Я.,

Курбанов Ш.М., 2014].

Сам по себе процесс использования методологии «аудит критических случаев» требует дальнейшего изучения и анализа и это является весьма актуальным направлением научных исследований. Полученные результаты и рекомендации преодоления определенных трудностей нового подхода могут иметь практический интерес для других стран, сходных по социальному, культурному и экономическому статусам и планирующих использование аудита критических случаев для улучшения качества помощи матерям с тяжелыми преэклампсиями и акушерскими кровотечениями.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Проведенный анализ научной литературы и представленные данные по использованию аудита критических случаев в акушерстве свидетельствуют об интенсивном и широком изучении данной проблемы на современном этапе как в развивающихся, так и в развитых странах [Айламазян Э.К. и др., 2016; Дондюк Ю.В., 2018; Мамонтова И.К. и др., 2018; Белокриницкая Т.Е. и др., 2022; Тургамбаева А.К. и др., 2022; Agarwal N. et al, 2021; Berdzuli N. et al., 2021; Musarandega R. et al., 2021; Ronenson A.M. et al., 2021; Seifullayeva G.A. et al., 2022].

В то же время доказательная база наибольшей эффективности и рациональности различных подходов оценки качества помощи на стационарном уровне в странах с высоким уровнем материнской смертности все еще относительно слаба. Актуальным является изучение наиболее рациональных подходов внедрения и использования в учреждениях родовспоможения аудита критических случаев. Требуется изучения вопроса значимости голоса матери при поиске основных причин упущенных возможностей развития критических состояний акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий [Камилова М.Я. и др., 2016].

Акушерские кровотечения и тяжелые преэклампсии продолжают оставаться основными факторами в структуре причин материнской смертности. Это подчеркивает приоритетность и социально-медицинскую

важность изучения методов снижения именно этих показателей [Bacci A et al., 2018; Maternal mortality. WHO, 2023].

Недостаточно исследований по оптимизации использования инструментов ВОЗ, одним из которых является аудит критических случаев, что определяет актуальность продолжения исследований в этом направлении [Айламазян Э.К. и др., 2016].

Проведено значительное количество исследований по оценке результативности использования аудита критических случаев при тяжелых преэклампсиях и акушерских кровотечениях, которые, в основном, имеют описательный характер. Проблемы определения наиболее эффективных подходов к оценке влияния аудита критических случаев на повышение качества медицинской помощи матерям, столкнувшимся с осложнениями, такими как акушерские кровотечения и тяжелая преэклампсия, до сих пор мало изучены. К тому же до настоящего времени остаются неисследованными методы оценки экономической эффективности на уровне медицинских учреждений в контексте применения технологии аудита критических случаев.

Необходимость дальнейших исследований по анализу факторов риска, способствующих возникновению критических акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий, особенно в отношении качества медицинской помощи, подтверждается тем фактом, что эти состояния, будучи предотвратимыми, занимают ведущие позиции среди причин материнской смертности. Идентификация факторов риска развития критических акушерских состояний будет способствовать своевременному настороженному ведению беременных из групп риска и при необходимости предотвращению их развития.

Анализ значимости аудита критических случаев с целью улучшения качества медицинской помощи матерям с тяжелыми формами преэклампсии и акушерских кровотечений, а также сокращения уровня материнской смертности продолжает быть важным направлением научных исследований.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Научная работа связана с выполнением инициативной темы НИР акушерского отдела ГУ НИИ АГиП МЗиСЗН РТ: «Пути улучшения качества помощи матерям и детям» (2016 – 2021 гг.) и тем кафедры акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»: «Медицинские, социальные и организационные аспекты здоровья женщин в различные возрастные периоды их жизни» (2009-2013гг) и «Современные аспекты репродуктивной системы женщин с экстрагенитальной патологией» (2014 – 2018 гг.).

Диссертационная работа также выполнена в рамках реализации Национальных стратегий Республики Таджикистан, направленных на снижение материнской и перинатальной смертности, что будет способствовать достижению Целей устойчивого развития тысячелетия.

Общая характеристика исследования

Цель исследования. Изучить причины развития критических тяжелых преэклампсий и акушерских кровотечений, особенности оказания помощи матерям в родовспомогательных учреждениях различного уровня и разработать оптимальные подходы качественного использования аудита критических случаев в акушерстве.

Задачи исследования

1. Изучить клинико-социальные характеристики женщин с критическими акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями и оценить факторы риска развития этих осложнений.
2. Оценить эффективность подходов обучения аудиту критических случаев в учреждениях различного уровня.
3. Оценить значение соблюдения принципов и методологии аудита околопотерь при выяснении причин упущений, способствующих развитию критических состояний в акушерстве.
4. Оценить значение мнения женщин в поиске истинных причин

развития критических случаев акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий.

5. Изучить динамику изменения частоты критических состояний акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий в учреждениях, эффективно использующих аудит критических случаев.

6. Представить временную динамику по годам соотношения количества материнских смертей к количеству критических случаев акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий, а также изучить вклад этих осложнений в структуру причин материнской смертности в учреждениях, использующих аудит критических случаев.

7. Систематизировать «истинные причины упущенных возможностей развития критических случаев» акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий в учреждениях страны и разработать решения для улучшения качества стационарной помощи матерям на уровне страны.

8. Оценить экономическую эффективность использования аудита критических случаев акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий.

Объект исследования. Объектом исследования явились беременные женщины с критическими акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями, которым была оказана помощь в 14 учреждениях родовспоможения 2-го (10 учреждений) и 3-го (4 учреждений) уровней, использующих в практиках аудит критических случаев. Объекты исследования были разделены на 2 группы: женщины с критическими акушерскими кровотечениями и женщины с критическими тяжелыми преэклампсиями. Изученные учреждения распределены на учреждения 2-го уровня и учреждения 3-го уровня.

Поставленные задачи были выполнены в результате сбора и анализа следующих данных:

1. отчеты, включающие показатели по акушерским кровотечениям и тяжелым преэклампсиям в исследованных учреждениях;

2. истории родов женщин с критическими акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями;
3. протоколы заседаний команд аудита критических случаев;
4. оценочные карты по использованию аудита критических случаев;
5. нормативные документы финансовых затрат при оказании помощи женщинам с критическими акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями.

Предмет исследования. Предметом исследования было выявление и определение уровня значимости факторов риска развития критических состояний при акушерских кровотечениях и тяжелых преэклампсиях, изучение качества внедрения и использования аудита критических случаев, влияния эффективного использования аудита критических случаев на изменение частоты критических случаев в стационарах, на изменение количества материнских смертей, на изменение показателя соотношения количества материнских смертей к критическим случаям, изучение экономической эффективности использования АКС, систематизацию истинных причин упущенных возможностей.

На основании полученных данных были внесены поправки в местные протоколы учреждений, разработаны подходы внедрения и усовершенствования, оценки экономической эффективности использования АКС и пути совершенствования оказания помощи женщинам с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями.

Научная новизна исследования. Впервые в Таджикистане установлена частота критических случаев акушерских кровотечений, тяжелых преэклампсий и их соотношений к частоте случаев материнской смертности в стационарах 2-го и 3-го уровней в динамике изученных лет, что определяет аудит критических случаев резервом снижения материнской смертности.

Впервые в Республике Таджикистан изучены факторы риска развития

критических акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий.

Впервые использована разработанная автором балльная карта оценки внедрения аудита критических случаев, регулярное использование которой помогает усовершенствовать проведение анализа критических случаев в учреждениях. Доказана связь улучшения качества помощи пациенткам с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями с уровнем качества использования методологии «аудит критических случаев».

Установлено, что при эффективном применении аудита критических случаев динамика изменения показателей критических случаев в учреждении свидетельствует об улучшении качества помощи женщинам с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями.

Доказано, что интервью и принятие во внимание «голоса женщин» играют большую роль в поиске истинных причин упущенных возможностей.

Впервые установлены общие для всех учреждений основные причины упущенных возможностей развития критических случаев акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий на основе их систематизации.

Впервые проведен анализ экономической эффективности использования аудита критических случаев акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий на уровне стационаров Республики Таджикистан.

На основе анализа данных подтверждена важность применения технологии аудита критических случаев во всех родильных учреждениях страны. Были улучшены методы внедрения и эксплуатации данной технологии. Также разработаны оценочная карта для оптимизации использования аудита критических случаев, инструментарий для оценки улучшения качества медицинской помощи матерям, а также методика расчета экономической эффективности аудита критических случаев.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном

процессе медицинских вузов, в системе непрерывного образования на уровне учреждений и при проведении дальнейших исследований, посвященных проблеме качества медицинской помощи матерям и детям.

Разработанная карта балльной оценки соблюдения методологии и принципов АКС позволит в дальнейшем совершенствовать внедрение и использование данной технологии. Представленные в исследовании инструменты оценки изменения качества помощи матерям могут быть использованы персоналом стационаров при анализе показателей учреждения по акушерским кровотечениям и тяжелым преэклампсиям. Результаты исследования дают возможность использовать методику расчета экономической эффективности внедрения аудита критических случаев на уровне учреждений. Предложены решения для учреждений всей страны, реализация которых улучшает качество помощи женщинам с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями. Предложена система анализа текущей ситуации по оказанию помощи пациенткам с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями путем регистрации инструментов оценки использования АКС в учреждениях. Внесены поправки в действующие в стране национальные стандарты по ведению женщин с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями. Определена роль АКС в системе непрерывного образования в родовспомогательных учреждениях. Представленные результаты и рекомендации преодоления определенных трудностей нового введения могут иметь практический выход для стран азиатского региона, сходных по социальному, культурному и экономическому статусам.

Положения, выносимые на защиту

1. Доказано, что идентичными факторами риска развития критических тяжелых преэклампсий и акушерских кровотечений являются сельское место жительства, низкий уровень образования, низкий социальный статус

(домохозяйки), низкий индекс здоровья, гинекологическая патология в анамнезе. Специфическими факторами риска развития критических тяжёлых преэклампсий являются первая беременность, раннее начало преэклампсии, гинекологическая патология в сочетании с ранним началом преэклампсии, наличие выраженных нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока. Специфическими факторами риска критических акушерских кровотечений являются возраст старше 30 лет, многорождаемость, осложнения беременности – преэклампсия, многоводие, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и предлежание плаценты.

2. Выявлена эффективность и устойчивость качества использования аудита критических случаев в учреждениях обеспечивают: обучение специалистов учреждений методологии и принципам АКС, основанных на использовании интерактивной методики преподавания, и последующая оценка использования данной методологии по балльной оценке проведения аудитов, включая консультирование, для улучшения использования методологии и принципов использования новой технологии.

3. Доказано, что эффективное применение аудита критических случаев, связанных с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями, способствует повышению качества оказываемой помощи при данных осложнениях. Это, в свою очередь, ведет к снижению частоты критических случаев в стационарах, а также к уменьшению соотношения количества материнских смертей к числу критических случаев, что подтверждает роль аудита как резерва для снижения материнской смертности.

4. Установлено, что экономическая эффективность использования аудита критических случаев обусловлена снижением частоты критических случаев, развившихся в родовспомогательных учреждениях, и, следовательно, финансовых затрат на оказание помощи женщинам с критическими тяжелыми преэклампсиями и акушерскими кровотечениями.

5. Выявлено, что среди основных причин упущенных возможностей

для предотвращения развития критических акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий во всех медицинских учреждениях можно отметить недостаточную квалификацию медицинского персонала, неэффективную организацию медицинской службы, а также необходимость внесения изменений в национальные клинические руководства и локальные протоколы.

6. Установлено, что систематический анализ истинных причин упущенных возможностей при проведении аудита критических случаев во всех учреждениях позволяет разрабатывать и внедрять эффективные адекватные решения. На основе этих данных формируются стратегии, направленные на обеспечение высокого качества и справедливого доступа к медицинским услугам для матерей, что способствует повышению эффективности здравоохранения в целом.

Степень достоверности результатов подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов изучения клинико-социальной характеристики женщин с критическими акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями, изучении качества оказанной стационарной помощи этим пациенткам, динамики изменения показателей критических случаев и случаев материнской смертности в этих учреждениях, анализе экономической эффективности использования данной технологии в практиках родовспомогательных учреждений. Полученные данные позволили предложить практическому акушерству обновленные подходы внедрения и использования методологии ВОЗ «аудит критических случаев».

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и областью исследований). Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение: подпункт 3.2. -

Условия и образ жизни населения, его социально-гигиенические проблемы, оценка влияния условий и образа жизни на ее продолжительность и показатели здоровья у населения, формирование здорового образа жизни; 3.4. - Состояние здоровья населения и тенденции его изменения, исследование демографических процессов, заболеваемости, воздействия социальных, демографических факторов на здоровье отдельных групп населения; 3.5. - Организация медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; оценка качества внебольничной и стационарной медицинской помощи. Обоснование путей развития и реформирования системы здравоохранения, организация специализированной медицинской помощи. По специальности 14.01.01 – Акушерство и гинекология: 3.1.2. – определение состояния внутриутробного плода. Обмен веществ, дыхание и питание внутриутробного плода. Развитие органов и систем плода. Диагностика отклонений развития плода. Коррекция нарушений состояния плода. 3.1.5. – отклонения в течение беременности: невынашивание, недонашивание, перенашивание плода; гестозы беременных, кровотечения во время беременности.

Личный вклад соискателя учёной степени в исследование состоит в его участии на всех этапах проведенных исследований. Диссертантом самостоятельно проведен обзор отечественной и зарубежной литературы по теме диссертационной работы, выбор темы, определение цели и задач исследования, подготовка карт первичного материала, сбор и анализ первичного материала, статистическая обработка материала и интерпретация полученных результатов, написание статей, диссертации и автореферата, участие на конференциях, представление правок в стандарты, публикация статей.

Апробация и реализация результатов диссертации. Материалы диссертации доложены на VI и VII съездах акушеров-гинекологов

Таджикистана с международным участием (Душанбе, 2016; 2022), на конференции, посвященной 40-летию образования ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ (Душанбе, 2020); на научно-практической конференции с международным участием «Неотложные состояния в акушерстве, гинекологии и перинатологии» (2023); на научно-практической конференции с международным участием «Репродуктивное здоровье Узбекистана: достижения и планы на будущее» (Самарканд, 2023); на межклиническом заседании ГУ ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ (Душанбе, протокол №7 от 7 мая 2024 г.), на заседании межкафедрального экспертного совета по терапевтическим и общественным дисциплинам ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, протокол № 4/1 от 26 июня 2024 г.).

Основные положения диссертации внедрены в работу учреждений 2-го и 3-го уровней Таджикистана (Хатлонская, Ходжентская области, г. Душанбе), в учебный процесс кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Публикация результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 25 научных работ, в том числе 14 в научных журналах и изданиях, рекомендованных ВАК при Президенте РТ. Разработаны 6 рационализаторских предложений.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 321 страниц компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы о материале и методах исследования, клинической характеристики обследованных женщин, глав с результатами собственных исследований, обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы, включающего 325 источников. Диссертация иллюстрирована 53 рисунками и содержит 40 таблиц.

Основная часть исследования

Материал и методы исследования

Исследование проведено в 14 учреждениях родовспоможения 2-го (10 учреждений) и 3-го (4 учреждения) уровней. Учитывая, что основным принципом аудита критических случаев является конфиденциальность, исследованные учреждения были закодированы заглавными буквами алфавита. Работа выполнена в 3 этапа. На первом этапе исследования изучены факторы риска развития критических тяжелых преэклампсий и акушерских кровотечений, на втором этапе проведена оценка обучения методологии и использования АКС в исследованных учреждениях, на третьем этапе - оценка клинической, социальной и экономической эффективности использования АКС.

Всем женщинам с тяжелой преэклампсией проведено общепринятое клинико-лабораторное обследование согласно Национальным стандартам Республики Таджикистан «Гипертензивные осложнения во время беременности, родов и в послеродовом периоде» (2015). Лабораторный мониторинг включал определение показателей гемоглобина, гематокрита, количества тромбоцитов, времени свертывания крови по методу Ли-Уайта, уровня фибриногена, АЧТВ, а также концентрации мочевины, креатинина, электролитов, билирубина и его фракций, активности аланинаминотрансферазы (АлАТ), оценку диуреза, общего анализа мочи и уровня протеинурии. В рамках инструментальных методов проводились электрокардиографическое исследование и ультразвуковая диагностика плода (фетометрия, оценка объема околоплодных вод, доплерометрия). При необходимости использовались дополнительные методы обследования и консультации профильных специалистов.

Ультразвуковую фетометрию проводили в режиме реального времени, измеряя бипариетальный и лобно-затылочный размеры головы, диаметр грудной клетки и живота, длину бедренной кости, окружность живота, а

также рассчитывая предполагаемую массу плода. Плацентография включала определение локализации плаценты, её толщины, степени зрелости, структуры и возможных патологических изменений. Объем околоплодных вод оценивался путём измерения боковых передне-задних карманов и расчёта индекса объёма околоплодных вод (нормой считалось значение от 5 до 20 см). Для оценки кровотока в системе "мать-плод-плацента" проводили доплерометрию, измеряя углoneзависимые показатели: систоло-диастолическое отношение (отношение максимальной систолической скорости к конечной диастолической), пульсационный индекс (разница между максимальной систолической и конечной диастолической скоростью кровотока) и индекс резистентности (соотношение разницы между систолическим и диастолическим кровотоком к систолическому кровотоку). Эти параметры определяли в маточных артериях, артерии пуповины и аорте плода. Нарушения кровотока в системе "мать-плод-плацента" классифицировали по трём степеням тяжести гемодинамических нарушений (Б.С. Демидов, 2000).

Объем кровопотери определяли методом измерения (гравидометрический метод) и расчетными методами по изменениям уровней гемоглобина и гематокрита.

Основным методом, который использован в исследовании, является метод оценки качества помощи матерям пособия ВОЗ «Что кроется за цифрами?» - аудит критических случаев (АКС) на уровне учреждений. Принципы АКС включают конфиденциальность, ненаказуемость, использование данных доказательной медицины для анализа, мультидисциплинарный подход и учёт мнения пациентки. Методология аудита характеризуется проведением анализа "от двери до двери", что означает последовательное изучение всех этапов оказания помощи для выявления причин упущенных возможностей. В рамках аудита оцениваются факторы, связанные с персоналом, медикаментами, оборудованием,

протоколами, организацией и управлением, а также с пациенткой и её семьёй. Для поиска истинных причин проблем используется метод "Почему, но почему?". Аудит критических случаев включает три ключевые области анализа: 1) оценка ухода за пациенткой от момента её поступления в клинику до выписки, выделение моментов, которые были выполнены хорошо, и тех, которые прошли с нарушениями; 2) определение факторов, способствовавших качественному уходу, а также факторов, препятствовавших его предоставлению; 3) выявление аспектов ухода, требующих улучшения, и предложение решений и действий для их совершенствования в будущем.

Оценку проведенного обучения аудиту критических случаев проводили методом тестирования обученных специалистов и сравнения данных тестов до и после обучения. В последующем после обучения проводилась оценка использования этой технологии в исследованных учреждениях. Нами разработана оценочная карта, в которой отмечались сильные и слабые стороны, выявленные во время присутствия на заседаниях аудита критических случаев. В заключение каждого раздела выставляли оценку в баллах на основе информации, полученной при наблюдении за заседанием команды и участников случая. Каждая практика оценивалась по 4-балльной системе: 3 - не требует улучшения; 2 - необходимы некоторые улучшения; 1 - требуются существенные улучшения, 0 - не внедрено. Общий балл для каждого раздела рассчитывается как среднее арифметическое всех баллов. Высчитывали процентное соотношение полученных баллов к максимальному возможному количеству баллов в блоке. При максимально возможно набранных баллах (66 баллов) уровень использования равен 100%. Мы условно оценивали уровни использования АКС: высокий – от 85% до 100%, средний – от 60% до 85%, низкий – меньше 60%.

Оценку качества интервьюирования проводили методом наблюдения. Для оценки навыков интервьюеров использовали оценочную карту, которая

разработана по 4-балльной системе: 3 - не требует улучшения. 2 - необходимы некоторые улучшения, 1 - требуются существенные улучшения, 0 - нуждается в значительном улучшении навыков интервьюера. Общий балл для каждого раздела рассчитывается как среднее арифметическое всех баллов с последующим соотношением набранных баллов к максимальному возможному количеству баллов. Оценку интерпретировали: высокий уровень интервьюирования соответствовал 85%-100%, от 60% до 85% – средний уровень навыков интервьюирования, ниже 60% - низкий уровень.

Для оценки изменения качества помощи матерям с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями разработаны инструменты оценки - показатели критических случаев тяжелых преэклампсий и акушерских кровотечений, развившихся в стационаре. Из статистических отчетов изученных учреждений выбраны и проанализированы эти инструменты оценки за 5-летний период.

Для изучения экономической эффективности использования аудита критических случаев проведены расчеты затрат на обследование, лечение и обслуживание пациенток с акушерскими кровотечениями с учетом объема кровопотери и пациенток с критическими тяжелыми преэклампсиями в период с 2018 по 2022 годы. Принимались во внимание критические случаи, развившиеся в учреждении. При калькуляции расходов нами использованы утвержденные руководителями учреждений документы калькуляционной стоимости акушерских осложнений и приказ № 600 от 5 ноября 2014 года, в котором приведены прейскуранты цен на лабораторные исследования, лечение и реабилитацию пациенток с различными критическими состояниями. При подсчетах принимали во внимание порядок оказания помощи, перечень необходимого обследования, пошаговое лечение и критерии длительности пребывания в стационаре женщин, согласно национальным руководствам «Кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде: профилактика, диагностика, акушерская тактика»,

«Гипертензивные нарушения при беременности», утвержденным Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием стандартного программного обеспечения для прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v.6.0). Применялись как параметрические, так и непараметрические методы статистики. В рамках описательной статистики оценивались среднее арифметическое значение (M) и средняя ошибка среднего (m). Для выявления межгрупповых различий использовали t -критерий Стьюдента. Взаимосвязь между признаками анализировалась с помощью расчёта коэффициента линейной корреляции (r). Критический уровень значимости был установлен на уровне 0,05. В случае обнаружения значимых различий между частотными показателями рассчитывался коэффициент отношения шансов. Относительный риск считался статистически значимым, если его доверительный интервал не пересекал нулевую отметку.

Результаты исследования

Для идентификации факторов риска развития критических тяжелых преэклампсий проведен анализ особенностей клинико-лабораторно-анамнестической характеристики 25 женщин с тяжелой преэклампсией (группа сравнения) и 52 женщин с критическими состояниями тяжелых преэклампсий (основная группа), которые поступили на родоразрешение в ГУ ТНИИ АГиП МЗСЗН РТ, обследованные проспективно. Средний возраст пациенток в первой группе составлял $21 \pm 0,5$ лет, во второй группе – $24,1 \pm 0,7$ года, без статистически значимой разницы. Изучение клинико-социально-анамнестической характеристики женщин с тяжелой преэклампсией и критическими тяжелыми преэклампсиями позволило идентифицировать достоверно значимые факторы риска развития критических тяжелых

преэклампсий: возраст моложе 25 лет, низкий уровень образования, проживание в сельской местности, низкие социальный уровень и индекс здоровья (анемия – 98,1%; хроническая гипертензия – 59,6%; заболевания почек – 50%; йоддефицитные состояния – 30,8%; частые ОРВИ – 75%), первая беременность, раннее начало преэклампсии, сочетание гинекологической патологии в анамнезе с ранним началом преэклампсии, наличие нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока.

Для выявления факторов риска развития критических акушерских кровотечений был проведен анализ клинико-лабораторных и анамнестических данных у двух групп женщин: первая группа - 25 женщин с акушерскими кровотечениями (группа сравнения); вторая группа - 30 женщин, столкнувшихся с критическими акушерскими кровотечениями (основная группа). При акушерских кровотечениях в зависимости от объема кровопотери достоверными факторами риска развития критических акушерских кровотечений являлись: возраст старше 30 лет, проживание в сельской местности, низкий и средний уровни образования, анемия беременных, многоплодность, осложнения беременности (угроза прерывания, преэклампсия, многоводие, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и её предлежание). Изучение нарушений гемостаза при острой массивной кровопотере у родильниц показало, что у женщин с кровопотерей более 2 литров отмечается снижение показателей: гемоглобина на 61,4%, тромбоцитов на 77%, уровня фибриногена на 53,8%, что усугубляло кровопотерю.

Общими факторами риска для развития критических состояний при тяжёлых преэклампсиях и акушерских кровотечениях были выявлены следующие: проживание в сельской местности, низкий уровень образования, низкий социальный статус (домохозяйки), низкий индекс здоровья, наличие гинекологических заболеваний в анамнезе. Специфическими факторами риска для тяжёлых преэклампсий являются первая беременность, раннее начало преэклампсии, сочетание гинекологических патологий с ранним её

началом, а также выраженные нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока.

Таблица 1. – Факторы риска критических тяжелых преэклампсий и критических акушерских кровотечений

Фактор риска	Тяжелые преэклампсии	Акушерские кровотечения	RR, частота, коэффициент Пирсона
Возраст, лет	*моложе 25	**старше 30	*1,55 (ДИ 0,89 - 2,70) ** $\Gamma=0,45$
Место жительства	*Село	**Село	*в 3 раза чаще **в 4 раза чаще
Уровень образования	*низкий	**низкий	*71% ** $\Gamma=0,21$
Социальный статус	*домохозяйки	**домохозяйки	*75% **79%
Индекс здоровья	*низкий	**низкий	*92% **88%
Гинекологическая патология	*+ранняя преэклампсия		*100% **1,5 (ДИ 0,58 - 3,90)
Паритет	*Первые	**многорожавшие	*0,94 (ДИ 0,69 - 1,32) **1,15 (ДИ 0,97 - 2,43)
Пре-эклампсия	*Ранняя	**Ранняя и поздняя	*1,879 (ДИ 1,187 - 2,975) **1,167 (0,422 - 3,227)
Многоводие		**многоводие	**1,11 (ДИ 0,45 - 2,78)
ПОНРП		**ПОНРП	** $\Gamma=0,349$
Предлежание плаценты		**предлежание плаценты	**3,33 (ДИ 0,39 - 27,94)
Нарушения кровотока	*выраженные		*1,240 (ДИ 0,985 - 1,561)

В свою очередь, для критических акушерских кровотечений специфическими факторами риска выступают возраст старше 30 лет, многоплодность, осложнения беременности, такие как преэклампсия, многоводие, ПОНРП и предлежание плаценты (таблица 1).

Аудит критических случаев (АКС) внедрен в стационары 2-го и 3-го уровней страны. Мы проанализировали результаты использования различных методик при обучении специалистов методологии и принципам АКС при акушерских кровотечениях и тяжелых преэклампсиях, а также результаты оценки использования данного инструмента в стационарах страны. Для теоретической подготовки специалистов учреждений интерактивной методикой обучены команды АКС (по 5 специалистов) 14 учреждений страны (всего 70 специалистов).

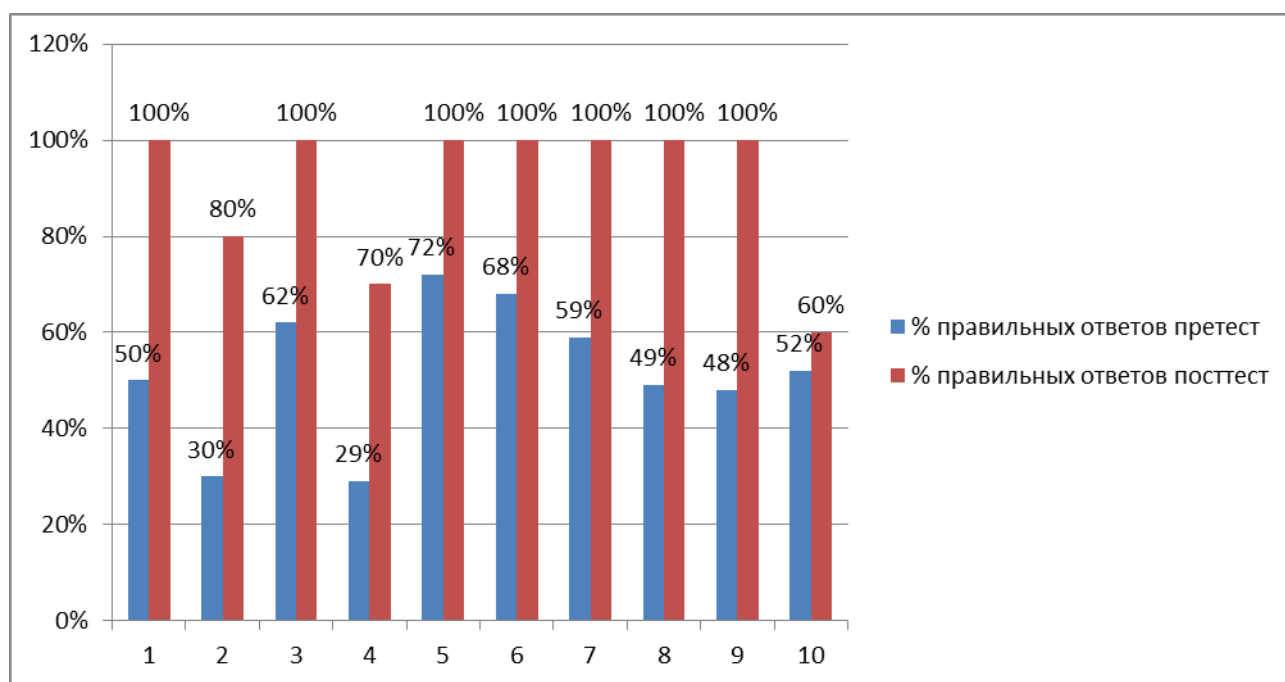


Рисунок 1. – Повышение частоты правильных ответов на вопросы тестов при проведении посттестирования по сравнению с претестированием

На каждом семинаре участвовали 18-20 специалистов. Всего проведено 4 семинара. Эффективность проведенных семинаров оценивались по данным тестирования до и после окончания обучения, состоявших из 10 вопросов.

