ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

УДК: 614.2: 618.33+616-053.31-082 (575.34/35)

На правах рукописи

ЮНУСОВА ДИЛРАБО ЗОКИРДЖОНОВНА

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ НАПРАВЛЕНИЙ/ ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЙ В ПЕРИОД РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Диссертация

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Мухамадиева Саодатхон Мансуровна

Душанбе – 2024

Оглавление

Перечень сокращений, условных обозначений……...… 4

Введение……... 6

Общая характеристика исследования……... 9

Глава 1. Совершенствование системы регионализации перинатальной помощи (Обзор литературы)……... 15

1.1. Становление, развитие и совершенствование организационных моделей перинатальной регионализации…….. 15

1.2. Медико-социальные и организационные аспекты снижения материнской смертности……. 25

1.3. Медико-социальные и организационные аспекты снижения перинатальной смертности……. 33

Глава 2. Материал и методы исследования…….. 40

2.1. Объект и предмет исследования…….. 40

2.2. Дизайн исследования…… 40

2.3. Методология исследования……. 49

Глава 3. Полученные в ходе исследования результаты. Состояние службы родовспоможения в Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи…….. 50

3.1. Медико-демографические показатели, характеризующие службу родовспоможения в Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи …….. 50

3.2. Анализ некоторых медико-организационных показателей службы родовспоможения Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи……... 55

3.3. Анализ показателей качества медицинских услуг в Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи…… 58

Глава 4. Медико - социальные и организационные аспекты репродуктивных потерь в период регионализации перинатальной

помощи……. 65

4.1**.** Медико - социальные и организационные проблемы материнской смертности в родовспомогательных учреждениях страны в период пандемии КОВИД-19 и в постковидный период…….. 65

4.2. Медико - социальные и организационные аспекты ранней неонатальной смертности в стационаре третьего уровня…… 71

Глава 5. Оптимизация медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным в период перинатальной регионализации в Хатлонской области……. 76

5.1**.** Анализ эффективности деятельности областного перинатального центра г. Куляб Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи……... 76

5.2. Анализ состояния и проблемы организации службы родовспоможения в труднодоступных регионах Хатлонской области, влияющие на эффективность регионализации перинатальной помощи… 87

5.3. Оценка существующей ситуации перинатальных направлений в труднодоступных населенных пунктах района Ш. Шохин до внедрения инновационного цифрового механизма системы перенаправлений в регионе……..…… 92

5.4. Оценка удовлетворенности и доступности медицинских услуг в труднодоступных регионах района Ш. Шохин…… 94

5.5. Эффективность внедрения инновационной модели перинатальных направлений в труднодоступных регионах Хатлонской области на примере района Ш. Шохин……. 99

Глава 6. Обзор результатов исследования…… 105

Выводы…… 117

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования……... 120

Список литературы……... 122

Публикации по теме диссертации……..... 147

Перечень сокращений, условных обозначений

АК - акушерские кровотечения

БНАНП - базовая неотложная акушерско-неантологическая помощь

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения

ГЦЗ - Городской центр здоровья

ДЗ - Дом здоровья

ДРПО - дородовый разрыв плодных оболочек

ЙДС - йододефицитные состояния

ИПОСЗРТ - Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

КС - кесарево сечение

МЗиСЗНРТ - Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

МС - материнская смертность

НАП - неотложная акушерская помощь

НЦРЗ - Национальный центр репродуктивного здоровья

ОПБ - отделение патологии беременных

ПК - послеродовое кровотечение

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

ПОНРП - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

ПП - предлежание плаценты

ПР - преждевременные роды

ПС - перинатальная смертность

ПЦ - Перинатальный центр

РНС - ранняя неонатальная смертность

СНБ - Сельская номерная больница

СЦЗ - Сельский центр здоровья

ТНИИ АГиП - Таджикский научно-исследовательский институт акушерства,

гинекологии и перинатологии

ТП - тяжелая преэклампсия

ТЭЛА - тромбоэмболия легочной артерии

ЦРБ - Центральная районная больница

ЭГЗ - экстрагенитальные заболевания

ЭОВ - эмболия околоплодными водами

ЭП - эклампсия

Введение

Актуальность темы исследования. В новых социально-экономических и демографических условиях развитие сектора здравоохранения характеризуется повышением требований к качеству и безопасности медицинских услуг, активным поиском и внедрением современных механизмов повышения эффективности отрасли, включая службу родовспоможения, фундаментальной задачей которой является сокращение материнской и младенческой смертности [Э.К. Айламазян, 2016; А.В. Ворыханов, 2016; Т.Г. Богданова,2017; И.А. Шмелев, 2017; В. повышается Berhane, 2019; A.Caroline, 2019]. Рекомендации к достижению данной цели отражены в Целях в области устойчивого развития (2015г.), документах ВОЗ (2016, 2019), «Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года» (Постановление Правительства РТ № 414 от 30 сентября 2021 г.).

В последние годы большинство исследований посвящено регионализации перинатальной помощи, предполагающей рациональное территориальное распределение некоторых видов оказания помощи, оборудования и учреждений по первичному, вторичному и третичному уровням, гарантирующих всестороннюю доступность качественной медицинской помощи для населения [М.Д. Мустафина, 2017; Д.О. Иванов, 2020; О. П. Ковтун, 2023; J. Grytten,2014; A. Simioni, 2017; T. A. Rahman,2021]. Проведенные рандомизированные исследования научно обосновывают клинико-экономическую эффективность перинатальной регионализации в снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Тем не менее, реализация трехуровневой системы перинатальной помощи в каждой стране имеет свои особенности, которые формируются под влиянием их географического расположения, местных этнических и культурных традиций [Т.Г. Богданова, 2017; М. П. Шувалова, 2017; Р.Б. Курбанисмаилов, 2019].

В международной практике регионализации перинатальной помощи возрастает роль территориальных перинатальных центров (ПЦ), как самостоятельных учреждений третьего уровня, оказывающих доступную

квалифицированную помощь [М.П. Шувалова, 2015; Ш.Д. Харбедия, 2017; T. A. Rahman, 2021]. На этапе перинатальной регионализации в регионах с низкой плотностью населения внедряются новые формы организации оказания медицинской помощи - электронный регистр беременных, позволяющий прослеживать постановку на учет по беременности, выделять женщин высокого риска и своевременно направлять/госпитализировать в случае необходимости на более высокий уровень учреждения [О.В. Ремнёва, 2018; Е.Г. Ершова, 2019; T.A. Rahman, 2021].

Первые шаги по регионализации перинатальной помощи в Таджикистане начались в 2008 году (Приказ МЗРТ №541 от 26.09.2008г.), тогда как реальный процесс начался значительно позже, поскольку на подготовительном этапе проведен ряд мероприятий по улучшению качества медицинских услуг, основными индикаторами которого являются материнская и перинатальная смертность.

Несмотря на то, что показатель МС в целом по стране снизился с 2015 по 2022 годы с 28,4 до 22,9 на 100 тыс. живорожденных, а ПС - с 17,5 до 16,6 на 1000 живорожденных соответственно, по-прежнему сохраняются значительные различия их уровней в регионах [Демографический ежегодник республиканского центра медицинской статистики и информации МЗиСЗРТ,2015- 20122гг.].

Выбор настоящего исследования обусловлен отсутствием научных исследований о результативности регионализации перинатальной помощи в стране, научно-практической значимости областного ПЦ. Окончательно не решены медико-организационные проблемы репродуктивных потерь и перинатальных направлений в труднодоступных регионах.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Диссертационная работа базируется на рекомендациях ВОЗ, публикациях отечественных и зарубежных авторов о современных принципах улучшения системы родовспоможения, направленных на оказание доступной квалифицированной помощи на всех этапах беременности и родов для

обеспечения удовлетворительных исходов для матери и плода. Решением этой проблемы является регионализация перинатальной помощи, в частности, территориальное распределенных ПЦ, позволяющее предоставить квалифицированную медицинскую помощь матерям и новорожденным на высоком уровне и доказавшую свою эффективность в системе перинатальной регионализации во многих развитых и развивающихся странах.

В Таджикистане регионализация перинатальной помощи регламентирована нормативно-правовыми документами (Приказ МЗиСЗНРТ № 443 от 07.09.2012г; Постановление Правительства РТ № 545 от 30.12. 2021г.), при этом возникает ряд проблем, которые диктуют необходимость разработки научно-обоснованных предложений по оптимизации системы перинатальных направлений в трехуровневой системе родовспоможения с акцентом на труднодоступные регионы.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.

Диссертационная работа выполнена в рамках реализации «Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года», утвержденного постановлением Правительства РТ № 414 от 30 сентября 2021 г, одним из разделов которого является разработка и поэтапное внедрение цифровых информационных технологий для учреждений ПМСП и является фрагментом темы НИР кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПО СЗРТ «Современные аспекты репродуктивного здоровья женщин детородного возраста». № гос. регистрации**:** 0121TJ1128 . Сроки выполнения: 2020-2025 гг.

Общая характеристика исследования

Цель исследования: изучить состояние службы родовспоможения в Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи и разработать предложения по оптимизации системы перинатальных направлений в регионе.

Задачи исследования:

1. Проанализировать медико-демографические показатели и организацию службы родовспоможения в Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи (2015 - 2022гг).
2. Изучить медико - социальные и организационные аспекты материнской и ранней неонатальной смертности и выявить резервы их снижения.
3. Оценить деятельность областного перинатального Центра г. Куляб в обеспечении доступности качественной медицинской помощи в период регионализации перинатальной помощи.
4. Изучить существующий механизм перинатальных направлений и качество медицинских услуг в труднодоступных регионах Хатлонской области.
5. Разработать предложения по оптимизации системы регионализации перинатальной помощи путем внедрения инновационной модели перинатальных направлений в труднодоступных регионах Хатлонской области.

Объект исследования. Служба родовспоможения Хатлонской области, ПЦ г. Куляб Хатлонской области (3 уровень), ГУ «ТНИИ АГиП» (3 уровень), Центральная районная больница района (ЦРБ) Ш. Шохин (2 уровень), 5 сельских номерных больниц (СНБ) района Ш.Шохин. Женщины репродуктивного возраста, получавшие медицинские услуги до и период создания ПЦ г. Куляб (2017-2023гг), случаи материнской (156) и ранней неонатальной смертности (228), протоколы разборов материнкой смертности, рецензии экспертов, решение коллегий. Анонимный опрос матерей (120) и

медицинских работников (194) района Ш. Шохин, вовлеченных в перинатальные направления.

Предмет исследования. Нормативно-правовые документы МЗиСЗНРТ, отчеты родовспомогательных учреждений Хатлонской области, ретроспективное исследование первичной медицинской документации материнской и ранней неонатальной смертности, качественный и количественный анализ деятельности ПЦ г. Куляб, картографическое исследование и анализ существующего механизма перинатальных направлений в труднодоступном регионе Хатлонской области - районе Ш. Шохин.

Научная новизна исследования. Впервые в Таджикистане путем комплексного подхода проанализирована система регионализации перинатальной помощи в стране. На примере Хатлонской области изучены медико-демографические показатели, характеризующие качество медицинской помощи в службе родовспоможения и выявлены резервы её совершенствования в системе регионализации перинатальной помощи. Представлены медико-социальные и организационные аспекты МС во время КОВИД 19 и в постковидный период и выявлены упущенные возможности антенатального ухода. Изучены медико-социальные и организационные проблемы РНС в стационаре третьего уровня и определены резервы снижения перинатальных потерь при трехуровневой системе перинатальных направлений. Дана научно обоснованная оценка деятельности ПЦ г. Куляб как эффективно действующего самостоятельного учреждения третьего уровня в Хатлонской области, позволяющего улучшить доступность в оказании качественной высококвалифицированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Выявлены территориальные и организационные проблемы в труднодоступных регионах Хатлонской области, влияющие на качество медицинской помощи и механизм перинатальных направлений. Доказана эффективность использования электронного регистра беременных как инновационного механизма перинатальных направлений в улучшении качества медицинских услуг и совершенствовании системы

регионализации перинатальной помощи, что, несомненно, положительно отразится на показателях материнской и перинатальной смертности.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Теоретические выводы позволят реализовать системный подход к совершенствованию трехуровневой системы перинатальных направлений для улучшения качества медицинских услуг, снижения показателей материнской и перинатальной смертности в стране. Основные положения диссертационной работы используются в учебном процессе кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОСЗРТ.

Использование электронного регистра в труднодоступных регионах страны позволяет улучшить сбор данных о беременных для раннего взятия их на диспансерный учет, избежать искажения статистических данных, тем самым, обеспечить доступность качественных медицинских услуг, совершенствовать механизм перинатальных направлений в трехуровневой системе родовспоможения и повысить управляемость данным процессом в системе перинатального мониторинга для оперативной оценки перинатального риска с целью дальнейшей маршрутизации беременных.

Положения, выносимые на защиту.

1. Регионализация перинатальной помощи положительно повлияла на некоторые медико-демографические показатели и службу родовспоможения в целом по стране и Хатлонской области, выявила резервы повышения качества медицинских услуг и снижения репродуктивных потерь.

2. Медико-социальными и организационными проблемами материнской смертности являются: низкий уровень информированности женщин о состоянии собственного здоровья, влияние КОВИД 19 и постковидных осложнений на гестационный процесс, ненадлежащее качество антенатального ухода, несоблюдение принципов направлений/перенаправлений в трехуровневой системе родовспоможения.

3. Медико-социальными и организационными факторами ранней неонатальной смертности в стационаре третьего уровня являются: низкий социальный статус и высокий уровень соматической заболеваемости матерей, ненадлежащий антенатальный уход, преждевременные роды, проблемы маршрутизации пациенток групп высокого риска в стационары третьего уровня.

4. Областной Перинатальный центр г. Куляб Хатлонской области является самостоятельным эффективно действующим учреждением третьего уровня в системе регионализации перинатальной помощи, позволяющий обеспечить доступность квалифицированной акушерско-неонатальной помощи населению региона.

5. Использование электронного регистра как инновационной модели перинатальных направлений позволяет улучшить качество оказания акушерской помощи беременным и роженицам в труднодоступных регионах Хатлонской области и проводить мониторинг системы маршрутизации по уровням родовспомогательных учреждений.

Степень достоверности результатов. Достоверность диссертационного исследования обеспечена корректностью применения современных методик сбора и статистической обработки исходной информации, правильным подбором единиц наблюдения, достаточным объемом исследуемой выборочной совокупности, публикациями в рецензируемых журналах. Все научные положения, выводы и практические рекомендации основаны на принципах доказательной медицины, научном анализе нормативно-правовой и материально-технической базы службы родовспоможения в регионе, данными государственной статистики.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа соответствует паспорту Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение. I. Отрасль науки: Медицинские науки. II. Формула специальности: общественное здоровье и

здравоохранение. III. Области исследований: 3.4. Состояние здоровья населения и тенденции его изменения, исследование демографических процессов, заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп. 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.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследования. Соискатель непосредственно участвовал на этапе постановки цели и задач, разработки методологии исследования, сборе первичных данных, проведении исследований, составлении анкет и вопросника для создания электронного регистра беременных, анализе и обобщении полученных результатов для написания статей, учебно-методического пособия, оформлении рукописи диссертации. Доля участия в сборе и обработке материала составляет 90%.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены на ежегодичной XXVII научно-практической конференции ГОУ ИПОСЗРТ «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости (г. Душанбе, 9.10.2021г.), республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ «Современная медицина и современное образование», посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и 5 - летию деятельности Хатлонского государственного медицинского университета (Дангара, 24.12.2021), международной научно - практической конференции «Охрана здоровья матери и ребенка», посвященной 50-летию кафедры акушерства и гинекологии №2 и памяти профессора М. М. Хамидова (г. Самарканд РУз, 27.05.2022г.), международной научно -

практической конференции «Репродуктивный потенциал Узбекистана: динамика, проблемы и консолидация действий» (г. Хива РУз, 23.09.2022 г.), ежегодичной XXVIII научно-практической конференции ГОУ ИПОСЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения» (г. Душанбе, 7.10. 2022г.), VII съезде акушер-гинекологов Таджикистана (г. Душанбе, 22.11.2022г), ежегодичной научно - практической конференции ГОУ ИПОСЗРТ с международным участием «Интеграция новых технологий в медицинскую науку и образование - основа современной подготовки кадров здравоохранения» (г. Душанбе 27.10.2023г), на межкафедральном экспертном совете по терапевтическим дисциплинам ГОУ ИПОСЗРТ (протокол № 3/3 от 14.06. 2024г).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликованы 22 печатные работы, из которых 7 статей - в рецензируемых журналах ВАК при Президенте РТ и при Министерстве науки и высшего образования РФ, 2 международных журналах, 13 в материалах научно-практических конференций с международным участием, разработано 1 учебно-методическое пособие и 1 рационализаторское предложение.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа освещена на 150 страницах компьютерного текста, написана на русском языке, состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, 3-х глав собственных исследований, обзора полученных результатов исследования, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов исследования. Библиография состоит из 191 источника, включающего 135 отечественных и 46 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 21 рисунками и 18 таблицами.

ГЛАВА 1. Совершенствование системы регионализации перинатальной помощи (Обзор литературы)

1.1. Становление, развитие и совершенствование организационных моделей перинатальной регионализации

В новых социально-экономических и демографических условиях развитие сектора здравоохранения характеризуется повышением требований к качеству и безопасности медицинских услуг, а также активным поиском и внедрением современных механизмов повышения эффективности отрасли [50,116]. Цель оценки медицинской помощи заключается в том, чтобы дать возможность руководителям учреждений здравоохранения определить ключевые проблемы в процессе предоставления медицинских услуг, которые требуют усовершенствования. Значимость этого направления подтверждается наличием его в ключевых международных стратегических документах, в том числе в Стратегии охраны здоровья населения РТ на период до 2030 года, которая была утверждена Постановлением Правительства страны № 414 от 30 сентября 2021 года [36,119,130]. В частности, эти предложения освещены в стандартах качества оказания помощи матери и ребенку, согласно которым каждую женщину и новорожденного с состояниями или заболеваниями, с которыми невозможно эффективно справиться с помощью ресурсов, имеющихся в медицинском учреждении, необходимо направлять в стационары более высокого уровня [89, 118]. Этот принцип обозначается как «регионализация медицинской помощи», то есть передача функций от национального на региональный уровень, которая соблюдается во всех экономически развитых странах [8,79,171].

Принцип регионализации заключается в том, что медицинские учреждения разделяются территориально по трехуровневой системе в зависимости от оказываемой ими помощи: первый, второй и третий. Достаточно большое количество рандомизированных исследований научно обосновывают эффективность перинатальной регионализации в снижении

материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [21,59,64, 87,111, 153,158,171]. Тем не менее, реализация трехуровневой модели перинатальной помощи в каждой стране обладает уникальными характеристиками, которые формируются под влиянием географического положения, а также местных этнических и культурных традиций [17,18,19,65,97,98,134].

Согласно имеющимся источникам, первые основы перинатальной регионализации были сформулированы более 40 лет назад [59]. За этот временной промежуток модель организации медицинской помощи неоднократно была обновлена и усовершенствована соответственно современным требованиям [132,146]. На этапе развития системы регионализации, трехуровневая модель перинатальных направлений начала функционировать в Соединенных Штатах Америки, с 1976 г., когда на первом уровне оказывалась базовая помощь, на втором- специализированная, на третьем-узкоспециальная. Принцип этой модели заключался в перенаправлении беременных и рожениц групп высокого риска в родовспомогательное учреждение более высокого уровня, которое располагает возможностями для оказания им необходимой помощи, тогда как в Великобритании действующая подобная модель трехуровневой системы перинатальной регионализации имела другую формулировку - первый уровень - уровень общей помощи, второй – уровень высокой зависимости от оказываемой помощи и третий уровень – уровень реанимации [79]. В последующие 20 лет приобретенный практический опыт и поиск научно-обоснованных рекомендаций по улучшению системы регионализации позволили детализировать принципы перинатальных направлений/перенаправлений. Так, в 1997 году J.J. Chale и соавторы по результатам ретроспективного анализа первичной документации выяв или влияние организационных проблем региональных перенаправлений новорожденных с массой менее 1500 г. и/или гестационным возрастом менее 33 недель. На достаточно большом материале авторы установили достоверные различия в скорости транспортировки данной категории младенцев и обеспечении их медицинской помощью в стационарах третьего уровня.

Показано, что ранняя диагностика рождения ребенка с очень низким весом беременными из категории высокого риска, а также родоразрешение в учреждении соответствующего уровня способствуют благоприятным перинатальным исходам [148]. Во Франции процесс развития регионализации продолжался около 8 лет. R. Vieux и соавт.(2006г.) опубликовали данные родовспомогательных учреждений девяти регионов Франции за 1997 год, согласно которым проведен ретроспективный анализ первичной документации 1262 новорожденных с экстремальной массой тела при сроке гестации менее 31 недель. Авторы отмечают, что недоношенные новорожденные должны быть госпитализированы в учреждения третьего уровня, где имеются неонатальные отделения для предоставления им интенсивной терапии [181]. В Португалии развитие системы регионализации происходило на протяжении восьми лет. С 1989 года в контексте реорганизации здравоохранения страна обладала акушерскими отделениями с объемом более 1500 родов ежегодно. Родильные стационары были разделены на уровни: на первом уровне роды не осуществлялись; на втором уровне роды проводились для женщин с низким риском и предоставлялась интенсивная терапия среднего уровня; на третьем уровне оказывалась специализированная медицинская помощь для женщин с высоким риском, а также функционировали отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Эффективность трехуровневой системы регионализации в стране оценена в исследованиях Tomé T. (2009г), указывающие на значительное снижение показателей ПС в стране – в 2, 4 раза (с 16.4 до 6.6 на 1000 родившихся живыми и мертвыми), неонатальной смертности – в 3 раза (с 8,1 до 2, 7), а также младенческой смертности – в 3 раза (с 12,2 до 4). Полученные результаты автор считает существенными и связывает их с адекватной оценкой акушерских и перинатальных рисков, а также соблюдением строгих организационных принципов перенаправлений [179]. Опубликованы данные, которые свидетельствуют о выявленных проблемах и результативности трехуровневой модели регионализации в улучшении качества перинатальной медицинской помощи в Аргентине [177].

Аналогичные выводы получены из результатов исследования J.W. Dudenhausen и соавт. (2006г.), которые указывают о недооценке перинатальных рисков на амбулаторном уровне и не соблюдении принципов маршрутизации беременных и рожениц в стационары третьего уровня, что, несомненно, влияет на эффективность регионализации [153]. Ученые подчеркивают, что если количество новорожденных с очень низкой массой тела будет больше пятидесяти в год, не стоит ожидать положительных результатов [79,163]. E.A. Jensen и соавт. (2015г.) в своей работе также доказали, что на перинатальные исходы влияет уровень отделения интенсивной терапии новорожденных родильного дома и годовой объем родов младенцев с экстремальной массой тела при рождении [162]. Chale J.J. и соавт (1997г.) в своих исследованиях показали, что при массе новорожденного менее 1500 грамм и гестационном сроке менее 33 недели система регионализации теряет свою значимость [148]. M. Ros и соавт (2017г) пришли к выводу, что готовность медицинского персонала и полная информация о состоянии новорожденного до начала его доставки в учреждение высокого уровня предоставляет возможность осуществить медицинскую сортировку и , поскольку позволяет предвидеть потребность в специализированной медицинской помощи со стороны транспортной бригады [173]. Данные, приведенные в работе R. Hentschel и соавт. (2019г.), свидетельствуют, что при принятии решения о госпитализации новорожденных с очень низкой массой тела в другое медицинское учреждение, необходимо учитывать не только квалификационный уровень стационара, но и степень тяжести состояния ребенка [159]. Некоторые авторы доказали, что соблюдение принципов перинатальной регионализации позволяет в значительной степени уменьшить перинатальные потери и целесообразно использовать коечный фонд родовспомогательных учреждений и улучшить клинический аудит [67,132].

В 2016 году Hossain S. И соавт. (2016г.) опубликовали результаты достаточно большого исследования, в котором установили неблагоприятные исходы у детей с очень низкой массой тела и гестационном сроке до 32

недель, родившихся в родовспомогательных учреждениях Австралии, Новой Зеландии и Канады. Авторы показали, что перинатальные исходы данной категории пациентов зависят от территориального расположения и организационных моделей регионализации [160]. Аналогичные проблемы установлены при сопоставлении системы перинатальной регионализации в Южной Корее, США, Японии и других стран [149]. Кроме того, изучение проблем перинатальной помощи в Норвегии показано в работе Grytten J. И соавт. (2014г.), которые пришли к выводу, что перинатальная смертность не зависит от уровня стационара, в котором произошли роды, а эффективность регионализации обусловлена, с одной стороны, соблюдением принципов маршрутизации, с другой - стабильно низкими показателями ранней и поздней неонатальной смертности в стране [158]. По данным M. Kaneko и соавт. (2015г.), изучавшим в популяции региональную маршрутизацию матерей и детей, родившихся с массой менее 1500 грамм, объективную оценку результативности системы перинатальной регионализации обеспечивают организационные факторы : целесообразное разумное распределение медицинского персонала и использование оборудования, не копирование целей и назначений, уменьшение расходов при росте эффективности [163]. В исследованиях О.П. Ковтун (2020г.) подчёркивается, что для эффективного функционирования системы перинатальной регионализации важно постоянно наблюдать за деятельностью небольших отделений интенсивной терапии новорожденных и при необходимости изменять их структуру [59]. M.D. Brantley и соавт. (2017г.) в своих исследованиях также подтверждают, что непременным условием результативности регионализации являются объективная оценка статистических показателей и географических условий региона [146].