Сравнение информированности участников по отдельно взятым вопросам теста до и после обучения представлено на рисунке 1, который демонстрирует повышение уровня теоретических знаний по окончании обучения. Уровень знаний по вопросам методологии и принципов АКС до проведенного обучения был низким – уровень правильных ответов колебался от 29% до 72%, наиболее низкими оказались знания относительно метода «почему, но почему?» и самого понятия «аудит критических случаев». Поэтому данные вопросы отрабатывались в качестве практических навыков при работе в группах. По окончании 3-дневного семинара уровень теоретических знаний специалистов учреждений повысился: 78,6% ответили правильно на все вопросы, минимальный процент правильных ответов (80%) имели 5% участников, 10 (14,3%) обучающихся имели 90% правильных ответов.

Исследование показало, что ключевым фактором эффективности применения АКС является интерактивное обучение медицинских специалистов. Такое обучение повышает уровень теоретических знаний о методологии и принципах АКС, что в дальнейшем оценивается по балльной системе при проведении заседаний по АКС.

Организация внедрения методологии практически во всех учреждениях оценена на высокие баллы. Приказы об использовании данного инструмента имелись во всех учреждениях, однако не везде отражены в приказах состав команды, порядок и правила использования АКС. Все члены команд обучены, соблюдался принцип мультидисциплинарности, во все команды включены акушерки. Общая сумма баллов всех изученных учреждений по организации использования АКС колебались от 35 до 42 баллов, что соответствовало 71-100% по отношению к максимально допустимым баллам (42 балла). Средний балл организации использования АКС $94,6 \pm 0,04\%$ по отношению к максимально допустимой оценке в баллах, при этом выявлена его статистически незначимая ($p=0.517911$) прямая связь с кратностью проведения заседаний. Низкий средний процент набранных баллов каждого

пункта использования АКС по отношению к максимально допустимой балльной оценке установлен при оценке следующих практик: кратность проведения заседаний (57,1%), количество эффективных решений (52,4%), процент реализации принятых решений (54,8%), качество интервью (61,9%), использование метода «почему, но почему?» (64,9%), использование стандартов при проведении анализа и поиске слабых практик в учреждении (47,6%). Установлено наличие прямой сильной связи ($r=0,817$) между показателями балльной оценки при использовании методики «почему, но почему» и показателями балльной оценки при выявлении истинных причин упущенных возможностей, зависимость признаков статистически значима ($p=0,000464$). Также имелись достоверная ($p=0.006686$) прямая связь (коэффициент корреляции равен 0.693) между использованием данных интервью женщин и выявлением главных причин упущенных возможностей, прямая корреляция умеренной силы по шкале Чеддока ($r=0,460$) между выявлением главных причин упущенных возможностей и использованием стандартных методов при АКС, прямая умеренная по шкале Чеддока связь зависимости правильного подбора случая и успешного поиска главных причин упущенных возможностей (коэффициент корреляции равен 0,396) без статистически значимой зависимости признаков ($p=0,162886$).

При определении истинных причин упущенных возможностей (ИПУВ) во время проведения АКС большое значение имеют интервьюирование женщин, которое позволяет получить ценную информацию из первых рук, и метод «почему, но почему?». Далее по значимости следуют анализ сравнения практик учреждения с положениями стандартов оказания помощи женщинам с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями и правильный подбор случаев для анализа.

Анализ результатов оценки использования АКС по разработанной нами оценочной карте с использованием балльной системы показал, что общий балл в учреждениях 3-го уровня колебался от 51 до 65 (77,3% - 98,5%), 2-го уровня – от 25 до 53 (37,9% - 80,3%). После обучения использованию

принципов АКС в практике учреждений, мониторингов и кросс-визитов высокий уровень использования АКС отмечен в 15% учреждений, средний - в 50%, низкий – в 35%, что определило целесообразность использования всех оцененных активностей при внедрении АКС. Мониторинги с использованием карт балльной оценки позволяют объективно анализировать слабые и сильные стороны применения АКС и облегчают выбор тематик консультативных услуг во время мониторинга. Средний общий балл практик использования АКС в учреждениях 3-го уровня был статистически значимо ($p < 0,05$) выше, по сравнению с соответствующим показателем в учреждениях 2-го уровня. Анализ связи балльной оценки качества использования методологии, принципов АКС и кратности проведения заседаний аудитов критических случаев показал статистически значимую ($p < 0,05$) тесную прямую связь ($r = 0,655$). Анализ качества использования АКС в медицинских учреждениях разного уровня выявил следующие результаты. В учреждениях 3-го уровня высокое качество проведения АКС отмечалось в 25% случаев, а среднее качество использования АКС было отмечено в 75% случаев. Несколько иная картина наблюдалась в учреждениях 2-го уровня, где средний уровень качества АКС был отмечен в 60% случаев, а в остальных 40% случаев отмечалось низкое качество АКС. Наблюдаемая разница в показателях может быть обусловлена более высоким уровнем квалификации персонала в медицинских учреждениях 3-го уровня.

Основная цель аудита критических случаев заключается в идентификации избегаемых факторов в процессе оказания медицинской помощи, что способствует улучшению качества здравоохранения. Принцип учета мнения женщин, переживших критическое состояние, играет ключевую роль в результатах оценки интервьюеров команд учреждений, использующих аудит критических случаев.

Нами проведена оценка работы 14 интервьюеров команд учреждений, использующих аудит критических случаев. Средний общий балл оценки навыков проведения интервью в учреждениях, использующих АКС,

колебался от 15 до 34 баллов, что указывает на разный уровень подготовки и навыков интервьюеров. Максимальные баллы набрали интервьюеры команд АКС учреждений 3-го уровня (от 28 до 34 баллов). Средний общий оценочный балл всех изученных учреждений составил $23,8 \pm 1,6$ балла. Отношение набранных баллов каждого отдельно взятого учреждения к максимально возможным баллам, выраженное в процентах, колебалось от 41,7% до 94,4%, в среднем $66,1 \pm 0,04\%$. Слабыми практиками навыков интервьюирования явились умение вести открытый разговор по теме, навыки вербального и невербального общения, непринужденность при общении, доступность формулировки задаваемых вопросов, внимательность при выслушивании женщины. Максимальными баллами оценены практики умения задавать открытые вопросы и умение более доступного для понимания перефразирования. В большей части анализируемых интервьюирований создавались условия конфиденциальности. Однако ни по одному из анализируемых пунктов не был установлен наивысший балл - 42, что говорит о необходимости повышения навыков интервьюирования среди работников, включенных в группу АКС.

При оценке уровня работы интервьюеров в учреждениях 3-го уровня по 2 (50%) учреждения имели высокий и средний уровни навыков интервьюирования, 2-го уровня 5 учреждений (50%) имели средний уровень, 5 (50%) учреждений – низкий уровень интервьюирования. Средний балл навыков интервьюирования учреждений 3-го уровня составил $29,0 \pm 2,6$ ($80,6 \pm 0,1\%$), что было статистически значимо ($p < 0,05$) выше соответствующих показателей учреждений 2-го уровня ($21,7 \pm 1,5$; $60,3 \pm 0,04\%$).

Работа интервьюеров учреждений, использовавших АКС в течение 5 лет, в целом была оценена на достоверно ($p < 0,001$) более высокие баллы ($77,8 \pm 0,05\%$), по сравнению с учреждениями, использовавшими данную методологию в течение 3 лет ($54,4 \pm 0,04\%$).

Таким образом, семинары по правилам проведения АКС с

использованием интерактивных способов обучения показали свою эффективность, что определяет целесообразность последующих внешних оценок с участием на заседаниях АКС в учреждениях с низким и средним уровнями, а также подтверждает, что успешное и эффективное использование аудита критических случаев не может быть обеспечено только обучающими семинарами.

Нами изучена клиническая эффективность использования АКС в 14 родовспомогательных учреждений разного уровня страны. В учреждениях 3-го уровня за изученный период времени количество родов в год колебалось от 3138 до 10072, и было заметно ниже в учреждениях 2-го уровня, варьируясь в пределах 1399 - 5429. Анализ динамики изменения частоты случаев кровотечений в 14 исследуемых медицинских учреждениях показал, что сокращение данного показателя отмечалось в 10 (71,4%) из этих учреждений. При этом в 2018 году этот показатель составлял 0,4% - 4,2%, а в 2022 году частота кровотечений составляла 0,6% - 3,0%. Увеличенное разнообразие в частоте акушерских кровотечений в различных учреждениях в 2018 году (3,8%), по сравнению с показателем в 2022 году (2,4%), косвенно указывает на успешность внедрения стандартизированных подходов к оказанию помощи женщинам с кровотечениями на уровне страны. В структуре причин кровотечений в 2018 году из 1056 случаев акушерских кровотечений в исследованных стационарах ПОНРП имела место у 411 (38,9%), гипотонические кровотечения – у 497 (47,1%), травма – у 63 (6%), кровотечения при предлежании плаценты – у 53 (5%), кровотечения, обусловленные дефектом плацентарной ткани или остатками плодных оболочек, – у 32(3%) пациенток. В 2022 году кровотечения, обусловленные ПОНРП, диагностированы у 579 женщин и удельный вес их составил 67,6%, гипотонией матки – у 156 (18,2%), предлежанием плаценты – у 60 (7%), травмой родовых путей – у 31 (3,6%), остатками тканей последа – у 27 (3,2) женщин. Как видно, удельный вес кровотечений, обусловленных ПОНРП, составлял в 2018 году $38,9 \pm 7,3\%$, в 2022 году - $67,6 \pm 8,8\%$ ($p < 0,05$; $t = 2,5$).

Частота гипотонических кровотечений в изученных учреждениях в 2018 году составила 0,9% (количество гипотонических кровотечений / количество родов: 497/53557). В 2022 году частота гипотонических кровотечений составила 0,3% (156/55983). В результате внедрения АКС, улучшения качества ведения третьего периода родов выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) снижение удельного веса гипотонических кровотечений с $47,1 \pm 1,4\%$ до $18,2 \pm 1,4\%$ в 2022 году, по сравнению с 2018 годом, практически в 3 раза.

Средние значения частоты критических кровотечений 14 исследованных учреждений составили в 2018 году – 12,0%, в 2019 году – 12,4%, в 2020 году - 14,1%, в 2021 году – 11,1%, в 2022 году – 10,8%. Удельный вес критических кровотечений больше 1 литра за пятилетний период снизился в 7-ми (50%) исследованных учреждениях. Из 4-х учреждений 3-го уровня снижение удельного веса критических акушерских кровотечений отмечено в 2-х учреждениях. В 2-х других учреждениях 3-го уровня наблюдалось повышение показателя критических акушерских кровотечений, что объясняется улучшением системы регионализации. Это привело к концентрации пациенток с повышенным риском (рубцы на матке, предлежание плаценты) в учреждениях высшего уровня. В учреждениях 2-го уровня, напротив, отмечено снижение удельного веса критических акушерских кровотечений в половине случаев. При сравнении средней частоты критических кровотечений в 14 учреждениях между 2018 и 2022 годами выявлена тенденция к снижению, хотя статистически значимых различий не обнаружено. Особенно примечательно снижение частоты критических случаев кровотечений, произошедших непосредственно в стационарах. Если в 2018 году этот показатель варьировался от 33,3% до 100%, то к 2022 году его максимальное значение снизилось до 50%, а минимальное - до 0%. Данные показатели улучшения связывают с регулярным и правильным использованием аудита критических случаев (АКС). В результате регулярного и правильного использования в практике

учреждений аудита критических случаев отмечалось снижение данного показателя во всех исследуемых учреждениях, составляя на 2022 год от 0 до 50%.

Частота случаев встречаемости критических гипотонических кровотечений в 2022 году составила 22,9% (в 20 из 87 случаев), что оказалось в более чем 2 раза ниже, чем в 2018 году, когда данный показатель составлял 51% (в 51 из 100 случаев, $p < 0,001$).

Динамика изменения соотношения количества швов по Б-Линчу к количеству гистерэктомии при острых кровотечениях в учреждениях, применяющих АКС, показывает четкую тенденцию постепенного снижения частоты гистерэктомий и постепенного повышения частоты эффективно наложенных швов по Б-Линчу (рисунок 2).

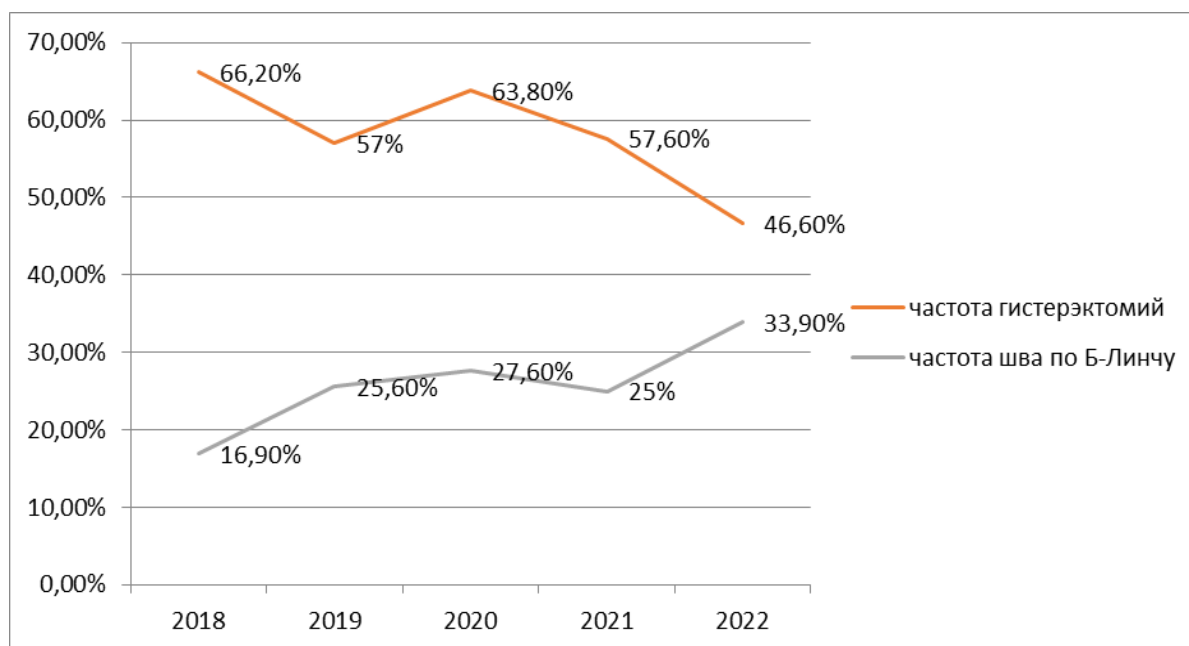


Рисунок 2. – Динамика изменения частоты гистерэктомий и эффективного шва по Б-Линчу у пациенток с критическими гипотоническими кровотечениями

Анализ частоты проведения гистерэктомий в связи с критическими акушерскими кровотечениями показал, что в 2018 году данный показатель

составлял 63%, тогда как в 2022 году он уменьшился до 45,9%. При этом на долю ПОНРП, матки Кувеллера и плаценты с аномально плотным прикреплением к матке среди всех причин для выполнения гистерэктомии приходилось 48,1% (в 25 из 52 случаев). Еще в 38,5% случаях (у 20 из 52 женщин) гистерэктомия выполнялась вследствие развития у пациенток гипотонического кровотечения при отсутствии эффекта от утеротонической терапии, наложения шва по Б-Линчу, перевязки сосудов матки и придатков.

АКС предусматривает анализ своевременного и правильного использования эффективных перинатальных услуг и выявление ИПУВ. В определенном количестве критических случаев гипотонических критических ситуаций было выявлено, что в результате слабых навыков наложения шва по Б-Линчу врачами выполнена гистерэктомия. Принятие решения по улучшению навыков данной операции с привлечением кураторов дало положительный эффект и в этих учреждениях повысилась частота применения шва по Б-Линчу, соответственно, снизилась частота гистерэктомий на фоне гипотонических кровотечений (с 63% до 49%).

В динамике изученных лет общее количество реципиентов гемотрансфузий снизилось и составило 151 (14,3%) в 2018 году, 126 (12,8%) – в 2019 году, 130 (14,6%) – в 2020 году, 107 (11,7%) – в 2021 году, 92 (10,7%) – в 2022 году, соответственно, соотношение реципиентов для гемотрансфузий к общему количеству кровотечений также уменьшилось, что связано со снижением частоты массивных кровотечений, требующих гемотрансфузий. Полученные данные косвенно подтверждает уменьшение случаев полипрагмазии. Снижение количества кровотечений больше литра в динамике анализируемого периода также имеет значение в изменении данного показателя.

Для определения значимости АКС в сокращении уровня материнской смертности мы проанализировали общую по республике частоту случаев материнской смертности, обусловленной акушерскими кровотечениями, а также критическими состояниями тяжелой преэклампсии. В 2022 году по

стране зарегистрировано 939, в 2023 году – 852 случая критических акушерских кровотечений, что составило в процентах к общему количеству зарегистрированных родов 0,4% и 0,3% соответственно. Снижение количества и частоты критических акушерских кровотечений косвенно подтверждает улучшение качества помощи пациенткам с акушерскими кровотечениями. Также мы определяли индекс соотношения количества всех летальных случаев, обусловленных акушерскими кровотечениями, к общему количеству критических форм акушерских кровотечений. В 2022 году было зафиксировано 16 материнских смертей (МС) от акушерских кровотечений, в 2023 году - 14. Соотношение числа случаев МС вследствие кровотечений к количеству критических ситуаций составило 1,7% в 2022 году и 1,6% в 2023 году. Уменьшение показателя материнской смертности на 0,1% между 2022 и 2023 годами говорит о значимости разработанных национальных руководств по оказанию помощи пациенткам с акушерскими кровотечениями и роли АКС. Эти меры способствуют улучшению качества медицинского обслуживания в данной области, что в свою очередь вносит вклад в снижение уровня материнской смертности в стране.

Нами также изучена динамика частоты случаев госпитализации пациенток с тяжелыми преэклампсиями и критическими состояниями тяжелых преэклампсий (ТП) (по годам в учреждениях, использующих аудит критических случаев). В стационары 3-го уровня в 2018 году госпитализировано 1088 (70,3%), в стационары 2-го уровня - 459 (29,7%), в 2013 году – 1188 (73,3%) и 433 (26,7%), в 2020 году – 1557 (78%) и 439 (22%), в 2021 году 1406 (73%) и 521 (27%), в 2022 году – 1434 (75,5%) и 465 (24,5%) соответственно пациенток с тяжелыми преэклампсиями. Зафиксирована тенденция к снижению количества госпитализаций женщин с ТП в медицинские учреждения второго уровня и одновременное увеличение числа госпитализаций в стационары третьего уровня, что предусматривает правильная организация системы перенаправления в стране в динамике изученного временного периода.

Для определения значимости АКС в сокращении числа случаев критических состояний у пациенток с тяжелой преэклампсией изучались динамические изменения показателей числа случаев критических ТП относительно общего количества всех тяжелых форм преэклампсий. За период с 2018 по 2022 годы наблюдалось увеличение общего числа случаев тяжелой преэклампсии среди беременных женщин с 1548 до 1899. Однако количество критических случаев тяжелой преэклампсии за этот же период сократилось с 203 до 189 случаев. Это привело к изменению динамики показателя соотношения критических случаев тяжелой преэклампсии к общему количеству таких случаев: в 2018 году этот показатель составлял 13,1%, снижаясь до 11,2% в 2019 году, 10,5% в 2020 году, 10,3% в 2021 году и достигая 9,9% в 2022 году.

В качестве критических случаев тяжелых преэклампсий мы рассмотрели острое почечное повреждение (ОПП), печеночную недостаточность, отек легких, HELLP-синдром, а также материнскую смертность вследствие этого состояния.

В медицинских учреждениях, где использовался АКС, частота развития ОПП в 2018 году составляла в среднем $15 (0,97 \pm 0,2\%)$, к 2022 году - 39 случаев ($2,1 \pm 0,3\%$). Удельный вес случаев ОПП, развившихся после госпитализации пациенток с тяжелой преэклампсией, в 2018 году составлял 33,3% случаев, а к 2022 году данный показатель сократился в более чем 4 раза, составив 7,7%. Более заметное сокращение данного показателя по отношению к предыдущим годам наблюдалось в 2019 и 2020 годах, составив 15,1%. Данный факт может свидетельствовать об улучшении качества наблюдения за пациентками с тяжелой формой преэклампсии.

В 2018 году количество случаев регистрации печеночной недостаточности у женщин с тяжелой формой преэклампсии в медицинских учреждениях, использующих АКС, составляло 11 наблюдений, а в 2022 году таких случаев было 13. В последующие годы количество этого осложнения увеличивается (20 случаев и 17 случаев соответственно), что, по-видимому,

связано с улучшением диагностики. В то же время удельный вес печеночной недостаточности, развившейся вне стационара, и установленный диагноз сразу при поступлении женщины свидетельствуют о некачественном антенатальном наблюдении. При увеличении абсолютного количества случаев печеночной недостаточности отмечается незначительное уменьшение частоты данного осложнения по отношению к общему числу тяжелых преэклампсий. В связи с этим мы сочли целесообразным проанализировать соотношение случаев женщин с печеночной недостаточностью, поступивших извне и развившихся в стационаре. Анализ динамики соотношения случаев развития печеночной недостаточности у пациенток с тяжелой формой преэклампсии, развившейся внутри- и вне стационарно, показал, что в 2018 году этот коэффициент составлял 2,7, в 2019 году возрос до 3,3, в 2020 году – до 5,7, достигая пика к 2021 году с показателем 8,5. К 2022 году этот показатель снизился до 5,6. Как показали результаты исследования, частота случаев развития печеночной недостаточности у женщин с тяжелой формой преэклампсии была заметно выше до момента госпитализации пациентов в стационар, чем доля внутри стационарных случаев развития ОПН. Такая картина свидетельствует о повышении качества оказываемой помощи женщинам с тяжелой преэклампсией в стационарных учреждениях, где применяется АКС.

Наибольшее количество случаев развития отека легких вследствие тяжелой преэклампсии в исследованных учреждениях имело место в 2019 году (11 случаев) и в 2020 году (16 случаев). В целом, частота развития отека легких у женщин с тяжелой преэклампсией по отношению к общему количеству тяжелых преэклампсий составила $0,3 \pm 0,1\%$ в 2018 году, $0,7 \pm 0,2\%$ - в 2019 году, $0,9 \pm 0,2\%$ - в 2020 году, $0,4 \pm 0,1\%$ - 2021 и 2022 годах. Установлено статистически значимое ($p < 0,05$) повышение частоты возникновения отека легких у женщин с тяжелой преэклампсией в 2020 году, по сравнению с соответствующим показателем в 2018 году. Результаты анализа показывают, что в медицинских учреждениях, где используется

АКС, частота случаев отека легких, который развивается у пациенток с тяжелой преэклампсией до момента их госпитализации, было выше, чем частота внутривнутрибольничных случаев: в 2019 году разница составила 30%, в 2020 году — 66%, в 2021 году — 42,8%, а в 2022 году — 71,4%. Анализ пятилетнего наблюдения (с 2018 по 2022 годы) показал динамическое снижение частоты внутрибольничных случаев развития отека легких у женщин с тяжелыми формами преэклампсии, с 50% до 14,3%.

За период с 2018 по 2022 годы общее количество зарегистрированных случаев эклампсии (как поступивших из других учреждений, так и возникших непосредственно в стационаре) в анализируемых медицинских организациях не продемонстрировало устойчивого снижения. Доля эклампсий среди всех тяжелых форм преэклампсий составила: в 2012 году — 5,7%, в 2013 году — 6,2%, в 2014 году — 4,3%, в 2015 году — 5,2%, и в 2016 году — 5,1%.

В 2022 году по стране зарегистрировано 315, в 2023 году – 298 случаев критических тяжелых преэклампсий, что составило в процентах к общему количеству зарегистрированных родов 0,13% и 0,12% соответственно, то есть этот показатель уменьшился только на 0,01%.

Выявлено статистически значимое снижение доли случаев эклампсии, возникших в стационарных условиях, по сравнению с эклампсиями, произошедшими вне медицинских учреждений, в течение всего анализируемого периода ($p < 0,05$). Это снижение указывает на повышение качества медицинской помощи матерям с тяжёлыми преэклампсиями в условиях стационара (рисунок 3).

В 2022 году по стране зарегистрировано 315, в 2023 году – 298 случаев критических тяжелых преэклампсий, что составило в процентах к общему количеству зарегистрированных родов 0,13% и 0,12% соответственно, то есть этот показатель уменьшился только на 0,01%.

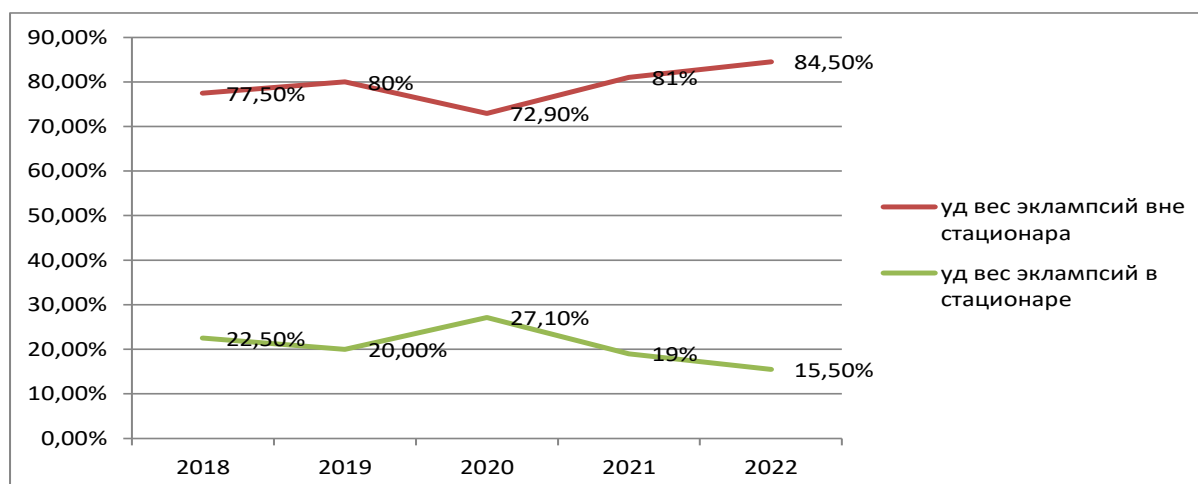


Рисунок 3. – Частота случаев эклампсии, возникшей до и после поступления женщин в медицинское учреждение

Дополнительно мы анализировали динамику изменения частоты случаев материнской смертности относительно всех критических случаев данного осложнения. В 2022 году количество летальных исходов, связанных с тяжёлыми формами преэклампсии, составило 16 случаев, а в 2023 году этот показатель уменьшился до 8. Соответственно, коэффициент соотношения МС к числу критических случаев тяжелой преэклампсии составил 5,1% в 2022 году и снизился до 2,7% в 2023 году. Также было отмечено небольшое снижение (на 17 случаев) числа критических форм преэклампсии, наряду с заметным снижением показателя материнской смертности (в два раза). Помимо этого, коэффициент соотношения МС к числу критических случаев тяжелой преэклампсии также снизился почти на 50%. Эти данные подтверждают, что использование АКС при лечении тяжелой преэклампсии способствует существенному снижению материнской смертности, подчеркивая его роль как важного инструмента для повышения качества медицинского обслуживания.

Акушерские кровотечения и тяжелые формы преэклампсии представляют собой основные причины материнской смертности (МС) среди прямых акушерских факторов. В связи с этим, значительное количество

летальных исходов может быть предотвращено за счёт улучшения качества медицинской помощи как до госпитализации, так и на этапе её оказания в стационаре. Существенное влияние на снижение МС оказывают и социальные факторы, способствующие развитию данных осложнений у беременных. Эти факты подчеркивают важность внедрения национальных стандартов и применения методики АКС в лечебных учреждениях, что способствует своевременному выявлению ИПУВ и устранению недостатков в соблюдении стандартов медицинской помощи.

На национальном уровне важно применять расчёт коэффициента эффективности для оценки рентабельности программ, включая внедрение АКС в медицинских учреждениях страны. Экономическую эффективность вычисляли путем определения разницы между общими расходами на лечение пациентки с критическим состоянием, возникшим в стационаре до применения АКС, и таковыми расходами при успешном применении АКС за 5-летний период наблюдения.

Проведенные расчеты затрат на обследование, лечение и обслуживание пациенток, произведены с учетом объема кровопотери при критических акушерских кровотечениях, отдельно для объемов 1 л, 1-2 л, 2-3 л и 3-4 л. Использованы официальные документы калькуляционной стоимости акушерских осложнений и приказ № 600 от 5 ноября 2014 года с прейскурантом цен на лабораторные исследования. При анализе эффективности оказания помощи учитывались порядок ведения пациенток, комплекс необходимых обследований, последовательность лечебных мероприятий и критерии продолжительности пребывания в стационаре. После подсчета затрат на обследование, затрат на лечение, затрат на госпитальные услуги была подсчитана прейскурантная стоимость для различных объемов кровопотери с учетом рентабельности, представляющая собой сумму себестоимости и рентабельности.

Таблица 2. – Суммы затрат на оказание помощи женщинам с критическими акушерскими кровотечениями в 2018 и в 2022 годах

Год	Объем кровопотери			
	1 литр	1 -2 литра	2-3 литра	3-4 литра
Финансовые затраты в 2018 году	$1775,6 \times 30 =$ 53268 сомони	$4095,2 \times 17 =$ 69618,4 сомони	$4521,4 \times 3 =$ 13564,2 сомони	$5192,3 \times 1 =$ 5192,3 сомони
Финансовые затраты в 2022 году	$1775,6 \times 12 =$ 21307,2 сомони	$4095,2 \times 6 =$ 24571,2 сомони	$4521,4 \times 1 =$ 4521,4 сомони	$5192,3 \times 1 =$ 5192,3 сомони
Разница в сумме затрат в 2022 и 2018 гг.	31960,8 сомони	45047,2 сомони	9042,8 сомони	0 сомони

Общие затраты на обслуживание женщин с критическими кровотечениями вычислены путем суммирования затрат при различном объеме кровопотери. Для оценки экономической эффективности мы рассчитали общий объем финансовых затрат, связанных с различными уровнями кровопотери. Это было достигнуто путём умножения преискурантной стоимости оказания медицинской помощи женщинам с критическими акушерскими кровотечениями на разницу в количестве подобных случаев с различными уровнями кровопотери за период с 2018 по 2022 годы. В результате общая сумма расходов на лечение женщин с критическими акушерскими кровотечениями составила 141642,9 сомони в 2018 году и снизилась до 55592,1 сомони в 2022 году. Общая сумма экономии составила 86050,8 сомони (таблица 2).

За период с 2018 года по 2022 год в изученных учреждениях количество критических тяжелых преэклампсий снизилось на 10 случаев, или

в 2 раза. Стоимость госпитальных услуг пациенткам с эклампсиями рассчитана в зависимости от рекомендованного пребывания пациенток с диагнозом «эклампсия» согласно порядку оказания помощи такого рода пациенткам («Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве», 2015 год). Общие затраты на обслуживание и оказание помощи женщинам с критическими случаями тяжелых преэклампсий составили 1723,9 сомони. По расчетам, экономическая эффективность лечения на фоне внедрения аудита критических случаев тяжелых преэклампсий для учреждений составила 8619,5 сомони, ОПП - 7287,8 сомони, печеночной недостаточности - 3907,8 сомони; отеке легких - 2458,4 сомони. Таким образом, общая экономическая эффективность внедрения и использования аудита критических случаев для всех нозологий осложнений критических тяжелых преэклампсий составила 21519,1 сомони. Общая экономическая эффективность использования АКС тяжелых преэклампсий и акушерских кровотечений составила **107569,9 сомони**.

Постоянное применение аудита критических случаев, связанных с акушерскими кровотечениями и тяжелой преэклампсией, направленного на выявление ИПУВ, позволило систематизировать эти причины и выделить направления для улучшения качества медицинской помощи в медицинских учреждениях по всей стране. В процессе работы было изучено 482 протокола заседаний АКС, из которых 293 касались акушерских кровотечений, а 189 — тяжёлых форм преэклампсии. В результате анализа 144 отобранных протоколов было подтверждено корректное установление причин возникновения критических состояний, связанных с акушерскими кровотечениями и тяжёлыми преэклампсиями.

Изучение основных причин упущенных возможностей для каждой критической ситуации в отдельности, а также объединение одинаковых причин позволили обобщить и систематизировать их для всех изученных учреждений. В результате были выявлены общие проблемы, с которыми сталкиваются медицинские учреждения при оказании помощи в случаях

акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий.

Несмотря на проведение обучения специалистов по всей стране согласно национальным стандартам, в 65 (45%) случаях основной причиной упущенных возможностей стали недостаточные знания и недооценка навыков необходимых для оказания качественной медицинской помощи (рисунок 4).

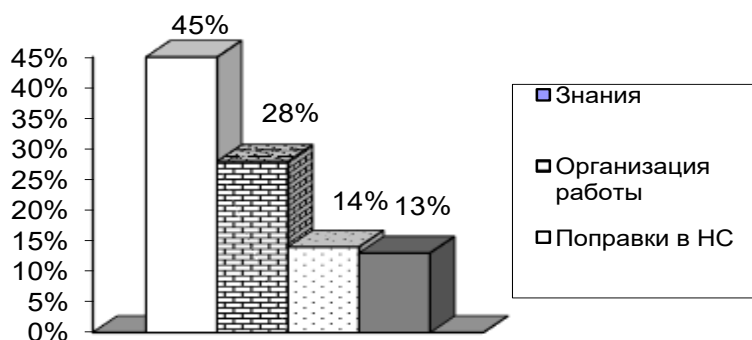


Рисунок 4. - Распределение упущенных возможностей критических случаев

В частности, в 43 случаях проблемы были связаны с нехваткой знаний национальных стандартов по управлению случаями тяжелой преэклампсии, в 22 случаях - с акушерскими кровотечениями, в частности - недооценка тяжести состояния женщин с тяжелой преэклампсией при их поступлении – 16 (37,2%), неправильный режим магнезиальной терапии – 9 (20,9%), неправильный режим инфузионной терапии – 7 (16,3%), задержки с родоразрешением – 6 (14,0%) и др. Следовательно, клиническое обучение в медицинских учреждениях должно быть организовано как непрерывный процесс, включающий теоретические занятия и практическую отработку навыков. В 40 случаях (28%) были установлены упущенные возможности, ассоциированные с организацией работы медицинской службы (рис 4.).

Выявлено, что в 15 (37,5%) случаях основной причиной проблем стала перегруженность медицинского персонала. В 14 (35%) случаях недостатки были связаны с невозможностью проведения лабораторных исследований в ночное время. В 7 (17,5%) случаях основной проблемой оказалась задержка в оказании неотложной помощи, в 4 случаях (10%) - несвоевременная доставка крови и ее компонентов. Более чем в 30% случаев среди всех критических состояний были выявлены упущенные возможности, которые были связаны с рядом упущений в работе медицинской службы.

Таким образом, необходимым считается улучшение системы взаимодействия между работниками и руководством медицинского учреждения. Кроме того, необходимо создать четкие рекомендации для административного персонала. Как было нами установлено, даже при наличии предложений, их реализация не всегда осуществляется в полной мере. Преимущественно из-за недостаточной эффективности мер контроля процесса внедрения данных решений, и в виду неопределенности в отношении распределения ответственности и сроках реализации. В 19 случаях (13,2%) была отмечена проблема неадаптированности протоколов, разрабатываемых с учетом национальных стандартов, к особенностям местных условий медицинских учреждений.

Из проанализированных 144 критических случаев акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий в 86 случаях информация от интервьюеров имела определяющее значение в поиске факторов упущенных возможностей, что составило 59,7%. В остальных 58 (40,3%) случаях в таком поиске большую значимость имела информация от участников случая и из историй родов. Хотя АКС не предполагает наказания и имеет целью улучшение качества помощи и предотвращение в последующем повторения упущенных возможностей, более чем в половине случаев истину возможно установить именно после проведенных интервью с женщинами, пережившими критическое состояние.

На основе проведенного анализа мы предложили внести 20 изменений

в действующие стандарты по ведению беременных, рожениц и женщин в послеродовом периоде при наличии гипертензивных осложнений и акушерских кровотечений. Также были разработаны рекомендации по улучшению медицинской помощи в интра- и послеродовом периодах в случае указанных осложнений, требующие изменений на национальном уровне. В частности, предложены следующие меры для всех родовспомогательных учреждений, МЗ и СЗН РТ, а также Национальной ассоциации акушеров-гинекологов. Предложенные меры включают следующие направления: – Введение в структурах медицинских учреждений специализированной группы в рамках комитета по качеству, ответственной за систему непрерывного обучения (для МЗ и СЗН РТ и управленцев учреждений); – разработка механизмов оптимизации взаимодействия групп, работающих по АКС, с администрацией, а также осуществление контроля процесса внедрения решений (для ассоциации акушеров-гинекологов страны); - применение мер по оптимальному использованию и модернизации АКС в медицинских учреждениях (для национального координатора по внедрению АКС); - внесение изменений в национальные стандарты с учётом всех рекомендаций по АКС при их пересмотре (для ассоциации акушеров-гинекологов и МЗ и СЗН РТ).

ВЫВОДЫ

1. Факторами риска развития критических тяжёлых преэклампсий являются возраст моложе 25 лет (RR 1,548; DI 0,887 - 2,703), низкий уровень образования (71,2%), сельское место жительства (75%), низкий социальный уровень (75%), низкий индекс здоровья (анемия – 98,1%; хроническая гипертензия – 59,6%; заболевания почек – 50%; йоддефицитные состояния – 30,8%; частые ОРВИ – 75%), первая беременность (RR 1,141; DI 0,814 - 1,599), раннее начало преэклампсии (RR 1,879; DI 1,187 - 2,975), сочетание гинекологической патологии в анамнезе с ранним началом преэклампсии (100%), наличие нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока (RR

1,240; DI 0,985 – 1,561) [2-A, 3-A, 19-A, 25-A].

2. Факторами риска развития критических акушерских кровотечений являются возраст старше 30 лет (прямая корреляционная связь частоты критических акушерских кровотечений с возрастом - коэффициент корреляции Пирсона 0,45; RR 1,667; DI 1,067 - 2,602), проживание в сельской местности (80% женщин с критическими акушерскими кровотечениями – жительницы села; RR 1,116; DI 0,597 - 2,086), низкий и средний уровни образования (98,2%), анемия беременных (96,7%), многорождаемость (корреляционная связь средней силы между возрастом и частотой критических акушерских кровотечений нормированный коэффициент Пирсона 0,323; RR 1,153, DI 0,966-2,428), осложнения беременности (RR критических акушерских кровотечений при осложненном течении беременности угрозой ее прерывания составил 0,972, DI 0,556-1,701; преэклампсией – 1,167, DI 0,422-3,227; многоводием – 1,111, DI 0,445-2,777; ПОНРП и предлежанием плаценты - RR 1,633; DI от 0,789 до 3,377) [22-A, 23-A].

3. Эффективность использования аудита критических случаев определяют интерактивное обучение специалистов учреждений, повышающее уровень теоретических знаний о методологии и принципах данной технологии, с дальнейшей балльной оценкой проведения заседаний аудита критических случаев [6-A].

4. Ключевую роль в выявлении истинных причин упущенных возможностей играет качественное применение метода «почему, но почему?». Было установлено, что существует сильная прямая корреляция ($r = 0,817$) между оценками использования этого метода и оценками поиска истинных причин упущенных возможностей ($p < 0,001$). Кроме того, значимую роль в этом процессе играют результаты интервью с женщинами: обнаружена прямая корреляция ($r = 0,693$) между оценками качества проведённых интервью и оценками поиска истинных причин упущенных возможностей ($p < 0,001$) [13-A, 16-A].

5. Установленная прямая корреляционная связь высокой силы ($r = 0,772$; $p < 0,001$) между числом обнаруженных истинных причин упущенных возможностей и количеством эффективно принятых решений успешно реализованных решений, что подчёркивает значимость соблюдения методологии и принципов проведения АКС [18-А].

6. Статистически значимые отличия ($p < 0,05$) среднего общего балла оценки использования АКС в учреждениях 3-го ($57,5 \pm 2,9$) и 2-го ($42,2 \pm 2,2$) уровней, а также распределение учреждений по качеству использования АКС (среди учреждений 3-го уровня высокое качество имели 75%, среднее качество - 25%, 2-го уровня среднее качество – 60%, низкое качество - 40%) свидетельствует о различиях квалификации кадрового потенциала учреждений 2-го и 3-го уровней страны [8-А].

7. Навыки интервьюеров команд АКС зависят от длительности использования АКС в учреждениях (средний общий балл оценки интервьюеров с опытом 5 лет составил $77,8 \pm 0,05\%$, 3 года - $54,4 \pm 0,04\%$; $p < 0,05$) и от уровня учреждения (средний балл навыков интервьюирования учреждений 3-го уровня составил $80,6 \pm 0,1\%$, 2-го уровня - $60,3 \pm 0,04\%$; $p < 0,05$) [4-А, 15-А].

8. Более высокий разброс частоты акушерских кровотечений в изученных учреждениях в 2018 году (от 0,4% до 4,2%), по сравнению с соответствующим показателем в 2022 году (от 0,6% до 3%), свидетельствует о действующей стандартизации помощи женщинам с кровотечениями в стране, что предполагает примерное уравнивание частоты данного осложнения [12-А].

9. В учреждениях, эффективно использующих АКС, в период с 2018 по 2022 годы уменьшился удельный вес гипотонических кровотечений (с $47,1 \pm 1,4\%$ до $18,2 \pm 1,4\%$; $p < 0,05$), частоты критических гипотонических кровотечений (с $51 \pm 4,3\%$ до $22,9 \pm 3,6\%$; $p < 0,001$), гистерэктомий из-за кровотечений (с 63% до 49%), увеличилась частота использования шва по Б-Линчу (с 16,9% до 33,9%), снизилось количество реципиентов

гемотрансфузий (с 14,3% до 10,7%), что свидетельствует об улучшении качества помощи матерям с гипотоническими кровотечениями [7-А, 9-А, 10-А].

10. Снижение показателя случаев материнской смертности от кровотечений/критические случаи акушерских кровотечений на 0,1% в 2023 году, по сравнению с 2022 годом, подтверждает важность применения АКС для уменьшения частоты материнской смертности, вызванной кровотечениями [11-А].

11. В медицинских учреждениях, успешно внедривших систему акушерских критических состояний (АКС), в течение пятилетнего периода наблюдения (с 2018 по 2022 годы) было зафиксировано снижение на 3,2% коэффициента соотношения всех критических случаев тяжёлых преэклампсий к общему числу таких случаев. Особенно заметно это сокращение в 2022 году, когда частота критических состояний, развившихся на фоне тяжёлой преэклампсии в стационарных условиях, значительно снизилась по сравнению с 2018 годом. Так, частота случаев развития острого почечного повреждения в 2018 и 2022 годах составляла $33,3 \pm 11,1\%$ и $7,7 \pm 4,4\%$, соответственно ($p < 0,05$), случаи развития печёночной недостаточности в эти годы составляли 26,7% и 15,4%, а частота случаев развития отёка лёгких в анализируемый период снизилась с 50% до 14,3%. Эти показатели говорят о заметном улучшении качества оказания медицинской помощи женщинам с тяжёлой преэклампсией, госпитализированных в учреждения, где применяется АКС [5-А].

12. Выявлено статистически значимое сокращение доли случаев эклампсии ($p < 0,05$), возникших в стационарных условиях, по отношению к доле случаев эклампсий, наступивших вне стационара, в 2022 году ($15,5 \pm 3,2\%$ и $84,5 \pm 3,7\%$ соответственно). Эти данные указывают на необходимость улучшения качества оказания медицинской помощи беременным с тяжёлой преэклампсией в стационарной системе

родовспоможения [5-А, 20-А].

13. Снижение частоты критических случаев тяжёлой преэклампсии, двукратное сокращение числа материнских смертей, связанных с этой патологией, и двукратное снижение градиента соотношения МС к числу критических состояний, зарегистрированных в 2023 и 2022 годах, указывают на значимость применения АКС как важного инструмента для уменьшения частоты случаев материнской смертности при тяжёлых формах преэклампсии [11-А].

14. В целом в период наблюдения с 2018 по 2022 годы экономическая выгода от применения в ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ аудита критических состояний, обусловленных тяжелой преэклампсией и акушерскими кровотечениями, составила 107569,9 сомони [23-А].

15. Анализ и систематизация выявленных истинных причин упущенных возможностей среди всех исследованных учреждений показали, что в 45% случаев причиной развития критического состояния были недостаточные знания и навыки специалистов, в 28% случаев – некачественная организация службы, в 27% случаев – несовершенство клинических руководств и местных протоколов, что требует внесения в них поправок [10-А].

16. Систематизация истинных причин упущенных возможностей развития критических состояний позволяет установить области, требующие вмешательств, – система непрерывного образования, организация помощи матерям, пересмотр действующих в стране клинических руководств и протоколов [1-А, 10-А].

17. Применение АКС в медицинских учреждениях и результаты изучения истинных причин упущенных возможностей позволяют разработать и реализовать рекомендации для учреждений всей страны, что повысит качество и обеспечит справедливый доступ к услугам здравоохранения [7-А, 14-А, 17-А, 21-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. При оказании помощи женщинам с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями необходимо принимать во внимание факторы риска развития критических акушерских кровотечений и критических тяжелых преэклампсий.

2. При внедрении аудита критических случаев следует использовать программу, предусматривающую этапы: обучение специалистов (3-дневный семинар), первичный и текущие мониторинги (с присутствием на заседаниях АКС).

3. При проведении оценки качества применения аудита критических случаев в учреждении использовать оценочную балльную карту мониторинга, выявляющую слабые и сильные стороны методологии и принципов использования АКС, предоставляющую возможность оценить уровень использования технологии, а также выбор тематик консультативных услуг.

4. Для оценки влияния АКС на качество помощи женщинам с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями необходимо проводить анализ клинической, экономической и социальной эффективности использования данной технологии.

5. С целью оценки клинической эффективности целесообразно проводить анализ изменения частоты критических случаев данных акушерских осложнений по годам и соотношения критических случаев, развившихся до поступления в стационар и в стационаре.

6. Для оценки экономической эффективности использования аудита критических случаев в учреждении использовать методику подсчета затрат на лечение и выхаживание пациенток с критическими акушерскими

кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями с учетом изменения показателей в учреждении за определенный промежуток времени.

7. Для оценки социальной эффективности использования аудита критических случаев анализировать динамику изменения соотношения случаев материнской смертности от преэклампсий и кровотечений к критическим случаям преэклампсий и акушерских кровотечений.

8. В учреждениях родовспоможения в составе комитета качества создать группу опытных специалистов по системе непрерывного обучения, которая должна планировать обучение персонала согласовано с решениями, выработанными командой аудита критических случаев.

9. Разработать механизмы улучшения взаимодействия команд АКС с администрацией и обеспечить мониторинг за внедрением решений , касающихся улучшения организации оказания помощи матерям с тяжелыми преэклампсиями и акушерскими кровотечениями.

10. Продолжать расширение и усовершенствование использования АКС во всех учреждениях страны путем обучения специалистов методологии и принципам аудита критических случаев, и периодической внешней оценке использования данной технологии.

11. При пересмотрах клинических руководств «Гипертензивные нарушения во время беременности, родов и в послеродовом периоде» и «Акушерские кровотечения» вносить поправки, предложенные на основании анализа критических случаев и систематизации причин упущенных возможностей.

12. В перспективе целесообразно внедрить аудит критических случаев других осложнений беременности, родов и послеродового периода, которые в структуре причин материнской смертности наряду с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями занимают лидирующие позиции.

Список публикаций по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах:

[1 – А]. Давлятова, Г.К. Роль комплексной оценки качества оказания услуг при кесаревом сечении в принятии эффективных решений / М.Я. Камилова, Г.К. Давлятова, Д.М. Рахматуллаева, П.З. Курбанова [Текст] // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. - № 4. – С. 43-49.

[2 – А]. Давлятова, Г.К. Некоторые показатели тромбоэластограммы в венозной кубитальной, смешанной венозной и артериальной крови у беременных с пре- и эклампсией [Текст] / Г.К. Давлятова, Ш.Ш. Амонова, А.М. Мурадов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2016. - № 2. - С. 45-53.

[3 – А]. Давлятова, Г.К. Особенности центральной и легочной гемодинамики у беременных с пре и эклампсией [Текст] / Г.К. Давлятова, Н.Г. Рахимов, Ш.Ш. Амонова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2016. - № 2. – С. 46-52.

[4 – А]. Давлятова, Г.К. Качество оказания услуг при кесаревом сечении в стационарах 2-го уровня в Республике Таджикистан [Текст] / Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова, Х.К. Бобоева, Т.М. Джабарова // Вестник Авиценны. – 2016. - №4. – С. 39-43.

[5 – А]. Давлятова, Г.К. Значение аудита критических случаев в улучшении качества помощи беременным с тяжелыми преэклампсиями [Текст] / М.Я. Камилова, Г.К. Давлятова, Н.Х. Раззокова, С.М. Мухаммадиева, Ф.Р. Ишан-Ходжаева // Znanstvena misel. – 2017. – № 3. – С. 52-55.

[6 – А]. Давлятова, Г.К. Опыт внедрения аудита критических случаев акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий в родовспомогательные учреждения Таджикистана [Текст] / Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова, Ф.Р.

Ишан-Ходжаева // Журнал акушерства и женских болезней. - 2017. – Т. LXVI, Вып. 6. – С. 5-12.

[7 – А]. Давлятова, Г.К. Резервы улучшения качества помощи матерям с послеродовыми кровотечениями [Текст] / М.Я. Камилова, Г.К. Давлятова, Н.М. Розикова, Ф.Р. Ишан-Ходжаева, Д.М. Рахматуллаева // Sciences of Europe. – 2017. – Vol. 11, № 11. – Р. 65-68.

[8–А]. Давлятова, Г.К. Значение аудита критических случаев в системе непрерывного образования в родовспомогательных учреждениях Таджикистана [Текст] / Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова, А.А. Ахмедов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2018. - № 2. – С. 24-28.

[9–А]. Давлятова, Г.К. Влияние использования аудита критических случаев на изменение некоторых показателей акушерских кровотечений [Текст] / Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова, Д.М. Рахматуллаева // Журнал акушерства и женских болезней. - 2018. – Т. 67, Вып.1. – С. 13-19.

[10–А]. Давлятова, Г.К. Систематизация причин упущенных возможностей развития критических ситуаций при акушерских кровотечениях и преэклампсии [Текст] / Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова, Ф.Р. Ишан-Ходжаева // Журнал акушерства и женских болезней. - 2018. – Т. 67, Вып. 2. – С. 26-31.

[11–А]. Давлятова, Г.К. Эффективность внедрения новых технологий для оценки качества услуг в снижении материнской смертности [Текст] / М.Я. Камилова, Г.К. Давлятова, А.А. Ахмедов, Н.Х. Раззокова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т. VIII, № 1(25). – С.23-30.

[12–А]. Давлятова, Г.К. Структура и частота акушерских кровотечений в Таджикистане [Текст] / Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова, С.А. Маликоева, Н.З. Амин-зода // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2019. - № 1. – С. 53-58.

[13–А]. Давлатзода, Г.К. Основные причины упущенных возможностей гипотонических кровотечений и основные области, требующие вмешательств в учреждениях 2-го уровня Хатлонской области в современных условиях [Текст] / Г.К. Давлатзода // Наука и инновации. – 2022. - № 3. – С. 46-51.

[14 – А]. Давлатзода, Г.К. Качество помощи матерям и детям (обзор литературы) [Текст] / Г.К. Давлатзода // Наука и инновации. - 2022. - № 4. – С. 72-80.

Статьи и тезисы в сборниках конференций:

[15-А]. Давлятова, Г.К. Результаты внедрения новых технологий при ведении физиологических родов [Текст] / Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова // Материалы научной конференции научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии, посвященной 35-летию института «Здоровая мать и здоровый ребенок – залог здоровой семьи» (10 мая, 2015 г.). – Душанбе, 2015. – С. 23-25.

[16-А]. Давлятова, Г.К. Анализ ведения беременных с тяжелой преэклампсией в стационаре 3-го уровня [Текст] / Г.К. Давлятова, Р.Я. Алиева, М.Я. Камилова, Д.М. Рахматуллаева // Материалы VI съезда акушеров-гинекологов республики Таджикистан (2 декабря, 2016 г.). – Душанбе, 2016. – С. 45-48.

[17-А]. Давлятова, Г.К. Резервы улучшения качества услуг женщинам с преждевременными родами [Текст] / Г.К. Давлятова, А.П. Пулатова, М.Я. Камилова, З.К. Бойматова // Материалы VI съезда акушеров-гинекологов республики Таджикистан (2 декабря, 2016 г.). – Душанбе, 2016. – С. 41-44.

[18-А]. Давлятова, Г.К. Результаты оценки качества услуг при проведении кесарева сечения в стационаре 3-го уровня [Текст] / Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова, П.З. Курбанова, Ш.Т. Муминова // Материалы VI съезда акушеров-гинекологов республики Таджикистан (2 декабря, 2016 г.). – Душанбе, 2016 – С. 48-51.

[19-А]. Давлятова, Г.К. Особенности течения беременности у «едва

выживших женщин» при акушерских кровотечениях [Текст] / С.А. Маликоева, Г.К. Давлятова, Ф. Назришоева, С.М. Мухамадиева // Материалы ежегодной XXIII научно-практической конференции, посвященной году молодежи «Медицинское образование и здоровье в XXI веке» (17 ноября, 2017 г.). – Душанбе, 2017. – С. 140-142.

[20-А]. Давлятова, Г.К. Аудит критических состояний тяжелых преэклампсий как инструмент оценки качества помощи матерям [Текст] / Н.Х. Раззокова, Г.К. Давлятова, М.Я. Камилова // Материалы ежегодной научно-практической конференции института последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан «Юбилейные научные чтения» (24 ноября, 2018 г.). – Душанбе, 2018. – С. 38-45.

[21-А]. Давлатзода, Г.К. Основные направления деятельности Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии для улучшения качества помощи матерям и детям [Текст] / Д.А. Абдуллозода, Г.К. Давлатзода // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Республики Таджикистан (26 ноября, 2022 г.). – Душанбе, 2022. – С. 8-18.

[22-А]. Давлатзода, Г.К. Нарушения гемостаза у родильниц при острой массивной кровопотере и ее взаимосвязь с гемодинамикой [Текст] / А.Ф. Кубиддинов, А.А. Одиназода, Г.К. Давлатзода, А.Г. Кабиров // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Республики Таджикистан (26 ноября, 2022 г.). Душанбе, 2022. – С. 191- 197.

[23-А]. Давлатзода, Г.К. Экономическая эффективность использования стандартизации оказания помощи и аудита критических случаев акушерских кровотечений [Текст] / Г.К. Давлатзода // Материалы научно-практической конференции с международным участием, опубликованные в спец выпуске журнала «Мать и дитя» (25 ноября, 2023 г.). – Душанбе, 2023. - № 4. – С. 30-36.

[24-А]. Давлатзода, Г.К. Клинико-социально-анамнестическая

характеристика женщин с критической тяжелой преэклампсией [Текст] / Г.К. Давлатзода, Ф.Р. Ишан-Ходжаева, М. Киёмтдин-зода // Материалы научно-практической конференции с международным участием, опубликованные в журнале «Мать и дитя» (25 ноября, 2023 г.). – Душанбе, 2023. - № 4. – С. 36-44.

[25-А]. Давлатзода, Г.К. Факторы развития критических акушерских кровотечений [Текст] / Г.К. Давлатзода, М.М. Юнусова, А.О. Ганиева // Материалы научно-практической конференции с международным участием, опубликованные в журнале «Мать и дитя» (25 ноября, 2023 г.). – Душанбе, 2023. - № 4. – С. 44-51.

Рационализаторские предложения:

1. Давлатзода Г.К. Способ коррекции нарушений маточно-плацентарного кровотока с использованием доноров оксида азота L- аргинина / Г.К. Давлатзода, М.Я. Камилова, Г.Т. Расулова, Р.Я. Алиева, Л.Н. Мулкамонова, С.У. Арабова // Номер регистрации №1 от 24.06.2016г.
2. Давлатзода Г.К. Способ коррекции гипокоагулирующей функции легких у беременных с пре- и эклампсией / Г.К. Давлатзода, Ш.А. Амонова, А.А. Муродов // Номер регистрации №000161 от 12.04.2017г.
3. Давлатзода Г.К. Способ коррекции нарушений кислородно транспортной функции крови, фетоплацентарной недостаточности, гипоксии матери и плода / Г.К. Давлатзода, Ш.А. Амонова, А.А. Муродов, Н.Г. Рахимова //Номер регистрации №000173 от 12.04.2017
4. Давлатзода Г.К. Способ снижения объема кровопотери и профилактика кровотечения у женщин из группы риска при родоразрешение естественным путем / Г.К. Давлатзода, М.Я. Камилова, Н.З. Аминзода // Номер регистрации №1 от 30.01.2022г.
5. Давлатзода Г.К. Способ снижения объёма кровопотери и профилактика кровотечений при кесаревом сечении / Г.К. Давлатзода, М.Я. Камилова, М.Х. Каландарова // Номер регистрации №10 от 21.02.2022г.

6. Давлатзода Г.К. Способ снижения объёма кровотечения при кесаревом сечении у женщин с предлежанием плаценты и рубцом на матке / Г.К. Давлатзода, М.Я. Камилова, Р.Я. Алиева, М.Х. Курбанова, С.М. Мардонова, А.К. Юлдашева, Э.Х. Хушвахтова, З.К. Байматова // Номер регистрации №2 от 01.04.2023г.

Перечень сокращений, условных обозначений

АКС – аудит критических случаев

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИПУВ – истинные причины упущенных возможностей

МЗиСЗН РТ – Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

ТНИИ АГиП – Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии

МС – материнская смертность

НИР – научно-исследовательская работа

ООН – Организация объединенных наций

ОПП – острое почечное повреждение

ПОНРП – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

РТ – Республика Таджикистан

ТП – тяжелые преэклампсии

HELLP – гемолиз, повышение активности ферментов печени
тромбоцитопения

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШКАДАИ
ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ СОҲАИ
ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

ВБД 614.2: 618.3-06

Бо ҳуқуқи дастнавис

ДАВЛАТЗОДА ГУЛЧАҲОН ҚОБИЛ

**НАҚШИ АУДИТИ ҲОЛАТҲОИ БУҲРОНИ БАРОИ БЕҲТАР
НАМУДАНИ СИФАТИ ЁРӢ БА МОДАРНИ ГИРИФТОРИ
ХУНРАВИҲОИ АКУШЕРӢ ВА ПРЕЭКЛАМПСИЯҲОИ ВАЗНИН**

**Автореферати
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
доктори илмҳои тиббӣ
аз рӯйи ихтисосҳои
14.02.03 – Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ
14.01.01 – Момопизишкӣ ва бемориҳои занона**

Душанбе -2025

Диссертатсия дар кафедраи сиҳатии ҷомеа, иқтисодиёт ва идоракунии тандурустӣ бо курси омили тиббии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст

Мушовирони илмӣ: **Аҳмедов Аламхон**, аъзо-корреспонденти Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон, доктори илмҳои тиббӣ, профессор, мудири кафедраи сиҳатии ҷомеа ва тандурустӣ, омили тиббӣ бо курси таърихи тиббии МДТ «Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон»

Комилова Марҳабо Ядгаровна, доктори илмҳои тиббӣ, дотсент, роҳбари бахши акушерии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Муқарризони расмӣ: **Айламазян Эдуард Карпович**, доктори илмҳои тиббӣ, профессор, академики АИТҶ, ходими хизматнишондодаи илм, профессори кафедраи акушерӣ, гинекология ва репродуктологияи донишкадаи тиббии Донишгоҳи давлатии Санкт-Петербург

Мамарачабов Собирҷон Эргашович, доктори илмҳои тиббӣ, декани факултаи таҳсилоти байналмилалӣ Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд

Рачабзода Салоҳиддин Рачаб доктори илмҳои тиббӣ, профессор, директори МД «Маркази ҷумҳуриявии таълимию клиникии тибби оилавӣ»

Муассисаи пешбар: Донишгоҳи давлатии тиббии Тошқанд

Ҳимояи диссертатсия санаи «___» _____ с.2025 соати «___» дар ҷаласаи шурои диссертатсионӣ 6D.KOA-053-и назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31. info@tajmedun.tj. Тел. (+992) 885555169

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ 2025 с. фиристода шудааст.

Котиби илмӣ шурои диссертатсионӣ
номзади илмҳои тиббӣ, дотсент

Ҷонибекова Р.Н.