Россия опирается на международный опыт, накопленный экономически развитыми странами, который свидетельствует о том, что формирование трехуровневой системы в сфере перинатального здравоохранения становится ключевым фактором улучшения исходов для матерей и новорожденных,

занимая приоритетное место в стратегии здравоохранения страны [8,17,18,19,59,75,96,97,108, 109,134,135]. Российская модель является скоординированной, многоуровневой и межрегиональной системой. В течение последнего десятилетия она постоянно совершенствуется, функционирует во всех регионах России и построена на принципе строгого восприятия степени материнского и перинатального риска [8,18,38,65,98,111, 126, 27, 133,134].

На сегодняшний день во многих развивающихся странах продолжается строительство территориально распределенных ПЦ. Публикации организаторов здравоохранения и научные разработки свидетельствуют, что эти объекты позволяют предоставить специализированную медицинскую помощь матерям и новорожденным на высоком уровне и обосновывают эффективность перинатальной регионализации [51,75,87,92,104,111,114, 126, 127,18,129].

Практический опыт регионального распределения перинатальных центров с учетом территориального расположения, объемов работы и транспортной готовности медицинских услуг освещены многими отечественными и зарубежными учеными и организаторами здравоохранения [18,19,38,79,153,158,171,188]. В Российской Федерации количество ПЦ увеличилось с 2006 по 2018 годы в 3 раза (36 и 112 соответственно) [88].

Модель перинатальной регионализации в странах Центрально-Азиатского региона находится на стадии развития трехуровневой системы. Примером является Республика Казахстан. В период территориального разделения службы здравоохранения по трем уровням, материнская смертность (МС) ежегодно снижается до 3,5%, при этом отмечается повышение качества предоставляемых услуг на всех уровнях родовспомогательных учреждений [3]. В Таджикистане первые шаги по перинатальной регионализации начались в 2008 году с разработки положения об инфраструктуре, оснащении кадровом составе родовспомогательных учреждений [30]. В ходе совершенствования трехуровневой системы регионализации в 20212 году был разработан порядок оказания стационарной помощи беременным женщинам, во время родов и

послеродовой периоде и новорожденных в стационарах первичного и вторичного уровня [101]. В 2019 и 2020гг. в Хатлонской области созданы 2 ПЦ в составе многопрофильных больниц г. Куляб и г. Бохтар (Приказ МЗиСЗН РТ №609 от 16.08.2019г).

Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании регионализации перинатальной помощи, существуют неурегулированные вопросы, связанные с оценкой эффективности работы трехуровневой системы акушерско-гинекологической помощи. В публикациях М.П. Шуваловой с коллегами (2017 г.) поднимают вопрос об отсутствии надежных инструментов и показателей для адекватной оценки производительности и результативности этой системы [135]. В то же время, Р.Б. Курбанисмаилов и соавторы (2019 г.) демонстрируют новаторский подход на примере Красноярского края, где был внедрен метод, базирующийся на данных, полученных в результате работы системы дистанционного перинатального мониторинга в этом регионе [67]. По мнению О.В. Верховодовой (2015г.), для достижения минимума влияния социальных, финансово-экономических и иных факторов риска на результативность реализации государственной программы в России необходимо разработать комплекс мер управления ими [28]. Этот подход приемлем при оценке эффективности трехуровневой системы регионализации.

Анализ существующих научных данных о совершенствовании модели перинатальной регионализации предоставляет полезную информацию для поиска дальнейших путей по улучшению качества медицинских услуг и сокращения частоты репродуктивных потерь [34,92,106,132]. Необходимо понимать, что концепция перинатальной регионализации в каждом государстве складывается индивидуально, учитывая уникальные аспекты национальной системы здравоохранения, устоявшиеся местные традиции, длительно сложившиеся отношения между медицинским персоналом и пациентами, а также специфику и разнообразие медицинских учреждений, предоставляющих акушерскую и неонатальную помощь. Соблюдение принципов

направлений/перенаправлений способствует эффективной перинатальной регионализации как на территории высокоразвитых, так и развивающихся стран. В этом аспекте, проведение сравнительного анализа, учитывающего индивидуальные особенности расстояний и доступности третьеуровневых акушерских стационаров в различных странах Европы и регионах Российской Федерации, представляется крайне важным для понимания и оптимизации модели перинатальной регионализации. Исследование Д.В. Кузнецова (2018 г.) выявило, что в ряде европейских стран (таких как Италия, Испания, Германия и Венгрия) большинство (70 -95%) населения может добраться до третьеуровневых родовспомогательных учреждений в течение 15-20 минут, благодаря близости таких учреждений (10-15 км). Кроме того, сокращение числа стационаров первого уровня, обусловленное небольшой протяженностью территорий и хорошо развитой транспортной инфраструктурой, на практике не повлияло на качество и доступность перинатальной помощи в этих странах. Тогда как в Японии, доступность в родовспомогательные учреждения авиатранспортом составляет в пределах 15- 29 минут, а где из-за сложности рельефа местности приоритетом является направление/перенаправление авиатранспортом, продолжительность наземного маршрута составляет 90 - 180 минут. Ситуация в Великобритании и США такова, что для более 70% женщин доступность в родовспомогательное учреждение более высокого уровня составляет 60-минут [64].

Для оптимизации трехуровневой системы перинатальной помощи в отдаленных районах России, реализация телемедицинских инноваций и внедрение дистанционного перинатального мониторинга на региональном уровне, обеспечивающего связь между фельдшерско-акушерскими пунктами и акушерскими стационарами первого уровня, стали ключевыми мерами. Эти подходы способствовали усовершенствованию процесса "маршрутизации" беременных женщин с высоким перинатальным риском и, следовательно, повышению качества медицинских услуг на местном уровне [6,69,106]. Другим примером является Ямало-Ненецкий автономный округ с низкой плотностью

населения, где внедренные в акушерскую практику телемедицинские технологии, как дистанционное наблюдение за пациентками и телемедицинское согласование о своевременной маршрутизации беременных высокого перинатального риска в региональный ПЦ г. Ноябрьска улучшили материнские и перинатальные исходы, даже в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции. [6].

И все же, во многих регионах Центральной России существует дисбаланс в доступности медицинских услуг между городским и сельским населением. Гарантирование равного доступа к качественной медицинской помощи для всех слоев населения в этих регионах может быть улучшено путем привлечения высококвалифицированных медицинских специалистов в сельские районы и развития там медико-социальных услуг [20,54,91]. В исследовании, проведенного в Южной Танзании, показано, что ненадлежащее качество медицинских услуг в стационаре, обусловленное ограниченностью знаний медицинских работников об услугах в послеродовом периоде и возможных акушерских осложнениях, а также отсутствие административной организации послеродового ухода (чрезмерная рабочая нагрузка и нехватка материалов) являются барьерами предоставления качественных услуг родильницам сельской местности [165]. Исследователи считают, что при организации медицинской помощи в сельской местности необходимо акцентировать внимание на развитие семейных практик, активно привлекая к работе врачей общей практики, медицинских сестер и фельдшеров. Активно развивать транспортную и информационную инфраструктуру села, при возможности, использовать передвижные мобильные комплексы [54].

Стремительное развитие информационных технологий создало базу для качественно нового направления в организации оказания медицинской помощи в регионе с малой численностью населения – создание электронного регистра перинатальных направлений – передовой компьютерной технологии, направленной на модернизацию системы здравоохранения [49]. Этот регистр

позволяет мониторировать постановку на учет по беременности, выделять группу высокого риска женщины и своевременно направлять/госпитализировать в случае необходимости на более высокий уровень родовспомогательного учреждения. Система здравоохранения Бангладеш, имеющая свои территориальные сложности, предоставляет исключительные возможности для оценки и осознания роли электронного реестра дородовой помощи с множеством объединений для улучшения качества и использования государственной системы здравоохранения [170].

Согласно анкетного опроса, врачи перинатального центра Рязанской области считают, что использование информации в электронной обменной карте дает более полное представление о состоянии здоровья беременных и рожениц, чем специалисты учреждений I и II уровней [97].

Следовательно, в различных странах мира имеют место различные формы организации акушерской помощи, зависящие от системы здравоохранения, количества и формы медицинских учреждений, оказывающих акушерскую помощь, местных традиций и сложившихся десятилетиями взаимоотношений «женщина - врач-акушерка» [70]

Таким образом, система регионализации перинатальной помощи во всем мире, продолжает совершенствоваться с учетом региональных особенностей. Страны Центрально-азиатского региона, включая Таджикистан находятся на этапе реализации трехуровневой системы регионализации. Показатели материнской и перинатальной смертности, характеризующих качество медицинских услуг, оказывают влияние на эффективность деятельности перинатальных центров. В связи с этим, актуальным является изучение медико - социальных и организационных аспектов материнской смертности как во всем мире, так и в нашей стране

1.2. Медико-социальные и организационные аспекты снижения материнской смертности

Несмотря на достигнутые широкомасштабные успехи во всех сферах жизнедеятельности, МС в мире не ликвидирована и ежегодно уносит до 300 000 жизней [151]. С 2000 по 2020 год коэффициент материнской смертности (КМС) во всем мире снизился примерно на 34%, составляя в странах с низкими доходами 430 на 100 тыс. живорождений по сравнению с 12 на 100 тыс. живорождений в странах с высоким уровнем дохода. [32, 185]. В тот же период времени, то есть, с 2000 по 2020 гг. в регионах Восточной Европы и Южной Азии было достигнуто самое большое сокращение КМС с 70 до 67%, тогда как в наименее развитых странах этот показатель в общем уменьшился почти на 50% [32,175].

Показатель МС – один из основных индикаторов, который используется для оценки материнского здоровья и качества оказания медицинской помощи [130, 185]. Для достижения новых глобальных Целей устойчивого развития (ЦУР) решено к 2030 году сократить мировой КМС до менее 70 на 100 тысяч живорождений за счет уменьшения случаев предотвратимых (управляемых) летальностей. И это возможно при ежегодном статистическом снижении показателя на 11,6%, что проблематично на национальном уровне [136]. Данные официальной статистики свидетельствуют, что более 90% случаев МС происходят в развивающихся странах [32, 89]. Исследования подчеркивают, что индекс МС формируется под воздействием широкого спектра детерминант, включая медицинские аспекты, а также социальные, культурные и экономические элементы [61,63,125]. Согласно статистическим данным, приблизительно 87% случаев МС в 2020 г. случаются в Африке и обусловлены причинами религиозных убеждений и культурных обычаев, несмотря на доступность медицинских услуг [32, 42,151,175]. В этих странах ситуация остаётся такой же, которая существовала в развитых государствах 100 лет назад. Ключевыми медико-организационными аспектами, влияющими

на высокую материнскую смертность, являются многократные беременности с недостаточным временем между родами, неадекватные санитарно-гигиенические условия, отсутствие качественной предродовой диагностики, ограниченный доступ к информации о здоровье и повышенный уровень заболеваемости среди населения, недостаточное питание, нехватка медикаментов, и, наиболее важнейший фактор, это оказание должной поддержки со стороны государства в условиях слаборазвитой страны [175,184]. Документы ВОЗ за 2020 год отмечают, что в девяти странах, где уровень МС вызывает наибольшее беспокойство (Йемен, Сомали, Южный Судан, Сирийская Арабская Республика, Демократическая Республика Конго, Центральноафриканская Республика, Чад, Судан и Афганистан), показатели колеблются от 30 случаев на 100 тыс. живорождений (Сирийская Арабская Республика) до 1223 случаев (Южный Судан). В этих странах, вызывающих особую тревогу, этот показатель достигает 551 случая на 100 тыс. живорождений, что более чем в два раза превышает среднемировой уровень [32,174]. В исследовании Г.Ж. Бодыкова (2021г) представлены сведения о снижении уровня МС в Германии и Австрии с 1997 по 2017 годы с 8,7 до 2,9 и с 7,4 до 2,3 на 100 тыс. родов, то есть, в 3 раза [21].

Из статистических отчетов Минздрава России следует, что показатель МС за восемь лет (с 2001 по 2019 гг.) снизился более, чем на 70% (с 10,0 до 9,8 на 100 тыс. родившихся живыми соответственно), тогда как в Казахстане эта величина за десять лет (с 2009 по 2019гг) снизилась с 17,4 до 13,8 на 100 тыс. живорожденных соответственно), а в период коронавирусной инфекции (2020-2021гг) - увеличилась в 2,6 раза, составив 36,5 на 100 000 живорождений [3, 21]. По предварительным итогам за 12 месяцев 2021 года в республике показатель МС вырос на 22,6 % (в 1,2 раза) по сравнению с 2020 годом и составил 44,71 против 36,5 на 100 тыс. живорожденных [21,24,72]. В период реализации трехуровневой системы, МС в Казахстане ежегодно снижается до 3,5%, при этом отмечается повышение качества предоставляемых услуг на всех уровнях родовспомогательных учреждений [3]. Согласно исследованиям 2021

года, в Республике Кыргызстан КМС в стране за последнее десятилетие практически не опускался ниже 47 случаев смерти на 100 тысяч живорождений, что намного превышает национальный индикатор, определенный к 2015 году [103]. В Таджикистане показатель МС в 2018 году составлял 24 на 100 тыс. живорожденных и эта величина возросла в период коронавирусной инфекции (2021-2021 гг.) до 26,7-28,9% соответственно [39].

В период пандемии COVID-19 служба первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Европейском регионе ВОЗ столкнулась с невероятным ростом потребностей в услугах и разработала ряд новых информационных материалов, в которых представлялись существующие преобразования [48,74]. В отчетах ВОЗ за 2016 год отмечается, что в период пандемии COVID-19 МС могла быть обусловлена не только прямыми акушерскими причинами, но и взаимодействием различных факторов, косвенно связанных с беременностью [99]. Кроме того, усугубляющим фактором стало прерывание предоставления медицинских услуг, что привело к отсутствию должной профилактики или лечения осложнений, связанных с беременностью [32]. Существующие на данный момент исследования не предоставляют надежных данных для полноценной оценки воздействия пандемии COVID-19 на уровень МС на глобальном уровне [12,13,74,68]. Информация о МС за 2020 год была представлена лишь примерно 20% стран, преимущественно тех, где проживают относительно обеспеченные или небольшие по численности группы населения, что значительно ограничивает возможности для обобщенной оценки данных показателей на уровне всей популяции [32]. Отсутствуют данные о вертикальной передаче инфекции, вызванной коронавирусом 2 тяжелого острого респираторного синдрома, при проявлении инфекции в третьем триместре беременности [187]. Согласно исследованиям Т.Е. Белокриницкой (2021г), в период пандемии коронавирусной инфекции, в 2020 г. у беременных с COVID-19 показатели МС возросли в 38,2 раза, перинатальной – почти в 2 раза,, преждевременных родов - в 2,7 раза, частоты родоразрешения операцией кесарева сечения - в 1,6 раза [14]. По данным T. Roberton (2020), в период

пандемии COVID-19 прогнозировалось увеличение МС на 8,3–38,6% в месяц во всех 118 странах мира [172]. В работе, J Servante (2020г), при проведении поиска сообщений о случаях заболевания беременных женщин с диагнозом COVID-19, основанных либо на положительном результате мазка, либо на основании высокого клинического подозрения в двух биомедицинских базах (с сентября 2019 года по июнь 2020 года) установлено, что из 17 материнских летальностей в двух случаях ДВС был указан как фактор [176].

За период с 2001 по 2018 гг. показатель МС в г. Москве снизился в 1,7 раза (с 43,7 до 12,4 на 100.тыс. живорождений), при этом, ежегодно эта величина с 2016 года колеблется от 17,3 до 12,4 на 100.тыс. живорожденных [61]. Анализ причин МС показал, что почти три четверти всех МС в мире происходят из-за акушерской патологии [140,174]. В большинстве высокоразвитых странах мира в структуре причин МС лидирующими являются эмболия легочной артерии, гестозы и внематочная беременность, а кровотечения и сепсис составляют только 5-10 % [164]. В Соединенных Штатах Америки в структуре причин летальных исходов лидирующими являются сердечно-сосудистые заболевания, инфекции и акушерские кровотечения в зависимости от времени окончания беременности [164].

В России в структуре лидирующих причин МС в 2018 - 2019г. являлась экстрагенитальная патология, составляющая примерно 30%, а акушерские кровотечения находились на втором и третьем местах [62]. А.П. Милованов в 2018 году акцентировал внимание на необходимости доработки методов патолого-анатомического исследования, которые помогут точнее определить основные и сопутствующие причины материнской смертности в России, а также повысить стандарты и объемы аутопсий у погибших женщин [73]. В контексте исследований Я.Ю. Кудрявцевой, охватывающих период с 2017 по 2019 год, наблюдается заметное понижение показателей МС, связанной с преэклампсией и эклампсией (снижение на 62,1%), а также уменьшение случаев, обусловленных кровотечениями (на 36,9%). В то же время,

смертность, вызванная септическими осложнениями, продолжает оставаться на критически высоком уровне, что требует дополнительного внимания и исследований в этой сфере [63]. В исследованиях различных авторов за 2019 год отмечается снижение показателя МС из-за преэклампсии и эклампсии на 50-62%, тромбоэмболии легочной артерии на 32,0%, экстрагенитальных заболеваний на 40,7%, и акушерских кровотечений на 24,0-36,9%. Однако за тот же период было зафиксировано увеличение материнской смертности из-за эмболии околоплодными водами (ЭОВ) примерно на 60,0%, септических осложнений на 8,0%, осложнений, связанных с анестезией (с 1 до 3 случаев), и септических осложнений на 13,8% [5,112]. Согласно данным М.М. Падруль (2020 г.), ЭОВ составляет от 1,2 до 16,5% в структуре материнской смертности, тогда как исследования А.И. Корольковой показывают диапазон от 13,4 до 15,8% [62,93]. Результаты исследований, проведенных Р.Б. Курбанисмаиловым в 2019 году, указывают на то, что комбинация экстрагенитальных факторов, в отличие от единичных факторов, существенно увеличивает вероятность возникновения нежелательных исходов во время беременности [66]. Исследования показали, что в Республике Казахстан за последние пять лет прямые причины МС, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом имеют неустойчивую тенденцию к снижению, составляя в 2016г.-40,4%, 2018 г. – 66,1%, 2020 г. – 34,6%. В то же время, удельный вес причин МС, не связанных с беременностью и родами, увеличился (26,8%, 54,6% и 65,4% соответственно) [21]. В государствах с недостаточным уровнем социально-экономического развития, возможно значительное сокращение МС, если обеспечить доступность высококачественной медицинской помощи во время беременности, родов и постнатального периода, особенно для женщин с низким образовательным уровнем и высоким риском неблагоприятных материнских исходов [125,138]. Общественно-поведенческие и общесоматические факторы риска усугубляют неблагоприятные материнские исходы, которые приводят к МС в 1,7–29,5 раза сильнее [16,84,85].

В Соединенных Штатах Америки МС и тяжелая материнская заболеваемость возросла, в структуре причин летальных исходов лидирующими являются сердечно-сосудистые заболевания, инфекции и акушерские кровотечения [164]. Эти наблюдения находят отклик в результатах аналогичных исследований, проведенных на территории России [125].

Из большинства вышеуказанных исследований следует, что свидетельства о МС имеют ограниченную информацию и дают только общее представление о летальности и их динамику на национальном уровне, но не позволяют понять, что стало причиной смерти женщины.

Хотя в ряде стран было достигнуто заметное снижение показателя МС, критические акушерские ситуации продолжают оставаться значимой проблемой в области здравоохранения [1,9,11,15,29,84,110]. Результаты проведенных исследований по выявлению критических случаев и МС диктует необходимость проведения комплексных медико-организационных мероприятий, направленных на обеспечение родовспомогательных учреждений квалифицированными специалистами, проведение постоянных тренингов и аудита, что будет способствовать оказанию качественной, безопасной акушерской помощи и снижению материнской заболеваемости и смертности [44, 45, 71, 78,,84, 123,125]. Для мониторинга и улучшения качества акушерской помощи ВОЗ разработала инструмент по возможным событиям возникновения акушерского заболевания (MNM) - это пять заболеваний, четыре вмешательства и потенциально опасных семь случаев тяжелых материнских исходов (SMO), для жизни состояниям [144,184]. Актуальная ситуация способствовала адаптации стандартов ВОЗ к условиям регионов с ограниченными ресурсами, с учетом имеющихся клинических, лабораторных и организационных возможностей. В методологическом протоколе ВОЗ для анализа случаев МС (NM) предложена модель «трех задержек», которая учитывает критические моменты в предоставлении экстренной акушерской помощи: первая задержка - в принятии решения на уровне сообщества о

своевременной госпитализации или направлении пациентки в специализированное медицинское учреждение, вторая - в транспортировке (связь, состояние дорог, доступность транспорта, погодные условия и т.д.), третья - в предоставлении неотложной квалифицированной помощи в полном объеме (реанимационная и хирургическая) в медицинском учреждении, принимающем пациентку [154]. Было выявлено, что в странах с низким уровнем развития более 70% женщин поступают в больницы уже в критическом состоянии из-за задержек на первых двух этапах оказания медицинской помощи. Эти обстоятельства могут стать предметом особого внимания со стороны государственных органов и управляющих в сфере здравоохранения для интеграции эффективных методик и практик, направленных на улучшение качества медицинских услуг для матерей и детей [123,191]. Последние данные свидетельствуют о том, что в странах с высоким и выше среднего уровнями дохода профессиональная помощь (акушерка, врач или медсестра) предоставляется при почти 99% всех родов. Однако в странах с низким и ниже среднего уровнями дохода доля родов, при которых присутствуют квалифицированные специалисты, составляет лишь около 60-70% [123,155,138]. Касательно второго типа задержки, климатические и географические особенности региона (пространственная протяженность, периодические наводнения, обильные осадки, внезапные погодные изменения и иногда невозможность использования санитарной авиации) создают препятствия для своевременной транспортировки женщин в критическом состоянии в специализированные медицинские центры. Изолированность населенных пунктов от центральных районных и городских медицинских учреждений, а также отсутствие в некоторых местах надежных средств коммуникации и транспорта являются организационными барьерами, затрудняющими оперативное предоставление медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, при этом в ряде случаев фактор времени критичен для спасения жизни [154].

Исследованиями доказано, что конфиденциальное расследование случаев околопотерь («near miss», «едва выжившие», «возможный промах») и материнскому аудиту являются резервами снижения материнской заболеваемости и смертности [1,9,11,15,16, 29, 86,184,191].

Большинство ученых и организаторов системы здравоохранения убеждены, что решением проблемы МС является квалифицированное родовспоможение и неотложная акушерская помощь (НАП), однако, во многих регионах большинство медицинских учреждений недостаточно оснащены или территориально недоступны [112,113, 155].

Установлено, что ведущими факторами, способствующими МС, являются отсутствие знаний о ранних признаках, предупреждающих о необходимости обращения за медицинской помощью, тактические факторы, а также факторы, связанные с системой «маршрутизации» беременных и рожениц из отдаленных регионов в учреждения более высокого уровня [22, 121, 178]. Ai-ris Y Collier (2019) **,** проанализировав МС в США показал, что в 2018 году более 60% смертей, связанных с беременностью, можно было предотвратить, а ведущими факторами, которые способствовали летальному исходу, были отсутствие знаний пациенток об опасных симптомах и ненадлежащее качество дородового ухода [152].

Безусловно, дальнейшее снижение акушерских осложнений и МС возможно в использовании новых научных достижений. В этом аспекте, внедрение национальных стандартов и клинических протоколов позволит улучшить готовность учреждений по оказанию базовой и комплексной НАП. [113]. Для этого необходимо улучшить существующие возможности родовспомогательных учреждений путем модернизации инфраструктуры, наличия оснащения, оборудования и своевременных поставок лекарств, необходимых для оказания помощи в случаях возникновения акушерских осложнений. В то же время повышение профессиональных знаний и клинических навыков медицинского персонала по оказанию неотложной

помощи пациентам усилит функции учреждения в постоянной готовности к НАП [7, 23,125].

Прогнозирование МС является сложной задачей. В некоторых исследованиях показано, что прогноз смертности по причинам смерти на текущем методологическом уровне больше подходит для краткосрочного прогнозирования, потому что для короткого видения более вероятно сохранение наблюдаемых тенденций [46].

Таким образом, при анализе современных отечественных и зарубежных литературных источников крайне сложно проследить как количественную, так и качественную динамику показателей МС, зависимую от уровня развития системы здравоохранения в стране. Среди всех рисковых факторов, способствующих критическому состоянию женщин, независимо от того, связаны ли они с прямыми или косвенными причинами, наибольшее значение имеют медицинские и организационно-методические факторы, а также факторы, связанные с ответственностью пациентки за собственное здоровье [11, 34,69,76,94].

Изучение медико-социальных и организационных аспектов перинатальной смертности расширят представления о качестве предоставляемых услуг матерям и детям.

1.3. Медико-социальные и организационные аспекты снижения перинатальной смертности

Несмотря на то, что в современных медико-демографических условиях в системе родовспоможения достигнуты успехи в улучшения здоровья матери и ребенка, проблемы перинатальных потерь не теряют своей значимости, поскольку этот показатель во многих странах по-прежнему остаётся высоким и варьирует около 30‰ в широких пределах по континентам и странам [10,31, 80, 83,115].

Как и МС, ПС служит многофакторным индикатором, отражающим уровень социального благосостояния и экономического развития страны и иллюстрирует доступность и качество медицинских услуг, предоставляемых матерям и их детям, а также позволяет оценить эффективность работы системы здравоохранения на национальном уровне [10, 52, 35, 80, 95, 96].

Эксперты ВОЗ рекомендуют считать низким показатель ПС до 10 ‰, средним -10-15 ‰ и высоким - более 15 ‰ [32]. Согласно первым в истории совместным оценкам мертворождения, опубликованным ЮНИСЕФ, ВОЗ и отделом народонаселения Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам около двух миллиона детей рождаются мертвыми [139]. Статистические данные Росстата показывают, что в некоторых регионах России, в том числе в Дальневосточном федеральном округе, показатель ПС находится на среднем уровне [40]. В ходе реализации широкомасштабных организационных мероприятий по охране матери и ребенка, в России с 2006 по 2018 гг. наметилась положительная тенденция в динамике показателя ПС в основном среди городского населения (с 9,39 до 6,8 на 1000 живорожденных), тогда как среди сельского населения эти данные несколько выше (с 10,0 до 8,5 на 1000 живорожденных). При этом, в целом по стране за этот период снижение ПС происходило в основном за счет снижения ранней неонатальных потерь, а количество мертворождений оставалось стабильным [10,40,52,83]. Согласно статистическим данным Российской Федерации показатель мертворождаемости в 2018 году составлял 6,6 на 1000 живорожденных [88]. В исследованиях Л.А. Ивановой (2020г), перинатальная и младенческая смертность за последние годы имела отчетливую положительную динамику составив в 2017 году 7,5‰ и 5,6‰, в 2018 - 7,2‰и 5,1‰ соответственно, при этом, этот показатель в 1,5-2 раза превышает таковую в странах Европы (Италия, Испания) - в 2-3 раза, составляя 2,7-2,9‰, - в странах Скандинавии (Финляндия, Норвегия) – в 1,7-2,3‰ [52]. Анализ ПС в странах Центрально-азиатского региона показал, что в Казахстане этот показатель имеет устойчивую тенденцию снижения (с 16,2 до 8,3 на 1000 родившихся) [24,79,122]. В исследованиях, проведенных Д.С.

Джолдошевым в 2018 году, показано, что в Йемене показатель младенческой смертности был значительно выше - 1,8 раза (34 случая на 1000 живорожденных), по сравнению с показателями в Киргизии, где этот показатель составил 19 случаев на 1000 живорожденных [42]. По данным Ш.Т. Искандаровой, (2018), исследования, проведенные Госкомстат и ЮНИСЕФ в Узбекистане показало, что среди детей, умерших в возрасте до 5 лет, 88% умирают в возрасте до 1 года, а среди детей, умерших до 1 года, 77% умирают в течение первого месяца жизни и коэффициент младенческой смертности – 22 на 1000 живорожденных, неонатальной смертности составляет 17 на 1000 живорождений [53, 77]. В Таджикистане за 2018 год показатели младенческой несколько ниже (14 на 1000 живорожденных), а перинатальной смертности – такой же (17 на 1000 живорождений) [39]. В этом контексте особое внимание привлекает увеличение числа мертворожденных и случаев ранней неонатальной смертности (РНС), показатели которой в 2018 году составляют соответственно 9,7 и 7, 4 на 1000 живорождений [39].

Исследования, проведенные О.Г. Бозгой в 2013 году, указывают на то, что большинство летальных исходов в неонатальном периоде могут быть предотвращены и обусловлены как организационными, так и специфическими неонатальными факторами. Эти данные подчеркивают корреляцию между риском материнской и неонатальной смертности и качеством медицинских услуг, предоставляемых женщине на всех этапах: до зачатия, в период беременности, во время родов, а также в послеродовом периоде. Кроме того, исследование акцентирует внимание на связи между состоянием здоровья новорожденного в момент рождения и вероятностью его смерти в первый год жизни [18].

Обобщая литературные данные, L Linsell (2017г), указал, что трудно прогнозировать факторы риска перинатальных потерь, поскольку недостаточно исследований по прогностическому моделированию

долгосрочных результатов у выживших детей с экстремально низким и очень низким весом [167].

Несмотря на снижение детской смертности на 50%, снижение РНС значительно отстает от других достижений Целей развития тысячелетия и вносит растущий вклад в общую смертность детей в возрасте до 5 лет [166]. В структуре РНС среди младенцев, родившихся в стационаре третьего уровня, одной из ведущих причин является асфиксия, болезнь гиалиновых мембран (41,5%), врожденные пороки развития новорожденных (9,4%) и внутриутробные инфекции (8,0%) [160].

В странах с высоким уровнем дохода выживаемость маловесных детей может быть улучшена за счет повышения качества антенатального ухода и своевременной реанимации новорожденных, переведенных в учреждения, где неонатологическая служба доступна круглосуточно. [160,161,162, 163,166,168]. В странах с высоким уровнем экономического развития, ведущими факторами, способствующими ПС, являются: преждевременные роды, составляющие 67-70% случаев, врожденные аномалии (5,0-12,0%), асфиксия (43,0%), внутриутробная гипоксия (67,0%), инфекционные заболевания (11,0-45,0%), а также осложнения, связанные с беременностью и родами (20,0-40,0%) [2,25,35]. Другие исследования показывают, что ведущими причинами ПС являются в 22,5 % случаев асфиксия и родовая травма, в 12,7 % - врожденные пороки развития. При этом на долю врожденной пневмонии приходится каждый десятый случай всей детской смертности, регистрируемой в мире [115].

По данным Е.Н. Байбариной, до 60% недоношенных детей рождаются в маломощных организациях родовспоможения I и II уровней, что увеличивает риск ПС не только в этих стационарах, но и в многопрофильных больницах, куда младенцы доставляются силами специализированных - реанимационно-консультативных центров в состоянии крайней степени тяжести [8].

В течение последних десяти лет, согласно многим исследованиям, в структуре ПС произошло увеличение доли антенатальных факторов по

сравнению с неонатальными, достигая 50,3%. Эти данные указывают на проблемы в системе пренатального обследования и на недостаточные усилия по оздоровлению женщин репродуктивного возраста [47,60,141,147]. Установлено, что более чем 130 видов бактерий могут вызывать внутриматочную инфекцию, и многие из них ассоциированы с антенатальной гибелью плода [47].

Основными факторами, обуславливающие перинатальную патологию, являются такие экстрагенитальные заболевания у матери, как заболевания мочеполовой системы у беременных женщин и анемия, встречающиея в 54,2 и 41,9% случаев соответственно. Установлено, что своевременная диагностика и лечение соматических заболеваний у беременных способствует сокращению ПС на 2,8%, мертворождаемости на 16% и РНС на 25,8%. Авторы исследования отмечают, что наблюдаемое позитивное изменение в показателях ПС коррелирует с повышенной эффективностью антенатального ухода и внедрением передовых медицинских технологий в родовспомогательные учреждения [96]. В большинстве случаев мертворождения происходит из-за ненадлежащего качества медицинской помощи во время беременности и родов, а также недостаточных теоретических и практических навыков сестринского и акушерского персонала. [139]. Некоторые авторы среди «материнских» причин почти в каждом третьем случае (27,8%) первом месте указывают преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (ПОНРП), предлежание плаценты (ПП), патологию пуповины, гипертензивные нарушения и перенашивание [35].

Исследования большинства отечественных и зарубежных ученых и организаторов здравоохранения свидетельствуют, что регулярный анализ уровня, структуры и причин ПС, подробный анализ мертворождений и случаев смерти новорожденных позволит выявить упущенные возможности качества акушерской и неонатальной помощи на уровне её организации что несомненно положительно отразится на репродуктивном потенциале и здоровье населения в целом [2, 27, 144,162].

В Таджикистане, аналогично множеству стран Европы, накоплен значительный опыт в осуществлении аудита мертворождений и ранней неонатальной смертности, как средства повышения качества перинатальной заботы [100].

Применение сети ПЦ в Европе способствовало уменьшению уровней перинатальной и ранней неонатальной смертности до 10% и 6% соответственно. Между тем, в менее развитых странах, где отсутствуют такие центры, данные показатели остаются значительно выше, достигая 52% и 32% соответственно [128,129,163,188]. В Мурманском ПЦ в 2012 году произошло снижение младенческой (-24,7%), перинатальной (-28,4%) смертности, повышение ранней неонатальной (+15,3 %) смертности в 2003–2012 гг. [87]

Многочисленные исследования подчеркивают, что внедрение перинатального аудита вместе с моделью «neonatal near miss» не только способствует оптимизации и модификации служб акушерства-гинекологии и неонатологии, но также служит важным инструментом для обучения медицинского персонала [27,31].

Влияние заболеваемости и ПС на статистику летальности на протяжении всего детства подчеркивает первостепенную важность оптимизации ухода за беременными, родильницами и новорожденными в целях сокращения перинатальных потерь [64]. Введение трехуровневой системы перинатальной помощи принесет улучшения в процессе направления и перенаправления беременных женщин из группы высокого риска в более специализированные родильные учреждения.

Внедрение передовых управленческих практик, таких как перинатальный аудит и модель «neonatal near miss», не только способствует принятию мер по улучшению и реструктуризации служб акушерства-гинекологии и неонатологии, но также обеспечивает обучение медицинского персонала, позволяет оценить фактические затраты на медицинскую помощь и измерить ее экономическую целесообразность [1,11, 27,71].

Резюме

Проведенный анализ отечественных и зарубежных литературных источников свидетельствует, что система регионализации перинатальной помощи продолжает совершенствоваться путем создания территориальных перинатальных центров, активного применения инновационных технологий и индикаторов мониторинга беременных, позволяющих существенно снизить риски возникновения критических акушерских состояний и случаев материнской и перинатальной летальности, обеспечивая таким образом более высокий уровень здоровья матерей и их детей.

Уникальность перинатальных центров состоит в том, что они играют ключевую роль в разработке и внедрении эффективной трехуровневой системы акушерско-гинекологической помощи на национальном уровне, сосредотачивая беременных с повышенным перинатальным риском и новорожденных в одном месте, обеспечивая применение передовых инновационных методов в перинатологии в оказании справедливого доступа к медицинской помощи во время беременности, родов и после родов матери и ребенку, снижении материнской и младенческой смертности.

В Таджикистане до настоящего времени не проводилось целенаправленных исследований по изучению системы регионализации перинатальной помощи, что определило выбор настоящего исследования.

ГЛАВА 2. Материал и методы исследования

2.1. Объект и предмет исследования

Работа выполнена в 2020-2024 годах на кафедре акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения республики Таджикистан». Настоящее диссертационное исследование проводилось в несколько этапов и по нескольким направлениям в соответствии со сформированными целью и задачами на территории Хатлонской области и г. Душанбе.

Объект исследования. Служба родовспоможения Хатлонской области, ПЦ г. Куляб и ГУ «ТНИИ АГиП» (3 уровень), ЦРБ района Ш. Шохин (2 уровень), СНБ района Ш.Шохин (1 уровень): с. Н. Махмудов, с. Догистон, с. Мирзо али, с. Чагами нав, с. Даштичум; случаи материнских летальных исходов и ранней неонатальной смертности, протоколы разборов материнкой смертности, рецензии экспертов, решение коллегий; родильницы и медработники района Ш. Шохин.

Предмет исследования. Нормативно-правовые документы МЗиСЗНРТ, относящиеся к охране матери и ребенка; медико - демографические показатели, характеризующие службу родовспоможения в Хатлонской области (2015-2022гг). Ретроспективное изучение медико - социальных и организационных аспектов МС в период КОВИД 19 и в постковидный период (2019-2022гг); ретроспективный анализ РНС в стационаре 3 уровня, оценка деятельности ПЦ г. Куляб Хатлонской области, как родовспомогательного учреждения третьего уровня в системе регионализации перинатальной помощи, оценка качества медицинских услуг при существующем механизме перинатальных направлений в труднодоступных учреждениях родовспоможения 1 уровня района Ш. Шохин Хатлонской области, объекты которых определены приказом МЗиСЗНРТ №240 от 16.03.2021г.

2.2. Дизайн исследования

Первый этап: для разработки предложений по внедрению в практику инновационных моделей перинатальных направлений разработаны план и программа исследования, проведен анализ данных отечественной и зарубежной литературы по проблеме исследования, а также нормативно-правовых документов Республики Таджикистан, регламентирующих охрану матери и ребенка.

Второй этап: для изучения основных медико-демографических показателей, характеризующих организацию перинатальной помощи в период регионализации перинатальной помощи в Хатлонской области на основе генеральной статистической совокупности проведен анализ ежегодичных сборников республиканского центра медицинской статистики и информации МЗиСЗНРТ и формы № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным» за 2015-2022гг.

Третий этап: с целью изучения медико - социальных и организационных аспектов материнской и ранней неонатальной смертности методом случайной выборки проведено ретроспективное клинико-статистическое исследование первичной медицинской документации (форма 029-индивидуальная карта беременной, форма 87 - обменная карта, форма №096- история родов, карты новорожденных) 384 случаев репродуктивных потерь: 156 - гибели матерей в течение беременности, родов и послеродовом периоде в период КОВИД 19 и постковидный период (2019-2022гг) (Анкета №4), 228 - гибели новорожденных в течение 7 суток (168 часов) после родов, имеющих место в родовспомогательном учреждении третьего уровня (2020-2022 гг.) (Анкета №5). В работе использованы рецензии экспертов и решений коллегий о случаях материнской смертности.

Четвертый этап: 1. Для оценки эффективности трехуровневой системы перинатальных направлений в Хатлонской области путем ретро - и проспективного исследования проанализированы количественные и

качественные показатели ПЦ г. Куляб Хатлонской области за 2 года до ввода в эксплуатацию (2017- 2018г) и в течение полных 4-х лет его деятельности (2019-2023гг). В качестве индикаторов, характеризующих результаты деятельности ПЦ, анализировались следующие показатели: динамика госпитализированных беременных высокого риска, ПС, перенаправление беременных и рожениц.

2. Для разработки модели эффективного механизма перинатальных направлений дана оценка существующего механизма перинатальных направлений между учреждениями 1 и 2 уровней путем картографического исследования населённых пунктов и медицинских учреждений в 5 СНБ района Ш.Шохин Хатлонской области (1 уровень): с. Н.Махмудов, с. Догистон, с. Мирзо Али, с. Чагами нав, с. Даштичум, ЦРБ района Ш.Шохин (2 уровень). Выбранные объекты определены приказом МЗ и СЗНРТ №240 от 16.03.2021г.

Критериями отнесения местности к категории труднодоступных являлись: находящиеся на большом расстоянии от районных центров и постоянных населенных пунктов, не имеющие регулярного транспортного сообщения, климатические условия, оказывающиеся отрезанными от транспортных путей. Путем телефонного опроса дана оценка уровня знаний медицинских работников учреждений I-го уровня о 7 сигнальных функциях стандарта оказания базовой неотложной – акушерско - неонатологической помощи (БНАНП), соответствующих стандартам ВОЗ («BEMONC» (Анкета№1).

Путем проспективного исследования проведено интервьюирование/анонимный опрос 120 матерей и дана оценка удовлетворенности пациенток о доступности и качестве предоставляемых услуг перинатальных направлений (Анкета №2), а также 194 специалистов пилотных учреждений, вовлеченных в перинатальные направления для оценки знаний и существующих практик медицинских работников (Анкета №3). Проведен анализ существующих документаций перинатальных направлений и обратных направлений в учреждениях ПМСП и в учреждениях родовспоможения разного уровня (Анкета №4).

Пятый этап: для улучшения механизма перинатальных направлений в труднодоступных регионах района Ш.Шохин Хатлонской области подготовлен каталог учреждений и их подчиненность для использования в системе цифровизации перинатальных направлений по территориальному принципу. Создана информационная система сбора данных по перинатальным направлениям (электронный регистр беременных) для ввода данных перинатальных направлений (102 вопроса-Анкета №6), утвержденная приказом МЗиСЗНРТ №812 от 14.09. 2021 года. Разработано руководство по мониторингу и надзору над функционированием системы перинатальных направлений/перенаправлений и индикаторам мониторинга (приказ МЗиСЗРТ №1221 от 29.12.2021 года). Подготовлены тренеры по использованию электронного регистра (приказ МЗ и СЗНРТ №688 от 21.09. 2022г «О проведении обучения по внедрению электронного регистра перинатальных направлений»; проведено анонимное тестирование теоретических знаний специалистов по оказанию НАП при акушерских кровотечениях и гипертензивных нарушениях (Анкета №7).

Разработанные анкеты по поставленным в работе задачам

Анкета 1. Оценка «сигнальных функций», выполняемых для лечения основных причин материнской и неонатальной заболеваемости и смертности (7 вопросов по оказанию БНАНП с оценкой наличия коммуникаций, количества родов, а также наличие оборудования и обученных кадров в 5 СНБ района Ш.Шохин):

1) введение антибиотиков для профилактики послеродовой инфекции;

2) введение противосудорожных препаратов для лечения преэклампсии и эклампсии;

3) введение окситоцина для лечения послеродового кровотечения;

4) ручное отделение и выделение последа и плаценты;

5) оперативное влагалищное родоразрешение (с применением акушерских щипцов или вакуум-экстракции плода);

6) выскабливание полости матки для удаления остатков плаценты или после прерывания беременности;

7) реанимация новорожденных.

Анкета № 2. Анонимный опрос матерей после родов (10 вопросов по качеству оказания медицинских услуг, касающихся маршрутизации беременных и рожениц в районе Ш.Шохин)

Выборка: женщины, уже родившие, давшие согласие ответить на вопросы.

Дата: __ __ / __ __ / __ __ число, месяц, год

Общая информация о медицинском учреждении

а Район _____б Джамоат_____

с Название учреждения: _____

д Тип учреждения: 1-ДЗ, 2-ЦЗ, 3-РД при СНБ, 4 - городской или районный роддом без кесарева сечения (КС), 5=городской или районный роддом где проводят КС - комплексная неотложная акушерско-неантологическая помощь (КНАП), 6 - Роддом третьего уровня/ПЦ

Кто направил Вас в это медучреждение?

1- Дом здоровья, 2 - Центр здоровья, 3 - поликлиническое отделение (дородовая помощь) при этой больнице, 4 - родильное отделение другой больницы более низкого уровня; 5 - вызов скорой помощи из дома или "с улицы", или учреждения немедицинского характера (например, рынок, магазин), 6 - приехала без направления (самотеком)

2. Вам объяснили в медицинском учреждении (кто направил) причину, по которой вас направили сюда? 1 - Да, 2 - Нет

3. Вы получили бланк направления из направившего медучреждения?

1 -Да, 2 - Нет.

4. Когда Вы приехали в больницу с бланком направления, вас осмотрел медработник вне очереди?

1 - Да 2 - Нет 3 - не могу вспомнить / не знаю, нет ответа

5. По прибытии в роддом сколько времени Вы провели в ожидании, прежде чем вас осмотрит медицинский работник?

1 - <30 минут; 2 - 30 мин-1 час, 3)1-1.5 часа 3)1.5 -2 часа; 4)>2часов

6. Сколько времени ушло на дорогу чтобы добраться до этого роддома?

1 - <30 минут; 2 - 30 мин-1 час, 3)1-1.5 часа 3)1.5 -2 часа; 4)>2часов

Анонимный опрос матерей в родильном доме

7. На каком транспорте Вы добирались сюда?

1 - Автобус / маршрутка; 2 - Пришла пешком; 3 - Скорая помощь /транспорт направившего учреждения; 4 - Такси; 5 - личный автомобиль; 6 - Велосипед; 7 - мотоцикл; 8 - Лодка; 9 - Животное / тележка, 10 - другое. Впишите один или несколько видов транспорта.

8. Насколько одобрение семьи было важно для вашего направления в этот роддом? Выберите правильный ответ: 1 - не важно, я приняла решение самостоятельно, 2 - важно, члены семьи участвовали в этом решении, 3 - не знаю

9. С какими проблемами Вы столкнулись в ходе вашего направления в роддом? Впишите_____

10. Как можно улучшить механизм направлений в системе родовспоможения? Впишите_____

Анкета 3. Анонимный опрос медицинских работников (10 вопросов медработникам по качеству оказания медицинских услуг, касающихся перинатальных направлений в районе Ш.Шохин

Выборка: медработник вел беременность или роды в этом учреждении в течение последнего месяца, давший согласие на участие в анонимном опросе

Дата: __ __ / __ __ / __ __ Число Месяц Год

Общая информация о медицинском учреждении

Район _____Джамоат_____

Название учреждения: _____

Тип учреждения: 1 - ДЗ, 2 - ЦЗ, 3 - РД при СНБ, 4 - городской или районный роддом без КС (БНАНП), 5 - городской или районный роддом где проводят КС (КНАНП), 6 - роддом третьего уровня/ПЦ

1.Статистика медработника

1 Тип медицинского работника:

1 - Врач акушер-гинеколог; 2 - Врач-педиатр; 3 - Семейный врач; 4 - акушерка; 6 - Медсестра; 7 - Фельдшер, другое, укажите:

Стандарты и практика направлений и перенаправлений

2. Какие документы, руководства / стандарты / приказы / другие печатные материалы Вы используете для принятия решения о неотложных и плановых направлениях беременных женщин, матерей и новорожденных_____

3. Чем Вы руководствуетесь в решении в целесообразности направления беременной или роженицы в учреждение более высокого уровня:

1 - поиск ответа в указанном выше руководстве;

2 - поиск ответа в учебной программе профессионального образования / студенческое пособие по акушерству и гинекологии;

3 - устная консультацию у более опытного медицинского работника;

4 - созовете консилиум /консультацию по конкретной истории беременности/ родов со своими коллегами;

5 - позвоните в медицинское учреждение более высокого уровня, чтобы проконсультироваться с ними;

4. Впишите один или несколько ответов: не знаю или "затрудняюсь ответить".

5. Является ли консультирование беременных по вопросам транспортировки в случае симптомов (роды или угроза, опасные симптомы) рутинной практикой во время дородовых визитов в вашем учреждении? 1 - Да, 2 - Нет, 3- это учреждение не оказывает ДП

6. Является ли рутинной практикой вашего учреждения телефонограмма

в медучреждение более высокого уровня в случаях экстренных

направлений? 1 - Да, 2 - Нет

7. Является ли рутинной практикой в вашем районе выдача родильнице

бланка "перенаправления" из роддома в учреждение первичного звена

для послеродового наблюдения матери и ребенка? 1 - Да, 2 - Нет,

3 - затрудняюсь ответить

8. Сколько раз в год ваше учреждение организует собрание для

обсуждения случаев направления к специалистам здравоохранения

среди медицинских работников?

9. Впишите число - 3 главных препятствия для эффективной работы системы направлений и перенаправлений

10. Что нужно сделать, чтобы сделать систему направлений и перенаправлений более эффективной?

Анкета 4. Изучение записей направлений и перенаправлений в регистрационном журнале (5 вопросов по ведению медицинской документации перинатальных направлений в районе Ш. Шохин).

Выборка: специалистов, давшие согласие ответить на вопросы.

Дата: __ __ / __ __ / __ __ число, месяц, год

Общая информация о медицинском учреждении

а Район _____

б Название учреждения: _____

Тип учреждения: 1 - ДЗ, 2 - ЦЗ, 3 - РД при СНБ

Категория специалистов:1-акушер-гинеколог, 2- семейный врач,3- акушерка,4-медицинская сестра, 5- врач неонатолог/педиатр, 6-лаборант, главный врач

1. Консультирование беременных по вопросам транспортировки входит в рутинную практику /Да, Нет

2. Используют телефонограмму при экстренных направлениях/Да, Нет

3. Медработники родильных стационаров выдают родильницам бланк обратного направления в первичное звено для послеродового наблюдения/Да, Нет.

4. Обсуждаются проблемы направлений/перенаправлений беременных/ ежемесячно, ежеквартально, несколько раз в месяц/Да, Нет.

5. Знакомство с национальными стандартами /Вписать_____

Анкета 5. Изучение медико-социальных и организационных аспектов материнкой смертности (72 вопроса, составленных из индивидуальной карты беременной, обменной карты, истории родов)

Анкета 6. Изучение медико-социальных и организационных аспектов ранней неонатальной смертности (145 вопросов, составленных из индивидуальной карты беременной, обменной карты, истории родов и карт новорожденных)

Анкета 7. Технологическая карта электронного регистра (102 вопроса, составленных на основе «Национального стандарта по антенатальному уходу при физиологической беременности», утвержденного Приказом МЗ СЗНРТ № 1104 от 11.12 от 2019)

Анкета 8. Изучение уровня знаний специалистов по оказанию НАП - претест и посттест (60 вопросов, оценивающих уровень теоретических знаний специалистов НЦРЗ по акушерским кровотечениям и гипертензивным нарушениям).

2.3. Методология исследования: анонимный, контент-анализ, метод экспертных оценок, аналитический, математико-статистический и графико-аналитический методы, метод организационного моделирования. Статистическая обработка материала проводилась в программе SPSS Statistics 19 по стандартным методикам вычислений показателей описательной статистики. Для определения линейной зависимости между независимыми и зависимыми переменными была применена методика линейной регрессии (Linear Regression). Для количественных величин вычисляли их среднее значение и стандартную ошибку, для качественных величин вычислялись проценты. При парных сравнениях для категориальных переменных применялся критерий хи-квадрат Пирсона, в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Фишера, для 3-х и более групп применялся критерий хи-квадрат для произвольных таблиц. Различия были статистически значимыми при $p<0,05$.

Таким образом, в настоящей работе использовались доступные, информативные и апробированные методы исследования, позволяющие решить поставленные задачи.

ГЛАВА 3. Полученные в ходе исследования результаты. Состояние службы родовспоможения в Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи

3.1. Медико- демографические показатели, характеризующие службу родовспоможения в Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи

Целью настоящего раздела диссертационной работы являлось изучение системы регионализации перинатальной помощи на примере Хатлонской области до и в период создания трехуровневой системы родовспоможения (2015-2022гг).