Муқаддима

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Расидан ба Ҳадафҳои рушди ҳазорсола то соли 2030 ба нақша гирифта шудааст. Дар соҳаи солимии репродуктивӣ коҳиш додани фавти модарон ҳамчун самти афзалиятноки сиёсати Ҳадафҳои рушди устувор муайян карда шудааст.

Нишондиҳандаи мақсадноки фавти модарон то соли 2030 камтар аз 70 фавт ба 100 000 зиндатаваллуд муқаррар шудааст. Дар соли 2020 ҳамаҷуза тақрибан 800 модар бо сабабҳои гуногуне мефавтид, ки бо роҳи расонидани хизматрасонии босифат ва саривактии тиббӣ бартараф намудан мумкин буд. Таъриқи соли мазкур тақрибан 287 ҳазор зан дар давраи перинаталӣ вафот кардааст.

Дар айни замон талошҳои тамоми кишварҳо дар самти коҳишдиҳии нишондиҳандаҳои фавти модарон пурзӯр карда шудааст, ки ин ба таъхир ёфтани коҳиши нишондиҳандаи мазкур алоқаманд аст. Барои иҷрои уҳдадорихои қабулнамуда зарурати бештар аз 11% паст кардани суръати солонаи фавти модарон ба миён меояд. Имрӯз бисёр аз кишварҳои ҷаҳон аз динамикаи матлуб ақиб мондаанд. Дар соли 2020 мизони фавти модарон дар кишварҳои рӯ ба тараққӣ ба 430 нафар барои ҳар 100 000 кӯдаки зиндатаваллуд расид, дар ҳоле ки дар кишварҳои рушдкарда ин нишондод нисбатан пасттар буд: ҳамагӣ 12 ҳолат ба 100 000 зиндатаваллуд. Бо назардошти он ки 95%-и фавти модарон дар кишварҳои даромадашон паст ва миёна ба назар мерасад ва бо назардошти он, ки аксари фавти модаронро пешгирӣ кардан мумкин аст, бояд барои коҳиш додани ҳодисаҳои фавти модарон аз сабабҳои пешгиришаванда кӯшиш ба ҳарч дода шавад.

Ҳиссаи асосӣ - 75%-и сабабҳои фавти модарон оризаҳое ба монанди ихтилоли фишорбаландӣ ва хунравӣ дар давраи ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд, инчунин мушкилоти септикий пас аз исқоти ҳамл мебошанд [ТУТ, 2016; World Health Organization, 2020; ООН, 1994; WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group WHO, 2023].

Ҳолатҳои пешгиришавандаи ғавти модарон онҳоро дар бар мегирад, ки дар натиҷаи преэклампсияи вазнин ва хунравӣ дар давраи баъди таваллуд ба амал меоянд. Инкишофи ҳолатҳои бухронии бо сабабҳои хунравии акушерӣ ва преэклампсияи вазнин рухдодаро пешгирӣ кардан мумкин аст, агар мутахассисон сабабҳои инкишофи онҳоро тавассути ҷустуҷӯи имкониятҳои аздастдодаро ва татбиқи роҳҳои самарабахше, ки дар натиҷаи таҳлили ҳолатҳои бухронӣ (ТХБ) таҳия шудаанд [WHO systematic analysis, 2023], бартараф намоянд.

Шумораи зиёди талафоти модарон дар баъзе минтақаҳои ҷаҳон нобаробарӣ ба дастрасӣ ба хизматрасониҳои босифати тиббиро инъикос мекунад. Имрӯз баланд бардоштани сифати хизматрасонии тиббӣ ба модарон ва кӯдакони онҳо ҷузъи асосии таҳия ва татбиқи барномаҳое ба ҳисоб меравад, ки ба паст кардани сатҳи ғавтноқӣ ва бемориҳои модарону перинаталӣ нигаронида шудаанд. Дар Тоҷикистон аз соли 2009 инҷониб методологияи Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ ғайриҷода мешавад, ки таҳлили ҳолатҳои бухрониро ҳангоми расонидани кӯмак ба модарон ҷиҳати таҳлил ва арзёбии сифати ёрии тиббӣ дар бар мегирад. Ин бахше аз стратегия доир ба паст намудани ғавти модарон дар ҷаҳорҷӯби татбиқи Ҳадафҳои рушди ҳазорсола ва Ҳадафҳои рушди устувор мебошад. Дар байни солҳои 2004 ва 2014 дар кишвар Нақшаи миллии оид ба баланд бардоштани ҳифзи саломатии модарон амалӣ карда шуд. Ғайр аз ин, Стратегияи миллии солимии репродуктивӣ таҳия карда шуд, ки дар он амалҳо то соли 2030 пешбинӣ шудаанд [Нақшаи миллии ҷорабиниҳо оид ба таъмини ҳифзи саломатии модарон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то соли 2014, Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 370 аз 1 августи соли 2008; Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030, с. 2016.].

Барои арзёбӣ ва беҳтар намудани сифати ёрии тиббӣ усулҳои гуногун пешниҳод карда шудаанд. Бо вучуди ин, заминаи далелҳои

самаранокӣ ва окилона будани равандҳои гуногун омӯзиши минбаъдaro тақозо мекунад. Усулҳои муайяни арзёбии сифати нигоҳубин захираҳои зиёди молиявӣ ва инсониро талаб мекунанд. Масалан, усулҳои, ки ҳангоми аккредитатсияи муассисаҳо бештар истифода мешаванд, дар кишварҳои дорой захираҳои маҳдудтар истифода бурдан ғайриимкон аст. Дигар роҳҳои пешниҳодшуда барои арзёбии сифати нигоҳубин дар давраи таваллуд ва баъди он қобили қабул нестанд, зеро онҳо тартиби мунтазамро таъмин намеkunанд. Равандҳои вучуд доранд, ки таваҷҷуҳро танҳо ба инфрасохтор ва масолеҳи истеъмоли мутамарказ мекунанд, ки имконияти арзёбии ҷанбаҳои дигар - мавҷудияти роҳнамо, протоколҳо ва сатҳи дониши кормандонро истисно мекунад. Дар айни замон тасдиқ карда шудааст, ки ҳатто мавҷудияти таҷҳизоти муосир ва инфрасохтори пешрафта кафолати сифати баланди нигоҳубинро намедихад. Самаранокии системаи нигоҳдории тандурустӣ на танҳо ба мавҷуд будани захираҳо, балки ба дуруст истифода бурдани онҳо, яъне ташкили дурусти ёрии тиббӣ низ вобаста аст. Илова бар ин, баҳодиҳӣ маънои онро надорад, ки натиҷаҳои он барои тағйироти самараноки амалияи муассисаҳо истифода хоҳанд шуд [Буштырев В.А. ва дигарон, 2017; World Health Organization, 2014]].

Концепсияи ҳолатҳои буҳронӣ вазъиятҳои пешбинӣ мекунад, ки ҳангоми онҳо инкишофи оризаҳои ба ҳаёт таҳдидкунанда дар зан ба марг оварда намерасонад. Баррасии ҳолатҳои клиникаи мушкilotи вазнини акушерӣ, ки дар солҳои қаблӣ қорӣ гашта буданд, пешбинии ҷазоро ба кормандони машғули нигоҳубини зани ҳомила муқаррар карда буд, ки ин фаҳмидани сабабҳои аслии ҳодисаи вазнинро душвор мегардонд. Дар ин ҳолат, миёни мафҳумҳои “назорати сифати қори муассиса” ва “шумораи кормандони мучозотшуда” аломати баробарӣ гузошта мешуд. Меъёрҳои дақиқи интиҳоби ҳолат барои таҳлили клиникӣ вучуд надоштанд. Вазъиятҳо, чун қоида, бо салоҳдиди маъмурият интиҳоб карда мешуданд. Баррасии қазия бо истифода аз монографияҳо амалӣ

мегардиданд, ки на ҳамеша бо истифода аз беҳтарин далелҳои илмӣ навишта мешуданд. Аудити ҳолатҳои бухронӣ (АХБ) ба муносибати бетаъна ва махфӣ ба баррасии далелҳо асос ёфтааст. Таҷрибаи кишварҳои дигар, ки аз АХБ истифода мебаранд, нишон медиҳад, ки ҳатто дар кишварҳои инфрасохторашон сусти тараққиёфта сифати хизматрасонию тавассути татбиқи чораҳои самаранок ва камхарҷ беҳтар кардан мумкин аст [World Health Organization. Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer, 2014].

Истифодаи методологияи ТУТ ҳангоми аудити ҳолатҳои бухронӣ дар муассисаҳои кишвар баланд бардоштани сифати ёрии тиббиро дар назар дорад. Ба ин муносибат таҳқиқоте, ки ба арзёбии тағйироти сифати нигоҳубини модарони гирифтори преэклампсияи вазнин ва хунравии акушерӣ нигаронида шудааст, хеле муҳим аст. Ҳарчанд дар Тоҷикистон дар маҷмуъ пастравии шумораи умумии ғавтҳо мушоҳида шудааст, аммо мушкилиҳои марбут ба ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд ҳамчунон дар сохтори ғавти модарон мавқеи асосиро ишғол мекунанд. Хунравии акушерӣ ва ҳолатҳои преэклампсияи вазнин сабабҳои асосии ғавти модарон мебошанд ва ҳамчун пешгиришаванда тасниф мешаванд. Ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки барои минбаъд кам кардани ғавти модарон имкониятҳои воқеӣ мавҷуданд. Аудити самараноки ҳолатҳои бухронии дар муассисаҳои тандурустӣ гузаронидашуда боиси таҳияи стратегияҳои самаранок мегардад, ки метавонад дар коҳиши ғавти модарон саҳми назаррас гузорад. Таҳлил ва ба низом даровардани имкониятҳои аз даст додашудаи ҳамаи ҳолатҳои бухронии муассисаҳои истифодабарандаи аудит имкон медиҳад, ки барои тамоми кишвар роҳҳои ҳал таҳия карда шавад, ки ин ҳам аҳамияти таҳқиқоти мазкурро муайян мекунад [Комилова М.Я. ва дигарон, 2014; Раҳимова М.М. ва дигарон, 2016; Оленев А.С. ва дигарон, 2018]. Татбиқи АХБ дар Тоҷикистон марҳилаҳои зеринро аз сар

гузаронид: татбиқи озмоишӣ, мониторинг дар маконҳои озмоишӣ (пилотҳо), паҳнкунӣ дар саросари кишвар ва айни замон як гурӯҳи тренерони миллӣ барои тақмили АҲБ ва таҳкими ҳуҷҷатгузорӣ кор карда истодаанд [Камилова М.Я., Қурбонов Ш.М., 2014].

Худи раванди истифодаи методологияи "аудити ҳолатҳои бухронӣ" омӯзиш ва таҳлили минбаъдаро талаб карда, як соҳаи хеле муҳими таҳқиқоти илмӣ мебошад. Натиҷаҳои бадастомада ва тавсияҳо ҷиҳати бартараф намудани душвориҳои муайяни раванди нав метавонанд барои дигар кишварҳои аз ҷиҳати вазъи иҷтимоӣ, фарҳангӣ ва иқтисодияшон монанд ва ба нақшагирии истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ барои баланд бардоштани сифати нигоҳубини модарони гирифтори презклампсияи вазнин ва хунравии акушерӣ амалан манфиатдор бошанд.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. Таҳлили адабиёти илмӣ ва маълумоти пешниҳодшуда оид ба истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ дар акушерӣ аз омӯзиши интенсивӣ ва густурдаи ин мушкилот дар марҳалаи ҳозира дар кишварҳои рӯ ба тараққӣ ниҳода ва мутараққӣ шаҳодат медиҳад. [Айламазян Э.К. и др., 2016; Дондюк Ю.В., 2018; Мамонтова И.К. ва дигарон, 2018; Белокриницкая Т.Е. ва дигарон. 2022; Тургамбаева А.К. ва дигарон, 2022; Agarwal N. et al, 2021; Berdzuli N. et al., 2021; Musarandega R. et al., 2021; Ronenson A.M. et al., 2021; Seifullayeva G.A. et al., 2022].

Дар баробари ин, заминаи далелҳои иҷроӣ корҳои самарабахш ва оқилонаи равандҳои мухталифи арзёбии сифати нигоҳубин дар сатҳи беморхонавӣ дар кишварҳои, ки сатҳи ғавти модарон баланд аст, ҳанӯз нисбатан заиф аст. Дар муассисаҳои акушерӣ зарурати омӯзиши роҳҳои оқилонаи ҷорӣ намудан ва истифода бурдани аудити ҳолатҳои бухронӣ муҳим мебошад. Масъалаи омӯзиши муҳимияти ба инобат гирифтани ақидаи модарон ("овози модар") ҳангоми ҷустуҷӯи сабабҳои асосии имкониятҳои аздастрафтаи инкишофи ҳолатҳои бухронии хунравии

акушерӣ ва презклампсияи вазнин таҳқиқотро тақозо мекунад [Комилова М.Я. ва дигарон, 2016].

Хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин дар сохтори сабабҳои фавти модарон омилҳои асосӣ боқӣ мемонанд. Ин афзалиятнокӣ ва аҳамияти иҷтимоӣ тиббии омӯзиши усулҳои паст намудани ин нишондодҳоро таъкид мекунад. [Bacci A et al., 2018; Maternal mortality. WHO, 2023].

Таҳқиқотҳо оид ба оптимизатсияи истифодаи воситаҳо (абзорҳо)-и ТУТ, ки яке аз онҳо аудити ҳолатҳои бухронӣ ба шумор меравад, кофӣ нестанд ва ин муҳимияти идома додани таҳқиқотро дар ин самт муайян мекунад [Айламазян Е.К. ва дигарон, 2016].

Барои арзёбии самаранокии истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ ҳангоми презклампсияи вазнин ва хунравии акушерӣ, шумораи зиёди таҳқиқотҳо гузаронида шуд, ки асосан хусусияти тавсифкунанда доранд. Мушкилоти муайян намудани чораҳои самарабахш барои арзёбии таъсири аудитҳои ҳолатҳои бухронӣ барои беҳтар кардани сифати ёрии тиббӣ ба модароне, ки ба мушкилиҳое аз қабili хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин дучор меоянд, ҳанӯз кам омӯхта шудаанд. Илова бар ин, то имрӯз усулҳои арзёбии самаранокии харочот дар сатҳи муассисаҳои тиббӣ дар заминаи истифодаи технологияи аудити ҳолатҳои бухронӣ омӯхта нашудаанд.

Зарурати таҳқиқоти минбаъдаи омилҳои хавфи пайдоиши хунравии бухронии акушерӣ ва презклампсияи вазнин, махсусан марбут ба сифати ёрии тиббӣ, иборат аз он аст, ки ҳарчанд ин ҳолатҳо пешгиришаванда бошанд ҳам, дар байни сабабҳои фавти модарон мавқеи асосиро ишғол менамоянд. Муайян кардани омилҳои хавфи инкишофи ҳолатҳои вазнини акушерӣ ба ёрии саривақтӣ ва огоҳии занони ҳомила аз гурӯҳи хавф ва ҳангоми зарурат пешгирӣ кардани инкишофи онҳо мусоидат мекунад.

Таҳлили аҳамияти аудити ҳолатҳои бухронӣ бо мақсади беҳтар кардани сифати нигоҳубини модарони гирифтори шаклҳои вазнини

преэклампсия ва хунравии акушерӣ, инчунин коҳиш додани сатҳи фавти модарон ҳамчун самти муҳими таҳқиқотҳои илмӣ боқӣ мемонад.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ. Кори илмӣ ба иҷроиши мавзуи ташаббусии КИТ бахши акушерии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон: «Роҳҳои беҳтар намудани ёрии тиббӣ ба модару кӯдакон» (с.2016 – 2021) ва мавзӯҳои кафедраи акушерӣ ва гинекологияи МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»: «Ҷанбаҳои тиббӣ, иҷтимоӣ ва ташкилии саломатии занон дар давраҳои гуногуни синнусолии ҳаёти онҳо» (с.2009-2013) ва «Ҷанбаҳои муосири системаи репродуктивии занони гирифтори патологияи экстрагениталӣ» (с.2014 – 2018) вобаста аст.

Кори диссертатсионӣ инчунин дар доираи татбиқи Стратегияи миллии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба паст кардани фавти модарон ва фавтҳои перинаталӣ амалӣ карда шудааст, ки барои ноил шудан ба Ҳадафҳои рушди устувори ҳазорсола мусоидат хоҳад намуд.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши сабабҳои инкишофи преэклампсияи вазнини буҳронӣ ва хунравии акушерӣ, хусусиятҳои нигоҳубини модарон дар муассисаҳои акушерии дараҷаҳои гуногун ва кор карда баромадани равандҳои оптималии истифодаи босифати аудити ҳолатҳои буҳронии акушерӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот

1. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва иҷтимоии занони гирифтори хунравии буҳронии акушерӣ ва преэклампсияи вазнин ва арзёбии омилҳои хавфи инкишофи мушкilotи мазкур.

2. Арзёбии самаранокии равишҳои таълими аудити ҳолатҳои буҳронӣ дар муассисаҳои сатҳашон гуногун.

3. Арзёбии муҳимияти риояи принципҳо ва методологияи аудити

наздикталафот ҳангоми муайян кардани сабабҳои хатоҳое, ки ба инкишофи ҳолатҳои бухронӣ дар соҳаи акушерӣ мусоидат мекунад.

4. Арзёбии аҳамияти андешаҳои занон дар ҷустуҷӯи сабабҳои воқеии инкишофи ҳолатҳои бухронии хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин.

5. Омӯзиши динамикаи тағйирёбии басомади ҳолатҳои вазнини хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин дар муассисаҳое, ки аудити ҳолатҳои бухрониро самаранок истифода мебаранд.

6. Пешниҳод кардани динамикаи таносуби шумораи ғавти модарон ба шумораи ҳолатҳои бухронии хунравии акушерӣ ва презклампсияҳои вазнин аз рӯйи солҳо, инчунин омӯхтани ҷой доштани мушкилоти мазкур дар сохтори сабабҳои ғавти модарон дар муассисаҳое, ки аудити ҳолатҳои бухрониро истифода мебаранд.

7. Дар шакли система манзур кардани "сабабҳои воқеии имкониятҳои аздастрафтаи инкишофи ҳолатҳои бухронӣ"-и хунравии акушерӣ ва презклампсияҳои вазнин дар муассисаҳои мамлакат ва таҳияи роҳҳалҳо барои беҳтар кардани сифати кӯмаки статсионарӣ ба модарон дар сатҳи кишвар.

8. Арзёбии самаранокии иқтисодии истифодаи аудити ҳолатҳои бухронии хунравии акушерӣ ва презклампсияҳои вазнин.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот занони ҳомила бо хунравии бухронии акушерӣ ва презклампсияҳои вазнин буданд, ки ба онҳо дар 14 муассисаи таваллуди дараҷаи 2 (10 муассиса) ва дараҷаи 3 (4 муассиса) кӯмак расониданд, ки дар таҷрибаҳо аудити ҳолатҳои бухрониро истифода мебаранд. Объектҳои таҳқиқот ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: занон бо хунравии бухронии акушерӣ ва занон бо презклампсияҳои бухронии вазнин. Муассисаҳои таҳқиқшуда ба муассисаҳои дараҷаи 2 ва муассисаҳои дараҷаи 3 тақсим карда мешаванд.

Вазифаҳои гузошташуда дар натиҷаи ҷамъоварӣ ва таҳлили маълумоти зерин иҷро карда шуданд:

1. Ҳисоботҳо, ки нишондиҳандаҳои хунравии акушерӣ ва

преэклампсияи вазнинро дар муассисаҳои таҳқиқшуда дар бар мегиранд;

2. Таърихи таваллудҳо бо хунравии бухронии акушерӣ ва преэклампсияҳои вазнин;

3. Протоколҳои чаласаҳои гурӯҳҳои аудити ҳолатҳои бухронӣ;

4. Кортҳои баҳодихӣ оид ба истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ;

5. Ҳуҷҷатҳои меъёрии хароҷоти молиявӣ ҳангоми кӯмак ба занони гирифтори хунравии бухронии акушерӣ ва преэклампсияҳои вазнин.

Мавзуи таҳқиқот. Мавзуи таҳқиқот ошкор ва муайян кардани сатҳи аҳамияти омилҳои хавф барои инкишофи ҳолатҳои вазнин дар хунравии акушерӣ ва преэклампсияҳои вазнин, омӯзиши сифати татбиқ ва истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ, таъсири истифодаи самараноки аудити ҳолатҳои бухронӣ ба тағйирёбии басомади ҳолатҳои вазнин дар беморхонаҳо, ба тағйирёбии шумораи ғавти модарон, ба тағйирёбии таносуби шумораи ғавти модарон ба ҳолатҳои бухронӣ, омӯзиши самаранокии иқтисодии истифодаи АҲБ, ба низом даровардани сабабҳои воқеии имкониятҳои аз даст рафта.

Дар асоси маълумоти гирифташуда ба протоколҳои маҳаллии муассисаҳо ислоҳот ворид карда шуд, чораҳои татбиқ ва тақмилёбӣ, арзёбии самаранокии иқтисодии истифодаи АҲБ ва роҳҳои тақмили кӯмак ба занони гирифтори хунравии акушерӣ ва преэклампсияҳои вазнин таҳия карда шуданд.

Навгониҳои илмӣ таҳқиқот. Бори аввал дар Тоҷикистон басомади ҳолатҳои вазнини хунравии акушерӣ, преэклампсияи вазнин ва вобастагии онҳо ба ғавти модарон дар беморхонаҳои дараҷаи 2 ва 3 дар динамикаи солҳои таҳқиқшуда муқаррар карда шуд, ки аудити ҳолатҳои бухронӣ ҳамчун захираи паст кардани ғавти модарон муайян гардид.

Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омилҳои хавфи инкишофи хунравии вазнини акушерӣ ва преэклампсияи вазнин омӯхта шуданд.

Бори аввал аз тарафи муаллиф корти баҳодихии ҳолҳо барои иҷрои тафтиши ҳолатҳои бухронӣ тартиб ва истифода шуд, ки истифодаи мунтаззами он ба беҳтар шудани таҳлили ҳолатҳои бухронӣ дар муассисаҳо кӯмак мекунад. Вобастагии байни беҳтар намудани сифати кӯмак ба беморони гирифтори хунравии акушерӣ ва преэклампсияи

вазнин ва сатҳи сифати истифодаи методологияи «аудити ҳолатҳои бухронӣ» исбот намуда шуд.

Муайян карда шудааст, ки дар ҳолати истифодаи самараноки аудити ҳолатҳои бухронӣ, динамикаи тағйирёбии нишондиҳандаҳои ҳолатҳои бухронӣ дар муассиса аз беҳтар шудани сифати кӯмак ба занони гирифтори хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин шаҳодат медиҳад.

Исбот шудааст, ки мусоҳибаҳо ва ба инобат гирифтани «овози занҳо» дар дарёфти сабабҳои аслии имконияти аздастрафта нақши бузург доранд.

Бори аввал дар асоси мураттабкунии сабабҳои асосӣ ва барои ҳама муассисаҳо умумӣ аз даст рафтани имкониятҳои инкишофи ҳолатҳои вазнини хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин ба таври умумӣ дар ҳама муассисаҳо муайян карда шуданд.

Бори аввал таҳлили самаранокии истифодаи аудити ҳолатҳои бухронии хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин дар беморхонаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шуд.

Дар асоси таҳлили маълумотҳо аҳамияти истифодаи технологияи аудити ҳолатҳои бухронӣ дар ҳамаи таваллудхонаҳои ҷумҳурӣ исбот гардид. Усулҳои ҷорӣ кардан ва истифода бурдани технологияи мазкур такмил дода шуданд. Инчунин барои беҳтаргардонии истифодаи аудитҳои ҳолатҳои бухронӣ, маҷмуи воситаҳо барои арзёбии беҳбудии сифати нигоҳубини модарон ва методологияи ҳисобкунии самаранокии аудитҳои ҳолатҳои бухронӣ таҳия шудааст.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Дастурҳои назариявӣ, методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия пешниҳодшуда метавонанд дар раванди таълими донишгоҳҳои тиббӣ, дар системаи таҳсилоти давомдор дар сатҳи муассисаҳо ва дар гузаронидани таҳқиқоти минбаъда оид ба проблемаи сифати ёрии тиббӣ ба модарон ва кӯдакон мавриди истифода қарор гиранд.

Ба тариқи холгузорӣ (балгузорӣ) арзёбӣ кардани корт (ё харита)-и таҳияшудаи риояи методология ва принципҳои АХБ имкон медиҳад, ки дар оянда татбиқ ва истифодаи технологияи мазкурро боз ҳам такмил диҳем. Воситаҳои дар таҳқиқот пешниҳодшудаи арзёбии тағйирот дар сифати ёрӣ ба модарон метавонанд аз ҷониби кормандони беморхона ғангоми таҳлили нишондиҳандаҳои муассиса барои хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин истифода шаванд. Натиҷаҳои таҳқиқот имкон медиҳанд, ки тарзҳои ҳисобкунии самаранокии татбиқи аудити ҳолатҳои бухронӣ дар сатҳи муассиса истифода шавад. Барои муассисаҳои тамоми мамлакат қарорхое, ки татбиқи онҳо сифати ёрирасониро ба занони ба хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин гирифтормуда беҳтар мекунад, пешниҳод карда шуд. Системаи таҳлилии вазъи кунунии кӯмакрасонӣ ба беморони гирифтори хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин тавассути бақайдгирии воситаҳои арзёбии истифодабарии АХБ дар муассисаҳо пешниҳод карда шуд. Ба стандартҳои миллии кишвар оид ба идоракунии занони гирифтори хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин тағйирот ворид карда шуд. Нақши АХБ дар сохтори таълими давомнок дар муассисаҳои акушерӣ муайян карда шудааст. Натиҷаҳо ва тавсияҳои пешниҳодшуда оиди бартарафсозии душвориҳои муайяни ҷоринамоии нав метавонанд барои кишварҳои минтақаи Осиё, ки аз ҷиҳати иҷтимоӣ, фарҳангӣ ва иқтисодӣ ба ҳам монанданд, аҳамияти амалӣ дошта бошанд.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда

1. Исбот карда шуд, омилҳои якхелаи хавфи инкишофи презклампсияи вазнини бухронӣ ва хунравии акушерӣ истиқомат дар деҳот, сатҳи пасти маълумотноқӣ, вазъи пасти иҷтимоӣ (соҳибхоназанҳо), шохиси (индекси) пасти саломатӣ ва патологияи гинекологӣ дар анамнез мебошанд. Омилҳои мушаххаси хавфи инкишофи презклампсияи бухронии ҳомилагии аввал, оғози барвакти презклампсия, патологияи гинекологӣ дар якҷоягӣ бо оғози барвакти

преэклампсия ва мавҷудияти ихтилоли вазнини гардиши хун дар бачадон-ҳамроҳак-чанин мебошанд. Омилҳои мушаххаси хавфи хунравии вазнини акушерӣ синну соли аз 30-сола боло, бисёрзоянда, мушкилоти ҳомилагӣ - преэклампсия, бисёробӣ, чудошавии бармаҳали ҳамроҳаки муқаррарӣ ва пешҷойгиршавии ҳамроҳак мебошанд.

2. Маълум карда шуд, ки самаранокӣ ва устувории сифати истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ дар муассисаҳо омӯзиши мутахассисонро оид ба методология ва принсипҳои АХБ дар асоси истифодаи усулҳои интерактивии таълим ва баҳодиҳии минбаъдаи истифодаи методологияи мазкур дар асоси баҳогузориҳои ҳолҳо барои гузаронидани аудитҳо, аз ҷумла машварат, беҳтар намудани истифодаи методология ва принсипҳои истифодаи технологияи навро таъмин менамояд.

3. Исбот карда шуд, истифодаи самаранокӣ аудити ҳолатҳои бухронӣ марбут ба хунравии акушерӣ ва преэклампсияи вазнин ба беҳтар шудани сифати нигоҳубин барои мушкилоти мазкур мусоидат мекунад. Ин, дар навбати худ, боиси кам шудани ҳолатҳои бухронӣ дар беморхонаҳо, инчунин коҳиши таносуби шумораи ғавти модарон ба шумораи ҳолатҳои бухронӣ мегардад, ки нақши аудитро ҳамчун захира барои паст намудани ғавти модарон тасдиқ мекунад.

4. Муқаррар карда шуд, ки самаранокӣ истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ ба коҳишёбии басомади ҳолатҳои бухронӣ, ки дар муассисаҳои таваллудкунонӣ рушд ёфта истодаанд ва мувофиқатан ба ҳароҷоти молиявии расонидани ёрӣ ба қанони гирифтори преэклампсияи вазнин ва хунравии акушерӣ вобастагӣ дорад.

5. Маълум карда шуд, ки дар байни сабабҳои асосии аз даст рафтаи имкониятҳои пешгирии инкишофи хунравии бухронии акушерӣ ва преэклампсияи вазнин дар тамоми муассисаҳои тиббӣ нокифоя будани қарорҳои соҳибтаҳассуси соҳаи тиб, ташкили нокифояи хизматрасонии тиббӣ, инчунин зарурати ворид намудани тағйирот ба

дастурҳои клинӣи милӣ ва ҳисоботҳои дохилӣ ба шумор меравад.

6. Муақаррар карда шуд, ки таҳлили мунтазами сабабҳои воқеии имкониятҳои аз даст рафта хангоми гузаронидани аудити ҳолатҳои бухронӣ дар ҳамаи муассисаҳои имкон медиҳад, ки роҳҳои ҳалли самарабахш ва муносибро таҳия ва татбиқ намоем. Дар асоси ин маълумот стратегияҳо барои таъмини дастрасии сифатнок ва одилона ба хизматрасониҳои тиббӣ барои модарон таҳия карда мешаванд, ки ин ба баланд бардоштани самаранокии хизматрасонии тиббӣ дар маҷмӯи мусоидат мекунад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо эътимоднокии маълумотҳо, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва маводи ҷопӣ тасдиқ мекунад.