Хатлонская область – одна из населенных областей Республики Таджикистан (35,7% от общего населения страны), расположенная в юго-западной части страны, имеющая климато - географические и демографические особенности. Большую часть территории области занимает горный рельеф, около 7% - равнинные горные долины, где преимущественно расположены административные центры и населённые пункты.

Область разделена на 4 города и 21 район. За анализируемый период как в целом по стране, так и в Хатлонской области население увеличилось с 8451,6 до 9982,6 и с 3009,6 до 3570,6.

Улучшились наиболее значимые медико-демографические показатели. Показатель рождаемости снизился как в целом по стране с 28,1 до 23,2 на 1000 населения, так и в Хатлонской области - с 30,9 до 26,8 на 1000 населения, коэффициент общей смертности - с 4,0 до 3,1 и с 3,9 до 2,9 на 1000 населения соответственно [39]. На эти показатели оказывают влияние многие факторы: условия жизни, уровень развития здравоохранения и образования, возрастной состав населения, возраст вступления в брак, национальные традиции и обычаи.

Сравнительный анализ показал, что как в целом по стране показатель младенческой смертности снизился в 1,3 раза, а в Хатлонской области - в 1,5 раза (таблица 3.1)

Таблица 3.1. - Сравнительная динамика показателей младенческой и перинатальной смертности (на 1000 населения) (2015-2022гг)

Год / регион	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Младенческая смертность (на 1000 живорожденных)								
РТ	16,5	15,8	13,3	14,3	14,8	13,7	14,2	12,4
Хатлонская обл.	19,2	18,0	19,0	16,7	17,5	16,5	17,8	12,9
Перинатальная смертность (на 1000 живорожденных)								
РТ	17,5	17,5	17,1	17,0	16,5	17,2	18,2	16,6
Хатлонская обл.	17,5	16,7	17,0	18,0	18,8	17,5	20,5	16,7
Ранняя неонатальная смертность (на 1000 живорожденных)								
РТ	7,4	7,5	7,4	7,4	7,6	7,5	8,2	7,5
Хатлонская обл.	8,6	7,3	7,6	8,0	8,3	8,7	9,1	7.4
Мертворождаемость (на 1000 живорожденных)								
РТ	8,6	10,0	9,7	9,7	9,0	9,8	10,1	9,2
Хатлонская обл.	9,9	9,5	9,4	10,1	8,9	9,3	10,9	9,4

Как в целом по стране, так и в Хатлонской области наметилась тенденция снижения показателя ПС (с 17,5 до 16,6 и с 17,5 до 16,7 на 1000 живорожденных соответственно) [39]. Показатель мертворождаемости в целом по стране возрос с 8,6 до 9,2 на 1000 живорожденных соответственно, тогда как в Хатлонской области наметилась тенденция снижения этого показателя с 9,9 до 9,4 на 1000 живорожденных соответственно.

Частота врожденных пороков развития плода (ВПР), как причина заболеваемости и смертности новорожденных, не имеет тенденции к снижению как в целом по стране, так и в области, что свидетельствует о недостаточно налаженного механизма обратной связи с ПМСП. По данным официальной статистики, этот показатель в целом по стране в 2015 году составлял 4,8 а в 2021 году - 6,6 на 1000 живорожденных, в Хатлонской области -2,9 и 3,9 на 1000 живорожденных соответственно. Близкородственные браки и высокая частота вирусных инфекций у беременных являются возможными факторами риска развития ВПР.

Существенный вклад в структуру ПС вносит ранняя неонатальная смертность (РНС), на высокие показатели которой влияют не только

медицинские и социальные факторы, но и качество медицинских услуг на всех этапах родовспоможения.

За анализируемый период показатель РНС в стране не имеет стойкой тенденции к снижению, составляя 7,4-7,5 на 1000 живорожденных, тогда как в Хатлонской области он снизился с 8,6 до 7,4 на 1000 живорождений соответственно).

Улучшение демографических показателей достигается не только путем увеличения рождаемости (с помощью охраны репродуктивного здоровья населения) и уменьшения общей смертности, но и МС, которая остается глобальной проблемой акушерства в мире.

Результаты исследований показали, что за анализируемый период показатель МС в целом по стране снизился с 28,4 до 22,9 на 100 тыс. живорожденных (рисунок 3.1).

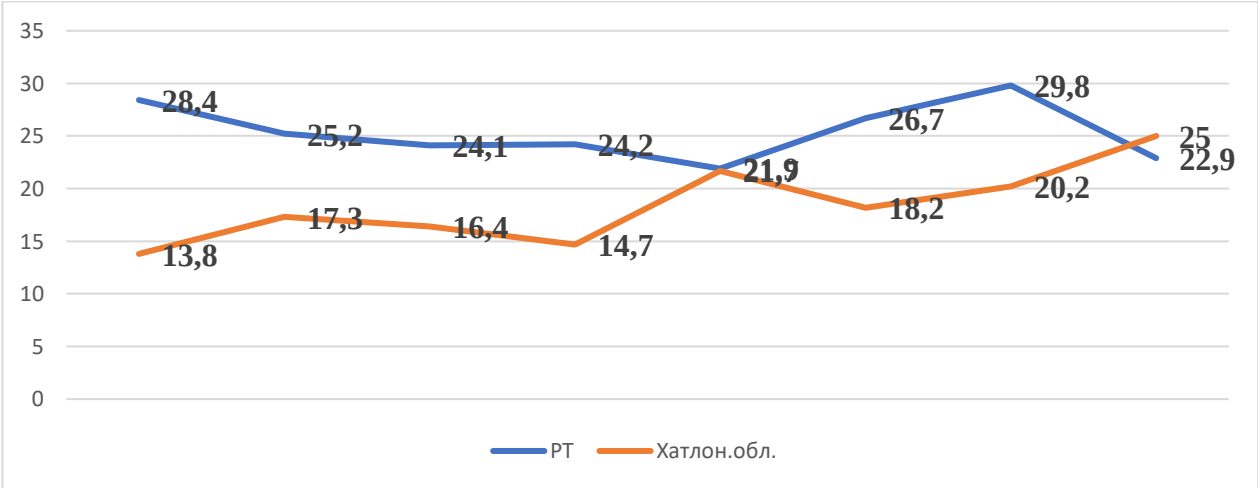


Рисунок 3.1.- Сравнительная динамика показателей МС (на 100. тыс. населения) (2015-2022)

Тогда как в Хатлонской области этот показатель возрос в 1,8 раза (с 13,8 до 25,0 на 100 тыс. живорожденных соответственно). Возможно, пандемия коронавирусной инфекции и постковидных осложнений могли повлиять на эти показатели. В структуре акушерских причин МС лидирующими являются тяжелая преэклампсия/эклампсия (29,1%) и акушерские кровотечения (29,1%) (рисунок 3.2).

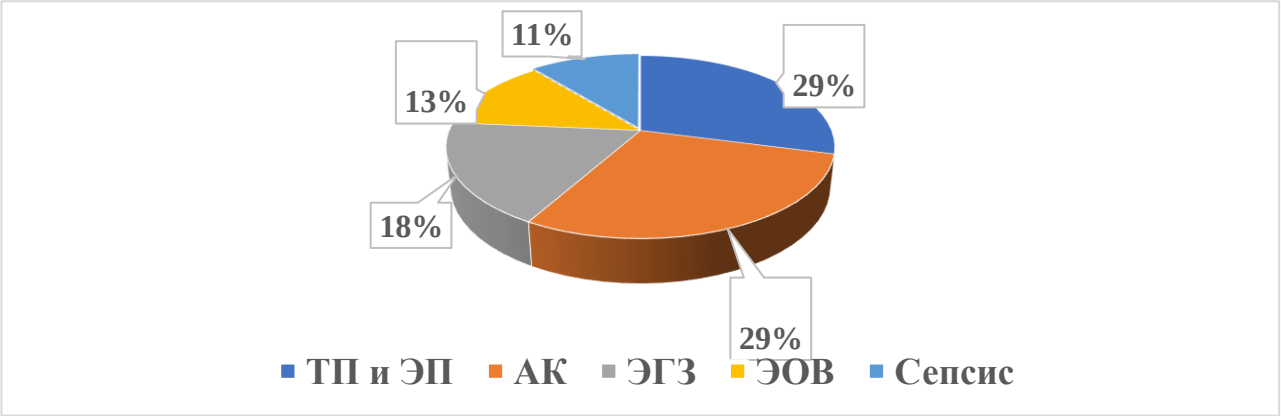


Рисунок 3.2. - Структура причин МС в Таджикистане (2022г.), %

В остальных случаях - экстрагенитальные заболевания (18,2%), ЭОВ (12,7%) и септические состояния (11,0%).

В структуре МС в Хатлонской области лидирующими являются АК, которые не имеют стойкой тенденции. Удельный вес этого осложнения составлял в 2015 году 5/35,7%, в 2019 году – он уменьшился, составляя 2/9,5% и вновь повысился в 2022 году (7/38,8%). С 2017 года увеличилось количество летальных исходов от ТП (с 3/18,7 до 8/44,4% соответственно); ЭОВ, как трудноуправляемая причина уменьшилась с 3/21,4% в 2015 г. до 1/5,5% - в 2021 г.; HELP-синдром - с 3/21,4 % в 2015 г. до 1/5,6% - в 2020 г.

В послеродовом периоде в 2015 году из 14 тяжелых летальных случаев погибли 8/57,0% пациенток, в 2016- из 17-6/35%, в 2017- из 16- 6/37,5%, в 2018- из 14 – 12/85,7%, 2019- из 21- 6/28,5%, в 2020- из 18-8/44,4%, в 2021- из 18-11/61,1%. В рамках проведенных мероприятий по снижению материнской заболеваемости и смертности повысилось качество контрацептивных услуг сельскому населению и сократился удельный вес аборта.

Показатель медицинского аборта в целом по стране снизился в 1,3 раза (с 64,0 до 48,6%) ($p < 0,05$), как и в Хатлонской области (с 36,0 до 26,8 %) ($p > 0,05$) (таблица 3.2).

За этот период охват контрацептивными средствами в целом по стране увеличился в 1,2 раза (с 23,5 до 28,8% соответственно), тогда как в Хатлонской области - в 1,4 раза (с 26,0 до 36,6% соответственно) ($p < 0,05$) (таблица 3.3).

Таблица 3.2. -Динамика аборта в РТ и в Хатлонской области среди женщин детородного возраста,%

Годы	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	p
РТ	n=16864	n=14957	n=13963	n=14960	n=14717	n=11739	n=12021	n=12021	
	10792/64,0		8381/60,0	8976/60,0	8712/59,2	5564/47,4	6431/53,5	842/48,6	p <0,05
Хатлонская	n=3670	n=3058	n=2971	n=3683	n=4125	n=3011	n=2754	n=2571	
область	1324/36,0	951/31,1	962/32,4	1425/38,7	1786/43,3	918/30,5	853/31,0	689/26,8	p>0,05

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки динамики аборта

Таблица 3.3. - Динамика охвата контрацептивными услугами в РТ и в Хатлонской области среди женщин детородного возраста, %

Годы	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	p
РТ	n=817461	n=859239	n=855519	n=928734	n=944507	n=983042	n=1093154	n=1072082	
	192920/23,5	202780/23,5	201902/23,6	246114/26,5	256905/27,2	279183/28,4	341064/31,2	308759/28,8	<0,05
Хатлонская	n=311284	n=306118	n=290652	n=324664	n=333466	n=341925	n=364109	n=375571	
область	80933/26,0	68570/22,4	62490/21,5	84412/26,0	91036/27,3	98132/28,7	114694/31,5	137458/36,6	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки динамики охвата контрацептивными услугами

Таким образом, медико-демографические показатели являются наиболее информативными и объективными критериями общественного здоровья и имеют несомненную значимость для совершенствования службы родовспоможения на всех ее этапах с целью решения проблем снижения показателей материнской и перинатальной смертности не только на региональном уровне, но и в целом в стране.

В этом аспекте анализ кадрового состава и категорийности специалистов родовспомогательных учреждений позволит разработать предложения по улучшению качества предоставляемых услуг не только на региональном уровне, но и в целом в стране.

3.2. Анализ некоторых медико - организационных показателей службы родовспоможения Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи

Целью настоящего раздела диссертации являлось изучение показателей, характеризующих организацию оказания перинатальной помощи в Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи.

Структура родовспомогательных учреждений в 2022 году представлена 2 Перинатальными центрами (ПЦ), 22 центральными районными больницами (ЦРБ), 3 городскими центрами здоровья (ГЦЗ), 28 центрами репродуктивного здоровья (ЦРЗ), 17 сельскими участковыми больницами (СУБ) и 60 сельскими нумерными больницами (СНБ).

Одним из показателей работы стационара является коечный фонд - картотека коек, предназначенная для размещения пациентов во время стационарного лечения. По его эксплуатации рассчитываются: среднее число дней занятости койки в году, средняя длительность пребывания пациента на койке, оборот койки и среднее время простоя койки.

Среднегодовое число коек в стационаре определяется следующим образом - число фактически занятых коек каждый месяц года в стационаре/12 месяцев.

Анализ показал, что коечный фонд в родовспомогательных учреждениях Хатлонской области с 2015 по 2022 годы увеличился 1348 до 1471 коек (на 123 койки), занятость койки увеличилась за указанные годы с 72,9 до 80,7% соответственно, что связано с потоком госпитализации беременных и рожениц в период эпидемиологической ситуации по коронавирусной инфекции и реконструкцией некоторых родовспомогательных учреждений. Объяснением этому являются организационные мероприятия по регионализации перинатальной службы в регионе — это создание 2-х областных перинатальных центров в городах Куляб и Бохтар.

Проблема дефицита медицинских работников всё более становится проблемой государственной. В Хатлонской области, как и в других регионах страны отмечается тенденция текучести кадров и ухода опытных специалистов.

Так, с 2015 по 2022 гг. обеспеченность акушер-гинекологами составляла 78,6 -77,0% соответственно, семейных врачей - 63,0- 63,7% соответственно. Обеспеченность акушерками увеличилась с 92,4 до 96,2% соответственно, медицинских сестер- с 86, 1 до 96,4% соответственно (таблица 3. 4).

Согласно официальных данных, за анализируемый период категорийность среди семейный врачей увеличилась с 59,0 до 63,8%, тогда как среди акушер-гинекологов - с 49,1 до 55,4%, что является неудовлетворительным фактом для оказания качественных медицинских услуг. К тому же, категорийность неонатологов снизилась с 62,9 до 54,3% соответственно, акушерок – с 62,1 до 49,7% соответственно, медицинских сестер – с 48,1 до 43,7% соответственно. Эти факты вызывают озабоченность сектора здравоохранения и диктуют необходимость срочного решения данной проблемы (таблица 3.5).

Таким образом, несмотря на проводимые широкомасштабные мероприятия как в целом по стране, так и в Хатлонской области, необходимо совершенствовать систему регионализации перинатальной помощи за счет пересмотра коечного фонда и обеспечения родовспомогательных учреждений высококвалифицированными специалистами на всех уровнях оказания медицинских услуг.

Таблица 3.4. - Обеспеченность кадрами в службе родовспоможения в Хатлонской области (2015-2022гг), абс,%

Год / специалисты	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		p
	Абс.	%	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Акушер-гинекологи	n=324		n=365		n= 389		n=397		n=416		n=469		n= 474		n= 482		
	254	78, 3	286	78,3	298	76,6	319	80,3	302	72,5	352	75,0	351	74,0	371	77,0	>0,05
Семейные врачи	n=383		n=381		n=411		n=418		n=427		n=410		n=446		n=395		
	241	63,0	235	61,6	282	68,6	290	69,3	299	70,1	280	68,3	319	71,5	252	63,7	>0,05
неонатологи	n=361		n=377		n=403		n=376		n=375		n=380		n=382		n=409		
	212	59,0	237	63, 0	258	64,0	247	65,6	250	66,6	248	65,2	215	56,3	222	54,2	>0,05
Акушерки	n=1622		n=1860		n=1991		n=2050		n=2134		n=2362		n=2291		n=2199		
	1499	92,4	1771	95,2	1907	95,7	1990	97,0	2061	96,6	2291	97,0	2190	95,6	2117	96,2	<0,05
Мед. сестры	n=11492		n=12377		n=13011		n=13921		n=14683		n=15745		n=15720		n=16810		
	9894	86,1	1099 0	88,8	12451	95,7	13308	95,6	14007	95,4	15020	95,4	15264	97,1	16204	96,4	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки динамики обеспеченности кадрами в службе родовспоможения

Таблица 3.5. - Категорийность специалистов службы родовспоможения в Хатлонской области(2015-2022), абс,%

Год / Специалисты	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		P
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Акушер-гинекологи	n=324		n=365		n=389		n=397		n=416		n=469		n=474		n=482		
	159	49,1	196	53,7	222	57,0	255	64,2	229	55,1	265	56,5	264	55,7	267	55,4	>0,05
Семейные врачи	n=383		n=381		n=411		n=418		n=427		n=410		n=446		n=395		
	255	59,0	267	70,1	325	79,1	316	75,85	345	81,0	296	72,1	319	71,5	252	63,8	>0, 05
Неонатологи	n=361		n=377		n=403		n=376		n=375		n=405		n=382		n=409		
	227	62,9	239	63,4	262	65,1	249	66,2	244	65,1	232	57,3	215	56,3	222	54,3	>0,05
Акушерки	n=1622		n=1860		n=1991		n=2050		n=2134		n=2362		n=2291		n=2199		
	1007	62,1	1173	63,1	1242	62,4	1236	60,3	1338	62,7	1341	56,8	1324	57,8	1092	49,7	>0,05
Мед.сестры	n=11492		n=12377		n=13011		n=1392		n=14683		n=15745		n=15720		n=16810		
	5527	48,1	6361	51,4	6687	51,4	7155	51,4	7253	49,4	7573	48,1	7749	49,3	7345	43,7	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки динамики категорийности специалистов службы родовспоможения

Обучение и переподготовка специалистов на местах остаётся проблематичной из-за низкого финансирования системы здравоохранения за счёт местного бюджета и диктует необходимость разработки предложений активизации подготовки медработников на рабочем месте и пересмотра платы за обучение.

3.3. Анализ показателей качества медицинских услуг в Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи

Целью настоящего раздела диссертационного исследования явилось изучение качества медицинских услуг в регионе в период регионализации перинатальной помощи с акцентом на антенатальный уход.

Одним из важнейших аспектов антенатального ухода является раннее взятие на учет беременных. Из числа состоявших на учете ранний охват беременных (до 12 недель) увеличился в 2022 году почти в 1,3 раза по сравнению с 2015 годом (с 67% до 85,4% соответственно) (таблица 3.6).

В то же время, в 3,7 раза сократилось число беременных женщин, взятых на учет после 20 недель гестации (с 12,8% до 3,4% - соответственно) ($p<0,05$).

Раннее взятие на учет беременных позволило своевременно выявить соматические заболевания, провести консультирование о ведении здорового образа жизни, питании, опасных симптомах гестационных осложнений и решить вопрос о дальнейшем сохранении беременности.

Анализ формы № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным» показал, что в структуре экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) у беременных женщин в Хатлонской области лидирующими являются анемия, удельный вес которой за анализируемый период уменьшился в 1,4 (с 71,3 до 49,8% соответственно) и йододефицитные состояния (ЙДС), которые уменьшись в 2 раз (с 14,2 до 7,2% соответственно) ($p>0,05$) (таблица 3.7).

Немаловажным фактом является уменьшение количества беременных с анемией тяжелой степени в 7,6 раза (с 6318/10% в 2015 году до 2324/5,6% - в 2022 году), что является результатом своевременной медикаментозной терапии и коррекции неправильного питания.

Таблица 3.6. - Основные показатели качества медицинских услуг на антенатальном уровне в Хатлонской области (2015-2022) , абс,%

Год / Срок гестации	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	p
	n=104699		n=101092		n=95969		n=98437		n=102481		n=96723		n=96723		n=99516	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс,%	
На учете до 12 недель	70148	67,0	72482	71,7	78406	81,7	82588	83,9	81155	79,2	76760	79,3	76798	79,4	84986 / 85,4	=0,039
На учете после 20 недель	13401	12,8	9704	9,6	6046	6,3	7678	7,8	4140	4,0	2717	2,8	2708	2,8	3383 / 3,4	=0,0017

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки трендов изменения процента женщин, поставленных на учет

Таблица 3.7. - Структура экстра генитальной патологии у беременных в Хатлонской области (2015-2022), абс,%

Год / нозология	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		P
	n=87887		n=71384		n=66720		n=73574		n=61604		n=58240		n=59297		n=66454		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Анемия, из них тяжелой степени	62681 6318	71,3 10,0	51416 7294	72,0 14,1	37395 2131	56,0 5,6	49362 1494	67,0 3,0	41936 1439	68,0 3,4	36793 1457	63,1 3,9	39858 1350	67,2 3,3	33094 2324	49,8 5,6	<0,05 <0,05
Эндокринные заболевания	12542	14,2	8952	12,5	8041	12,0	9222	12,5	7224	11,7	8481	14,5	7024	11,8	8377	12,6	>0,05
Варикозная болезнь	2335	2,6	1493	2,9	2389	3,5	2692	3,6	2871	4,6	2657	4,5	2861	4,8	2843	4,2	<0,05
ВЗОТ	1929	2,2	2885	4,04	3619	5,4	6889	9,3	3904	6,3	5000	8,5	4804	8,1	6583	0,9	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки трендов изменения структура экстрагенитальных патологий у беременных

В современной женской популяции продолжает увеличиваться заболеваемость хроническими болезнями почек, в том, числе и среди беременных женщин. Если в 2015 году эта патология установлена у 7382 /8,4% беременных, то в 2021 году – у7682/9,3%.

Наметилась тенденция к увеличению числа беременных с варикозной болезнью (с 2,6 до 4,2% соответственно), ($p<0,05$), в 2 раза уменьшились воспалительные заболевания органов малого таза (с 2,2% до 0,9% соответственно) ($p > 0,05$).

Другим не менее важным показателем, свидетельствующем об улучшении качества медицинских услуг на антенатальном уровне является уменьшение в 2,7 раза количества домашних родов (с 6,1 до 2,2% соответственно) ($p<0,05$) (таблица 3.8).

При этом 1,6 раза сократилось количество домашних родов с участием медицинских работников (с 87,7 до 54,2% соответственно), что связано с своевременной госпитализацией рожениц в родильные стационары.

За анализируемый период количество родов высокого риска увеличилось с 97686 в 2015 г до 103985 - в 2022 году. (таблица 3.9).

При этом, количество физиологических родов за этот период уменьшилось с 92,0 до 79,2% соответственно, количество преждевременных родов (ПР) при сроке гестации 22 - 27 недель сократилось в 2 раза (с 9,0% до 4,3% соответственно).

Как видно из таблицы 3.9, увеличился удельный вес родов у женщин менее 20 лет и возросло количество родильниц позднего репродуктивного возраста.

Проблема акушерских кровотечений (АК) является острой и актуальной, так как сопряжена с высокими показателями МС. Проведенный анализ медицинской документации родовспомогательных учреждений Хатлонской области свидетельствовал, что частота АК в этот период увеличилась с 2015 по 2022 гг. в 1,7 раза (с 1,9 до 3,3% соответственно) ($p>0,05$) (таблица 3.10).

Таблица 3.8. - Динамика домашних родов в Хатлонской области (2015-2022) , абс,%

Год / Количество	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		P
	n=104699		n=101092		n=95969		n=98437		n=102481		n=96723		n=96723		n= 100852		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Количество	6441	6,1	5778	5,7	4109	4,2	3460	3,5	2768	2,7	2280	2,3	1995	2,0	2280	2,2	<0,05
Из них с мед. помощью	5651	87,7	3919	67,8	3454	84,1	2296	66,3	1268	45,8	2006	87,9	1283	64,3	1237	54,2	>0, 05

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки трендов изменения процента домашних родов с медицинской помощью

Таблица 3.9. - Динамика родов женщин высокого риска в Хатлонской области (2015-2022) , абс,%

Год / Количество родов	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		p
	n=97686		n=91209		n=88098		n=96160		n=97292		n=96268		n=90377		n=103985		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	абс	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
< 20 лет	10513	10,7	11682	12,8	9513	10,8	14576	16,1	16470	16,9	15653	16,2	14576	16,1	12935	12,4	=0,197
21- 34 года	81740	83,6	72840	79,8	73193	83,0	66314	73,3	68526	70,4	71791	74,5	66314	73,3	79773	76,7	=0,077
> 35 лет	5433	5,6	6687	7,3	5392	6,1	9487	10,5	12296	12,6	8824	9,2	9487	10,5	11277	10,8	=0,034
ПР	8817	9,0	4514	4,9	7665	8,7	2067	2,2	5612	5,7	5566	5,7	2067	2,2	4556	4,3	=0,123
Физиологи-ческие роды	89926	92,0	78755	86,3	84640	96,0	83588	92,4	87562	90,0	84330	87,6	74199	82,0	82383	79,2	=0,043

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки трендов родов женщин высокого риска

Таблица 3.10. - Структура акушерских осложнений во время беременности и в родах в Хатлонской области (2015-2022), абс,%

Год / нозология	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		P
	n=48862		n=53552		n=59729		n=59274		n=67949		n=53979		n=54035		n=57111		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	,0Абс.	%	
Акушерские кровотечения:	974	1,9	1092	2,0	1045	1,7	1353	2,2	923	1,3	1024	1,8	1243	2,3	1893	3,3	=0,176
Гипотоническое	183	18,7	271	24,8	522	49,9	360	26,6	237	25,6	419	41,0	382	30,7	243	12,8	=0,819
ПП	233	24,0	212	19,4	108	10,3	148	11,0	234	25,3	244	23,8	232	18,6	151	8,0	=0,535
ПОНРП	558	57,2	609	55,7	415	39,7	845	62,4	452	49,0	361	35,2	629	50,6	1499	79,1	=0,609
Гипертензивные нарушения	2508	5,1	3011	5,6	3848	6,4	3254	5,4	3689	5,4	3944	7,3	2754	5,0	2550	4,4	=0,690
Умеренная преэклампсия	826	33,0	843	28,0	1293	33,6	964	29,6	1236	33,5	1291	32,7	632	23,0	777	30,4	=0,416
Тяжелая преэклампсия	1557	62,0	2033	67,5	1870	48,5	1941	59,6	2162	58,6	2096	53,1	1996	72,4	1670	65,4	=0,583
Эклампсия	125	5,0	135	4,4	685	17,8	349	10,7	291	7,8	557	14,1	126	4,5	103	4,1	=0,793
Осложнения в родах и после родов	2783	5,6	1883	3,5	3813	6,3	7289	12,9	3979	5,8	2744	5,0	3064	5,6	1974	3,4	=0,713

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки трендов изменения структуры акушерских осложнений во время беременности и в родах

О ненадлежащем качестве антенатального ухода свидетельствует факт, что в структуре АК лидирующей является ПОНРП, удельный вес которой в 2015 году составлял 558/57,2%, а в 2022 году-1499/79,1% (p>0,05).