Хулоса ва тавсияҳо ба таҳлили илмӣ натиҷаҳои омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ - иҷтимоии қонунҳои гирифтори ҳуҷраҳои акушерӣ ва презклампсияи вазнин, омӯзиши сифати ёрии статсионарӣ ба беморони мазкур, динамикаи тағйирёбии нишондиҳандаҳои ҳолатҳои бухронӣ ва ғайри модарон дар муассисаҳои мазкур, таҳлили самаранокии истифодаи технологияи мазкур дар таҷрибаи муассисаҳои акушерӣ асос ёфтааст. Маълумотҳои бадастомада имкон доданд, ки роҳҳои амалии навшудаи акушерӣ оид ба татбиқ ва истифодаи дастурҳои «аудити ҳолатҳои бухронӣ»-и ТУТ пешниҳод карда шаванд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳаи таҳқиқот). Қори диссертатсионӣ ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.02.03 – Саломатӣ ва тандурустии ҷамъиятӣ: зербанди 3.2. – Шароит ва тарзи зиндагии аҳоли, проблемаҳои иҷтимоӣ- гигиени он, арзёбии таъсири шароит ва тарзи зиндагӣ ба давомнокии он ва нишондиҳандаҳои саломатӣ дар байни аҳоли, ташаккули тарзи ҳаёти солим; 3.4. – Ҳолати саломатии аҳоли ва тамоюли тағйирёбии он, таҳқиқи равандҳои демографӣ, беморӣ, таъсири омилҳои иҷтимоӣю

демографӣ ба саломатии гурӯҳҳои алоҳидаи аҳоли; 3.5. -Ташкили ёрии тиббӣ ба аҳоли, таҳияи модели технологияҳои нави ташкилӣ оид ба пешгирӣ, расонидани ёрии тиббӣ ва тавонбахшии аҳоли; арзёбии сифати ёрии тиббии берун аз беморхона ва статсионарӣ мувофиқат мекунад. Асоснок кардани роҳҳои инкишоф ва ислоҳоти системаи нигоҳдории тандурустӣ, ташкили ёрии махсуси тиббӣ. Аз рӯйи ихтисоси 14.01.01 – Монопизишкӣ ва бемориҳои занона: 3.1.2. - Муайянкунии ҳолати ҳомила дар батн, мубодилаи моддаҳо, нафаскашӣ ва ғизогирии ҳамл дар батн, инкишофи узвҳо ва системаҳои ҳамл, ташҳиси нуқсонҳои инкишофи ҳомила, ислоҳи вайроншавии ҳолати ҳамл. 3.1.5.- Норасоӣҳо дар чараёни ҳомиладорӣ: исқоти ҳамл, таваллуди бармаҳал, гузаштани мӯҳлати ҳомиладорӣ; гестозҳои ҳомиладорӣ, хунравӣ дар вақти ҳомиладорӣ.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот аз иштироки ӯ дар тамоми марҳилаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда иборат мебошад. Муаллифи диссертатсия адабиёти ватанӣ ва хориҷиро вобаста ба мавзӯи кори диссертатсионӣ мустақилона шарҳ дода, мавзӯи интиҳоб намуда, мақсад ва вазифаҳои таҳқиқотро муайян кардааст, корти маводи аввалияро тартиб дода, маводи аввалияро ҷамъоварӣ ва таҳлил кардааст, маводро аз ҷиҳати омӯрӣ коркард намуда, натиҷаҳоро шарҳ медиҳад, мақолаҳо, рисолаҳо ва тезисҳо навишт, дар конференсҳо, пешниҳоди ислоҳот ба стандартҳо, нашри мақолаҳо ширкат кард.

Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.

Маводҳои диссертатсия дар анҷуманҳои VI ва VII акушер ва гинекологҳои Тоҷикистон бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, 2016; 2022), дар конференси бахшида ба 40-солагии таъсисёбии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и ВТ ва ҲИА ҚТ (Душанбе, 2020); дар конференси илмӣ-амалӣ бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Ҳолатҳои ғавқулодда

дар акушерӣ, гинекология ва перинатология» (2023); «дар конференсияи илмӣ-амалӣ бо иштироки наояндагони байналмилалӣ дар мавзуи «Солимии репродуктивӣ дар Ёзбекистон: дастовардҳо ва нақшаҳо барои оянда» (Самарқанд, 2023); дар чаласаи байниидоравии МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»-и ВТ ва ҲИА ҚТ (ш. Душанбе, протоколи №7 аз 7 май 2024 г.), дар чаласаи Шурои байниидоравии коршиносон оид ба тандурустии ҷаъмиятии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (ш. Душанбе, протоколи № 4/1 аз 26 июня 2024 г.) пешниҳод карда шуданд.

Мукаррароти асосии диссертатсия дар кори муассисаҳои дараҷаи 2 ва 3-и Тоҷикистон (вилоятҳои Хатлон, Хучанд, шаҳри Душанбе), дар раванди таълими кафедраҳои акушерӣ ва гинекологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ворид карда шуданд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Доир ба мавзуи диссертатсия 25 кори илмӣ, аз ҷумла 14-то дар маҷаллаҳои илмӣ ва нашрияҳои, ки дар феҳристи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон тавсия гардидаанд, нашр шудаанд. 6 пешниҳоди навоарӣ омода шудаанд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 321 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, бобҳо оид ба мавод ва усулҳои таҳқиқот, хусусиятҳои клиникии занони муоинашуда, бобҳо бо натиҷаҳои таҳқиқоти худ, муҳокима, ҳулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёти истифодашуда, ки 325 манбаъро дар бар мегирад, иборат аст. Рисолаи диссертатсионӣ 53 расм ва 40 ҷадвалро дар бар мегирад.

Қисмҳои асосии таҳқиқот

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар 14 муассисаи акушерии

сатҳи 2 (10 муассиса) ва 3 (4 муассиса) гузаронида шуд. Бо назардошти он, ки махфийат принсипи асосии аудити ҳолатҳои бухронӣ аст, муассисаҳои таҳқиқотӣ бо ҳарфҳои калони алифбо рамзгузорӣ карда шуданд. Кор дар 3 марҳила анҷом ёфт. Дар марҳилаи аввали таҳқиқот омилҳои хавфи инкишофи презклампсияи вазнини бухронӣ ва ҳунравии акушерӣ мавриди омӯзиш қарор гирифта, дар марҳилаи дуюм арзёбии омӯзиши методика ва истифодаи АХБ дар муассисаҳои таҳқиқотӣ ва дар марҳилаи сеюм арзёбии самаранокии клиникӣ, иҷтимоӣ ва иқтисодии истифодаи АХБ гузаронида шуд.

Ҳамаи қанони гирифтори бемории презклампсияи вазнин аз муоинаи маъмулии клиникӣ-лабораторӣ мувофиқи Стандартҳои миллии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Аворизҳои фишорбаландӣ дар давраи ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд» (2015) гузаронида шуданд. Мониторинги лабораторӣ аз муайян кардани сатҳи гемоглобин, гематокрит, тромбоцитҳои хун, вақти лахташавии хун тибқи усули Ли-Уайт, фибриноген, вақти фаъолшавии тромбопластини қисмӣ (ВФТҚ), карбамид (мочевина), креатинин, электролитҳо, билирубин ва фраксияҳои он, аланинаминотрансферазаҳо (АлАт), арзёбии диурез, таҳлили умумии пешоб, сатҳи протеинурия иборат буд. Усулҳои инструменталӣ аз таҳлили электрокардиографии муоинаи ултрасадои ҳомила (фетометрия, миқдори об, доплерография) иборатанд. Усулҳои таъхиси иловагӣ ва машваратҳо бо мутахассисони дахлдор тибқи нишондодҳо гузаронида шуданд.

Фетометрияи ултрасадо дар речаи воқеӣ бо ҷенкунии андозаҳои дупариеталӣ ва пешу пас, диаметри қафаси сина, шикам, дарозии устухони рон, гирду атрофи шикам ва ҳисоб кардани вазни тахминии ҷанин анҷом дода шуд. Платсентография муайян кардани ҷойгиршавии ҳамроҳак, ғафсӣ, дараҷаи камолот, сохтор ва тағйироти эҳтимолии патологиро дар бар мегирад. Ҳаҷми моеъи наздиҷанинӣ бо истифода аз шохиси ҳаҷми моеъи наздиҷанинӣ дар ҷайбҳои пеш-паси (диапазони

муқаррарӣ - 5-20 см) арзёбӣ карда шуд. Барои арзёбии ҳолати гардиши хун дар системаи бачадон-чанин-ҳамроҳак доплерометрия гузаронида шуда, нишондиҳандаҳои аз кунҷ новобаста: таносуби систоликӣ-диастоликӣ (таносуби суръати максималии систоликӣ ба суръати ниҳоии диастоликӣ), шохиси (индекси) набзӣ (таносуби фарқи байни суръати максималии гардиши хуни систоликӣ ва ниҳоии диастоликӣ), шохиси муқовимат (таносуби фарқи байни гардиши систоликӣ ва диастоликии хун ба гардиши систоликии хун) чен карда шуданд. Параметрҳои таҳқиқшуда дар шарёнҳои бачадон, шарёни ноф ва аортаи чанин муайян карда шуданд. Шиддати ихтилоли гардиши хун дар системаи бачадон-ҳамроҳак-чанин мувофиқи 3 дараҷаи вазнинии ихтилолҳои гемодинамикӣ тасниф карда шуд (Б.С.Демидов, 2000).

Ҳаҷми талафоти хун бо усули ченкунӣ (усули гравидометрӣ) ва усулҳои ҳисоббарорӣ дар асоси тағйирёбии сатҳи гемоглобин ва гематокрит муайян карда мешавад.

Усули асосие, ки дар таҳқиқот истифода шудааст, усули баҳодиҳии сифати нигоҳубини модарон тибби дастури ТУТ «Дар паси рақамҳо чӣ ниҳон аст?» аудити ҳолатҳои бухронӣ (АХБ) дар сатҳи муассисаҳо мебошад. Принсипҳои аудити ҳолатҳои бухронӣ махфӣ, номаълум, бечазой, таҳлили вазъият бо истифода аз тибби исботшаванда, бисёрсоҳавӣ бо назардошти андешаи бемор мебошанд. Методологияи аудит бо гузаронидани таҳлил бо усули «аз дар то дар» тавсиф карда мешавад, ки ин маънои омӯзиши пайдарҳамии ҳамаи марҳалаҳои ҷирирасонӣ барои ошкор кардани сабабҳои имкониятҳои аздастрафтарадор. Дар ҷаҳорҷӯбаи аудит омилҳои бо кормандон, доруҳо, таҷҳизот, протоколҳо, ташкилот ва маъмурият, инчунин бо бемор ва оилаи вобастабуда арзёбӣ карда мешавад. Барои фаҳмидани сабабҳои аслии мушкилот усули "Чаро, аммо чаро?"-ро истифода бурдем. Аудити ҳолатҳои бухронӣ се самти таҳлилро дар бар мегирад: 1) Арзёбии

нигоҳубини бемор аз қабул то ҷавоб шудани ӯ, чудо кардани лаҳзаҳое, ки хуб иҷро шуданд ва лаҳзаҳое, ки бо хатоҳо анҷом дода шуданд; 2) Муайян кардани омилҳо ва сабабҳо, ки ба нигоҳубини хуб мусоидат кардаанд ва омилҳо, ки ба таъмини нигоҳубини хуб ҳалал мерасонанд; 3) Муайян кардани ҷанбаҳои нигоҳубин, ки ба беҳгардонӣ ниёз доранд ва пешниҳоди қарору амалҳо барои дар оянда беҳтаргардонии он.

Арзёбии омӯзиш оид ба аудити ҳолатҳои бухронӣ тавассути тести мутахассисони омӯзонидашуда ва муқоисаи маълумоти тестӣ пеш ва пас аз омӯзиш гузаронида шуд. Пас аз омӯзиш, истифодаи технологияи мазкур дар муассисаҳои таҳқиқшуда баҳогузорӣ карда шуд. Мо ҷадвали нишондодҳоро таҳия кардем, ки дар он тарафҳои пурқувват ва заиф, ки ҳангоми иштирок дар ҷаласаҳои аудити ҳолатҳои бухронӣ муайян карда шудаанд, қайд гардиданд. Дар ҳулосаи ҳар як бахш, дар асоси маълумоте, ки аз мушоҳидаи ҷаласаи гурӯҳ ва иштирокчиёни ҳолат гирифта шудааст, баҳо ба воситаи ҳолҳо дода шуд. Ҳар як таҷриба аз рӯйи системаи 4-ҳолӣ баҳогузорӣ карда шуд: 3 – тақмилталаб нест; 2 – баъзе тақмилҳо лозиманд; 1 – тақмили назаррас талаб карда мешавад, 0 – таъбиқ нашуд. Ҳолҳои умумӣ барои ҳар як бахш ҳамчун меёри миёнаи арифметикии ҳамаи ҳолҳо ҳисоб карда мешавад. Фоизи ҳолҳои гирифташуда ба миқдори максималии имконпазири ҳолҳо дар блок ҳисоб карда шуд. Ҳангоми гирифтани ҳоли максималӣ (66 ҳол) сатҳи истифодабарӣ ба 100% баробар мешавад. Мо шартан сатҳи истифодаи АҲБ-ро арзёбӣ мекардем: баланд - аз 85% то 100%, миёна - аз 60% то 85%, паст - камтар аз 60%.

Арзёбии сифати мусоҳибаорой тавассути мушоҳида гузаронида шуд. Барои арзёбии маҳорати мусоҳибон мо аз қорҳои баҳодихӣ истифода кардем, ки бо истифода аз системаи 4-ҳолӣ таҳия шудааст: 3 – тақмилталаб нест. 2 – баъзе тақмилҳо лозиманд, 1 – тақмили назаррас талаб карда мешавад, 0 – ба тақмили назарраси малакаи мусоҳиб ниёз

дорад. Холи умумӣ барои ҳар як бахш ҳамчун меъёри миёнаи арифметикии ҳамаи ҳолҳо ҳисоб карда мешавад ва пас аз он таносуби ҳолҳои гирифташуда ба шумораи максималии имконпазири ҳолҳо ҳисоб карда мешавад. Арзёбӣ шарҳ дода шуд: сатҳи баланди мусоҳиба ба 85% - 100%, аз 60% то 85% - сатҳи миёнаи маҳорати мусоҳиба, камтар аз 60% - сатҳи паст.

Барои арзёбии тағйироти сифати нигоҳубини модарони гирифтори хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин воситаҳои баҳодихӣ - нишондиҳандаҳои ҳолатҳои бухронии презклампсияи вазнин ва хунравии акушерӣ, ки дар беморхона инкишоф ёфтаанд, таҳия карда шудаанд. Ин воситаҳои арзёбӣ дар тули 5 сол аз ҳисоботҳои оморӣ муассисаҳои таҳқиқшуда интиҳоб ва таҳлил карда шуданд.

Барои омӯзиши самаранокии истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ ҳисобҳо барои харочоти муоина, табобат ва нигоҳубини беморони гирифтори хунравии акушерӣ бо назардошти ҳаҷми талафоти хун ва беморони гирифтори презклампсияи вазнин дар давраи аз с. 2018 то с. 2022 гузаронида шуданд. Ҳодисаҳои бухроние, ки дар муассиса инкишоф ёфтаанд, ба назар гирифта шуданд. Ҳангоми ҳисоб кардани харочот мо аз ҳуҷҷатҳои тасдиқнамудаи роҳбарони муассисаҳо оид ба харочоти аворизҳои акушерӣ ва фармони № 600, аз 5 ноябри соли 2014 истифода кардем, ки дар он нархномаҳо барои ташхиси лабораторӣ, табобат ва барқарорсозии беморони дорои шароити гуногуни бухронӣ оварда шудаанд. Ҳангоми ҳисоб кардан мо тартиби нигоҳубин, номгӯи ташхисҳои зарурӣ, табобати марҳила ба марҳила ва меъёрҳои давомнокии дар беморхона бистарӣ кардани занонро ба назар гирифтем, ки тибқи дастури миллии «Хунравӣ дар давраи ҳомиладорӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд: профилактика, ташхис, тактикаи акушерӣ», «Аворизҳои фишорбаландӣ ҳангоми ҳомиладорӣ» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ кардааст.

Коркарди омории натиҷаҳо дар компютери шахсӣ бо истифода аз бастаи стандартии барномаи таҳлили оморӣ амалӣ (Statistica for Windows v.6.0) анҷом дода шуд. Усулҳои оморӣ параметрӣ ва ғайрипараметрӣ истифода шуданд. Усулҳои оморӣ тавсифӣ баҳодихии миёнаи арифметикӣ (M), хатои дорои хусусияти миёна (m) иборат буданд. Барои арзёбии фарқиятҳои байни гурӯҳҳо дар арзишҳои ҳислатҳо меъёри t -Студент истифода шуданд. Алоқамандӣ байни нишондодҳо бо роҳи ҳисоб кардани коэффитсиенти коррелятсияи хатти (r) муқаррар карда шуд. Сатҳи эътимоди бухронӣ ба 0,05 баробар гирифта шуд. Ҳангоми ҷой доштани фарқиятҳои назарраси байни нишондиҳандаи басомади коэффитсиенти таносуби эҳтимолият ҳисоб карда шуд. Агар фосилаи эътимод аз хатти сифр нагузашта бошад, хавфи нисбӣ боэътимод ҳисобида мешуд.

Натиҷаҳои бадастовардашуда

Барои мушаххасгардониҳои омилҳои хавфи рушди преэклампсияи вазнини бухронӣ таҳлили хусусиятҳои клиникӣ-лабораторӣ ва анамнезии 25 зани гирифтори преэклампсияи вазнин (гурӯҳи муқоисавӣ) ва 52 зани гирифтори ҳолати бухронии преэклампсияи вазнин (гурӯҳи асосӣ), ки барои таваллуд ба МД ПАГваПТ-и ВТ ҲИА ҚТ қабул карда шуданд, ба таври перспективӣ муоина карда шуданд. Синну соли миёнаи беморон дар гурӯҳи якум $21 \pm 0,5$ сол, дар гурӯҳи дуюм $24,1 \pm 0,7$ солро ташкил медиҳад, ки тафовут аҳамияти оморӣ надорад. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ, иҷтимоӣ ва анамнезии занони гирифтори преэклампсияи вазнин ва преэклампсияи вазнини бухронӣ имкон дод, ки омилҳои назарраси хавфи рушди преэклампсияи вазнини бухронӣ муайян карда шаванд: синни то 25-сола, сатҳи пасти маълумот, иқомат дар деҳот, сатҳи пасти иҷтимоӣ ва шохиси саломатӣ (камхунӣ - 98,1%; фишорбаландии музмин - 59,6%; бемории гурда-50%; сироятҳои вазнини вирусии

респираторӣ - 75%), ҳомилагии аввал, фарорасии барвакти презклампсия, омезиши патологияи гинекологӣ дар анамнез бо фарорасии барвакти презклампсия, мавҷудияти ҳалалдоршавии гардиши хуни бачадон-ҳамроҳак- чанин.

Барои муайян намудани омилҳои хавфи инкишофи хунравии акушерӣ дар ду гурӯҳи занон таҳлили маълумоти клиникӣ-лабораторӣ ва анамнестикӣ гузаронида шуд: гурӯҳи якум – 25 зани гирифтори хунравии акушерӣ (гурӯҳи муқоисавӣ); гурӯҳи дуюм - 30 нафар заноне, ки хунравии акушериро аз сар гузаронидаанд (гурӯҳи асосӣ). Ҳангоми хунравии акушерӣ вобаста ба ҳаҷми талафоти хун омилҳои боэътимоди хатари инкишофи хунравии акушерӣ инҳо буданд: синну соли аз 30 боло, зиндагӣ дар деҳот, сатҳи пасти маълумот, камхунии занони ҳомила, бисёрзоянда, мушкилоти ҳомилагӣ (таҳдиди бачапартоӣ, презклампсия, бисёробӣ, ҷудошавии барвакти ҳамроҳаки муқаррарӣ). Омӯзиши ихтилоли гемостаз ҳангоми талафоти вазнини хун дар занони таваллудкунанда нишон дод, ки дар заноне, ки зиёда аз 2 литр хун талаф додаанд, коҳиши нишондодҳои зерин мушоҳида мешавад: гемоглобин - 61,4%, тромбоцитҳо - 77%, сатҳи фибриноген - 53,8%, ки талафёбии хунро боз ҳам зиёд мекард.

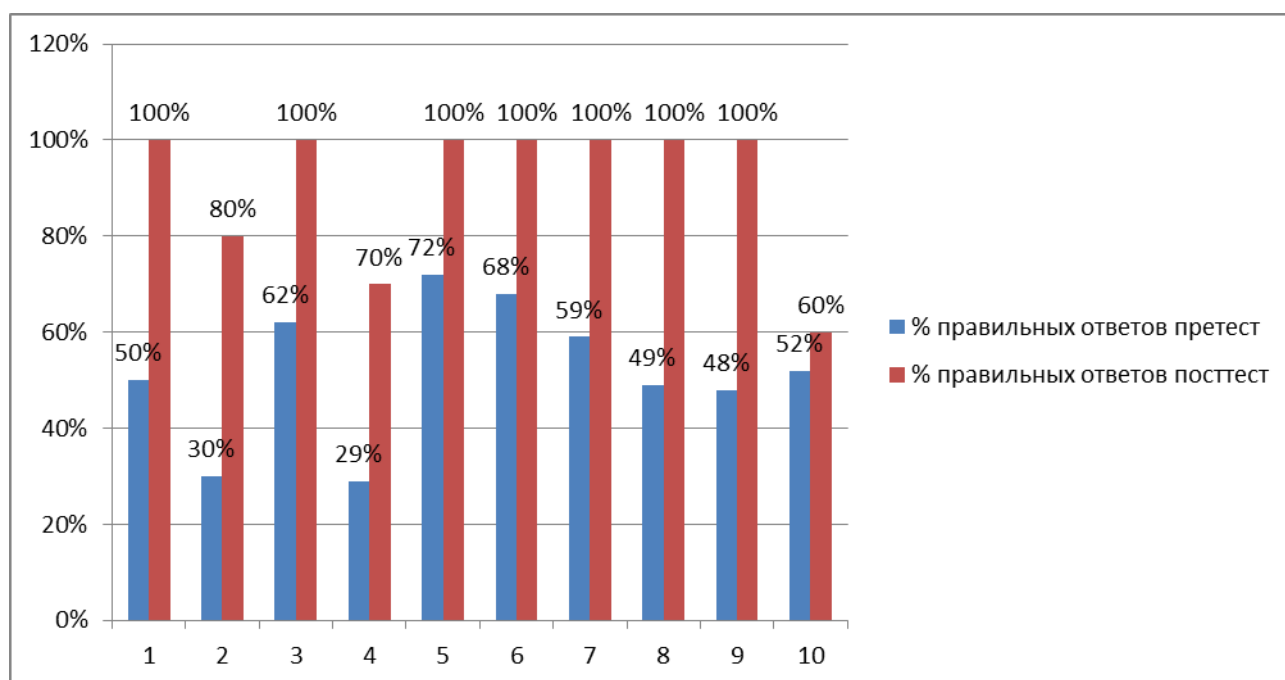
Омилҳои умумии хатари рушди презклампсияи вазнини буҳронӣ ва хунравии акушерӣ истиқомат дар деҳот, сатҳи пасти маълумот, сатҳи пасти иҷтимоӣ (соҳибхоназан), шохиси пасти саломатӣ, таърихи патологияи гинекологӣ мебошанд. Омилҳои мушаххаси хатари рушди презклампсияи вазнини буҳронӣ ҳомилагии аввал, фарорасии барвакти презклампсия, патологияи гинекологӣ дар якҷоягӣ бо фарорасии барвакти презклампсия, мавҷудияти ихтилоли вазнини гардиши хуни бачадон-ҳамроҳак-чанин мебошанд. Омилҳои мушаххаси хатар барои хунравии акушерӣ синну соли аз 30-сола боло, бисёрзоянда, мушкилоти ҳомилагӣ ба мисли презклампсия, бисёробӣ, пеш аз муҳлат

чудо шудани хамроҳаки дуруст чойгиршуда (ПМЧХДЧ) ва пешхобии хамроҳак ба шумор мераванд. (Чадвали 1)

Чадвали 1. – Омилҳои хатари преэклампсияи вазнини бӯхронӣ ва хунравии бӯхронии акушерӣ

Омилҳои хатар	Преэклампсияи вазнин	Хунравии акушерӣ	RR, басомад, коэффитсиенти Пирсон
Синну сол	*ҷавонтар аз 25	**калонтар аз 30	*1,55 (ДИ 0,89 - 2,70) ** $\Gamma=0,45$
Чойи истиқомат	*деҳот	**деҳот	*3 маротиба бештар ** 4 маротиба бештар
Сатҳи маълумот	*паст	**паст	*71% ** $\Gamma=0,21$
Сатҳи иҷтимоӣ	*хонашин	**хонашин	*75% **79%
Индекси саломатӣ	*паст	**паст	*92% **88%
Патологияи гинекологӣ	*+преэклампсия и барвақт		*100% **1,5 (ДИ 0,58 - 3,90)
Таносуб (Паритет)	*ҳомилагии аввал	**бисёрзоянда	*0,94 (ДИ 0,69 - 1,32) **1,15 (ДИ 0,97 - 2,43)
Пре-эклампсия	*барвақт	**барвақт ва дер	*1,879 (ДИ 1,187 - 2,975) **1,167 (0,422 - 3,227)
Бисёробӣ		**бисёробӣ	**1,11 (ДИ 0,45 - 2,78)
ПМЧХДЧ		** ПМЧХДЧ	** $\Gamma=0,349$
Пешомади хамроҳак		**пешхобии хамроҳак	**3,33 (ДИ 0,39 - 27,94)
вайроншавии гардиши хун	*вазнин		*1,240 (ДИ 0,985 - 1,561)

Дар беморхонаҳои сатҳи 2 ва 3-юми кишвар аудити ҳолатҳои бухронӣ (АҲБ) ҷорӣ карда шудааст. Мо натиҷаҳои истифодаи усулҳои гуногунро дар таълими мутахассисон оид ба методология ва принсипҳои АҲБ хангоми хунравии акушерӣ ва прееклампсияи вазнин, инчунин натиҷаҳои арзёбии истифодаи воситаи мазкурро дар беморхонаҳои кишвар таҳлил кардем. Барои аз ҷиҳати назариявӣ тайёр намудани мутахассисони муассисаҳо дастаҳои АҲБ (ҳар кадом 5 нафар) аз 14 муассисаи ҷумҳурӣ (ҷамъ 70 нафар) бо усули интерактивӣ таълим гирифтанд.



Расми 1. – Афзоиши басомади ҷавобҳои дуруст ба саволҳои тестҳо хангоми тестгузарони баъди омӯзиш дар муқоиса бо тести пеш аз омӯзиш

Дар ҳар як семинар 18—20 нафар мутахассисон иштирок карданд. Хамагӣ 4 маротиба семинар гузаронда шуд. Самаранокии семинарҳои гузаронидашуда дар асоси маълумоти тестӣ пеш ва баъд аз омӯзиш баҳо дода шуд. Сатҳи донишҳо оид ба методология ва принсипҳои АҲБ пеш аз гузаронидани омӯзиш паст буд - сатҳи ҷавобҳои дуруст дар байни 29% ва 72% буд, аз ҳама паст донишҳо дар бораи усули «чаро, аммо чаро?» ва худӣ мафҳуми «аудити ҳолатҳои бухронӣ» буданд. Аз ин рӯ, барои азхуд

кардани ин саволҳо дар шакли малакаҳои амалӣ дар рафти машғулиятҳои гурӯҳӣ кори махсус бурда шуд. Дар ҷамъбасти семинари 3-рӯза сатҳи дониши назариявии мутахассисони муассиса баланд гардид: 78,6% ба ҳама саволҳо ҷавоби дуруст доданд, 5% иштирокчиён ба таври максималӣ ҷавобҳои дуруст (80%) доданд, 10 нафар (14,3%) толибилмон 90% ҷавобҳои дуруст доштанд. Аз рӯйи натиҷаҳои кори мо исбот шуд, ки самаранокии истифодаи АҲБ омӯзиши интерактивии мутахассисони муассисахоро бо баланд бардоштани сатҳи дониши назариявӣ оид ба методология ва принципҳои технологияи мазкур бо арзёбии минбаъдаи ҷаласаҳои гузаронидаи аудити ҳолатҳои бухронӣ муайян мекунад.

Ташкили ҷорӣ намудани методика қариб дар ҳамаи муассисаҳо бо баҳои баланд арзёбӣ гардид. Фармонҳо дар бораи истифодаи таҷҳизоти мазкур дар ҳама муассисаҳо мавҷуданд, аммо на дар ҳама ҷой ҳайати даста, тартиб ва қоидаҳои истифодаи АҲБ инъикос ёфтаанд. Ҳамаи аъзоёни даста вобаста ба принципи гуногунсоҳавӣ омӯзонида шуданд, акушерҳо ба ҳамаи дастаҳо дохил карда шуданд. Миқдори умумии ҳолҳои ҳамаи муассисаҳои омӯхташуда оид ба ташкили истифодаи АҲБ аз 35 то 42 ҳолро ташкил дод, ки нисбат ба ҳолҳои максималӣ (42 ҳол) ба 71-100 фоиз рост меояд. Холи миёнаи ташкили истифодаи АҲБ нисбат ба холи максималии имконпазир $94,6 \pm 0,04$ фоизро ташкил медиҳад, ҳол он ки алоқаи бевоситаи аз ҷиҳати омӯрӣ ночиз ($p=0,517911$) бо вобастагии тез-тез гузаронидани ҷаласаҳо ошкор шудааст. Фоизи миёнаи пасти ҳолҳои гирифташуда барои ҳар як банди истифодаи АҲБ дар таносуб ба баҳои максималии имконпазир дар асоси арзёбии амалияҳои зерин муқаррар карда шудааст: ҷанд маротиба гузаронидани ҷаласаҳо (57,1%), шумораи қарорҳои мусбат (52,4%), фоизи иҷрои қарорҳои қабулшуда (54,8 фоиз), сифати мусоҳиба (61,9 фоиз), истифодаи усули «Чаро, аммо чаро». (64,9 фоиз), истифодаи стандартҳо дар таҳлил ва ҷустуҷӯи таҷрибаи суғур дар муассиса (47,6 фоиз). Байни нишондиҳандаҳои

бахогузорӣ ҳангоми истифодаи усули «Чаро, аммо чаро» ва нишондиҳандаҳои бахогузорӣ ҳангоми муайян намудани сабабҳои воқеии имкониятҳои аз даст рафтаи вобастагии нишондодҳо аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятнок буда ($p=0,000464$), вобастагии мустақими қавӣ ($r=0,817$) муқаррар карда шуд.

Инчунин робитаи бозътимоди мустақим ($p=0,006686$) (коэффитсиенти таносуб баробар ба 0,693) байни истифодаи маълумоти мусоҳибаи занон ва муайян кардани сабабҳои асосии имкониятҳои аз даст рафта, таносуби мустақими қувваи муътадил тибқи ҷадвали Чаддок ($r=0,460$) байни муайян кардани сабабҳои асосии имкониятҳои аз даст рафта ва истифодаи усулҳои стандартӣ бо АХБ, муносибати муътадили мустақим тибқи ҷадвали Чаддок байни вобастагии интиҳоби дурусти ҳолат ва ҷустуҷӯи бомуваффақияти сабабҳои асосии имкониятҳои аз даст рафта (коэффитсиенти таносуб баробар ба 0,396) бидуни аз ҷиҳати оморӣ муҳими вобастагии нишонаҳо ($p=0,162886$) мавҷуд буд.

Ҳангоми муайян кардани сабабҳои воқеии имкониятҳои аз даст рафта (СВИАДР) дар вақти гузаронидани АХБ мусоҳиба бо занон, ки имконияти маълумоти пуларзиш ба даст оварданро медиҳад ва инчунин усули "чаро, аммо чаро?" низ, пас аз он таҳлили муқоисаи таҷрибаи муассиса бо муқаррароти стандартҳои кӯмак ба занони гирифтори хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин ва интиҳоби ҳолатҳо барои таҳлил аҳамияти калон дорад.

Таҳлили натиҷаҳои арзёбии истифодаи АХБ аз рӯйи корти баҳодихӣ бо истифода аз системаи холии таҳиякардаи мо нишон дод, ки баҳои умумӣ дар муассисаҳои дараҷаи 3 аз 51 то 65 (77,3% - 98,5%), дар дараҷаи 2 - аз 25 то 53 (37,9% - 80,3%) тағйир меёбад. Пас аз омӯзиш истифодаи принципҳои АХБ дар амалияи муассисаҳо, мониторинг ва боздидҳои байнисоҳавӣ дар 15% муассисаҳо, миёна – дар 50%, паст – дар 35% ба қайд гирифта шуд, ки истифодабарии мақсадноки тамоми

фаъолияти арзёбишударо ҳангоми татбиқи АҲБ муқаррар мекунад. Мониторинг бо истифода аз қортҳои баҳодихӣ имкон медиҳад, ки тарафҳои суҷ ва пуққуввати татбиқи АҲБ объективона таҳлил карда шуда, дар интиҳоби мавзӯҳо барои хидматҳои машваратӣ ҳангоми мониторинг мусоидат кунад. Баҳои миёнаи умумии таҷрибаи истифодабарии АҲБ дар муассисаҳои дараҷаи 3 аз ҷиҳати оморӣ назаррас ($p < 0,05$) баландтар буд, нисбат ба нишондиҳандаи мувофиқ дар муассисаҳои дараҷаи 2 (U -меъёри Ман-Уитни баробар ба 21,5, арзиши муҳими меъёри U -меъёри Ман-Уитни - 22). Таҳлили вобастагии баҳодихии ҳолии истифодабарии методология, принципҳои АҲБ ва тез-тез гузаронидани ҷаласаҳои аудити ҳолатҳои бухронӣ хусусияти муҳими оморӣ ($p < 0,05$) робитаи наздики бевоситаро ($r = 0,655$) нишон дод. Вобаста ба рейтингҳои муассисаҳо аз рӯйи дараҷаи сифати истифодабарии санҷиши ҳолатҳои бухронӣ маълум гардид, ки дар муассисаҳои дараҷаи 3 сифати баланди истифодаи восита мазкур 25 фоиз, миёна дар 75%; дар муассисаҳои дараҷаи 2 - сифати миёнаи истифодаи АҲБ дар 60%, сифати паст дар 40% муассисаҳо муқаррар шудааст. Шояд фарқияти нишондиҳандаҳои додашуда бо баланд будани сатҳи нерӯи кадрӣ дар муассисаҳои дараҷаи 3 нисбат ба муассисаҳои дараҷаи 2 шарҳ дода шавад.

Мақсади асосии аудити ҳолатҳои бухронӣ муайян кардани омилҳои пешгиришаванда дар раванди расонидани ёрии тиббӣ мебошад, ки ба беҳтар шудани сифати хизматрасонии тиббӣ мусоидат мекунад. Принципи ба назар гирифтани фикри заноне, ки ҳолатҳои бухрониро аз сар гузаронидаанд, дар натиҷаи баҳодихии мусоҳибони дастаҳои муассисаҳое, ки аудити ҳолатҳои бухрониро истифода мебаранд, нақши асосиро мебозад.

Мо қори 14 нафар мусоҳибони дастаҳои муассисаҳоро бо истифода аз аудити ҳолатҳои бухронӣ баҳо додем. Баҳои миёнаи умумии арзёбии маҳорати мусоҳиба дар муассисаҳои аз АҲБ истифодакунанда аз 15 то

34 холро ташкил дод, ки ин аз сатҳи гуногуни омодагӣ ва маҳорати мусоҳибон шаҳодат медиҳад. Холҳои максималиро мусоҳибони дастаҳои АҲБ-и муассисаҳои сатҳи 3-юм (аз 28 то 34 хол) гирифтанд. Баҳои миёнаи умумии арзёбии ҳамаи муассисаҳои омӯхташуда $23,8 \pm 1,6$ холро ташкил дод. Таносуби холҳои ҷамъовардаи ҳар як муассисаи алоҳида гирифташуда ба холҳои максималии имконпазир, ки бо фоиз ифода карда шудааст, аз 41,7% то 94,4%, ба ҳисоби миёна $66,1 \pm 0,04\%$ буд. Ба маҳоратҳои заиф инҳо дохил мешуданд: малакаи мусоҳибагузаронӣ қобилияти гузаронидани суҳбати ошкоро дар мавзӯи додашуда, малакаҳои шифохӣ ва ғайришифохӣ (ғайривербалӣ)-и муошират, худро ҳангоми муошират озод ҳис кардан, ғаҳмо будани саволҳо, тавачҷуҳ ҳангоми гӯш кардани занон. Холҳои максималӣ барои ду малака дода шуданд: қобилияти додани саволҳои кушода ва қобилияти ба осонӣ ғаҳмондани саволҳои душворғаҳм. Дар аксари мусоҳибаҳои таҳлилшуда шароити махфият фароҳам оварда шудааст. Бо вучуди ин, ҳеҷ як аз банди таҳлилшуда баҳои баландтарин - 42 -ро нагирифт, ки ин зарурати такмил додани малакаҳои мусоҳиба байни кормандони ба гурӯҳи АҲБ дохилшударо нишон медиҳад.

Ҳангоми дар муассисаҳои сатҳи 3-юм арзёбӣ кардани сатҳи кори мусоҳибон 2 муассиса (50%) сатҳи баланд ва миёнаи маҳорати мусоҳибагузаронӣ, 5 муассисаи сатҳи 2-юм (50%) дараҷаи миёна ва 5 (50%) муассиса сатҳи пасти мусоҳибагузаронӣ нишон доданд. Холи миёнаи маҳорати мусоҳибагузаронӣ дар муассисаҳои дараҷаи 3-юм $29,0 \pm 2,6$ ($80,6 \pm 0,1\%$) буд, ки аз ҷиҳати омор аҳамиятнок ($p < 0,05$) буда, нисбат ба нишондиҳандаҳои дахлдори муассисаҳои дараҷаи 2-юм ($21,7 \pm 1,5$; $60,3 \pm 0,04\%$) баландтар аст.

Кори мусоҳибони муассисаҳои дар тӯли 5 сол аз АҲБ-ро истифодабаранда дар маҷмӯъ нисбат ба муассисаҳое, ки ин методологияро дар тӯли 3 сол истифода кардаанд ($54,4 \pm 0,04\%$), ба таври

эътимодбахш ($p < 0,001$) бо ҳолҳои баландтар ($77,8 \pm 0,05\%$) арзёбӣ шудааст.

Ҳамин тариқ, семинарҳо оид ба қоидаҳои гузаронидани АХБ бо истифода аз усулҳои интерактивии таълим самаранокии ҳудро нишон доданд, ки ба мақсад мувофиқ будани баҳодиҳии минбаъдаи берунаро бо иштирок дар ҷаласаҳои АХБ дар муассисаҳои сатҳи паст ва миёна муайян менамояд, инчунин тасдиқ мекунад, ки истифодаи самаранок ва ҳуби аудити ҳолатҳои бухрониро танҳо бо гузаронидани семинарҳои таълимӣ таъмин кардан намешавад.

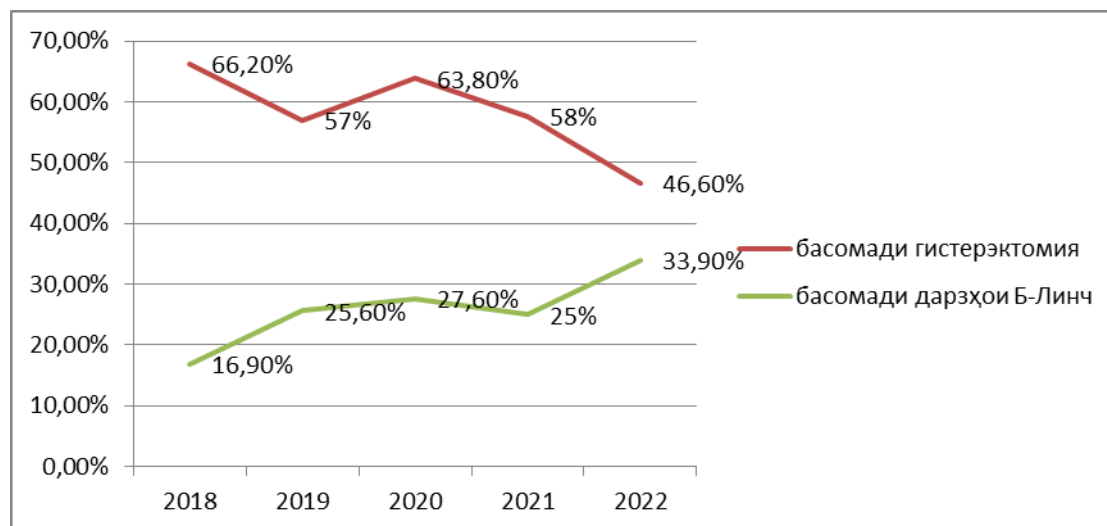
Мо инчунин дар 14 муассисаи акушерии дараҷаҳои гуногуни мамлакат самарайи клиникий ҷорӣ намудани АХБ-ро мавриди омӯзиш қарор додем. Дар муассисаҳои дараҷаи 3-юм дар давраи таҳқиқшуда шумораи таваллудҳо дар як сол аз 3138 то 10072, дар муассисаҳои дараҷаи 2 аз 1399 то 54 29 тағйирот дошт. Дар вақти омӯзиши динамикаи тағйироти шумораи умумии хунравиҳо дар давоми сол аз 14 муассисаи таҳқиқшаванда дар 10 муассиса (71,4 Ҷ) камшавии хунравии акушерӣ қайд гардид. Басомади хунравии акушерӣ дар муассисаҳо аз 0,4% то 4,2% дар соли 2018 ва аз 0,6% то 3% дар соли 2016 фарқ мекард. Афзоиши гуногунии басомади хунравии акушерӣ дар муассисаҳои гуногун дар соли 2018 (3,8%) нисбат ба нишондиҳандаи соли 2022 (2,4%) бевосита аз самаранокии татбиқи равандҳои стандартикунонидашуда оид ба расонидани кӯмак ба занони гирифтори хунравӣ дар сатҳи кишвар шаҳодат медиҳад. Дар сохтори сабабҳои хунравӣ дар соли 2018 аз 1056 ҳолати хунравии акушерӣ дар беморхонаҳои таҳқиқшуда ҷудошавии бармаҳали ҷамроҳаки муқаррарӣ (ПМҚҲДҚ) дар 411 (38,9%), хунравии гипотоникӣ дар 497 (47,1%), осеб - дар 63 (6%), хунравӣ дар давраи пеш аз ҷамроҳак - дар 53 (5%), хунравӣ аз сабаби нуқсонӣ бофтаи ҷамроҳак ё боқимондаҳои мембранаҳои ҳомила - дар 32 (3%) беморон ҷой дошт. Соли 2022 дар 579 нафар хунравии вобаста ба ПМҚҲДҚ таҳлил шуда,

вазни хоси онҳо 67,6% буд, нишондиҳандаҳои гипотонияи бачадон дар 156 нафар (18,2%), пешравии ҳамроҳак дар 60 нафар (7%), осеби роҳи таваллуд дар 31 (3,6%), боқимондаҳои бофтаи пас аз марг – дар 27 (3,2) зан буд. Тавре ки дида мешавад, вазни хоси хунравие, ки дар натиҷаи ПМҚҲДҚ ба вучуд омадааст, дар соли 2018 $38,9 \pm 7,3\%$ ва дар соли 2022 $67,6 \pm 8,8\%$ буд, ки фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим ($p < 0,05$; $t = 2,5$) доштанд.

Басомади хунравии гипотоникӣ дар муассисаҳои таҳқиқшуда дар соли 2018 0,9% (шумораи хунравии гипотоникӣ/шумораи таваллуд: 497/53557)-ро ташкил дод. Дар соли 2022 басомади хунравии гипотоникӣ 0,3% (156/55983) буд. Дар натиҷаи ҷорӣ намудани АҲБ, беҳтар шудани сифати идоракунии фаъоли давраи сеюми таваллуд, аҳамияти аз ҷиҳати оморӣ ($p < 0,001$) кам шудани вазни хоси хунравии гипотоникӣ аз $47,1 \pm 1,4\%$ то $18,2 \pm 1,4\%$ дар 2022 ошкор карда шуд, ки нисбат ба соли 2018 қариб 3 маротиба зиёд аст.

Басомади миёнаи хунравии бухронӣ дар 14 муассисаи таҳқиқшуда дар соли 2018- 12,0%, дар соли 2019 -12,4%, дар соли 2020 -14,1%, дар соли 2021 -11,1% ва дар соли 2022- 10,8% буд. Вазни хоси хунравии бухронии зиёда аз 1 литр дар тӯли панҷ сол дар 7 (50%) муассисаҳои таҳқиқшуда коҳиш ёфтааст. Аз 4 муассисаи дараҷаи 3 дар 2 муассиса камшавии вазни хоси хунравии бухронии акушерӣ ба қайд гирифта шудааст. Дар 2 муассисаи боқимондаи дараҷаи 3 болоравии нишондоди мазкур ба қайд гирифта шуд, ки ба такмили низоми минтақавӣ дар ҷумҳурӣ вобаста буда, дар муассисаҳои дараҷаи 3-юм тамаркуз намудани занони гирифтори захмҳои бачадон ва ҳамроҳаки пеш аз муҳлатро таъмин менамояд. Дар муассисаҳои дараҷаи 2 вазни хоси хунравии бухронии акушерӣ дар 5 муассиса (50%) кам шудааст. Дар маҷмӯъ, ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои басомади миёнаи хунравии

бухронӣ (14 муассиса) дар солҳои 2018 ва 2022 тамоюли коҳиши ин нишондод қайд карда шуд, вале байни нишондиҳандаҳои мазкур фарқияти ҷиддӣ ошкор нашудааст.



Расми 2. - Динамикаи тағйирёбии басомади гистерэктомия ва самаранокии кӯки Б-Линч дар занони гирифтори хунравии бухронии гипотоникӣ

Басомади ҳолатҳои бухронии хунравӣ, ки дар ҳуди беморхонаҳо рух додаанд, дар соли 2018 хеле баланд буд ва аз 33,3% то 100% тағйирот дошт. Дар натиҷаи истифодаи мунтазам ва дурусти муассисаҳои аудити ҳолатҳои бухронӣ дар амалия нишондиҳандаи мазкур дар ҳамаи муассисаҳо поин рафтааст: дар соли 2022 арзиши максималии он 50 фоиз, минималӣ 0%-ро ташкил дод.

Дар соли 2022 (20 аз 87 – $22,9 \pm 3,6\%$) дар муқоиса бо нишондиҳандаи мувофиқи соли 2018 (51 аз 100 – $51 \pm 4,3\%$) коҳиши назаррас ($p < 0,001$) низ дар басомади хунравии бухронии гипотоникӣ муқаррар карда шуд.

Динамикаи тағйирёбии таносуби шумораи кӯкҳои Б-Линч ба миқдори гистерэктомияҳо ҳангоми хунравии шадид дар муассисаҳои аз АҲБ истифода намуда, тамоюли равшани тадриҷан пастравии басомади гистерэктомия ва афзоиши тадриҷии басомади самаранокии кӯки Б-

Линчро нишон медиҳад (расми 2.)

АХБ таҳлили истифодаи саривактӣ ва дурусти хизматрасониҳои самарабахши перинаталӣ ва муайян кардани сабабҳои воқеии имкониятҳои аз даст рафтaro пешбинӣ мекунад. Дар шумораи муайяни ҳолатҳои бухронии ҳолатҳои бухронии гипотоникӣ маълум шуд, ки дар натиҷаи малакаи пасти дӯхт бо кӯкҳои Б-Линч духтурон гистерэктомияро анҷом доданд. Тасмимгирӣ дар бораи тақмили маҳорати амалиёти мазкур бо ҷалби устодони касбӣ таъсири мусбӣ дошта, дар муассисаҳои мазкур басомади истифодабарии кӯкҳои В-Линч зиёд шуда, мутаносибан басомади ҷарроҳии гистерэктомия дар заминаи хунравии гипотоникӣ (аз 63%) то 49%) коҳиш ёфт.

Дар динамикаи солҳои таҳқиқшуда шумораи умумии ашхосе, ки ба онҳо хун гузаронда шуд, коҳиш ёфта, дар соли 2018 - 151 (14,3%), соли 2019 - 126 (12,8%), соли 2020 - 130 (14,6%), соли 2021 - 107 (11,7%), соли 2022 - 92 (10,7%)- ро ташкил дод. мутаносибан таносуби гирандагони хунгузаронӣ ба шумораи умумии хунравихо низ коҳиш ёфт, ки ин бо коҳиши басомади хунравихои оммавии интиқоли хунро талабкунанда алоқаманд аст. Маълумоти бадастомада бевосита кам шудани ҳодисаҳои полипрагмазияро тасдиқ мекунад. Камшавии шумораи хунравии зиёда аз як литр дар динамикаи давраи таҳлилшуда низ дар тағйир додани нишондоди мазкур нақш мебозад.

Барои муайян кардани аҳамияти АХБ дар паст кардани сатҳи ғавти модарон мо сатҳи умумии ғавти модаронро дар ҷумҳурӣ аз сабаби хунравии акушерӣ, инчунин шароити вазнини презклампсияи вазнин таҳлил кардем. Дар соли 2022 дар саросари ҷумҳурӣ 939 ҳолати бухронии хунравии акушерӣ, дар соли 2023- 852 ҳолат ба қайд гирифта шудааст, ки ин ба ҳисоби фоизи шумораи умумии таваллудҳо мутаносибан 0,4 ва 0,3%-ро ташкил дод. Кам шудани шумора ва басомади хунравихои бухронии акушерӣ бавосита беҳтар шудани сифати ёрии беморони гирифтори хунравии акушериро тасдиқ мекунад. Мо инчунин шохиси

таносуби шумораи ҳамаи фавтидагонро, ки аз хунравии акушерӣ ба амал омадаанд, ба шумораи умумии шаклҳои бухронии хунравии акушерӣ муайян кардем. Дар соли 2022 -16 фавти модарон аз хунравии акушерӣ ва дар соли 2023 14 фавт ба қайд гирифта шудааст. Ҳамин тариқ, нишондиҳандаи таносуби миқдори фавти модарон аз хунравӣ ба шумораи ҳолатҳои бухронӣ дар соли 2022 1,7 фоиз ва дар соли 2023 1,6 фоизро ташкил дод. 0,1% кам шудани фавти модарон дар байни солҳои 2022 ва 2023 аҳамияти дастурҳои миллиро оид ба нигоҳубини беморони гирифтори хунравии акушерӣ ва нақши АХБ таъкид мекунад. Тадбирҳои мазкур ба беҳтар шудани сифати хизматрасонии тиббӣ дар самти мазкур мусоидат намуда, дар навбати худ ба коҳиши мизони фавти модарон дар кишвар мусоидат мекунанд.

Мо инчунин динамикаи басомади бистарӣ шудани беморони гирифтори преэклампсияи вазнин ва ҳолатҳои бухронии преэклампсияи вазнинро (ПВ) (аз рӯйи сол дар муассисаҳое, ки аудити ҳолатҳои бухрониро истифода мебаранд) омӯхта будем. Дар соли 2018 дар беморхонаҳои дараҷаи 3 -1088 (70,3%), дар беморхонаҳои дараҷаи 2 -459 (29,7%), соли 2013 – 1188 (73,3%) ва 433 (26,7%), дар соли 2020 – 1557 (78%) ва 439 (22%), дар соли 2021 - 1406 (73%) ва 521 (27%), дар соли 2022 - 1434 (75,5%) ва 465 (24,5%) мутаносибан беморони гирифтори преэклампсияи вазнин бистарӣ карда шуданд. Тамоюли коҳиши шумораи бистарӣ шудани занони гирифтори бемории ПВ дар муассисаҳои тиббии дараҷаи дуум ва ҳамзамон, зиёд шудани шумораи бистарӣ шудан дар беморхонаҳои дараҷаи сеюм ба қайд гирифта шудааст, ки ташкили дурусти системаи мурочиатро дар муассисаҳои тиббии кишвар ҳангоми динамикаи давраи омӯхташуда нишон медиҳад.

Барои муайян кардани аҳамияти АХБ дар коҳиш додани шумораи ҳолатҳои бухронӣ дар беморони гирифтори преэклампсияи вазнин, тағйироти динамикии шумораи ҳолатҳои ПВ бухронӣ нисбат ба шумораи умумии ҳамаи шаклҳои преэклампсияи вазнин омӯхта шуданд.

Дар байни солҳои 2018 ва 2022 шумораи умумии гирифтборони презклампсияи вазнин дар байни занони ҳомила аз 1548 то 1899 афзоиш ёфтааст. Аммо шумораи ҳолатҳои бухронии презклампсияи вазнин дар ҳамин давра аз 203 то 189 ҳолат коҳиш ёфт. Ин боиси тағйир ёфтани динамикаи таносуби ҳолатҳои бухронии презклампсияи вазнин ба шумораи умумии ҳолатҳои мазкур гардид: дар соли 2018 нишондоди мазкур 13,1% ва дар соли 2019 то 11,2%, дар соли 2020 -10,5%, дар соли 2021- 10,3% коҳиш ёфт ва дар соли 2022 ба 9,9% расид.

Ба сифати ҳолатҳои бухронии презклампсияи вазнин мо осеби шадиди гурда (ОШГ), норасоии чигар, варами шуш, синдроми HELLP, инчунин вафти модаронро ҳамчун сабабгори ҳолати мазкур баррасӣ кардем.

Дар муассисаҳои тиббӣ, ки АХБ истифода шудааст, гирифтбавӣ ба бемории ОШГ дар соли 2018 ба ҳисоби миёна 15 ($0,97 \pm 0,2\%$) буд ва то соли 2022 - 39 ҳолат ($2,1 \pm 0,3\%$)-ро ташкил дод. Вазни ҳоси ҳолатҳои ОШГ, ки пас аз бистарӣ кардани беморони гирифтбори презклампсияи вазнин дар соли 2022 ба вучуд омадаанд ($7,7\%$), нисбат ба нишондоди мувофиқи соли 2018 ($33,3\%$) 4,3 маротиба кам шудааст. Пастшавии назаррас дар давраи аз соли 2019 то соли 2020 ($15,1\%$) ба қайд гирифта шудааст, ки ин аз баланд шудани сифати мониторинги занони гирифтбори презклампсияи вазнин шаҳодат медиҳад.

Шумораи мутлақи ҳолатҳои норасоии чигар дар беморони гирифтбори презклампсияи вазнин дар беморхонаҳое, ки аз АХБ истифода мебарданд, 13 ҳолат дар соли 2022 ва 11 ҳолат дар соли 2018 буд. Солҳои минбаъда шумораи аворизи мазкур зиёд мешавад (мутаносибан 20 ва 17 ҳолат), ки зоҳиран ба беҳтар шудани ташҳис вобаста аст. Дар баробари ин, вазни ҳоси норасоии чигар, ки берун аз беморхона ба вучуд омадааст ва ташҳиси ғавран пас аз қабули зан муқарраршуда аз сифати пасти нигоҳубини пеш аз таваллуд шаҳодат

медихад. Бо зиёд шудани шумораи мутлақи ҳолатҳои норасоии чигар каме коҳиш ёфтани басомади аворизи мазкур нисбат ба шумораи умумии презклампсияҳои бараъло мушоҳида мешавад. Аз ин лиҳоз, мо дуруст шуморидем, ки таносуби занони гирифтори норасоии чигарро, ки аз берун ворид шуда, дар беморхона инкишоф ёфтаанд, таҳлил кунем. Таносуби ҳолатҳои норасоии чигар, ки берун аз беморхона ба вучуд омадаанд, ба шумораи ҳолатҳои дар беморхона инкишофёфта дар соли 2018 - 2,7, дар соли 2019 - 3,3, дар соли 2020 - 5,7, дар соли 2021 - 8,5, дар соли 2022 - 5,6 буд. Тавре аз натиҷаҳои таҳқиқот бармеояд, басомади ҳолатҳои инкишофи норасоии чигар дар закон бо шаклҳои вазнини презклампсия то лаҳзаи дар беморхона бистарикунӣ назар ба ҳолатҳои инкишоф дар дохили беморхона хеле бештар буд. Маълумотҳои пешниҳодшуда аз бештар шудани сифати ёрии тиббӣ ба беморони гирифтори шаклҳои презклампсияи вазнин дар беморхонаҳое, ки аз АХБ истифода мебаранд, шаҳодат медиҳанд.

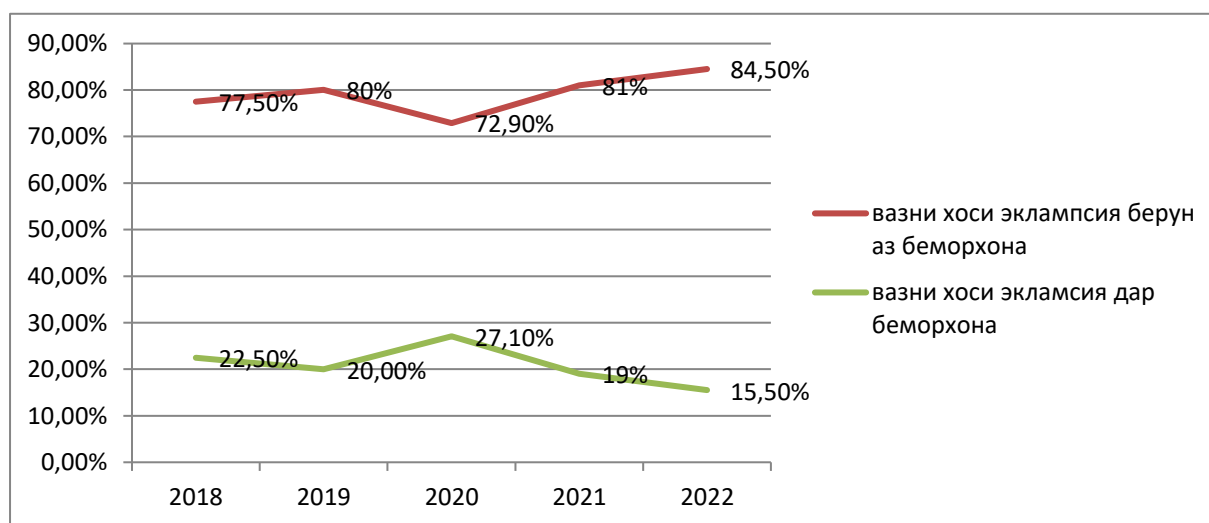
Шумораи бештари ҳолатҳои варами шуш аз сабаби презклампсияи вазнин дар муассисаҳои таҳқиқшуда дар соли 2019 (11 ҳолат) ва 2020 (16 ҳолат) ба қайд гирифта шудааст. Дар маҷмӯъ, гирифторшавӣ ба варами шуш дар занони гирифтори презклампсияи вазнин нисбат ба шумораи умумии презклампсияҳои бараъло дар соли 2018- $0,3\pm 0,1\%$, дар соли 2019- $0,7\pm 0,2\%$, дар соли 2020 - $0,9\pm 0,2\%$, дар 2021 ва 2022- $0,4\pm 0,1\%$ -ро ташкил дод. Аз ҷиҳати омӯрӣ назаррас ($p<0,05$) афзоиши варами шуш дар занони гирифтори презклампсияи вазнин дар соли 2020 нисбат ба нишондиҳандаи мувофиқи соли 2018 муайян карда шуд. Натиҷаҳои таҳлил нишон медиҳанд, ки дар муассисаҳои тиббӣ, ки АХБ истифода мешавад, ҳодисаи варами шуш дар беморони гирифтори презклампсияи вазнин пеш аз бистарӣ шудан ба вучуд меояд, нисбат ба ҳолатҳои дар беморхона буда, зиёд будааст: дар соли 2019 тафовут 30%, дар соли 2020 - 66%, дар соли 2021 - 42,8% ва дар соли 2022 - 71,4%. Таҳлили пайгирии панҷсола (аз соли 2018 то 2022) аз кам шудани шумораи ҳолатҳои варами

шуш, ки дар муассисаи тиббӣ дар беморони гирифтори презклампсияи вазнин аз 50% то 14,3% ба вучуд омадаанд, шаҳодат медиҳад.

Шумораи умумии ҳолатҳои ба қайд гирифташудаи эклампсия (аз берун қабулшуда ва дар беморхона рухдода) дар муассисаҳои таҳқиқшаванда дар давраи аз соли 2018 то 2022 тамоюли пастравиро нишон намодааст. Басомади эклампсия нисбат ба шумораи умумии презклампсияҳои шадид дар соли 2012-5,7%, дар соли 2013-6,2%, дар соли 2014-4,3%, дар соли 2015-5,2%, дар соли 2016-5,1% буд.