Как видно из таблицы 3.10, в 3 раза уменьшилось количество женщин с ПП (с 233/24,0 до 151/8,0% соответственно) (p>0,05). Следует отметить, что в 1,4 раза уменьшился удельный вес послеродовых кровотечений (ПК) (с183/18,7 до 243/12,8% соответственно (p>0,05). Другим грозным осложнением, возникшем в родах, явились гипертензивные нарушения (ГН), удельный вес которых в динамике не имеет стойкой тенденции к снижению и составлял в 2015 году 2508/5,1%, в 2022-2550/4,4%. В структуре гипертензивных нарушений ТП является лидирующей и этот показатель с 2015 по 2022 год увеличился с 1557/62,0% до1670/65,4% (p>0,05).

Следует отметить, что в 1,6 раза уменьшилось количество осложнений в родах (с 2783/5,6 до 1974/3,4% соответственно) (p>0,05).

Резюме

В период регионализации перинатальной помощи (2015-2022гг) в Хатлонской области улучшились медико-демографические показатели, характеризующие службу родовспоможения: младенческая смертность снизилась в 1,4 раза, наметилась тенденция снижения ПС, мертворождаемости и РНС; увеличился ранний охват беременных, в 1,4 раза уменьшился удельный вес женщин с анемией, в 3 раза - домашних родов, в 2 раза - преждевременных родов; в 1,4 раза повысился охват контрацептивными средствами и – в 1,3 раза уменьшился удельный вес медицинского аборта.

В то же время имеют место нерешенные медико-организационные проблемы, влияющие на качество медицинских услуг: не снижающиеся показатели МС, дефицит кадров и низкая категорийность специалистов.

Изучение медико-социальных и организационных аспектов материнской и перинатальной смертности позволит выявить резервы совершенствования службы родовспоможения в регионе и в целом по стране.

Глава 4. Медико - социальные и организационные аспекты репродуктивных потерь в период регионализации перинатальной помощи

4.1. Медико-социальные и организационные проблемы материнской смертности в родовспомогательных учреждениях страны в период пандемии КОВИД-19 и в постковидный период

Цель данного раздела диссертационного исследования: выявить медико-социальные и организационные проблемы МС за 2019 – 2022 годы, которые совпали с пандемией КОВИД 19 и постковидным периодом.

Результаты ретроспективного исследования показали, что из числа проанализированных летальных случаев в период КОВИД 19 более 1/3 были жительницами Хатлонской и Согдийской областей (38/33,6 и 33/29,2% соответственно), 23/20,3% - из районов республиканского подчинения (РРП), 19/16,8% - г. Душанбе, тогда как погибшие в постковидный период проживали в Хатлонской области.

Установлено, что среди всех летальных случаев большинство составляли женщины активного репродуктивного возраста (25-34 года), в тоже время в постковидный период в 2 раза увеличилось число погибших женщин раннего репродуктивного возраста (18-24 года) (с 21/18,6 до 16/37,2% соответственно) ($p<0,05$) (таблица 4.1).

Таблица 4.1. - Возрастная структура погибших женщин (n=156)

Возраст, лет	В период КОВИД 19 (n=113)		В постковидный период (n=43)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
18- 24	21	18,6	16	37,2	χ^2=7,36
25-34	56	49,5	20	46,5	df=2
35-44	36	31,9	7	16,3	p=0,0253

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

Почти в 2 раза уменьшилось пациенток позднего репродуктивного возраста (с 36/31,9 до 7/16,3% соответственно) ($p<0,05$).

Исследование показало, что более половины погибших женщин составляли повторнородящие женщины (таблица 4.2).

Таблица 4.2. - Паритет погибших женщин (n= 156)

Кратность родов	В период КОВИД 19 (n=113)		В постковидный период (n=43)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Первородящие	28	24,8	16	37,2	χ^2=4,15 df=2 p=0,1255
Повторнородящие	65	57,5	24	55,8	
Многорожавшие	20	17,7	3	6,9	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

Следует отметить, что в постковидный период количество первородящих увеличилось в 1,5 раза (с 28/24,8 до 16/37,2% соответственно), тогда как многорожавших женщин уменьшилось в 2,5 раза (с 20/17,7 до 3/6,9% соответственно).

За анализируемый период среди погибших женщин имело место сочетание 2-3-х соматических патологий. По сравнению с передом КОВИД 19 в постковидный период изменилась структура экстрагенитальных заболеваний: в 1,3 раза возросла часта заболеваний дыхательных путей (76/67,2 до 38/88,3% соответственно) (p<0,05) (рисунок 4.1).

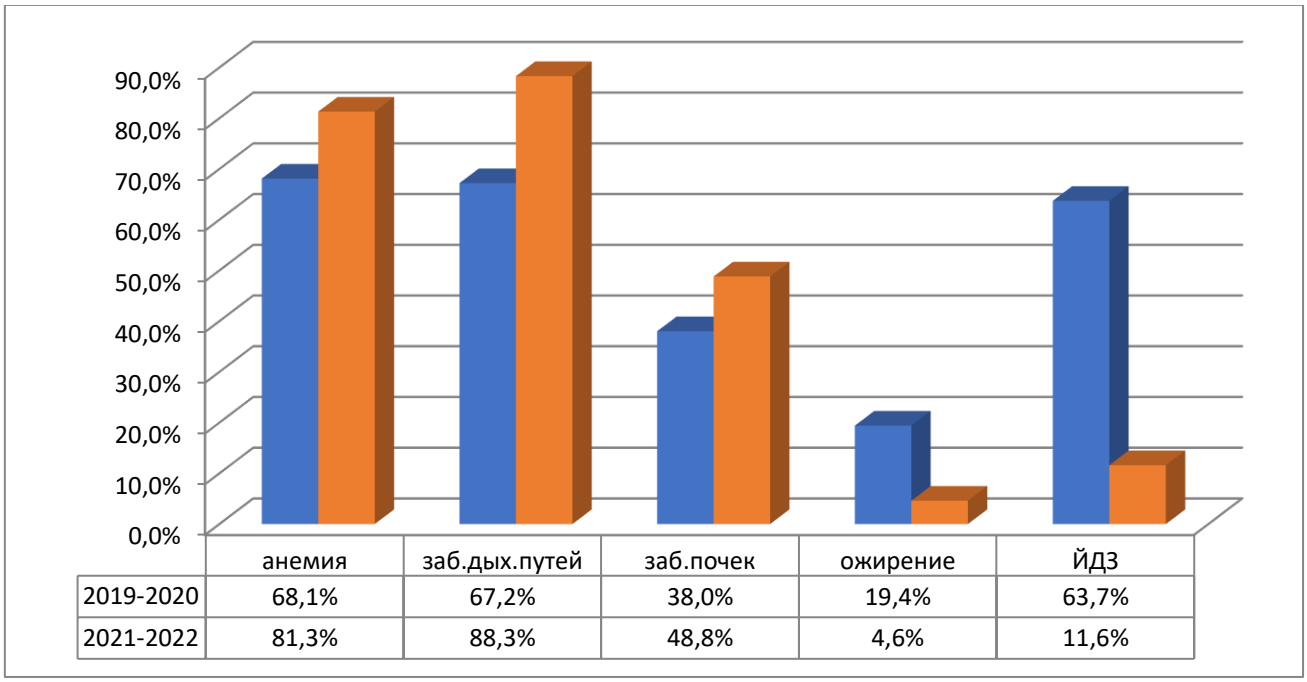
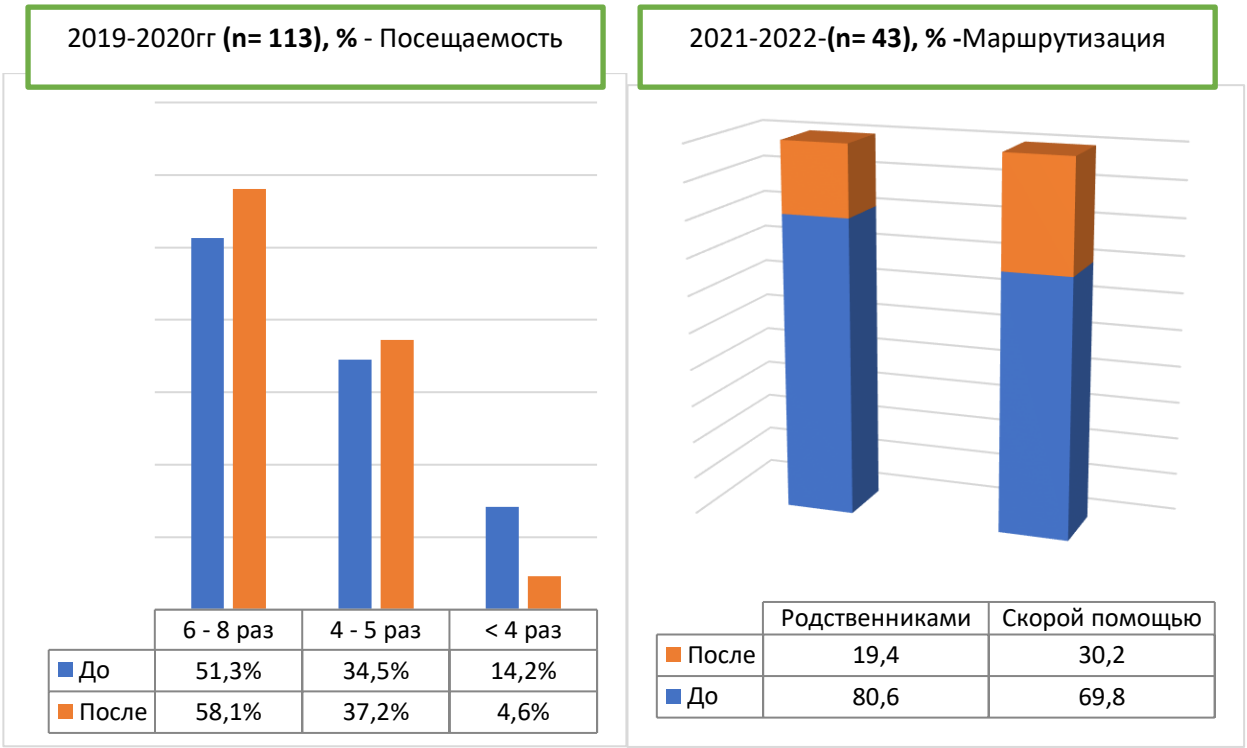


Рисунок 4.1. - Структура экстрагенитальной патологии среди женщин, погибших в период пандемии КОВИД -19 и постковидный период (n=156), %

А также женщин, страдающих анемией (с 77/68,1 до 35/81,3% соответственно) и заболеваниями почек (с 43/38,0 до 21/48,8% соответственно) (р >0,05), при этом в 4 раза уменьшилось количество женщин с ожирением (с 21/19,4 до 2/4,6 % соответственно) и в 5,4 раза – с ЙДС (с 72/63,7 до 5/11,6% соответственно) (р<0,05).

Анализ первичной медицинской документации материнских потерь свидетельствовал об улучшении антенатального ухода в постковидный период. Если в период КОВИД 19 на качество медицинских услуг могли повлиять карантинные условия и каждая пятая погибшая женщина (24/21,2%) по поводу настоящей беременности не состояла на учете у медицинских работников, то в постковидный период это число уменьшилось в 2,3 раза и составляло 4/9,3% (р<0,05). И все же рекомендуемое количество посещений (6-8) согласно национальному стандарту получили не более 60% беременных (рисунок 4.2).



	6 - 8 раз	4 - 5 раз	< 4 раз
До	51,3%	34,5%	14,2%
После	58,1%	37,2%	4,6%

	Родственниками	Скорой помощью
После	19,4	30,2
До	80,6	69,8

Рисунок 4.2. - Качество медицинских услуг на антенатальном уровне в период пандемии КОВИД-19 и в постковидный период (156),%

Следует отметить, почти в 1,5 раза увеличилась маршрутизация женщин высокого риск на более высокий уровень родовспомогательного учреждения машиной скорой помощи (с 22/19,4 до 13/30,2% соответственно) ($p<0,05$).

В тоже время уменьшилось количество женщин, доставленных родственниками (с 91/80,5 до 30/69,8% соответственно) и возросло число доставленных пациенток высокого риска в учреждения третьего уровня с направлением в 1,3 раза (с 10/23,6 до 37/32,7% соответственно) ($p<0,05$).

Анализ летальных случаев в период КОВИД 19 показал, что у 74/72,5% погибших женщин роды произошли преждевременно, у 28/27,4% - при доношенном сроке беременности, у каждой десятой (11/9,7%) беременность прервалась при сроке гестации 19-21 недели.

В постковидный период 3/7% погибли беременными при сроке гестации 25, 29 и 35 недель, причиной которых являлась ТЭЛА как следствие корона вирусной инфекции. В остальных 40/93% случаях произошли роды произошли в различные сроки гестации: более половины летальных исходов (21/52,5%) - при срочных родах, 18/45% - при преждевременных и 1/2,5% - при запоздалых родах.

В период КОВИД 19 у более, половины умерших женщин (58/51,3%) состояние оценено как тяжелое, более 1/3 (39/34,5%) - средней тяжести, каждой десятой (10/8,8%) –удовлетворительное, в 6/5,3% случаях - крайне тяжелое. В постковидный период 32/74,4% женщин доставлены в тяжелом состоянии, 9/21,0% - в состоянии средней тяжести и 2/4,6% - в удовлетворительном состоянии.

В период КОВИД 19 более половины погибших женщин (65/57,5%) родоразрешены путем операции КС, остальные 48/42,4% - через естественные родовые. В постковидный период операция КС произведена в 25/62,5% случаев, через естественные родовые пути роды произошли в 15/37,5% случаев , из которых вакуум-экстракцией плода роды завершены в 3/20% случаев.

Сравнительный анализ структуры МС в период КОВИД 19 и в постковидный период представлен в таблице 4.3.

Таблица 4.3 - Прямые акушерские причины МС среди погибших женщин (n=156)

Нозология	В период КОВИД 19 (n=113)		В постковидный период (n=43)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
АК	50	44,2	8	18,6	<0,01*
ТП	34	30,1	17	39,5	>0,05
ЭП	3	2,7	5	11,6	<0,05**
HELLP-синдром	10	8,8	-	-	
ЭОВ	5	4,4	1	2,3	>0,05**
Сепсис	11	9,7	3	7,0	>0,05**

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2, *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

Установлено, что произошли изменения в структуре прямых акушерских причин. Так, в период пандемии КОВИД 19 лидирующими причинами являлись АК (50/44,2%) и ТП (34/30,0%), в постковидный период удельный вес погибших женщин от АК снизился в 2,3 раза, а от ТП увеличился в1,3 раза. В постковидный период не было летальных случаев от HELLP-синдрома, тогда как в период КОВИД 19 было 10/8,8% женщин. В постковидный период уменьшились случаи сепсиса и ЭОВ.

Изменения в структуре косвенных причин МС представлены в таблице 4.4.

Таблица 4.4.- Косвенные причины МС среди погибших женщин (n=156)

Нозология	В период КОВИД 19 (n=113)		В постковидный период (n=43)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
ТЭЛА	45	39,8	24	55,8	>0,05
Пневмония	57	50,4	18	41,9	>0,05
Отек легкого	11	9,7	-	-	
Опухоль головного мозга	-	-	1	2,3	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

В постковидный период в 1,4 раза увеличилось количество погибших женщин от ТЭЛА (с 45/39,8 до 24/55,8% соответственно) и в 1,2 раза уменьшилось число летальных исходов от пневмонии (с 57/50,4 до 18/41,9% соответственно) и не наблюдалось отека легкого, что имело место в период КОВИД (11/9,7%).

Анализ перинатальных исходов показал, что в период КОВИД 19 из 102 родов количество живорожденных составляло 93/91,0%, тогда как в постковидный период они составляли 32/80% соответственно). Более половины родились доношенными (53/51,9 и 22/55,0% соответственно), недоношенные составляли 49/48,0 и 18/45,0% соответственно). В постковидный период перинатальные потери увеличились в 1,4 раза (с 19/18,6 до 11/27,5% соответственно) ($p<0,05$).

К сожалению, в некоторых случаях предотвратить смертность женщин не представлялась возможным, так как беременные/родильницы поступали в стационар в крайне тяжелом состоянии, несмотря на то, что родильные дома оснащены высокотехнологичным реанимационным отделением и пациентки были своевременно консультированы квалифицированными смежными специалистами.

Таким образом, в условиях пандемии коронавирусной инфекции КОВИД-19 и в постковидный период высокие показатели МС обусловлены как инфекционным агентом, так и акушерскими причинами, связанными с организацией оказания медицинских услуг и низкой информированностью населения. Соблюдение принципов маршрутизации беременных, рожениц и родильниц, проведение аудита критических случаев акушерских осложнений позволят снизить показатели материнской заболеваемости и смертности.

Не имеющие стойкой тенденции к снижению показатели РНС в структуре перинатальных потерь определили следующий этап исследования: выявить медико-организационные проблемы РНС для повышения качества медицинских услуг и обеспечения благоприятных перинатальных исходов.

4.2. Медико-социальные и организационные аспекты ранней неонатальной смертности в стационаре третьего уровня

Цель настоящего раздела диссертационного исследования: изучить медико-социальные и организационные аспекты РНС в стационаре третьего уровня. Анализ данных показал, что почти каждая вторая женщина находилась в активном репродуктивном возрасте (59/46%) (рисунок 4.3).

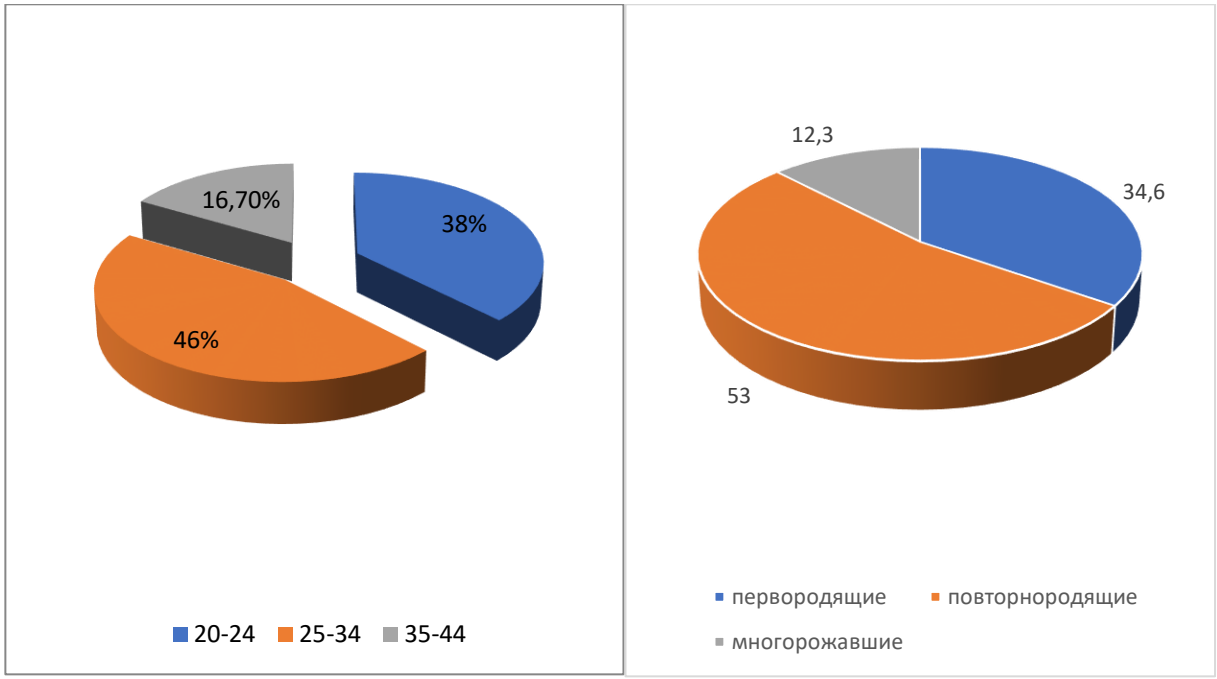


Рисунок 4.3. - Возрастная характеристика и паритет матерей с неонатальными потерями (n = 228), %

При этом более одной трети женщин находились в раннем (49/37,8%) и 22/16,7% - в позднем репродуктивном периоде.

По паритету родов установлено, что более половины пациенток (121/53,0%) были повторнородящие, более 1/3 (79/34,6%) матерей составляли первородящие и 28/12,3% – многорожавшие женщины. При ретроспективном исследовании установлено, что практически здоровых матерей не было. В структуре экстрагенитальной патологии имело место сочетание 2-х -3-х соматических заболеваний. У каждой четвертой женщины (58/25,4%) имели место заболевания мочевыделительной системы (рисунок 4.4).

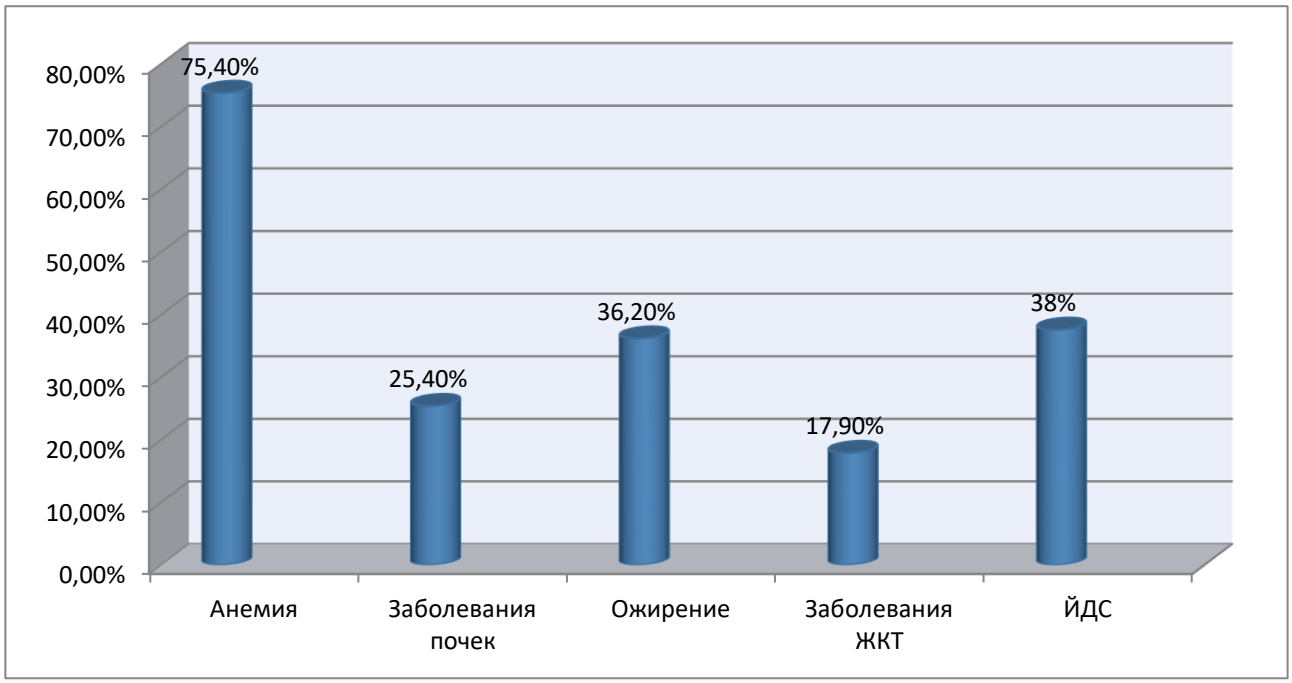


Рисунок 4.4. - Структура экстрагенитальной патологии у матерей с неонатальными потерями (n = 228),%

Установлено, что анемией различной степени страдали 172/75,4% женщины, избыточную массу тела имели 37/16,2%, заболевания желудочно-кишечного тракта –18/17,9%, йододефицитными состояниями страдали 82/38% пациентки. Полученные данные свидетельствуют, что у более 1/3 матерей (75/33,0%) акушерский анамнез был отягощен (самопроизвольный выкидыш (24%), медицинский аборт (23%), ПР (16%), мертворождения (9,0%), преэклампсия (14,0%) и вирусные инфекции (6,0%) Из гинекологического анамнеза установлено, что более 1/3 (78/34,5%) имели воспалительные заболевания органов малого таза.