Дар соли 2022 дар саросари кишвар 315 ва соли 2023 – 298 ҳолати презклампсияи вазнин ба қайд гирифта шудааст, ки ба ҳисоби фоизи шумораи умумии таваллудҳои ба қайд гирифташуда мутаносибан 0,13% ва 0,12% буд, яъне ин нишондод ҳамагӣ 0,01% кам шудааст.

Дар муқоиса бо таносуби ҳолатҳои берун аз муассисаҳои тиббӣ дар тамоми давраи таҳлилшуда камшавии аз ҷиҳати омӯрӣ назарраси ҳиссаи эклампсия, ки дар шароити беморхона ба вучуд омадаанд, муайян карда шуд ($p < 0,05$). Ин қўиш беҳбудии сифати нигоҳубинро ба модарони гирифтори презклампсияи вазнин дар шароити беморхона тасдиқ мекунад.



Расми 3. – Басомади рух додани ҳолатҳои эклампсия то ва баъди қабул шудани занон ба муассисаи тиббӣ

Дар соли 2022 дар саросари кишвар 315 ва соли 2023 298 ҳолати преэклампсияи вазнин ба қайд гирифта шудааст, ки ба ҳисоби фоизи шумораи умумии таваллудҳои ба қайд гирифташуда мутаносибан 0,13% ва 0,12% буд, яъне ин нишондод ҳамагӣ 0,01% кам шудааст. Илова бар ин, мо динамикаи тағйироти ҳодисаҳои фавти модаронро нисбат ба ҳамаи ҳолатҳои бухронии мушкilotи мазкур таҳлил кардем. Дар соли 2022 шумораи фавтидагон аз преэклампсияи вазнин 16 нафарро ташкил дода, соли 2023 нишондоди мазкур то 8 нафар кам шуд. Ҳамин тариқ, таносуби нишондиҳандаи таносуби ҳолати ФМ ба басомади ҳолатҳои бухронии преэклампсияи вазнин дар соли 2022 5,1% буд ва дар соли 2023 то 2,7% коҳиш ёфт. Мо камшавии ночизро (дар 17 ҳолат) дар басомади преэклампсияи вазнини бухронӣ ва инчунин коҳиши назарраси (нисфи) ҳодисаҳои фавти модаронро аз преэклампсияи вазнин қайд кардем. Илова бар ин, нишондоди таносуби ҳолатҳои ФМ ба басомадҳои бухронии преэклампсияи вазнин низ тақрибан ду баробар коҳиш ёфтааст. Ин натиҷаҳо нишон медиҳанд, ки АХБ –и преэклампсияи вазнин дар коҳиш додани фавти модарон самаранок аст ва арзиши онро ҳамчун воситаи муҳим дар беҳтар кардани сифати хизматрасонии тиббӣ тасдиқ мекунад.

Хунравии акушерӣ ва преэклампсияи вазнин аз ҷумлаи сабабҳои бевоситаи акушерии ФФ ба ҳисоб мераванд. Аз ин рӯ, тавассути беҳтар кардани сифати ёрии тиббӣ пеш ва пас аз ворид шудани бемор ба муассисаи тиббӣ аксари фавтҳоро пешгирӣ кардан мумкин аст. Омилҳои иҷтимоӣ, ки ба пайдоиши мушкilotи мазкур дар занони ҳомила таъсир мерасонанд, дар пешгирии ФМ низ нақши муҳим доранд. Ин ҳолатҳо зарурати истифодаи стандартҳои миллий ва методологияи АХБ-ро дар муассисаҳои тиббӣ таъкид мекунад, ки имкон медиҳанд сабабҳои асосии имкониятҳои аз даст рафта ва камбудии риояи стандартҳои нигоҳубин

ошкор карда шаванд.

Дар сатҳи миллӣ барои арзёбии самаранокии барномаҳо, аз ҷумла татбиқи АҲБ дар муассисаҳои тандурустии кишвар истифода бурдани ҳисобкунии коэффитсиенти самаранокӣ муҳим аст. Самаранокии иқтисодӣ бо роҳи муайян кардани фарқияти байни арзиши умумии табобати як бемори вазнин дар беморхона пеш аз истифодаи АҲБ ва арзиши истифодаи муваффақи АҲБ дар тӯли 5 соли пайгирӣ ҳисоб карда шуд.

Ҳисобҳои хароҷот барои муоина, табобат ва нигоҳубини беморон бо назардошти ҳаҷми талафоти хун ҳангоми хунравии бухронии акушерӣ барои ҳаҷми 1 л, 1-2 л, 2-3 л ва 3-4 л алоҳида анҷом дода шуданд. Ҳуҷҷатҳои расмӣ ҳисобкунии арзиши оризаҳои акушерӣ ва фармони №600 аз 5 ноябри соли 2014 бо нархнома барои ташҳиси лабораторӣ истифода гардид. Ҳангоми таҳлили самаранокии расонидани кӯмак тартиби муолиҷаи беморон, маҷмуи муоинаҳои зарурӣ, пайдарҳамии тадбирҳои муолиҷавӣ ва меъёрҳои муҳлати дар беморхона бистарӣ будан ба назар гирифта шуданд. Пас аз ҳисоб кардани хароҷоти муоина, хароҷоти табобат ва хароҷоти хидматрасонии беморхона, нархномаи рӯйхат барои ҳаҷмҳои гуногуни талафоти хун бо назардошти даромаднокии, ки арзиш ва даромаднокии умумиро дар бар мегирад, ҳисоб карда шуд. Арзиши умумии нигоҳубини занони гирифтори хунравии бухронӣ бо роҳи ҷамъбасти хароҷот ҳангоми миқдори гуногуни талафоти хун ҳисоб карда шуд.

Ҳисобҳои хароҷот барои муоина, табобат ва нигоҳубини беморон бо назардошти ҳаҷми талафоти хун ҳангоми хунравии бухронии акушерӣ барои ҳаҷми 1 л, 1-2 л, 2-3 л ва 3-4 л алоҳида анҷом дода шуданд. Ҳуҷҷатҳои расмӣ ҳисобкунии арзиши оризаҳои акушерӣ ва фармони №600 аз 5 ноябри соли 2014 бо нархнома барои ташҳиси лабораторӣ

истифода гардид. Ҳангоми таҳлили самаранокии расонидани кӯмак тартиби муолиҷаи беморон, маҷмуи муоинаҳои зарурӣ, пайдарҳамии тадбирҳои муолиҷавӣ ва меъёрҳои муҳлати дар беморхона бистарӣ будан ба назар гирифта шуданд. Пас аз ҳисоб кардани хароҷоти муоина, хароҷоти табобат ва хароҷоти хидматрасонии беморхона, нархномаи рӯйхат барои ҳаҷмҳои гуногуни талафоти хун бо назардошти даромадноки, ки арзиш ва даромаднокии умумиро дар бар мегирад, ҳисоб карда шуд. Арзиши умумии нигоҳубини занони гирифтори хунравии бухронӣ бо роҳи ҷамъбасти хароҷот ҳангоми миқдори гуногуни талафоти хун ҳисоб карда шуд.

Дар давраи аз соли 2018 то соли 2022 дар муассисаҳои таҳқиқшуда шумораи преэклампсияи вазнини бухронӣ 10 ҳолат ё 2 маротиба кам шудааст. Арзиши хидматрасонии беморхона барои беморони гирифтори эклампсия вобаста ба иқомати тавсияшавандаи беморони гирифтори эклампсия мувофиқ ба тартиби расонидани нигоҳубин ба беморони мазкур ҳисоб карда мешавад («Дастурҳои клиникӣ оид ба идоракунии аворизҳои фишорбаландӣ дар акушерӣ», 2015).

Хароҷоти умумии хизматрасонӣ ва расонидани кӯмак ба занони гирифтори ҳолатҳои преэклампсияи вазнин 1723,9 сомонино таъкил дод. Аз рӯйи ҳисобҳо, самаранокии табобат дар заминаи гузаронидани аудити ҳолатҳои бухронии преэклампсияи вазнин барои муассисаҳо 8619,5 сомонӣ, ОШГ 7287,8 сомонӣ, норасоии ҷигар 3907,8 сомонӣ, варами шуш 2458,4 сомонино таъкил дода аст. Ҳамин тариқ, самаранокии умумии иқтисодии ҷорӣ ва истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ аз рӯйи ҳамаи нозологияҳои аворизҳои преэклампсияи вазнин 21519,1 сомонино таъкил дод. Самаранокии умумии иқтисодии истифодабарии АҲБ барои бемории вазнини преэклампсия ва хунравии акушерӣ **107569,9 сомонино** таъкил дод.

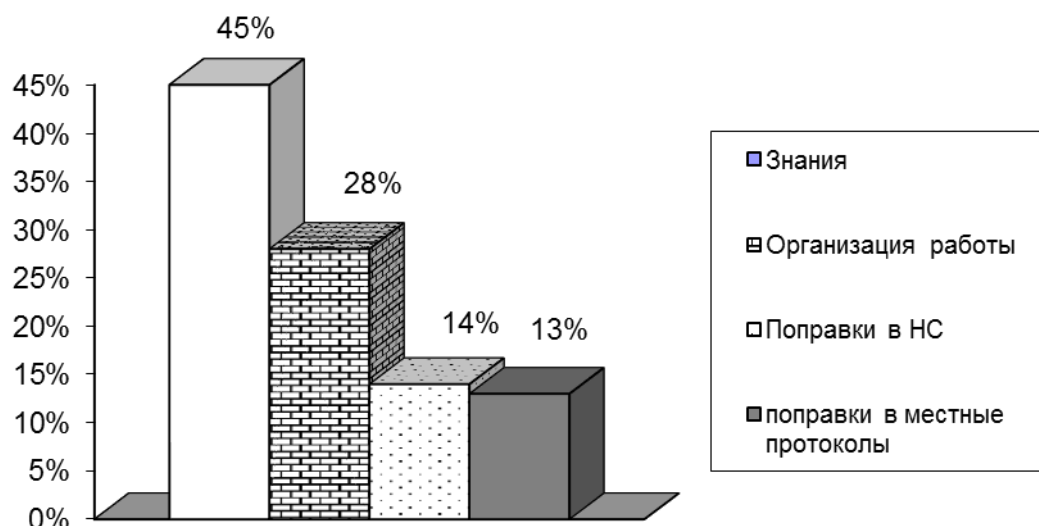
Ҷадвали 2. – Маблағи хароҷоти расонидани кӯмак ба занони гирифтори хунравии акушерии буҳронӣ дар соли 2018 ва соли 2022.

Сол	Ҳаҷми талафоти хун			
	1 литр	1 -2 литр	2-3 литр	3-4 литр
Хароҷоти молиявӣ дар соли 2018	$1775,6 \times 30 = 53268$ сомонӣ	$4095,2 \times 17 = 69618,4$ сомонӣ	$4521,4 \times 3 = 13564,2$ сомонӣ	$5192,3 \times 1 = 5192,3$ сомонӣ
Хароҷоти молиявӣ дар соли 2022	$1775,6 \times 12 = 21307,2$ сомонӣ	$4095,2 \times 6 = 24571,2$ сомонӣ	$4521,4 \times 1 = 4521,4$ сомонӣ	$5192,3 \times 1 = 5192,3$ сомонӣ
Фарқияти маблағи хароҷоти солҳои 2018 ва 2022	31960,8 сомонӣ	45047,2 сомонӣ	9042,8 сомонӣ	0 сомонӣ

Истифодаи мунтазами аудити ҳолатҳои буҳронии хунравии акушерӣ ва преэклампсияи вазнин, ки сабабҳои асосии имкониятҳои аз даст рафтаре ҷустуҷӯ меkunанд, имкон дод ин сабабҳо ба низом дароварда шаванд ва самтҳои даҳлат барои беҳтар кардани сифати нигоҳубини тамоми муассисаҳои кишвар муайян карда шаванд. Таҳлили 482 протоколи ҷаласаи АҲБ, аз ҷумла 293 ҳолати хунравии акушерӣ ва 189 ҳолати преэклампсияи вазнин гузаронида шуд. Аз тамоми маҷмуаи ҳуҷҷатҳо 144 протокол интиҳоб карда шуд, ки таҳлили онҳо дурустии муайян кардани сабабҳои ҳолатҳои буҳронии марбут ба хунравии акушерӣ ва преэклампсияи вазнинро тасдиқ кард.

Омӯзиши сабабҳои асосии имкониятҳои аз даст рафта барои ҳар як ҳолати буҳронӣ дар алоҳидагӣ, инчунин якҷоя кардани сабабҳои якхела имкон дод, ки онҳо дар сатҳи тамоми мамлакат ҷамъбаст ва ба низом дароварда шаванд. Дар натиҷа мушкилоти умумие ошкор гардид, ки муассисаҳои тиббӣ ҳангоми таъмини нигоҳубин дар ҳолатҳои хунравии

акушерӣ ва презклампсияи вазнин дучор меоянд.



Расми 4. – Тақсимои имкониятҳои аздастдода ҳангоми ҳолатҳои бухронӣ

Сарфи назар аз гузаронидани таълими мутахассисон дар саросари ҷумҳурӣ тибқи стандарти миллий дар 65 (45%) ҳолат сабаби асосии имкониятҳои аз даст рафта дониши нокифоя ва баҳои дуруст надодан ба малакаи зарурӣ барои расонидани ёрии босифати тиббӣ мебошад.

Дар 40 ҳолат (28 фоиз) имкониятҳои аз даст рафта бо ташкили хизмати тиббӣ алоқаманд муайян карда шуданд. Аз ҷумла, дар 15 ҳолат (37,5%) сабаби асосии мушкилот сарбории кормандони соҳаи тиб буд. Дар 14 ҳолат (35 фоиз) вобастагии имконнопазирии гузаронидани санҷишҳои лабораторӣ шабона. Дар 7 ҳолат (17,5%) мушкили асосӣ дар таъхир кардан дар расонидани ёрии таъҷилӣ, дар 4 ҳолат (10%) сари вақт нарасонидани хун ва ҷузъҳои он буданд. Дар ҳар як ҳолати бухронии сеюм бо сабаби камбудии ташкили хизмати тиббӣ имкониятҳои аз даст рафта ошкор карда шуд. Дар 19 ҳолат (13,2 фоиз) мушкилоти мутобиқ накардани протоколҳои дар асоси стандартҳои миллий тартибдодашуда ба хусусиятҳои шароити маҳаллии муассисаҳои тиббӣ ошкор карда шуд.

Дар 40 ҳолат (28 фоиз) имкониятҳои аз даст рафта бо ташкили

хизмати тиббӣ алоқаманд муайян карда шуданд. Аз ҷумла, дар 15 ҳолатҳо (37,5%) сабаби асосии мушкилот сарбории кормандони соҳаи тиб буд. Дар 14 ҳолат (35 Ҷоиз) норасоӣҳо ба имконнопазирии шабона гузаронидани санҷишҳои лабораторӣ вобаста буданд. Дар 7 ҳолат (17,5%) мушкили асосӣ дар таъхир кардан дар расонидани ёри тачилӣ, дар 4 ҳолат (10%) сари вақт нарасонидани хун ва ҷузъҳои он буданд. Дар ҳар як ҳолати буҳронии сеюм бо сабаби камбудии ташкили хизмати тиббӣ имкониятҳои аздастрафта ошкор карда шуданд. Ин зарурати пурзӯр намудани ҳамкории кормандони тиб ва маъмурият, инчунин таҳияи пешниҳодҳо ва роҳҳои ҳалли мушаххас барои роҳбарони муассисаҳои тиббиро тақозо мекунад. Илова бар ин, таҳқиқоти мо нишон дод, ки ҳатто вақте ҳалли он пешниҳод карда мешавад, онҳо на ҳама вақт ба пуррагӣ амалӣ карда мешавад. Яке аз сабабҳои ин дар он аст, ки назорати пурсамари иҷрои қарорҳои қабулшуда, инчунин номуайяни дар масъулият ва вақти иҷрои амалҳои зарурӣ ҷой дорад. Дар 19 ҳолат (13,2 Ҷоиз) мушкилоти мутобиқ накардани протоколҳои дар асоси стандартҳои миллӣ тартибдодашуда ба хусусиятҳои шароити маҳаллии муассисаҳои тиббӣ ошкор карда шуд.

Аз 144 ҳолати буҳронии хунравии акушерӣ ва преэклампсияи вазнини таҳлилшуда, дар 86 ҳолат иттилоот аз мусоҳибон барои дарёфти сабабҳои аслии имкониятҳои аз даст рафта аҳамияти ҳалкунанда дошт, ки 59,7% -ро ташкил медиҳад. Дар 58 ҳолати боқимонда (40,3%) дар ҷустуҷӯи сабабҳои воқеии имкониятҳои аз даст рафта маълумот аз иштирокчиёни вазъият ва аз таърихи таваллуд аҳамияти калон дошт. Гарчанде ки АХБ ҷазоро пешбинӣ намекунад ва ҳадафи он беҳтар кардани сифати нигоҳубин ва пешгирии такрори минбаъдаи имкониятҳои аз даст рафта мебошад, дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо ҳақиқатро маҳз пас аз мусоҳиба бо заноне, ки аз бемории буҳронӣ наҷот ёфтаанд, муайян кардан мумкин аст.

Дар асоси таҳлили маълумоти бадастомада мо пешниҳод намудем, ки ба стандартҳои мавҷудаи идоракунии занон дар давраи ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд ҳангоми гирифтори ба мушкилоти фишорбаландӣ ва хунравии акушерӣ 20 ислоҳ ворид карда шавад. Ҳамчунин барои давраҳои интранаталӣ ва пас аз таваллуд, дар сурати пайдо шудани мушкилоти фишорбаландӣ ва хунравии акушерӣ, инчунин тавсияҳо таҳия карда мешаванд, ки тағйиротро дар сатҳи милли тақозо мекунанд. Барои ҳамаи муассисаҳои акушерӣ, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Ассотсиатсияи миллии акушерҳо ва гинекологҳо тавсияҳои зерин пешниҳод карда мешаванд: — дар муассисаҳо дар ҳайати комитети сифат гурӯҳ доир ба таълими доимӣ ташкил карда шавад (барои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, роҳбарони муассисаҳо); — механизмҳои тақмили ҳамкории дастаҳои АҲБ бо маъмурият таҳия ва мониторинги иҷрои қарорҳо таъмин карда шавад (барои ассотсиатсияҳои акушер-гинекологҳои ҷумҳурӣ); - идома додани тақмили истифодаи АҲБ дар муассисаҳои кишвар (барои ҳамоҳангсозии милли оид ба татбиқ ва истифодаи АҲБ); - ҳангоми аз нав дида баромадани стандартҳои милли бо назардошти тавсияҳои систематикӣ оид ба АҲБ тағйирот ворид карда шавад (барои ассотсиатсияи акушер-гинекологҳо ва Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон).

ХУЛОСАҲО

1. Омилҳои хавфи инкишофи преэклампсияи вазнини бухронӣ инҳоянд: синни то 25-сола (RR 1,548; DI 0,887 - 2,703), сатҳи пасти маълумот (71,2%), иқомат дар деҳот (75%), сатҳи пасти иҷтимоӣ (75%), нишондиҳандаи (индекси) пасти саломатӣ (камхунӣ – 98,1%; фишорбаландии музмин – 59,6%; бемории гурда – 50%; ҳолати норасоии йод – 30,8%; сироятҳои вазнини вирусии респираторӣ – 75%), ҳомилагии

аввал (RR 1,141; DI 0,814 - 1,5) фарорасии барвакти презклампися (RR 1.879; DI 1.187 - 2.975), омехтагии патологияи гинекологӣ дар анамнез бо фарорасии барвакти презклампися (100%), мавҷудияти аворизи гардиши хуни бачадон-хамроҳак-чанин (RR 1.240; DI - 0.99). 1.561) [2-M, 3-M, 19-M, 25-M].

2. Омилҳои хавфи инкишофи хунравии буҳронии акушерӣ инҳоянд: синну соли аз 30-сола боло (иртиботи мутақобилаи мустақими басомади хунравии вазнини акушерӣ ва синну сол – коэффитсиенти таносуи Пирсон 0,45; PP 1,667; ДИ 1,067 - 2,602), истиқомат дар деҳот, (80% занони гирифтори хунравии буҳронии акушерӣ – сокинони деҳот, RR 1,116 ,DI 0,597 - 2,086), сатҳи паст ва миёнаи маълумот (98,2%), камхунии занони ҳомила (96,7%), бисёрзоянда (алоқаи мутақобилаи миёнакувва байни синну сол ва басомади хунравии буҳронии акушерӣ - коэффитсиенти эътидолии Пирсон 0,323 RR 1,153, DI 0,966-2,428), мушкилии ҳомилагӣ (RR хунравии буҳронии акушерӣ ҳангоми ҷараёни ҳомилагии буҳронӣ бо таҳдиди қатъшавии он 0,972, DI 0,556-1 701-ро ташкил дод); презклампися -1,167, DI 0,422-3,227; бисёрбӣ - 1,111, DI 0,445 -2,777; ҷудошавии бармаҳали ҷамроҳаки муқаррарӣ- RR 1,633; DI аз 0,789 то 3,377) [23-M, 22-M].

3. Самаранокии истифодаи аудити ҳолатҳои буҳронӣ бо омӯзиши интерактивии мутахассисони муассисаҳо муайян карда мешавад, ки сатҳи дониши назариявиро оид ба методология ва принсипҳои ин технология бо арзёбии минбаъдаи ҷаласаҳои аудити ҳолатҳои буҳронӣ баланд мебардорад [6-M].

4. Дар ҷустуҷӯи сабабҳои воқеии имкониятҳои аз даст рафта истифодаи босифати усули «Чаро, аммо чаро» нақши калидиро мебозад. Мавҷудияти иртиботи мутақобилаи мустақим ($r=0,817$) байни арзёбии истифодаи усули мазкур ва арзёбии ҷустуҷӯи сабабҳои ҳақиқии имкониятҳои аз даст рафта муқаррар карда шуд ($p<0,001$). Илова бар ин, дар ин раванд натиҷаи мусоҳиба бо қанон нақши назаррасро мебозанд:

иртиботи мутақобилаи мустақим ($r = 0,693$) байни арзёбии сифати мусохибаҳои гузаронидашуда ва арзёбии ҷустуҷӯи сабабҳои ҳақиқии имкониятҳои аз даст рафта муайян карда шуд. ($p < 0,001$) [13-М, 16-М].

5. Алокаи мутақобилаи мустақими муқарраргардидаи баландкувва ($r = 0,772$; $p < 0,001$) байни шумораи ошкоршудаи сабабҳои ҳақиқии имкониятҳои аздастрафта ва шумораи баробар буда ва шумораи қарорҳои самаранок қабулшуда ва бомувафакқият татбиқшуда, муҳимияти риояи методология ва принципҳои аудити ҳолатҳои бухрониро таъкид мекунад [8-М].

6. Тафовутҳои аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ($p < 0,05$) дар баҳои миёнаи умумӣ барои арзёбии истифодаи АҲБ дар муассисаҳои дараҷаи 3 ($57,5 \pm 2,9$) ва 2 ($42,2 \pm 2,2$), инчунин тақсимооти муассисаҳо аз рӯи сифати истифодаи АҲБ (дар байни муассисаҳои дараҷаи 3-юм 75% сифати баланд, 25%-сифати миёна, дараҷаи 2-юм, сифати миёна - 60%, сифати паст - 40% доштанд) фарқияти таҳассуси нерӯҳои кадрӣ муассисаҳои дараҷаҳои 2 ва 3-юми кишварро нишон медиҳад [8-М].

7. Маҳорати мусохибагузаронии дастаҳои АҲБ аз давомнокии истифодабарии АҲБ дар муассисаҳо (баҳои миёнаи умумии арзёбии мусохибагузаронҳо бо таҷрибаи 5-сола $77,8 \pm 0,05\%$, 3 сола - $54,4 \pm 0,04\%$; $p < 0,05$) ва аз сатҳи муассиса (баҳои миёнаи маҳорати мусохибагузаронӣ дар муассисаҳои дараҷаи 3 $80,6 \pm 0,1\%$, дараҷаи 2- $60,3 \pm 0,04\%$; $s < 0,05$) вобаста аст [4-М, 15-М].

8. Паҳншавии бештари басомади хунравии акушерӣ дар муассисаҳои таҳқиқшуда дар соли 2018 (аз 0,4% то 4,2%) нисбат ба нишондиҳандаи мувофиқи соли 2022 (аз 0,6% то 3%) аз кӯмаки ҷорӣ ба низомдарории занони гирифтори хунравӣ дар кишвар, ки тахминан баробарии басомади ин мушкилотро пешниҳод мекунад, шаҳодат медиҳад [12-М].

9. Дар муассисаҳое, ки аз АҲБ самаранок истифода мебаранд,

дар давраи аз соли 2018 то соли 2022 вазни хоси хунравихои гипотензивӣ (аз $47,1 \pm 1,4\%$ то $18,2 \pm 1,4\%$; $p < 0,05$), басомади бухронии хунравихои гипотоникӣ (аз $51 \pm 4,3\%$) то $22,9 \pm 3,6\%$ $p < 0,001$), гистерэктомияҳо аз сабаби хунравӣ (аз 63% то 49%) коҳиш ёфтааст, басомади истифодаи дӯхт мувофиқи Б-Линч (аз 16,9% то 33,9%) зиёд гардидааст, шумораи нафарони хунгузаронӣ (аз 14,3% то 10,7%) коҳиш ёфт, ки ин аз беҳтар шудани сифати нигоҳубин ба модарони гирифтори хунравии гипотоникӣ шаҳодат медиҳад [7-М, 9-М, 10-М].

10. Паст шудани нишондоди фавтнокии модарон аз хунравӣ/ҳолатҳои бухронии хунравии акушерӣ ба 0,1% соли 2023 нисбат ба соли 2022, аҳамияти истифодаи аудити ҳолатҳои бухрониро дар коҳишёбии басомади фавтнокии модарон, ки аз хунравӣ руҳ додаанд, тасдиқ менамояд [11-М].

11. Дар муассисаҳои тиббӣ, ки бомувафакқият низоми АХБ-ро татбиқ кардаанд, дар давоми панҷ соли таҳқиқ (аз соли 2018 то соли 2022) коҳишёбии нишондоди таносуби ҳамаи ҳолатҳои вазнини преэклампсияи вазнин нисбат ба шумораи умумии гирифтронии преэклампсияи вазнин ба 3,2% ба қайд гирифта шуд. Хусусан ин коҳишёбӣ дар соли 2022, вақте ки басомади ҳолатҳои бухронии дар манзари преэклампсияи вазнини дар шароити беморхонавӣ рушдёфта нисбат ба соли 2018 хеле паст рафтааст, назаррас мебошад. Чуноне, ки басомади ҳолатҳои рушди осеби вазнини гурда дар солҳои 2018-2022 - $7,7 \pm 4,4\%$ ва $33,3 \pm 11,1\%$, мувофиқан $p < 0,05$; ҳолатҳои рушди норасоии чигар дар ин солҳо 26,7% ва 15,4%; варами шуш дар соли таҳлилшуда аз 50% то 14,3% паст рафтааст) Ин нишондодҳо аз беҳтар шудани сифати нигоҳубини беморони гирифтори преэклампсия дар беморхонаҳои истифодабарандаи АХБ, ҳангоми преэклампсияи вазнин шаҳодат медиҳад[5-М].

12. Камшавии аз ҷиҳати оморӣ назарраси ҳолатҳои эклампсия ($p < 0,05$), ки дар беморхона ба вучуд омадаанд, дар муқоиса бо таносуби

ҳолатҳои эклампсия, ки берун аз беморхона ба вучуд омадаанд, дар соли 2022 ($15,5 \pm 3,2\%$ ва $84,5 \pm 3,7\%$ мутаносибан) мушоҳида шудааст, ки аз баланд шудани сифати ёрӣ ба модарони гирифтори преэклампсияи вазнинро дар сатҳи хизматрасонии акушерӣ дар беморхонаҳо исбот мекунад [5-М, 20-М].

13. Пастшавии басомади ҳолатҳои бухронии преэклампсияи вазнин, камшавии дукарати шумораи фавти модарон, ки ба ин беморӣ алоқаманданд ва камшавии дукаратаи нишондодҳои таносуби фавти модарон ба шумораи ҳолатҳои бухронӣ, ки дар солҳои 2023 ва 2022 ба қайд гирифта шудаанд, ба аҳамиятнокии истифодабарии АҲБ ҳамчун воситаи муҳим барои кам кардани басомади ҳолатҳои фавти модарон (2 аз намудҳои преэклампсияи вазнин нишон медиҳад. [11-М].

14. Самаранокии умумии иқтисодии истифодаи аудити ҳолатҳои бухронии преэклампсияи вазнин ва хунравии акушерӣ дар МД «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» -и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми 5 сол (аз соли 2018 то соли 2018) 107569,9 сомониро ташкил дод. 2022) [23-М].

15. Таҳлил ва ба низом даровардани сабабҳои воқеии ошкоршудаи имкониятҳои аз даст рафта дар байни ҳамаи муассисаҳои таҳқиқшуда нишон дод, ки дар 45%-и ҳолатҳо сабаби ба вучуд омадани ҳолати бухронӣ нокифоягии донишу малакаҳои мутахассисон, дар 28%-и ҳолатҳо ташкили хизматрасонии пастсифат, дар 27% ҳолатҳо номукаммалии дастурҳои клиникӣ ва протоколҳои маҳаллӣ мебошад, ки ба онҳо тағйирот ворид карданро талаб мекунад [10-М].

16. Ба низом даровардани сабабҳои воқеии имкониятҳои аздастрафтаи инкишофи ҳолатҳои бухронӣ имкон медиҳанд, ки соҳаҳои даҳолат талабкунанда – системаи таҳсилоти давомдор, ташкили нигоҳубини модарон, таҷдиди дастурҳои клиникӣ ва протоколҳои дар кишвар амалкунанда муайян карда шаванд [1-М, 10-М].

17. Истифодаи АХБ дар муассисаҳои кишвар ва таҳлили чамъбастии сабабҳои муайяншудаи воқеии имкониятҳои аз даст рафта имкон медиҳад, ки тавсияҳо барои муассисаҳои саросари кишвар таҳия ва амалӣ карда шаванд, ки сифат ва дастрасии одилонаи хизматрасони тиббиро таъмин менамояд [7 -М, 14-М, 17-М, 21-М].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Ҳангоми расонидани кӯмак ба занони гирифтори хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин омилҳои хавфи инкишофи хунравии бухронии акушерӣ ва презклампсияи вазнини бухронӣро ба назар гирифтани лозим аст.