При анализе первичной медицинской документации установлено, что более 60% (148/65,0%) беременных не состояли на учете у медицинских работников. Установлено, что из состоявших на учете (80/35,0%) беременных каждая пятая (17/21,2%) наблюдались в медицинских домах (МД),каждая десятая (20/25,0%) – в городских центрах репродуктивного здоровья (ГЦРЗ), 36/45,0% - в районных центрах репродуктивного здоровья (РЦРЗ) и 7/8,7% - в сельских центрах здоровья (СЦЗ) (рисунок 4.5).

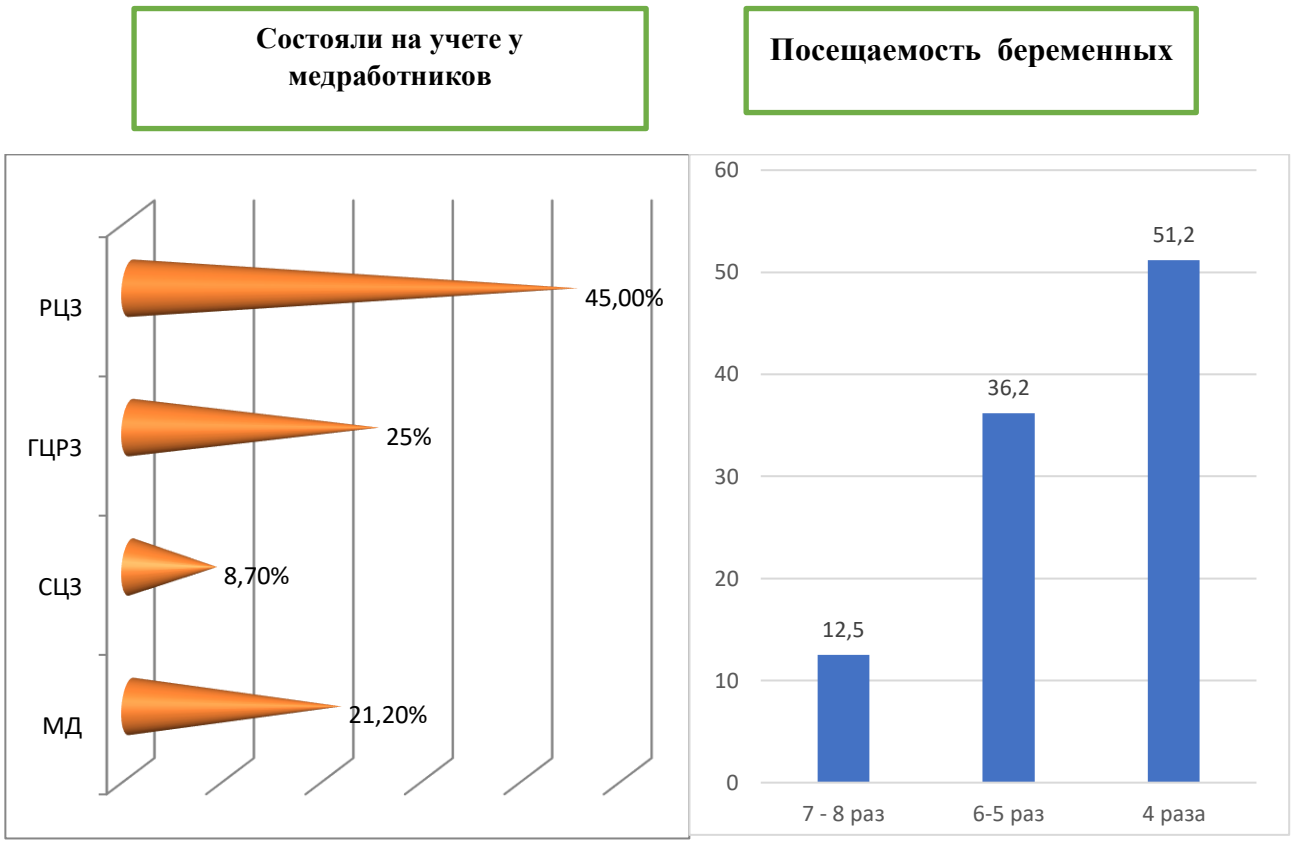


Рисунок 4.5. - Качество антенатального ухода у матерей с неонатальными потерями (n = 228), %

Беременные наблюдались в основном акушер – гинекологом и семейным врачом (38/16,7 и 35/15,3% соответственно), акушеркой – 7/3,0%. Рекомендуемое количество визитов (7-8) имело место всего у 10/12,5% матерей с ранними неонатальными потерями, остальные 29/36,2% - посетили медработников менее 5-6 раз, более половины (41/51,2%). Анализ показал, что в 20/39,5% случаев беременность осложнилась анемией различной степени тяжести, у каждой пятой (45/20,0%) – ранним гестозом беременных; обострение хронического пиелонефрита возникло у каждой пятой (45/20,0%), ТП – у 36/15,7%, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) - у 36/16,0%, ПП -12,0%. Более 70% (173/75,8%) беременных не имели направления на госпитализацию в стационар третьего уровня и только 55/24,1% поступили с сопроводительным листком. Большую часть госпитализированных женщин (144/63,1%) составляли жительницы районов республиканского подчинения

(РРП), почти каждая пятая (44/19,3%) – Хатлонской области, 31/13,6% - г. Душанбе и наименьшее количество – из Согдийской области (9/3,9%).

Преимущественное большинство женщин поступили в стационар в сопровождении родственников (191/84%) и только 37/16% - машиной скорой помощи. Исходы родов были следующими. Спонтанное начало родовой деятельности установлено в 206/90,3% случаев, КС - до начала родовой деятельности произведено в 22/ 9,6% случаев. Родовозбуждение произведено в 58/25,4%, Показаниями к индукции родов в каждом десятом случае (26/44,8%) были ДРПО, ВПР (21/36,3%) и ТП (11/18,9%).

Перинатальные исходы показали, что среди летальных случаев доношенными родились 43/18,8% новорожденных, остальные 185/81,1% младенцев были недоношенными, при этом 75/40,5%) детей родились в сроке 28-32 недель гестации, каждая четвертая (57/30,8%) – в 24-27 недель и 53/28,6% - в 33-36 недель. Анализ показал, что каждый пятый ребенок (55/24,1%) родился с экстремально низкой массой тела (500,0-999,0 грамм), более 1/3 (82/36,1%) - с очень низкой массой (1000,0-1499,0 гр.) (рисунок 4.6).

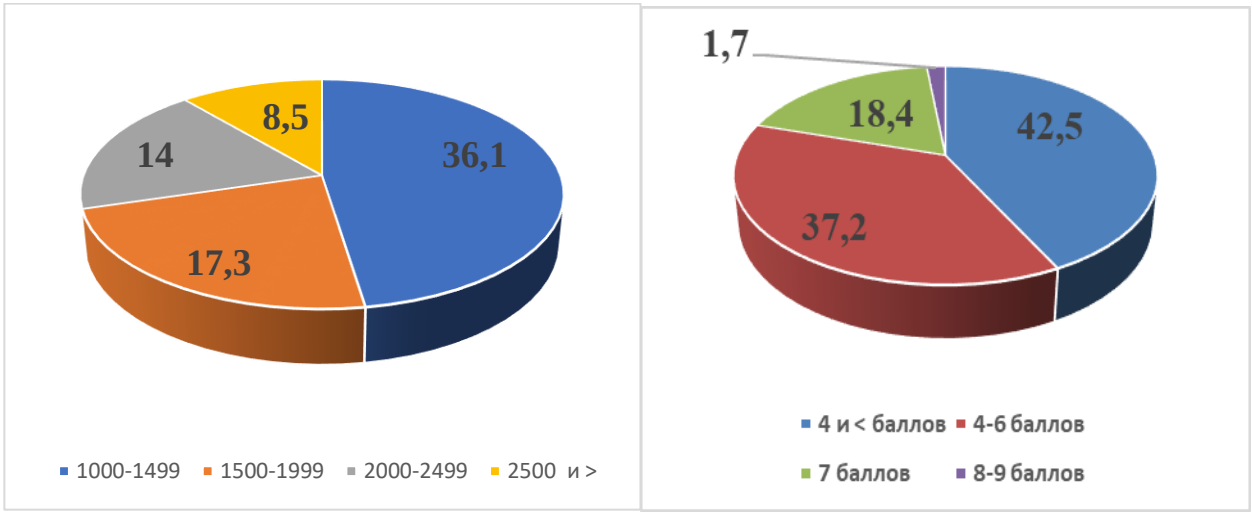


Рисунок 4.6. - Весовая градация новорожденных, погибших в раннем неонатальном периоде и оценка по шкале Апгар при рождении (n = 228),%

Установлено, что 40/17,5% новорожденных родились массой 1500,0 - 1999,0 грамм, 32/14,0% - 2000,0-1499,0 грамм, 19/8,3% - 2500,0 грамм и более.

Большинство новорожденных (97/42,5%) родились в состоянии тяжелой асфиксии (оценка по шкале Апгар 4 баллов и менее), более 1/3 (85/37,2%) - средней степени асфиксии (6-5 баллов), 42/18,4% - оценены по шкале Апгар на 7 баллов и только 4/1,8% детей родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

В структуре причин РНС у более 1/3 новорожденных (75/33%) имела место асфиксия плода в родах, в 54/24,0% случаев - ВПР, в 59/26,0% - состояния, связанные с осложнениями со стороны матери, в 45/20,0% - синдром задержки развития плода, 32/14,0% - болезнь гиалиновых мембран, 30/13,0% - родовые травмы, в 23/10,0%- септические состояния.

Таким образом, факторами риска РНС являются: низкий социальный статус и высокий уровень соматической заболеваемости женщин, ненадлежащий антенатальный уход, преждевременные роды, проблемы маршрутизации пациенток групп высокого риска в стационары третьего уровня. Соблюдение принципов трехуровневой системы и проведение перинатального аудита позволит установить упущенные возможности и предотвратить перинатальные потери.

Глава 5. Оптимизация медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным в период перинатальной регионализации в Хатлонской области

5.1. Анализ эффективности деятельности областного перинатального центра г. Куляб Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи

Цель данного раздела диссертационного исследования: оценить роль областного Перинатального центра г. Куляб Хатлонской области в оказании справедливого доступа к медицинской помощи во время беременности, родов и после родов матери и ребенку, снижение предотвратимой материнской и младенческой смертности.

В рамках реализации мероприятий по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в 2019 году на базе многопрофильной областной больницы имени А. Хакназарова был создан перинатальный центр г. Куляб, который стал функционировать как ведущее учреждение 3-го уровня в службе родовспоможения Хатлонской области (Приказ МЗиСЗНРТ №609 от 16.08.2019г.).

В данном разделе диссертационной работы осуществлена количественная и качественная оценка деятельности ПЦ до и в период его функционирования (2017-2023гг).

Согласно «Положения о перинатальном Центре г. Куляб» оказываются все виды специализированной, высокотехнологической стационарной помощи, преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных и их новорожденным детям (массой 2000,0 грамм и меньше, родившимся при сроке беременности менее 35 недель), выхаживанию недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела.

Учреждение оснащено достаточным количеством диагностической и лечебной аппаратуры, имеет круглосуточную лабораторную службу, одноразовый расходный материал; обеспеченность медикаментами составляет

100%. Коечная мощность перинатального центра позволяет оказывать медицинскую помощь региону. Учреждение развернуто на 106 коек, из которых 20 -гинекологических, 20 - отделение патологии беременных, 36 – послеродовых, 14 - отделение новорожденных с соматической патологией (II этап выхаживания новорожденных), 12- реанимационных, 4 - реанимации новорожденных.

Центр обеспечивает эффективную деятельность всех его структурных подразделений, включая организацию административно-хозяйственной и финансовой деятельности.

Общая численность сотрудников Центра в период исследования составляла 397 человек, из которых 197/49,6% представлен медицинским персоналом (37 врачей, 42 акушерки и 118 медицинских сестер), укомплектованность которых позволяет предоставлять медицинскую помощь населению региона в полном объеме. Важным показателем состояния кадрового потенциала организации является уровень квалификации отдельных категорий работников, особенно их ведущей группы (врачебного персонала).

За период деятельности ПЦ категорийность медицинского персонала практически не изменилась, составляя в 2023 году среди врачей 24/64,8%, акушерок-28/66,6%, медицинских сестер-80/67,7%. Среди врачей высшую квалификационную характеристику имели 21/87,5% человек, первую - 2/8,3%, вторую -1/4,1% (рисунок 5.1).

Среди акушерок - высшую категорию имели 20/71,4% человек, первую - 5/17,8%, вторую -3/10,7%, тогда как среди медицинских сестер - 50/62,5%, 10/12,5% и 20/25,0% соответственно.

Об эффективности деятельности областного ПЦ г. Куляб свидетельствует устойчивый рост статистических показателей по всем параметрам. Прирост показателей обусловлен увеличением количества госпитализаций за счет перераспределения потоков пациентов, увеличения потребности в услугах медицинской помощи в регионе.

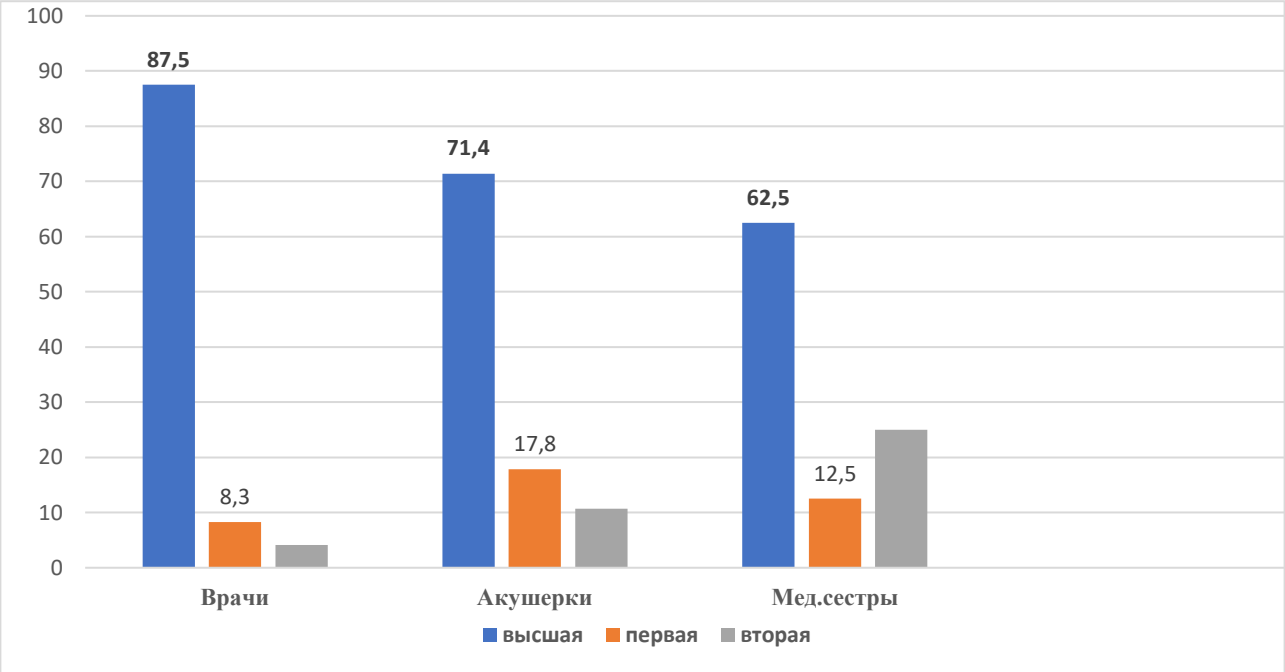


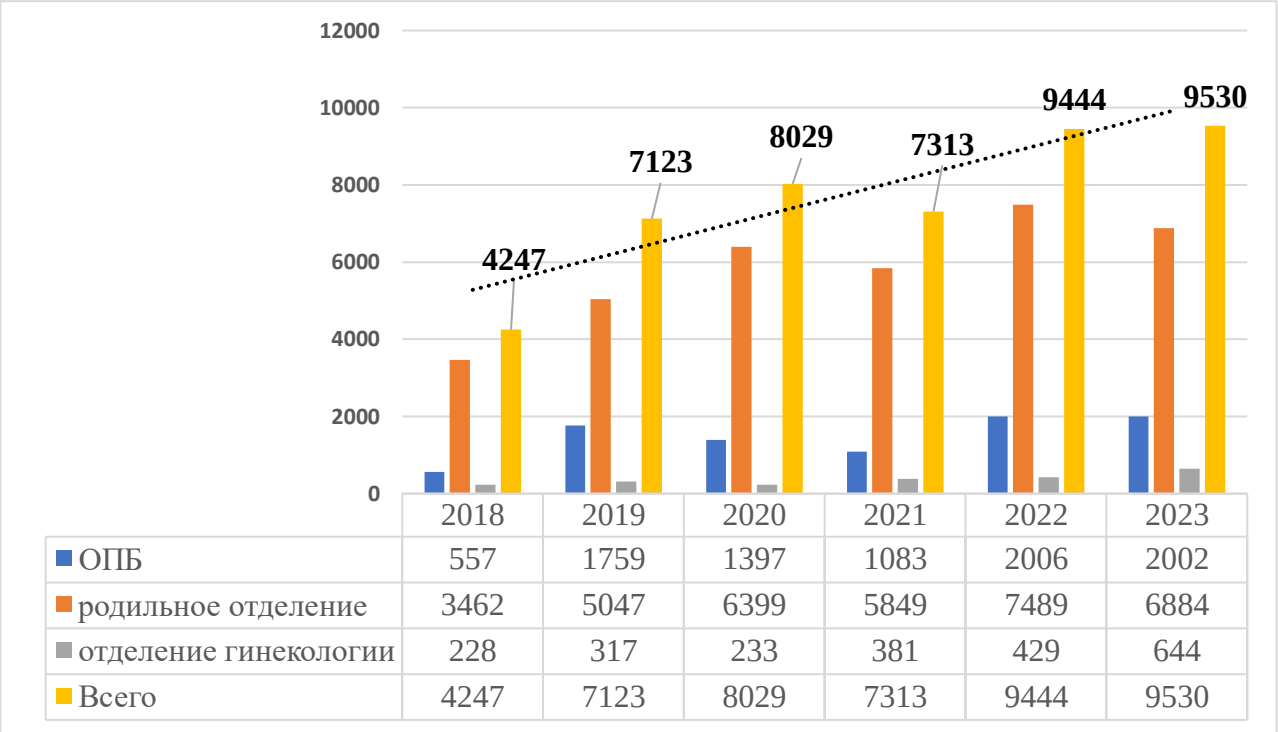
Рисунок 5.1. - Категорийность специалистов Перинатального центра г. Куляб в 2023г, %

Анализ статистических данных свидетельствует, что в первый год после введения в эксплуатацию ПЦ количество поступивших женщин увеличилось в 1,6 раза по сравнению с предыдущими годами, а в течение последующих лет деятельность учреждения активизировалась и в 2023 году этот показатель увеличился в 1,3 раза ($p<0,01$)

При этом, большая часть стационарной помощи оказана беременным и роженицам. Так, в первый год функционирования ПЦ количество поступлений в отделение патологии беременных увеличилось в 1,3 раза, а с 2020 по 2023 годы – в 1,4 раза. В то же время количество поступивших родильниц увеличилось в 1,4 раза и за четыре года деятельности - в 1, 3 раза ($p<0,001$) (рисунок 5.2).

За анализируемый период активизировалась оперативная гинекологическая активность центра – поступление больных в гинекологическое отделение увеличилось в 2 раза ($p<0,05$).

О проводимых широкомасштабных мероприятиях по улучшению перинатальной помощи в Хатлонской области свидетельствует активизация учреждений ПМСП в отношении перинатальных направлений.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ОПБ	557	1759	1397	1083	2006	2002
родильное отделение	3462	5047	6399	5849	7489	6884
отделение гинекологии	228	317	233	381	429	644
Всего	4247	7123	8029	7313	9444	9530

Рисунок 5.2. - Динамика обращаемости женщин за медицинской помощью до и за период функционирования ПЦ

Согласно годовых отчетов ПЦ удельный вес ПР к общему количеству родов в первый год функционирования ПЦ по сравнению с предыдущим годом увеличился в 1,4 раза, тогда как в течение последующих 4-х лет этот показатель уменьшился в 1,5 раза (с 9,2 до 6,1% ($p<0,05$). В то же время с 2019 по 2023 годы в 1,8 раза уменьшилось количество госпитализированных пациенток м дородовым излитием околоплодных вод (ДРПО) - с 16,9 до 9,2% соответственно ($p <0,05$) (таблица 5.1).

Анализ показал, что за год лечебной деятельности ПЦ удельный вес подростковых родов (18-19 лет) увеличился в 3 раза по сравнению с предыдущим годом (с 333/9,6% в 2018 г. до 1465/29,0% - в 2019г.), тогда как в 2023 году этот показатель уменьшился в 6,3 раза (317/4,6%) ($p>0,05$). За указанный период времени количество женщин позднего репродуктивного возраста (35-39 лет) увеличилось за один год в 3,1 раза (с 224/6,5 до 705/14,0% соответственно), в течение последующих четырех лет деятельности учреждения удельный вес данной категории пациенток уменьшился в 6,6 раза, составляя в 2023 году 147/2,1% ($p>0,05$).

Таблица 5.1. - Динамика госпитализированных женщин высокого риска до и за период деятельности ПЦ г. Куляб

Год / характер родов	2018 n=3462		2019 n=5047		2020 n=6399		2021 n=5849		2022 n=7489		2023 n=6884		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
ПР	221	6,4	464	9,2	449	7,0	406	6,9	488	6,5	420	6,1	<0,05
ДРПО	72	2,1	851	16,9	1183	18,5	979	16,7	454	6,1	640	9,2	<0,05
Роды в 18-19 лет	333	9,6	1465	29,0	598	9,3	756	12,9	549	7,3	317	4,6	>0,05
Роды >35 лет	224	6,5	705	14,0	552	8,6	396	6,8	182	2,4	147	2,1	>0,05
Осложненные роды	219	6,3	325	6,4	504	7,8	357	6,1	54	0,7	104	1,5	<0,05
Крупный плод	276	8,0	432	8,6	506	7,9	455	7,8	327	4,4	458	6,6	>0,05
Варикозная болезнь	148	4,3	314	6,2	192	3,0	171	2,9	172	2,3			>0,05
Анемия	36	1,0	52	1,0	67	1,0	98	1,6	55	0,7	99	1,4	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки динамики изменения числа госпитализированных женщин высокого риска

Таблица 5.2. - Динамика госпитализированных пациенток с акушерскими осложнениями до и за период деятельности ПЦ г. Куляб (2018 -2023 гг.)

Год / осложнение	2018 (n=3462)		2019 (n=5047)		2020 (n=6399)		2021 (n=5849)		2022 (n=7489)		2023 (n=6884)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
АК	102	2,9	218	4,3	263	4,1	261	4,4	217	2,8	170	2,4	p>0,05
ТП	81	2,3	116	2,3	163	2,5	173	3,0	174	2,3	243	3,5	p>0,05
ЭП	4	0,12	15	0,3	15	0,2	7	0,12	7	0,09	10	0,1	p>0,05
HELLP-синдром	1	0,03	2	0,04	3	0,05	6	0,10	5	0,07	6	0,08	p>0,05
Сепсис	2	0,06	-	-	1	0,02	1	0,02	2	0,03	-	-	p>0,05

Примечание: p – статистическая значимость линейной регрессии для оценки динамики изменения числа госпитализированных пациенток с акушерскими осложнениями

Следует отметить, что за период деятельности ПЦ в 4,2 раза уменьшился удельный вес осложненных родов (p<0,05), в 1,3 раза – крупным плодом, в 5,1 раза - с варикозной болезнью, в 2 раза - с анемией тяжелой степени.

Об активизации деятельности ПЦ свидетельствуют данные о госпитализации в родовспомогательное учреждение женщин с критическими акушерскими состояниями (таблица 5.2). Из таблицы 5.2. следует, что лидирующими акушерскими осложнениями при госпитализации в ПЦ являются ТП и АК. Из числа родивших женщин в 2019 году удельный вес ТП увеличился 1,4 раза по сравнению с предыдущим годом (с 81/2,3 до 116/2,3% соответственно), а в последующие три года – в 1,5 раза, составляя в 2023 году 243/ 3,5% соответственно (>0,05). В то же время, в 3 раза уменьшился удельный вес эклампсии (с 15/0,3 до 10/0,1% соответственно) (p<0,05). В 2 раза увеличилось количество поступивших женщин с HELLP-синдром (от 2/0,04 до 6/0,08% соответственно) (p>0,05).