2. Ҳангоми татбиқи аудити ҳолатҳои бухронӣ бояд аз барномаи истифода бурд, ки марҳилаҳоро дар бар мегирад: омӯзиши мутахассисон (семинари 3-рӯза), мониторинги ибтидоӣ ва ҷорӣ (бо иштирок дар ҷаласаҳои АХБ).

3. Ҳангоми гузаронидани арзёбии сифати татбиқи аудити ҳолатҳои бухронӣ дар муассисаи корти баҳодиҳии ҳолҳои мониторинг истифода бурда шавад, ки ҷанбаҳои заиф ва қавии методология ва принсипҳои истифодаи АХБ-ро муайян намуда, имконияти баҳодиҳии сатҳи истифодаи технология, инчунин интиҳоби мавзӯҳои хизматрасониҳои машваратиро фароҳам меорад.

4. Барои арзёбии таъсири аудити ҳолатҳои бухронӣ ба сифати нигоҳубини модарони гирифтори хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин зарур аст, ки таҳлили клиникӣ, иқтисодӣ ва иҷтимоии самаранокии истифодаи технологияи мазкур гузаронида шавад.

5. Бо мақсади арзёбии самаранокии клиникӣ таҳлили тағйирёбии басомади ҳолатҳои бухронии маълумоти мушкилии акушерӣ аз рӯйи солҳо ва таносуби ҳолатҳои бухронӣ пеш ва пас аз қабул ба беморхона инкишофёфта мувофиқи мақсад аст.

6. Барои баҳодиҳии самаранокии иқтисодии истифодаи аудити ҳолати бухронӣ дар муассиса истифода бурдани усули ҳисоб кардани арзиши муолиҷа ва нигоҳубини беморони гирифтори хунравии бухронии акушерӣ ва презклампсияи вазнин бо назардошти тағйирёбии фаъолияти муассиса дар як давраи муайян зарур аст.

7. Барои арзёбии самаранокии иҷтимоии истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ динамикаи тағйирёбии таносуби ҳолатҳои фавти модарон аз презклампсия ва хунравӣ ба ҳолатҳои презклампсияи вазнин ва хунравии акушерӣ таҳлил кардан зарур аст.

8. Дар муассисаҳои таваллудкунонӣ дар ҳаёти кумитаи сифат гурӯҳи мутахассисони пуртаҷриба оид ба низоми таълими муттасил ташкил карда шавад, ки бояд мувофиқи қарорҳои дастаи аудити ҳолатҳои бухронӣ тайёр кардани кадрҳоро ба нақша гиранд.

9. Механизмҳои беҳтар намудани ҳамкории гурӯҳҳои АҲБ бо маъмурият ва таъмини мониторинги татбиқи ҳалли масъалаҳо оид ба такмили ташкили нигоҳубини модарони гирифтори презклампсияи вазнин ва хунравии акушерӣ таҳия карда шавад.

10. Паҳн кардан ва такмил додани истифодаи АҲБ дар тамоми муассисаҳои кишвар тавассути таълими мутахассисон оид ба методология ва принципҳои аудити ҳолатҳои бухронӣ ва арзёбии даврии берунии истифодаи технологияи мазкур идома дода шавад.

11. Ҳангоми аз нав дида баромадани дастурҳои клиникии «Аворизҳои фишорбаландӣ дар давраи ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд» ва «Хунравии акушерӣ» ислоҳоти пешниҳодшуда, ки дар асоси таҳлили ҳолатҳои бухронӣ ва ба низом даровардани сабабҳои аз даст рафтани имкониятҳо пешниҳод шудаанд, ворид карда шаванд.

12. Дар оянда чорӣ намудани аудити ҳолатҳои бухронии дигар мушкилиҳои ҳомилагӣ, таваллуд ва давраи баъди таваллуд, ки дар баробари хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин дар сохтори сабабҳои фавти модарон мавқеи пешқадамро ишғол мекунанд, ба мақсад

мувофик аст.

Фехристи адабиёти истифодашуда

Санадҳои меъёрии ҳуқуқӣ ва расмӣ

1. Национальный план мероприятий по обеспечению безопасного материнства в Республике Таджикистан на период до 2014 года. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 1 августа 2008 г. № 370.

2. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century [Text]. - Copenhagen: The Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2020. – 182 p.

3. Trends in maternal mortality: 2000 to 2020. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Text]. - Geneva: WHO, 2023.

Захираҳои электронӣ

4. Международная конференция по народонаселению и развитию, Фонд народонаселения ООН. UNFPA. - Каир, 1994. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203370>.

5. Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года, Душанбе, 2016. – 46 с. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://mfa.tj/ru/main/view/2104/natsionalnaya-strategiya-razvitiya-respubliki-tadzhikistan-na-period-do-2030-goda>.

6. Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. – [Electronic resource]. – URL: [http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents / 9241591838 /en /](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591838/en/) (accessed on 14 July 2014).

7. WHO. Maternal mortality 2023. - [Electronic resource]. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

8. World Health Organization. Hospital care for mothers and newborn babies quality assessment and improvement tool. - WHO

Copenhagen, 2014. – [Electronic resource]. – URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2014/hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool> (accessed on 14 July 2014).

Мақолаҳо ва фишурдаҳо

9. Аудит качества медицинской помощи при критических ситуациях в акушерстве (near-miss) [Текст] / Э.К. Айламазян [и др.]. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. LXV, №4. – С. 15-23.

10. Дондюк, Ю.В. Частота и причины тяжелых акушерских осложнений, едва не приведших к летальному исходу, в перинатальных центрах II и III уровня — ретроспективное исследование [Текст] / Ю.В. Дондюк // Проблемы репродукции. - 2018. - №24(1). – С. 77-81.

11. Камилова, М.Я. Достижения и трудности использования АКС в учреждениях страны. [Текст] / М.Я. Камилова, Ш.М. Курбанов// Материалы городской конференции, посвященной 90-летию г. Душанбе. – Душанбе, 2014. – С. 56-58.

12. Камилова, М.Я. Оценка внедрения анализа критических случаев, угрожающих жизни женщины при проведении мониторинга [Текст] / М.Я. Камилова, Г.Т. Расулова, З. Пирова // Вестник педагогического университета. – 2014. - № 2(57). – С.135-140.

13. Мамонтова, И.К. «Near miss» в акушерстве: место в оценке технологий здравоохранения, подходы к классификации и оценке. Фармакоэкономика [Текст] / И.К. Мамонтова, Т.В. Шевлякова, Е.И. Петрова // Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2018. – №12(4). – С. 92-96.

14. Оленев, А.С. Мировые концептуальные подходы к снижению материнской смертности [Текст] / А.С. Оленев, В.А. Новикова, В.Е. Радзинский // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2018. – Прил. 3 (21). – С. 1–13.

15. Перинатальный аудит и модель «Neonatal near miss» как

современные формы управления качеством медицинской помощи в неонатологии [Текст] / В.А. Буштырев [и др.] //Акушерство и гинекология. - 2017. - № 2. – С. 17-22.

16. Пути снижения материнской и перинатальной смертности [Текст] / М.М.Рахимова [и др.] // Материалы 6-го съезда акушеров-гинекологов Республики Таджикистан. - Душанбе, 2016. – С. 186-187.

17. Роль научных исследований в улучшении качества помощи матерям и детям - от науки к практике [Текст] / М.Я. Камилова [и др.] // Материалы 6-го съезда акушеров-гинекологов Республики Таджикистан. - Душанбе, 2016. – С. 83-87.

18. Структура критических акушерских состояний и материнской смертности у пациенток раннего и позднего репродуктивного возраста [Текст] / Т.Е. Белокриницкая [и др.] // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17, № 4. - С. 32–36.

19. Тургамбаева, А.К. Оценка причины материнской смертности со стороны персонала службы родовспоможения [Текст] / А.К. Тургамбаева, А.С. Акетаева, Г.А. Ордабек // Валеология: Здоровье, Болезнь, Выздоровление. – 2022. – № 4. – С. 292–297.

20. Audit of early and late maternal deaths in georgia: potential for improving substandard obstetric care [Text] / N. Berdzuli, N. Lomia, A.C. Staff et al. // International journal of women's health. – 2021. – Vol. 13. – P. 205.

21. Analysis of critical case in obstetric practice and their forensic aspects [Text] / G.A. Seifullayeva [et al.] // Archive of Conferences. – 2022. – P. 9–16.

22. Causes of maternal mortality in Sub-Saharan Africa: A systematic review of studies published from 2015 to 2020 [Text] / R. Musarandega [et al.] // Journal of Global Health. – 2021. – Vol. 11.

23. Near miss: determinants of maternal near miss and perinatal outcomes: a prospective case control study from a tertiary care center of India [Text] / N. Agarwal [et al.] // The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2021. – № 6. – P. 1–8.

24. Ronenson, A.M. Overview of the MBRRACE-UK confidential enquiries in maternal death and morbidity Part 1. Im-proving anesthetic care [Text] / A.M. Ronenson, E.M. Shifman, A.V. Kulikov // Вестник акушерской анестезиологии. – 2021. – №14. – P. 40.

25. What is the quality of the maternal near-miss case reviews in WHO European Region? Cross-sectional study in Armenia, Georgia, Latvia, Republic of Moldova and Uzbekistan [Text] / A. Bacci [et al.] // BMJ Open. – 2018. – № 8(4). – P. e017696.

Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1 – М]. Давлатова, Г.К. Нақши арзёбии маҷмуавии хидматрасонӣ ҳангоми чоки қайсар ва қабули қарорҳои самарадиҳанда. / М.Я. Комилова, Г.К. Давлатова, Д.М. Раҳматуллоева, П.З. Қурбанова [Матн] // Ахбори Академияи илмҳои тиббии Тоҷикистон. – 2016. - № 4. – С. 43-49.

[2 – М]. Давлатова, Г.К. Баъзе нишондиҳандаҳои тромбоэластограмма дар хуни варидӣ, хуни омехтаи варидӣ ва шарёнӣ дар занони ҳомиладори гирифтори преэклампсия ва эклампсия. [Матн] / Г.К. Давлатова, Ш.Ш. Амонова, А.М. Муродов // Ахбори Академияи илмҳои тиббии Тоҷикистон. – 2016. - № 2. - С. 45-53.

[3 – М]. Давлатова, Г.К. Хусусиятҳои гемодинамикаи марказӣ ва шуш дар занони ҳомиладори гирифтори преэклампсия ва эклампсия. [Матн] / Г.К. Давлатова, Н.Г. Раҳимов, Ш.Ш. Амонова // Ахбори таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустӣ – 2016. - № 2. – С. 46-52.

[4 – М]. Давлатова, Г.К. Сифати хизматрасонӣ ҳангоми чоки қайсар дар беморхонаҳои дараҷаи 2-и Ҷумҳурии Тоҷикистон. [Матн] / Г.К. Давлатова, М.Я. Комилова, Х.К. Бобоева, Т.М. Ҷабборовна // Ахбори Авитсенна. – 2016. - №4. – С. 39-43.

[5 – М]. Давлатова, Г.К. Аҳамияти аудити ҳолатҳои истирорӣ дар

беҳтар гардони сифати кӯмак ба занони ҳомиладори гирифтори презклампсияи вазнин. [Матн] / М.Я. Комилова, Г.К. Давлатова, Н.Х. Раззоқова, С.М. Муҳаммадиева, Ф.Р. Эшонхоҷаева // Znanstvena misel. – 2017. – № 3. – С. 52-55.

[6 – М]. Давлатова, Г.К. Таҷрибаи татбиқи аудити ҳолатҳои бухронии хунравии акушерӣ ва презклампсияи вазнин дар муасисаҳои таваллудкунонии Тоҷикистон. [Матн] / Г.К. Давлатова, М.Я. Комилова, Ф.Р. Эшонхоҷаева // Маҷаллаи акушерӣ ва касалиҳои занона. - 2017. – Ҷ. LXVI, Чопи 6. – С. 5-12.

[7 – М]. Давлатова, Г.К. Захираҳои беҳтаргардони сифати кӯмак ба модарони гирифтори хунравии баъд аз таваллудкуни. [Матн] / М.Я. Комилова, Г.К. Давлатова, Н.М. Розикова, Ф.Р. Эшонхоҷаева, Д.М. Раҳматуллоева // Sciences of Europe. – 2017. – Vol. 11, № 11. – Р. 65-68.

[8–М]. Давлатова, Г.К. Аҳамияти аудити ҳолатҳои истирорӣ дар низоми омузиши бетанаффус дар муасисаҳои таваллудкунонии Тоҷикистон. [Матн] / Г.К. Давлатова, М.Я. Комилова, А.А. Аҳмедов // Ахбори таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустӣ. – 2018. - № 2. – С. 24-28.

[9–М]. Давлатова, Г.К. Таъсири истифодабарии аудити ҳолатҳои истирори дар тағйирёбии баъзе нишондиҳандаҳои хунравии акушерӣ. [Матн] / Г.К. Давлатова, М.Я. Комилова, Д.М. Раҳматуллоева // Маҷаллаи акушерӣ ва бемориҳои занона. - 2018. – Ҷ. 67, Чопи 1. – С. 13-19.

[10–М]. Давлатова, Г.К. Банизомдарории сабабҳои имкониятҳои аз дастрафтаи рушди ҳолатҳои истирорӣ ҳангоми хунравии акушерӣ ва презклампсия. [Матн] / Г.К. Давлатова, М.Я. Комилова, Ф.Р. Эшонхоҷаева // Маҷаллаи акушерӣ ва бемориҳои занона. - 2018. – Ҷ. 67, Чопи 2. – С. 26-31.

[11–М]. Давлатова, Г.К. Самаранокии ҷорӣ кардани технологияҳои нав барои арзёбии сифати хидмат дар хоҳиш додани ғавтнокии

модарон. [Матн] / М.Я. Комилова, Г.К. Давлатова, А.А. Ахмедов, Н.Х. Раззокова // Ахбори Академияи илмҳои тиббии Тоҷикистон. – 2018. – Ҷ. VIII, № 1(25). – С.23-30.

[12–М]. Давлатова, Г.К. Сохтор ва басомади хунравии акушери дар Тоҷикистон. [Матн] / Г.К. Давлатова, М.Я. Комилова, С.А. Маликоева, Н.З. Аминзода // Ахбори таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи. – 2019. - № 1. – С. 53-58.

[13–М]. Давлатзода, Г.К. Сабабҳои асосии имкониятҳои аз дастрафтаи хунравии фишорбаландӣ ва соҳаҳои асосии даҳлатталаб дар муассисаҳои дараҷаи 2-и вилояти Хатлон дар шароити ҳозира. [Матн] / Г.К. Давлатзода // Илм ва навоарӣ. – 2022. - № 3. – С. 46-51.

[14 – М]. Давлатзода, Г.К. Сифати кӯмак ба модарон ва кудакон (шарҳи адабиётҳо) [Матн] / Г.К. Давлатзода // Илм ва навоарӣ. - 2022. - № 4. – С. 72-80.

Мақола ва фишурдаҳо дар маҷмуаи конференсияҳо

[15-М]. Давлатова, Г.К. Натиҷаҳои ҷорӣ кардани технологияи навҳангоми бурдани таваллуди физиологӣ. [Матн] / Г.К. Давлатова, М.Я. Комилова // Маҷмӯаи конференсияи илмӣ ба 35 солагии донишқадаи “Модари солим ва кудакони солим-гарави оилаи солим” бахшидашудаи Пажуишгоҳи Илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ (10 май 2015 с.). – Душанбе, 2015. – С. 23-25.

[16-М]. Давлатова, Г.К. Таҳлили бурдани занони ҳомиладори гирифтори презклампсияи вазнин дар беморхонаҳои дараҷаи 3. [Матн] / Г.К. Давлатова, Р.Я. Алиева, М.Я. Комилова, Д.М. Раҳматуллоева // Маҷмӯаи анҷумани VI акушерҳо ва гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. (2 декабр 2016 с.). – Душанбе, 2016. – С. 45-48.

[17-М]. Давлатова, Г.К. Захираҳои беҳтаргардонии сифати хидмат ба занони гирифтори таваллудкунии бармаҳал. [Матн] / Г.К. Давлатова, А.П. Пулотова, М.Я. Комилова, З.К. Бойматова // Маҷмӯаи анҷумани

VI акушерҳо ва гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. (2 декабр 2016 с.). – Душанбе, 2016. – С. 41-44.

[18-М]. Давлатова, Г.К. Натиҷаҳои арзёбии сифати хидмат ҳангоми гузаронидани чоки қайсар дар беморхонаҳои дараҷаи 3. [Матн] / Г.К. Давлатова, М.Я. Комилова, П.З. Қурбонова, Ш.Т. Муминова // Маводҳои анҷумани VI акушерҳо ва гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. (2 декабр 2016 с.). – Душанбе, 2016 – С. 48-51.

[19-М]. Давлатова, Г.К. Хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ дар “занони базӯр зиндамонда” ҳангоми хунравии акушерӣ. [Матн] / С.А. Маликоева, Г.К. Давлатова, Ф. Назришоева, С.М. Муҳамадиева // Маводҳои конференсияи илмӣ-амалии ҳарсолаи XXIII ба соли ҷавонони “Маълумоти тиббӣ ва саломатӣ дар асри XXI” бахшидашуда. (17 ноябр 2017.). – Душанбе, 2017. – С. 140-142.

[20-М]. Давлатова, Г.К. Аудити ҳолатҳои истирории презклампсияи вазнин ҳамчун воситаи арзёбии сифати кӯмак ба модарон. [Матн] / Н.Х. Раззоқова, Г.К. Давлатова, М.Я. Комилова // Маводҳои конференсияи ҳарсолаи илмӣ-амалии донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон “Ҳонишҳои илмӣ солгард”. (24 ноябр 2018 с.). – Душанбе, 2018. – С. 38-45.

[21-М]. Давлатзода, Г.К. Самтҳои асосии фаъолияти Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон дар беҳтаргардонии сифати кӯмак ба модарон ва кудакон. [Матн] / Д.А. Абдуллозода, Г.К. Давлатзода // Маводҳои анҷумани VII акушерҳо ва гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон (26 ноябр 2022 с.). – Душанбе, 2022. – С. 8-18.

[22-М]. Давлатзода, Г.К. Ихтилоли гемостаза дар занҳои гирифтори хунравии зиёди шадид ва алоқамандии он бо гемодинамика. [Матн] / А.Ф. Қубиддинов, А.А. Одиназода, Г.К. Давлатзода, А.Г. Кабиров // Маводҳои анҷумани VII акушерҳо ва гинекологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. (26 ноябр 2022 с.). Душанбе, 2022. – С. 191- 197.

[23-М]. Давлатзода, Г.К. Самаранокии иқтисодии истифодаи стандартикунонии расонидани кӯмак ва аудити ҳолатҳои истирории хунравии акушерӣ. [Матн] / Г.К. Давлатзода // Маводҳои дар маҷаллаи “Модар ва кудак” нашр шудаи конференсияи илмӣ-амалӣ бо иштироки байналмилалон. (25 ноябр 2023 с.). – Душанбе, 2023. - № 4. – С. 30-36.

[24-М]. Давлатзода, Г.К. Тавсифи клиникӣ, иҷтимоӣ, анамнестикӣ занони гирифтори презклампсияи вазнин. [Матн] / Г.К. Давлатзода, Ф.Р.Эшонхоҷаева, М. Қиёмтдинзода // Маводҳои дар маҷаллаи “Модар ва кудак” нашршудаи конференсияи илмӣ-амалӣ бо иштироки байналилалон. (25 ноябр 2023 с.). – Душанбе, 2023. - № 4. – С. 36-44.

[25-М]. Давлатзода, Г.К. Омилҳои рушди хунравии истирории акушерӣ. [Матн] / Г.К. Давлатзода, М.М. Юнусова, А.О. Ғаниева // Маводҳои дар маҷаллаи “Модар ва кудак” нашр шудаи конференсияи илмӣ-амалӣ бо иштироки байналмилалон. (25 ноябр 2023 .). – Душанбе, 2023. - № 4. – С. 44-51.

Пешниҳодотҳои ратсионализаторӣ

1. Давлатзода Г.Қ. Усули коррексияи вайроншавии гардиши хуни ҳамрояк ва тифл бо истифодабарии донорҳои оксиди азот L-Аргинин / Г.Қ. Давлатзода, М.Я. Комилова, Г.Т. Расулова, Р.Я. Алиева, Л.Н. Мулкамонова, С.У. Арабова // Рақами бақайдгирӣ № 1 аз 24.06.2016с

2. Давлатзода Г.Қ. Усули коррексияи гипокоагулятсияи шушҳо дар ҳомиладорон бо пре- ва эклампсия / Г.Қ. Давлатзода, Ш.А. Амонова, А.А. Муродов // Рақами бақайдгирӣ №000161 аз 12.04. 2017с

3. Давлатзода Г.Қ. Усули коррексияи вайроншавии вазифаи нақлиётию оксигении хун, норасогии фетопласентарӣ, гипоксияи модар ва ҷанин / Г.Қ. Давлатзода, Ш.А. Амонова, А.А. Муродов, Н.Г. Раҳимов // Рақами бақайдгирӣ №000173 аз 12.04.2017с

4. Давлатзода Г.Қ. Усули кам кардани талафоти хун ва пешгирии

хунравӣ дар занони гуруҳи хатарнок дар вақти валодат бо роҳҳои табиӣ
чинсӣ / Г.Қ. Давлатзода, М.Я. Комилова, Н.З. Аминзода // Рақами бақайдгирӣ
№ 1 аз 30.01.2022с

5. Давлатзода Г.Қ. Роҳҳои паст намудани ҳаҷми хунталафот ва
пешгирии хунравӣ ҳангоми буриши қайсарӣ / Г.Қ. Давлатзода, М.Я.
Комилова, М.Х. Қаландарова // Рақами бақайдгирӣ №10 аз 21.02.2022с

6. Давлатзода Г.Қ. Усулҳои кам намудани ҳаҷми хунравӣ ҳангоми
буриши қайсарӣ дар занҳои бо пешомади машина ва изи чарроҳӣ дар
бачадон / Г.Қ. Давлатзода, М.Я. Комилова, Р.Я. Алиева, М.Х. Курбанова,
С.М. Мардонова, А.К. Юлдашева, Э.Х. Хушвахтова, З.К. Бойматова //
Рақами бақайдгирӣ №2 аз 01.04.2023с

Номгӯии ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ

АҲБ – аудити ҳолатҳои бухронӣ

ТУТ – Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ

СВИАДР – сабабҳои воқеии имкониятҳои аздастрафта

ВТ ва ҲИА ҚТ – Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
Ҷумҳурии Тоҷикистон

ПАГ ва ПТ – Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии
Тоҷикистон

ФМ – ғавти модарон

КИТ – корҳои илмӣ-таҳқиқотӣ

ОШГ – осеби шадиди гурдаҳо

СММ – Созмони Миллалӣ Муттаҳид

ПМҚҲДҚ – ҷудошавии бармаҳали ҳамроҳаки муқаррарӣ

ПВ – преэклампсияи вақтинӣ

ҚТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон

HELLP – гемолиз, зиёд шудани фаъолияти ферментҳои чигар,
тромбоцитопения

АННОТАЦИЯ
ДАВЛАТЗОДА ГУЛДЖАХОН КОБИЛ
«РОЛЬ АУДИТА КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В УЛУЧШЕНИИ
КАЧЕСТВА ПОМОЩИ МАТЕРЯМ С АКУШЕРСКИМИ
КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И ТЯЖЕЛЫМИ ПРЕЭКЛАМПСИЯМИ»

Ключевые слова: тяжелые преэклампсии, акушерские кровотечения, факторы риска, качество помощи, аудит критических случаев, клиническая, социальная, экономическая эффективность.

Цель исследования. Изучить особенности оказания стационарной помощи матерям с тяжелыми преэклампсиями, акушерскими кровотечениями в учреждениях Республики Таджикистан и оптимизировать систему использования аудита критических случаев в акушерстве.

Методы исследования и использованная аппаратура: Клинико-лабораторно-инструментальное обследование, наблюдение за соблюдением методологии и принципов АКС, ретроспективный анализ показателей учреждений, методология АКС, методы расчета экономической эффективности. Статистический анализ проведен с помощью прикладного пакета SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, США) методами параметрической и непараметрической статистики.

Полученные результаты и их новизна: Впервые в Таджикистане изучены идентичные и различающиеся факторы риска критических акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий. Установлено, что правильное использование АКС является резервом снижения материнской смертности и улучшения качества помощи матерям. Доказано, что интервью женщин и принятие во внимание «голоса женщин» играют большую роль в поиске истинных причин упущенных возможностей. На основе систематизации выявлены общие причины упущенных возможностей. Впервые проведен анализ социальной, клинической и экономической эффективности использования технологии АКС.

Рекомендации по использованию: Результаты проведенных исследований внедрены в работу родовспомогательных учреждений страны, группы при МЗ СЗН РТ по пересмотру клинических руководств, в работу Ассоциации акушеров-гинекологов Таджикистана. Работа имеет практический выход для родовспомогательных учреждений стран Азиатского региона, сходных по социальному, культурному и экономическому статусам.

Область применения: акушерство и организация здравоохранения.

АННОТАТСИЯ
ДАВЛАТЗОДА ГУЛЧАҲОН ҚОБИЛ
«НАҚШИ АУДИТИ ҲОЛАТҲОИ БУҲРОНӢ ДАР БЕҲТАР
НАМУДАНИ СИФАТИ ЁРӢ БА МОДАРОНИ ГИРИФТОРИ
ХУНРАВИҲОИ АКУШЕРӢ ВА ПРЕЭКЛАМПСИЯҲОИ ВАЗНИН

Вожаҳои калидӣ: преэклампсияҳои вазнин, хунравиҳои акушерӣ, омилҳои хавф, сифати ёрӣ, аудити ҳолатҳои бухронӣ, клиникӣ, иҷтимоӣ, самаранокии иқтисодӣ.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои ёрии статсионарӣ ба модарон бо преэклампсия, хунравиҳои акушерӣ дар муассисаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон ва оптималӣ кардани низоми истифодаи аудити ҳолатҳои бухронӣ дар соҳаи акушерӣ.

Методҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда: Ташҳиси клиникӣ-лабораторӣ-инструменталӣ, назорати риояи методология ва принципҳои АҲБ, таҳлили ретроспективи нишондиҳандаҳои муассисаҳо, методологияи АҲБ, усулҳои ҳисоб кардани самаранокии иқтисодӣ. Таҳлили омори бо ёрии бастаи амалии SPSS 17.0 (IBM SPSS Statistics, ИМА) бо усулҳои омори параметрӣ ва ғайрипараметрӣ гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои бадастовардашуда ва нағзони онҳо: Бори аввал дар Тоҷикистон омилҳои якхела ва гуногуни хавфи бавучудоии хунравии вазнини акушерӣ ва преэклампсияҳои вазнин омӯхта шуданд. Муайян карда шуд, ки истифодаи дурусти АҲБ захирае барои паст кардани сатҳи ғавти модарон ва беҳгардони сифати кӯмак ба модарон мебошад. Иҷбот шудааст, ки мусоҳибаҳои занон ва ба назар гирифтани "овози занон" дар ҷустуҷӯи сабабҳои аслии имкониятҳои аздастрафта нақши калон доранд. Дар асоси мураттабсозии сохтор сабабҳои умумии имкониятҳои аздастрафта ошкор карда шуданд. Бори аввал таҳлили самаранокии иҷтимоӣ, клиникӣ ва иқтисодии истифодаи технологияи АҲБ анҷом дода шуд.

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот: Натиҷаҳои таҳқиқотҳои гузаронидашуда ба қори муассисаҳои таваллудкунонии кишвар, гурӯҳҳои назди ВТҲИА ҚТ оид ба таҷдиди дастурҳои клиникӣ, ба қори Ассотсиатсияи акушер-гинекологҳои Тоҷикистон ҷорӣ карда шуданд. Диссертатсия имкони татбиқи амалӣ дар муассисаҳои таваллудкунонии кишварҳои минтақаи Осиё дорад, ки ба ҳам аз ҷиҳати иҷтимоӣ, фарҳангӣ, иқтисодӣ наздиканд.

Соҳаи татбиқ: акушерӣ ва ташкилоти тандурустӣ.

ANNOTATION

Davlatzoda Guljahon Qobil

“The role of critical case audits in improving the quality of care for mothers with obstetric hemorrhage and severe preeclampsia”

Keywords: severe preeclampsia, obstetric hemorrhage, risk factors, quality of care, critical case audit, clinical, social, economic effectiveness.

Research objective: To study the characteristics of inpatient care for mothers with severe preeclampsia and obstetric hemorrhage in healthcare facilities of the Republic of Tajikistan and to optimize the system for utilizing critical case audits in obstetrics.

Research methods and equipment used: Clinical-laboratory-instrumental examination, observation of adherence to the methodology and principles of CCA, retrospective analysis of institutional indicators, CCA methodology, methods for calculating economic efficiency. Statistical analysis was conducted using the SPSS 17.0 software package (IBM SPSS Statistics, USA) through methods of parametric and non-parametric statistics.

Results obtained and their novelty: For the first time in Tajikistan, identical and differing risk factors of critical obstetric hemorrhages and severe preeclampsia were studied. It was established that the proper use of CCA serves as a reserve for reducing maternal mortality and improving the quality of maternal care. It was proven that interviewing women and considering the “voice of women” play a significant role in identifying the true causes of missed opportunities. Based on systematization, common causes of missed opportunities were identified. For the first time, an analysis of the social, clinical, and economic effectiveness of applying the CCA technology was conducted.

Recommendations for use: The results of the research have been implemented in the work of maternity institutions in the country, in the activities of the working group under the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan on the revision of clinical guidelines, and in the work of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Tajikistan. The work has practical application for maternity institutions in Asian countries with similar social, cultural, and economic status.

Field of application: obstetrics and healthcare management.

Сдано в набор 30.05.2025 г. Подписано 30.05.2025 г.
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная. Усл.п.л. 7,5
Тираж 100 экз.
ООО «Истиклол-2019»
г.Душанбе, улица Н.Карабоев, 60

Ба матбаа 30.05.2025 сол супорида шуд.
Ба чопаш 30.05.2025 сол имзо шуд.
Андозаи 60x84 1/16. Қоғази офсет. Ҷузъи чопии 7,5
Адади нашр 100 нусха.
ҶДММ «Истиклол-2019»
ш.Душанбе, кӯчаи Н.Қарабоев, 60