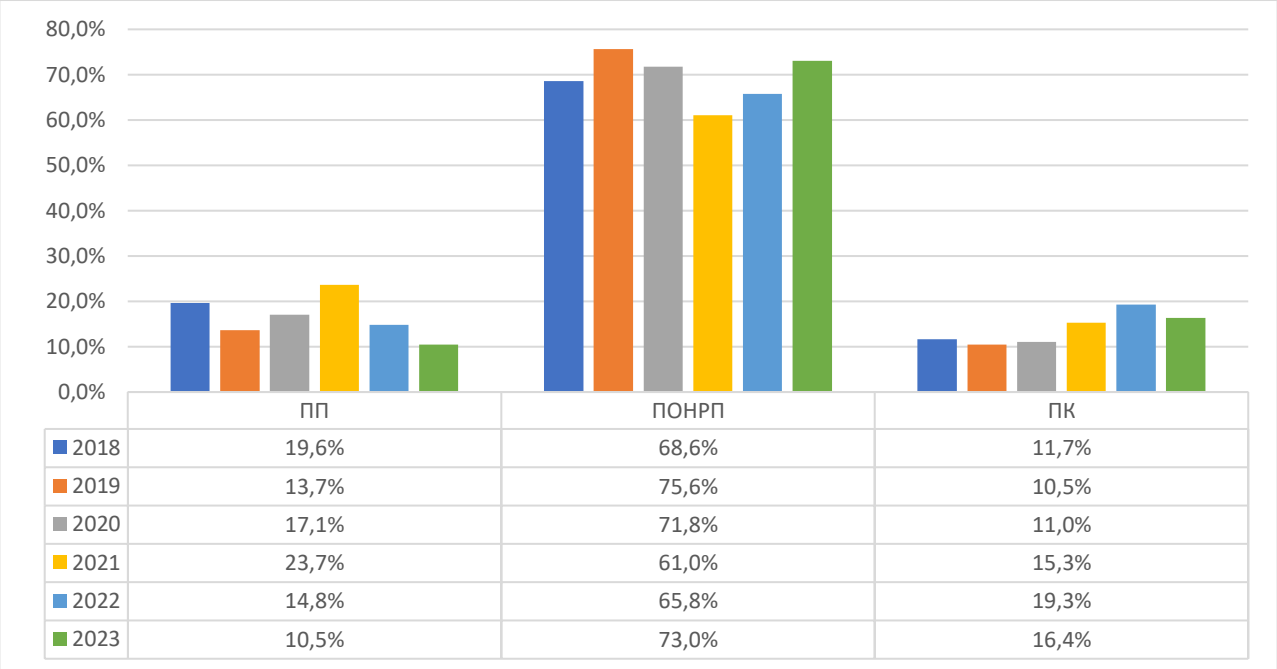
За анализируемый период в 1,7 раза сократилась величина АК (с 218/4,3% до 170/2,4% соответственно) (p>0,05).

В структуре АК в 1,3 раза сократился удельный вес женщин с ПП (с 30/13,7 до 18/10,5% соответственно) (рисунок 5.3).

Наметилась тенденция снижения частота ПОНРП (p>0,05). Несмотря на широкое внедрение действующих клинических рекомендаций в акушерскую практику, остаются серьезной медико-социальной проблемой послеродовые кровотечения (ПК), удельный вес которых возрос за анализируемый период в 1,5 раза, составляя в 2023 году 28/16,4% по сравнению с 2019 годом (23/10,5%) (>0,05).

Об улучшении качества медицинских услуг свидетельствует факт, что за анализируемый период количество женщин с массивными акушерскими кровотечениями (>1000 мл) уменьшилось в 1,3 раза (с 25/55,6% в 2018 году до 19/33,3% - в 20119г.) а в последующие годы – в три года, составляя в 2023

году 9/5,2% (p<0,05). В тоже время с 2019 по 2023 г. частота геморрагического шока уменьшилась в 5,5 раза (с 38/66,6 в 2019 году до 7,0% в 2023г) (p<0,05).



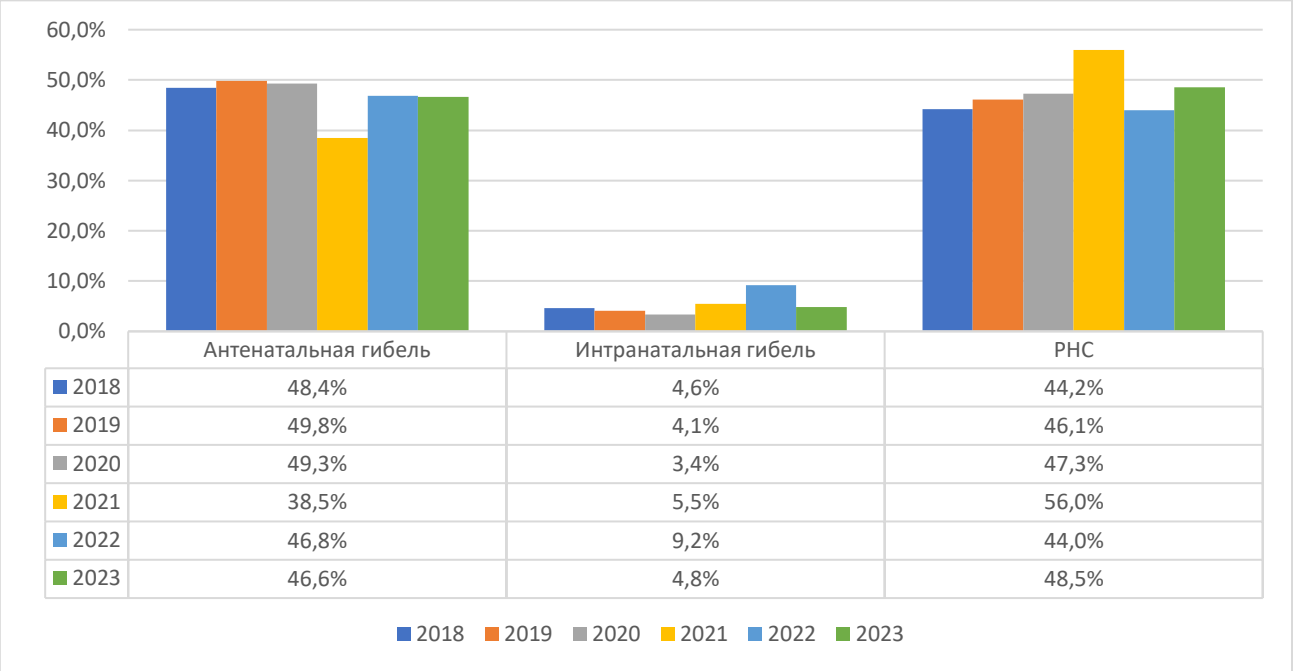
	ПП	ПОНРП	ПК
2018	19,6%	68,6%	11,7%
2019	13,7%	75,6%	10,5%
2020	17,1%	71,8%	11,0%
2021	23,7%	61,0%	15,3%
2022	14,8%	65,8%	19,3%
2023	10,5%	73,0%	16,4%

Рисунок 5.3. - Структура акушерских кровотечений до и за период деятельности Перинатального Центра г. Куляб (2018 -2023 гг.), (%)

За годы рассматриваемого периода частота операции КС снизилась с 2019 года с 1204/ 23,8%) до 1498/21,7% в 2023 году (p>0,005). Эти показатели отражают общемировую тенденцию увеличения применения оперативного родоразрешения в интересах плода и являются позитивным фактором деятельности центра.

Согласно годовым отчетам ПЦ перинатальные исходы были следующими. Количество живорожденных детей по отношению к общему количеству родов составляло в 2019 году 4752/94,2%, что в 1,4 раза больше по сравнению с 2018 годом, а в последующие 4 года их количество увеличилось до 6843/ 99,4% . По сравнению с 2018 годом ПС в перинатальном центре увеличилась в 1,3 раза, а за период функционирования учреждения этот показатель к общему количеству живорожденных снизился в 2 раза (с 295/6,2% в 2019 году до 208/3,0% - в 2023) (p<0,05).

Анализ показал, что в структуре ПС наметилась тенденция снижения антенатальной гибели плода (рисунок 5.4.)



	Антенатальная гибель	Интранатальная гибель	РНС
2018	48,4%	4,6%	44,2%
2019	49,8%	4,1%	46,1%
2020	49,3%	3,4%	47,3%
2021	38,5%	5,5%	56,0%
2022	46,8%	9,2%	44,0%
2023	46,6%	4,8%	48,5%

Рисунок 5.4.- Структура перинатальной смертности до и за период деятельности ПЦ (2018 -2023 гг., (%)

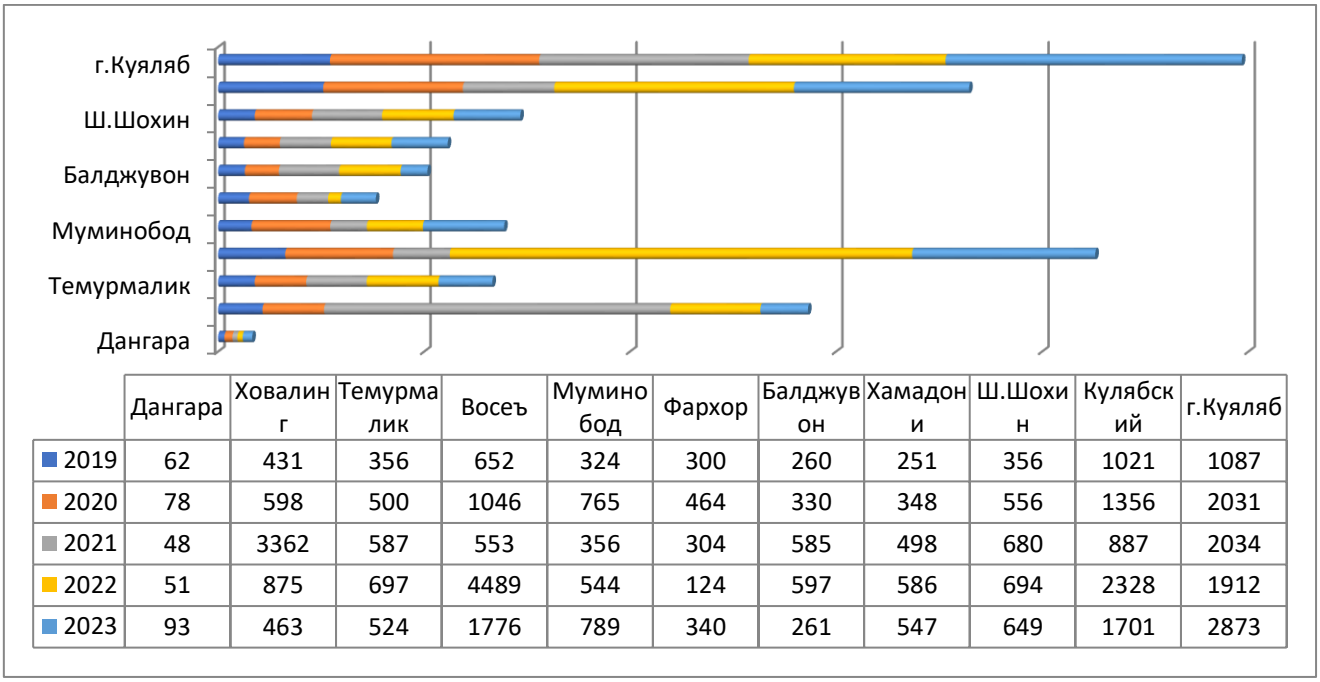
Как интранатальная гибель плода, так и РНС, не имеют неустойчивую тенденцию к снижению, что, связано с преждевременными родами ($p>0,05$). Исследование показало, что РНС имела место в основном среди недоношенных новорожденных, их удельный вес не имеет стойкой тенденции к снижению. В 2021 году из 639 родившихся недоношенных младенцев (масса < 2500гр) РНС имела место в 122/19,0% случаях, в 2022г- из 593– в 93/15,6%. В весовой градации новорожденных массой 500 - 1500 грамм РНС за эти годы составила 69/56,5 и 57/61,2% соответственно.

Особую группу риска по ПС составили беременные с ВПР. За трехлетний период деятельности их количество по отношению к общему количеству родов увеличилось в 1,7 раза (с 22/0,4 до 38/0,5%, при этом в структуре ПС этот показатель увеличился в 2 раза (с 22/7,4 до 38/15,2%)($p<0,05$).

Одним из основных аспектов диссертационного исследования являлось изучение роли ПЦ, как третьего уровня родовспомогательного учреждения в

улучшении перинатальных направлений беременных и рожениц высокого риска из родовспомогательных учреждений 2 -го уровня.

Установлено, что за анализируемый период улучшилось перенаправление беременных, рожениц и родильниц из стационаров 1 и 2 уровня в ПЦ, являющийся в регионе учреждением третьего уровня (рисунок 5.5).



	Дангара	Ховалинг	Темурмалик	Восеъ	Муминобод	Фархор	Балджувон	Хамадони	Ш.Шохин	Кулябский	г.Куяляб
2019	62	431	356	652	324	300	260	251	356	1021	1087
2020	78	598	500	1046	765	464	330	348	556	1356	2031
2021	48	3362	587	553	356	304	585	498	680	887	2034
2022	51	875	697	4489	544	124	597	586	694	2328	1912
2023	93	463	524	1776	789	340	261	547	649	1701	2873

Рисунок 5.5. - Динамика перенаправлений пациенток высокого риска в ПЦ г. Куляб (2019-2023гг), абс.

Установлено, что со времени функционирования ПЦ в 2 раза и более увеличилось количество направленных женщин из 4-х родильных стационаров ЦРБ Восеъ, Муминобод, Ховалинг и г.Куляб, более, чем в 1,5 раза из Дангаринского района, Темурмалик, Ш.Шохин и Кулябского.

В то же время следует отметить снижение числа перенаправлений из региона высокой рождаемости (Ховалинг,Фархор и Бальджуван), что требует особой оценки.

Активизация системы направлений/перенаправлений в отношении указанных районов связана с мероприятиями по повышению кураторства, проведением аудита критических случаев, внедрению элементов непрерывного образования по неотложным акушерским состояниям, внедрением в

практическую деятельность ряда национальных стандартов и клинических протоколов по основным акушерским проблемам, разработанных с 2008 года и пересмотренных с 2019 года [55,55,57,58,81,82].

В 2022 году по приказу МЗ и СЗНРТ (№ 624 от 24.08. 2022 г.) на базе ПЦ г. Куляб проведено 3-х дневное обучение по модульной программе «Неотложная акушерская помощь». Целевой аудиторией являлись 25 акушер-гинекологов Хатлонской области Кулябского региона, из которых 16 - из родильных стационаров 1 и 2 уровней и 12 – из ЦРЗ. Согласно результатов послекурсового тестирования, состоящего из 40 вопросов, уровень теоретических знаний участников увеличился в 2 раза по сравнению с результатами претеста (с 48,6% среднего балла до 96,2%.

Полученные данные диктуют необходимость проведения курсов повышения квалификации среди специалистов ПЦ путем внедрения элементов непрерывного образования по неотложным акушерским состояниям.

Резюме

Реализация мероприятий по регионализации перинатальной помощи в стране подтвердила их эффективность в плане успешной деятельности областного перинатального центра г. Куляб, получивший определенную долю самостоятельности в оказании доступной качественной квалифицированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным региона в качестве учреждения третьего уровня. Улучшались количественные и качественные показатели учреждения, которые положительно отразились на состоянии здоровья женщин и детей. В 1,3 раза возросло количество обращений пациенток за медицинской помощью, в 1,3 раза - в родильное отделение, в 1,4 раза – в отделение патологии беременных, в 2 раза – в гинекологическое отделение. Деятельность ПЦ активизировалась за счет улучшения качества антенатального ухода и деятельности стационаров 1 и 2 уровней: в 1,5 раза снизился процент преждевременных родов, в 1,8 раза - удельный вес госпитализированных пациенток с ДРПО, в 1,7 раза сократилась

величина АК, в 1,3 раза уменьшилось количество женщин с массивными акушерскими кровотечениями, в 5,5 раза - частота геморрагического шока. В период функционирования ПЦ перинатальная смертность снизилась в 2 раза.

Укомплектованность ПЦ кадрами позволяет предоставлять медицинскую помощь, однако имеет место недостаточный уровень категорийности специалистов, составляющий среди акушер-гинекологов, акушерок и медицинских сестер не более 70%.

Резервами повышения качества оказания квалифицированной медицинской помощи в ПЦ являются: активное внедрение медико-экономических клинических протоколов, стандартов и современных репродуктивных технологий, систематическое проведение аудита качества акушерско- неонатальной помощи, оптимизация ресурсной обеспеченности центра, повышение квалификации и коммуникативных навыков медицинских работников путем внедрения элементов непрерывного обучения специалистов родовспомогательных учреждений по вопросам НАП.

Внедрение инновационных механизмов перинатальных направлений в труднодоступных регионах Хатлонской области позволит повысить медицинскую активность ПЦ г. Куляб в трехуровневой системе перинатальной регионализации и будет способствовать снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в регионе.

5.2. Анализ состояния и проблемы организации службы родовспоможения в труднодоступных регионах Хатлонской области, влияющие на эффективность регионализации перинатальной помощи

Цель данного раздела диссертационного исследования: изучение современного состояния и особенностей организации перинатальной помощи в одной из труднодоступных регионов Хатлонской области - районе Ш. Шохин и разработать предложения для дальнейшего совершенствования системы перинатальных направлений в районе в условиях реформирования системы здравоохранения.

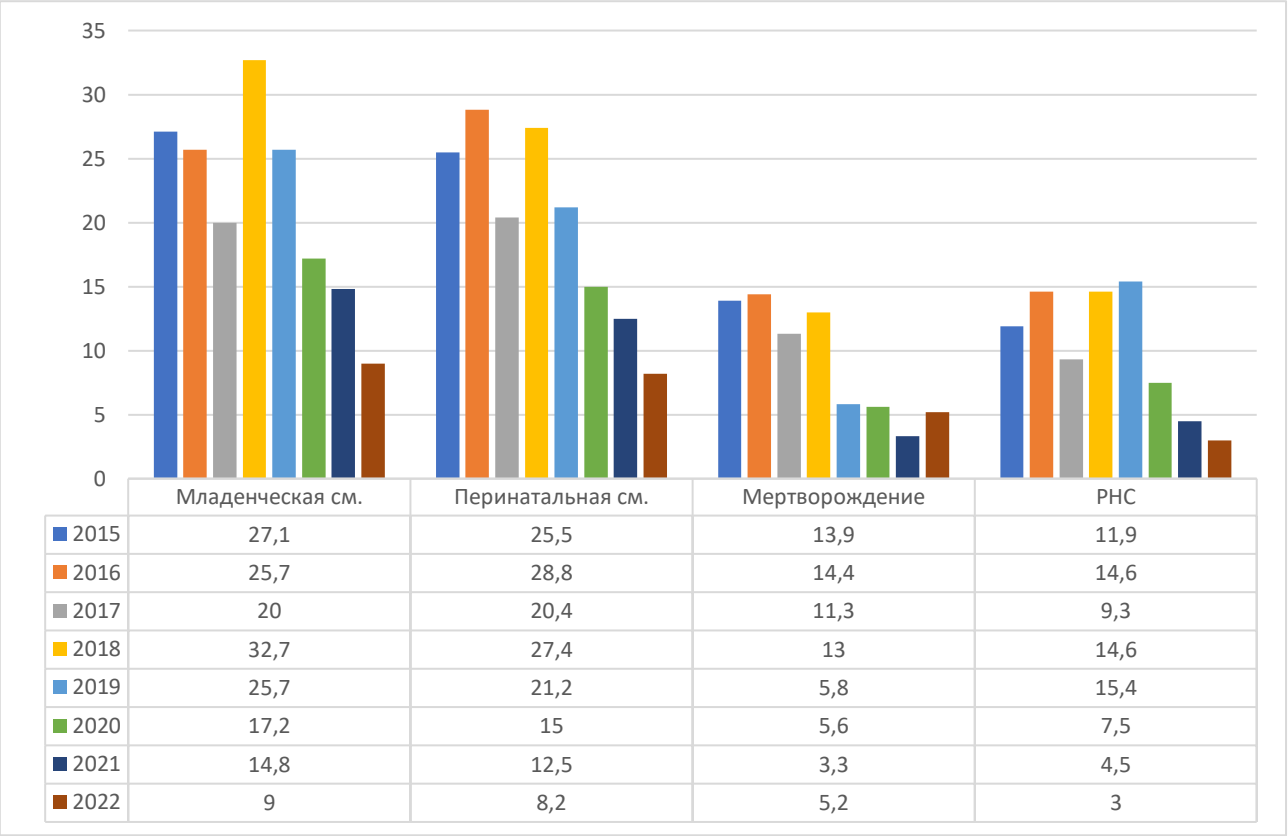
Отличительной чертой организации оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам на территории района Ш.Шохин является ее географическая особенность (труднодоступные сельские местности). Район – Ш. Шохин - административный район в составе Хатлонской области Республики Таджикистан (Районный центр - село Шуробад), располагается на востоке области, площадь которого составляет 228,4 км². На севере район граничит с Дарвозским районом и Ховалингом, на западе – районами Муминобод и Хамадони, на востоке и юге, через реку Пяндж -с Афганистаном. Он расположен у подножия гор Хазрати Шох.

Административно район разделен на 7 сельских общин (джамоатов): Даштиджум, Дагистан, Нуриддин Махмудов, Лангардара, Саричашма, Чагами нав, Мирзо Али.

За анализируемый период (2015-2022 годы) сельское население района увеличилось с 50,7 до 58,3, общая смертность снизилась с 4,6 до 2,6 на 1000 населения. На эти показатели первоначально влияют такие факторы, как уровень развития системы здравоохранения, статус благосостояния населения и образования, возрастная структура жителей и конечно, национальные традиции и обычаи. За этот период времени показатель рождаемости колебался в пределах 30,9 -29,5 на 1000 населения.

На сегодняшний день в районе медицинская помощь женщинам оказывается в 45 родовспомогательных учреждениях, в структуре которых 1 ЦРБ (2 уровень), 6 СНБ (1 уровень)1 РЦЗ, 1 РЦРЗ, 18 СЦЗ и 18 ДЗ.

Сравнительный анализ показал, что за анализируемый период значительно изменились в положительную сторону основные медико-демографические показатели, характеризующие качество предоставляемых медицинских услуг, одним из достоверных показателей которого является младенческая и перинатальная смертность. Так, показатели младенческой и перинатальной смертности в районе с 2015 по 2022 годы уменьшился в 3 раза (с 27,1 до 9,0 и с 25,5 до 8,2 на 1000 живорожденных (рисунок 5.6).



	Младенческая см.	Перинатальная см.	Мертворождение	РНС
2015	27,1	25,5	13,9	11,9
2016	25,7	28,8	14,4	14,6
2017	20	20,4	11,3	9,3
2018	32,7	27,4	13	14,6
2019	25,7	21,2	5,8	15,4
2020	17,2	15	5,6	7,5
2021	14,8	12,5	3,3	4,5
2022	9	8,2	5,2	3

Рисунок 5.6. - Динамика показателей младенческой и перинатальной смертности в районе Ш. Шохин (на 1000 живорожденных)

В то же время, в 2,6 раза уменьшился показатель мертворождаемости и в 3,9 раза - РНС (с 13,9 до 5,2 и с 11,9 до 3,0 на 1000 живорожденных).

Улучшение вышеуказанных показателей связаны с реализацией мероприятий по территориальной регионализации перинатальной помощи, в частности, усилению роли учреждений 1 и 2 уровней региона, улучшению качества антенатального ухода и своевременного направления женщин высокого риска в учреждения более высокого уровня.

И все имеет место ненадлежащее качество дородового наблюдения, о чем свидетельствует ранний охват беременных (количество женщин, взятых на учет до 12 недель), который увеличился за 2015-2022 годы с 67,2 до 78,4% соответственно. Барьером доступа к медицинским услугам сельских женщин является не только должное отношение к собственному здоровью и низкая их информированность об опасных симптомах, но территориальная отдаленность учреждений, а также нехватка медицинских кадров на селе.

Несмотря на существующую ситуацию, количество родов с 2015 по 2022 годы уменьшилось почти в 2 раза (с 1532 до 792).

Немаловажным фактором эффективности медико-организационных мероприятий является снижение в 2,7 раза удельного веса домашних родов ($p<0,05$) (рисунок 5.7).

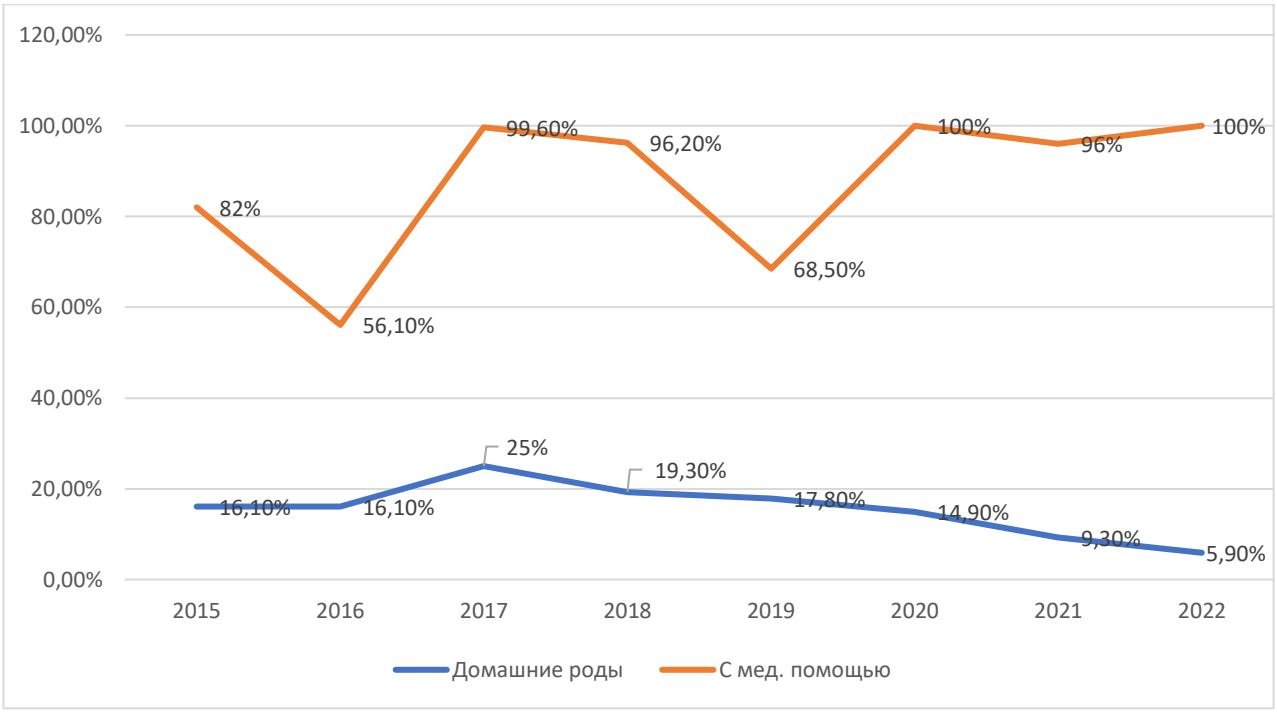


Рисунок 5.7. - Динамика домашних родов в районе Ш. Шохин (2015-2022), %

Вместе с тем, в большинстве случаев в родах была оказана медицинская помощь и родильницы направлены в стационар.

Следует отметить, что не зарегистрировано ни одного случая материнской смертности. В этом немаловажная роль принадлежит расширению доступа к контрацептивным услугам. Охват контрацепцией с 2015 по 2022 годы увеличился в 9,2 раза ($p <0,05$) (рисунок 5.8).

В тоже время в 1,5 раза сократилась частота абортов (с 15,1 до 9,8% на 1000 живорожденных), что возможно, связано с медицинскими показаниями для прерывания беременности (врожденные пороки развития, неразвивающаяся беременность).

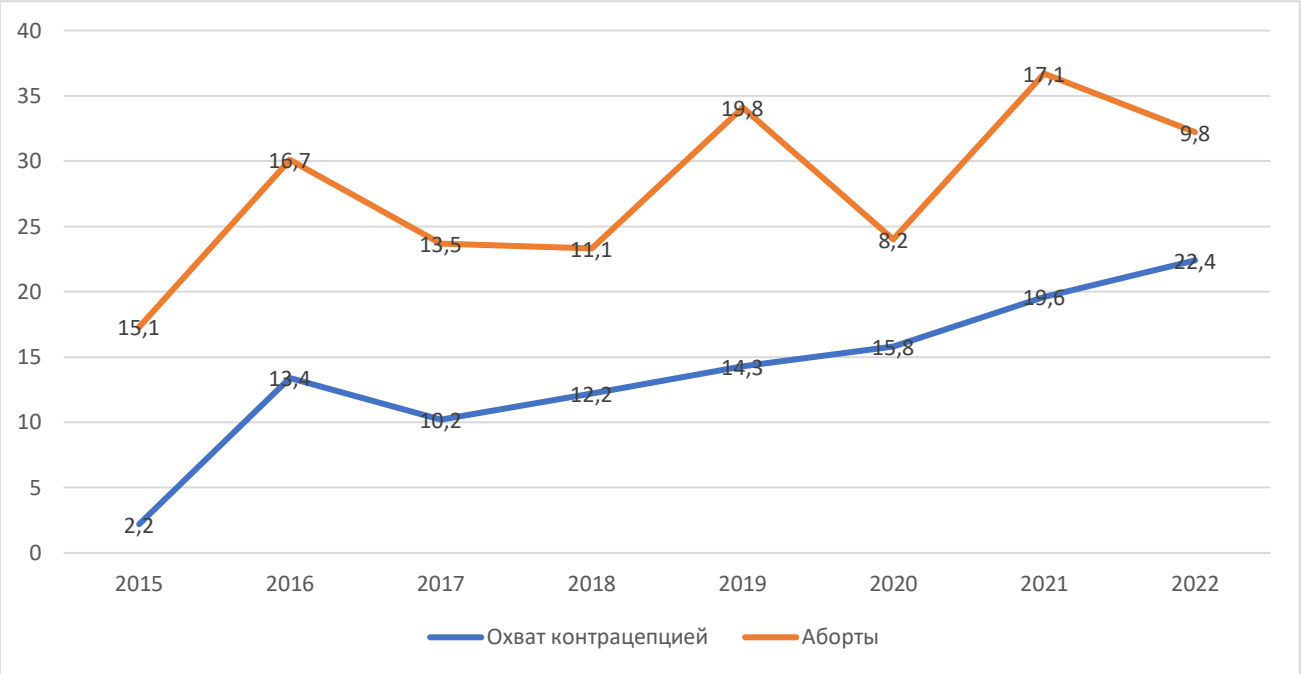


Рисунок 5.8.- Динамика частоты аборта и охват контрацептивными средствами в районе Ш.Шохин (на 1000 живорожденных)

Анализ показал, что в районе Ш. Шохин имеет место нехватка кадрового потенциала и низкая категорийность специалистов, существуют определенные диспропорции в обеспечении врачебными кадрами и среднего медицинского персонала родовспомогательных учреждений стационарного и амбулаторного звена. В районе большая нагрузка приходится на семейных медсестер, количество которых за анализируемый период увеличилось с 289 до 345, то есть на 56 человек, а категорийность остается низкой, хотя увеличилась в 1,6 раза (с 34,2 до 57,9%). Количество акушерок за анализируемый период увеличилось в 2 раза, однако, их категорийность снизилась с 64,5 до 54,9%.

Таким образом, в рамках реализации трехуровневой системы перинатальной помощи в труднодоступном регионе - районе Ш. Шохин улучшились медико-демографические показатели, характеризующие службу родовспоможения: снизились показатели младенческой и перинатальной смертности, удельный вес домашних родов, повысился ранний охват беременных дородовым наблюдением, расширился доступ к контрацептивным услугам, не зарегистрировано случаев материнской смертности. Для

расширения доступности квалифицированной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в труднодоступных сельских местностях района при дефиците кадровых ресурсов, низкой их категорийности и дисбалансе их распределения необходимо разработать инновационный механизм территориальных перинатальных направлений между учреждениями различного уровня, позволяющий улучшить систему регионализации перинатальной помощи, тем самым, обеспечить благоприятные исходы для матери и новорожденного.

5.3. Оценка существующей ситуации перинатальных направлений в труднодоступных населенных пунктах района Ш. Шохин до внедрения инновационного цифрового механизма системы перенаправлений в регионе

В данном разделе диссертации проведено картированное исследование удаленных населённых пунктов района Ш. Шохин (2021г.) и дана оценка качества медицинских услуг в 5 труднодоступных СНБ, относящихся к I уровню родовспомогательных учреждений (Н. Махмудов, Догистон, Мирзо Али, Чагами нав, Даштичум), их отдаленность от II уровня - родильного отделения ЦРБ района Ш.Шохин (таблица 5.3).

Таблица 5.3. – Результаты картирования и оценка качества медицинских услуг в труднодоступных родовспомогательных учреждениях района Ш.Шохин (2021г.)

Объект / СНБ	Женское население	Кол-во Родов	БНАНП	Расстояние	Время пути в ЦРБ
Н. Махмудов	1693	36	81%	36 км	90 мин.
Мирзо Али	11700	186	81%	37км.	120 мин.
Догистон	2825	6	38%	12км.	30 мин.
Чагами нав	6800	86	29%	20км.	90 мин.
Даштичум	2242	20	67%	60км.	100 мин.

Результаты картированного исследования позволили выявить территориальные проблемы перинатальных направлений. Так, из СНБ джамоата Н. Махмудов расстояние до родильного отделения ЦРБ Шуробода составляет 36км; время пути, необходимое для оказания комплексное неотложной акушерско-неонатальной помощи (КНАНП) - 1 час 30 минут, т.к. основная дорога пролегает по середине огромного каменистого функционирующего реки. Родильный дом имеет относительно высокий рейтинг (81%) по стандартам базовой неотложной акушерско-неонатальной помощи (БНАНП); персонал не обучен реанимации новорожденных и отсутствует соответствующее оборудование.

СНБ №1 в селе Мирзо Али имеет стратегическое расположение, расстояние до родильного отделения ЦРБ составляет 37 км., время пути - 120 минут, т.к. основная дорога пролегает по середине огромного каменистого функционирующего реки. В зимнее время, когда проезд до ЦРБ не возможен, роженицы добираются в родильное отделение ЦРБ района Восеъ или ПЦ города Куляб. Роддом имеет относительно высокий рейтинг (81%) по оказанию БНАНП.

Из СНБ № 2 села Догистон расстояние до родильного отделения ЦРБ составляет 12 км., время пути - 30 минут, т.к. основная дорога не отремонтирована. В зимние времена из-за снежных бурь дороги ненадолго (1-2 дня) закрываются. Роддом имеет относительно низкий рейтинг (38%) по стандартам БНАНП.

СНБ с. Чагами нав стратегически расположен, расстояние до родильного отделения ЦРБ Шуробода 20км., время пути - 90 минут, т.к. основная дорога пролегает по каменистым функционирующей реки. Рейтинг СНБ по стандартам БЕМОНК самый низкий (29%) среди всех обследованных СНБ

В селе Даштичум расстояние от СНБ до родильного отделения ЦРБ Шуробода составляет 65км., время пути - более 100 минут, т.к. основная дорога пролегает по горно-каменистым дорогам. В зимне-весенние дни дороги часто

не проходимые, помощь женщинам акушерка проводит на лошади. Следовательно, из 5 пилотных объектов 3 оказались удаленными и с малым количеством родов: СНБ Н. Махмудов, Чагами нав и Даштичум. Самый низкий рейтинг БНАНП – в СНБ Догистон и СНБ Чамаги нав.

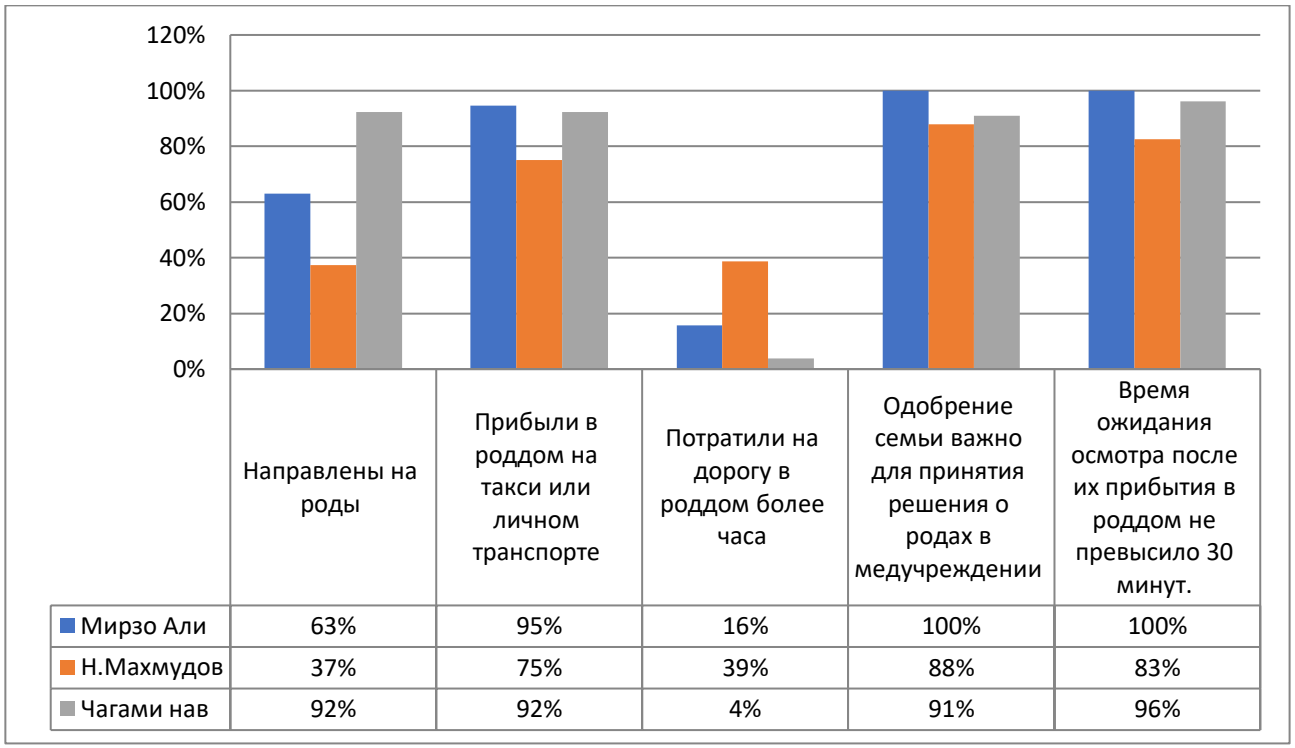
Таким образом, в результате картирования в труднодоступных сельских местностях района Ш. Шохин определены «стратегически-расположенные» сельские номерные больницы, обслуживающие отдаленные районы – более приоритетные для обучения персонала неотложной помощи. Выявлены СНБы с малым количеством родов в год и расположенные близко к ЦРБ – менее приоритетные в плане инвестиций. Подготовлен каталог учреждений и их подчиненности для использования цифрового механизма в системе перинатальных направлений по территориальному принципу.

Полученные результаты определили следующее направление диссертационной работы: оценить удовлетворенность и доступность медицинских услуг матерями, проживающими в труднодоступных регионах района Ш. Шохин и знания, и существующие практики медицинских работников, вовлеченных в перинатальные направления, качество обслуживания и препятствия для эффективной работы системы направлений/перенаправлений.

5.4. Оценка удовлетворенности и доступности медицинских услуг в труднодоступных регионах района Ш.Шохин

Для оценки удовлетворенности и доступности медицинских услуг проведен анонимный опрос/интервьюирование 120 матерей, проживавших в труднодоступных регионах района Ш.Шохин с учетом обслуживания женского населения, количества родов, объема БНАНП и времени для транспортировки в родовсмогательное учреждение более высокого уровня. Основную (I группу) составили 19 женщин, проживавших на территории СНБ Мирзо Али; группами сравнения явились 75 женщин, относящихся к СНБ Н. Махмудов (II группа) и 26 родильниц из с. Чагами нав (III группа). Согласно полученным результатам,

то в большинстве случаев для членов семьи важно принятие решения о родах в медучреждении (рисунок 5.9)



	Направлены на роды	Прибыли в роддом на такси или личном транспорте	Потратили на дорогу в роддом более часа	Одобрение семьи важно для принятия решения о родах в медучреждении	Время ожидания осмотра после их прибытия в роддом не превысило 30 минут.
Мирзо Али	63%	95%	16%	100%	100%
Н.Махмудов	37%	75%	39%	88%	83%
Чагами нав	92%	92%	4%	91%	96%

Рисунок 5.9. - Результаты интервьюирования родильниц о качестве оказания медицинских услуг (n =120),%

Установлено, что более половины женщин были направлены на роды другим медицинским учреждением (64/53,3±12,9%), причем более 90,0% - из III – ей группы (24/92,3±17,7%), что в 1,4 раза по сравнению с I-ой группой (12/63,1±16,3%) и в 2,4 раза по сравнению со II-ой группой (28/37,3±12,9%) ($p<0,01$). Большинство респондентов отметили, что прибыли в роддом на такси или личном транспорте: 18/94,7±16,3% жительниц с. Мирзо Али, 66/88±12,9% - с. Чагами нав и 24/92,3±17,7% - с. Н.Махмудов ($p<0,05$). Потратили на дорогу в роддом более одного часа 29/38,6±12,9%) пациенток II-ой группы, что в 2,4 раза больше по сравнению с ответами участников исследования I - ой (3/15,7±16,3%) и в 10 раз больше – по сравнению с III-ей (1/3,8±17,7%) группами ($p<0,01$).

Анализ показал, что из общего количества респондентов более 80% (106/88,3±12,9%) отметили, что время ожидания осмотра после их прибытия в

роддом не превысило 30 минут: в I – ой группе – 19/100%, во II-ой – 62/82,6±12,9%, в III – ей- 25/96,1±17,7%. (p>0,01).

Результаты интервьюирования матерей/родильниц позволили выявить проблемы маршрутизации беременных и рожениц в родильные стационары. Установлено, что из числа опрошенных женщин получили от медработника объяснение причины направления в стационар с. Н.Махмудов (63/84,0±8,5%) было почти в 2 раза больше по сравнению с пациентками с. Мирзо Али (8/42,1±7,9%) и в 2,4 раза –по сравнению с женщинами из с. Чагами нав (9/34,6±13,6%)(p<0,05) (рисунок 5.10).

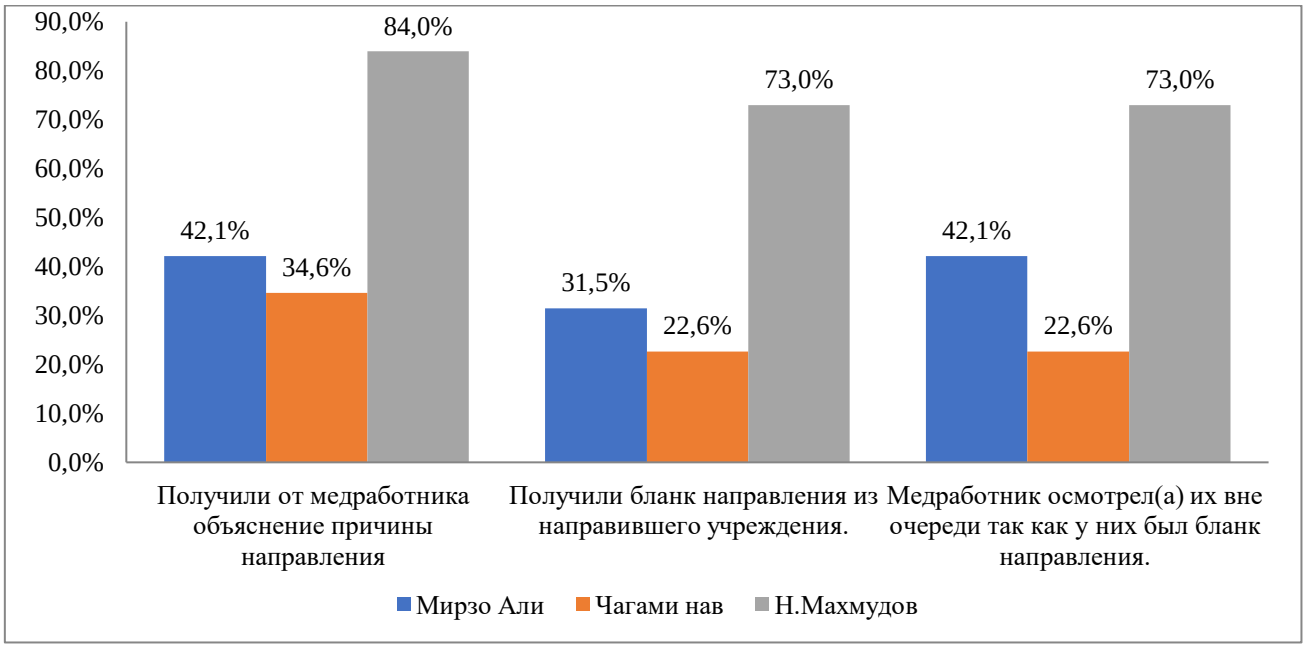


Рисунок 5.10. - Результаты интервьюирования родильниц о проблемах маршрутизации беременных и рожениц в родильные стационары (n=59),%

Установлено, что получили бланк направления из направившего учреждения в III группе (19/73,0±5,8%) женщин, что в 2,3 раза больше по сравнению с I-ой (6/31,5±7,9%) и в 3,2 раза – по сравнению со II-ой (17/22,6±13,6%) группами (p<0,05).

Результаты ответов свидетельствовали, что в стационаре были осмотрены медработником вне очереди, так как у них был бланк направления, в III – ей группе 19/73,0% женщин, что в 1,7 раза больше по сравнению с I-ой

(8/42,1%) и в 3,2 раза больше по сравнению со II-ой (17/22,6%) группой (p<0,05).

Для оценки существующих практик обслуживания беременных/рожениц и выявления барьеров для эффективной работы системы маршрутизации, проведено анонимное анкетирование среди 194 медицинских работников, вовлеченных в перинатальные направления. Большинство респондентов (147/75,7%) являлись специалистами ПМСП, остальные - медработниками СНБ и родильных стационаров (33/17,0 и 14/7,2% соответственно).

Среди участников исследования медицинских сестер было 74/38,1%, более 1/3 (68/35%%) составляли акушерки и фельдшеры (37/19,0 и 31/16,0% соответственно), 25/12,8% - акушер -гинекологи, 21/11,0% - семейные врачи, остальные- педиатры (4/2,0%) и главные врачи (2/1,0%).

Ответы респондентов свидетельствовали о недостаточном знании медицинской документации, в которой регистрируются данные о направлении/ перенаправлении беременных и рожениц в родильные стационары (рисунок 5.11).

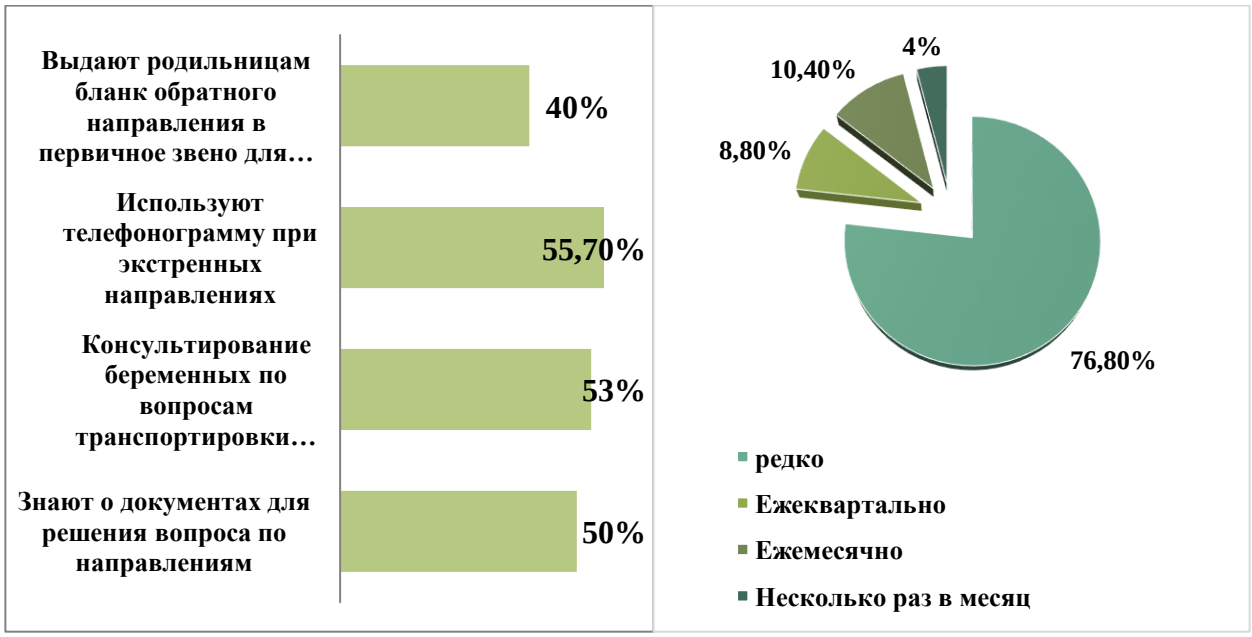


Рисунок 5.11. - Результаты интервьюирования медицинских работников о качестве предоставления медицинских услуг и принципах маршрутизации (n=194),%

Более половины респондентов (53,0%) ответили, что консультирование беременных по вопросам транспортировки входит в рутинную практику, используют телефонограмму при экстренных направлениях и выдают родильницам бланк обратного направления в первичное звено для послеродового наблюдения.

При анализе медицинской документации установлено, что в изучаемых родовспомогательных учреждениях имеется журнал, в котором регистрируются все данные о поступивших беременных и роженицах, включая направления/ перенаправления. Изучение записей перенаправлений в регистрационных журналах показало, что в них не указывалась основная причина выдачи направления, экстренность направления; дата направления указана, а время не указано. В тоже время отсутствовали сведения о том, каким транспортом и в сопровождении кого была направлена или перенаправлена беременная; не указаны сведения о телефонограмме в принимающее учреждение, о сопровождающем лице, фамилии направляющего и принимавшего медработника.

Ответы 148/76,2% медработников свидетельствовали, что проблемы направлений/перенаправлений беременных редко обсуждаются в учреждении, 20/10,3% респондентов указали, что вопросы маршрутизации осуждаются ежемесячно, 17/8,8%-ежеквартально, 4-6% - несколько раз в месяц.

Полученные результаты позволяют заключить, что отсутствие единой базы данных беременных/рожениц по направлениям и обратным направлениям усложняет проведение анализа принципов маршрутизации женщин групп высокого риска в труднодоступных регионах страны, в том числе - согласно предписанным уровням родовспоможения, что, в свою очередь, препятствует полноценному мониторингу качества медицинских услуг и планированию организационных мероприятий для снижения неонатальной и материнской смертности.

Таким образом, решением проблемы перинатальных направлений в период регионализации перинатальной помощи в труднодоступных местностях района Ш. Шохин является создание информационной системы сбора данных по перинатальным направлениям (электронного регистра беременных), который будет способствовать успешной реализации трехуровневой системы в акушерской и перинатальной службе в регионе

5.5. Эффективность внедрения инновационной модели перинатальных направлений в труднодоступных регионах Хатлонской области на примере района Ш.Шохин

Цель данного раздела диссертационной работы – улучшение качества медицинских услуг беременным, проживающим в труднодоступных регионах района Ш. Шохин путем использования информационной модели перинатальных направлений.

Информационная модель перинатальных направлений представляет собой электронный регистр или цифровой журнал - средство введения входящих и исходящих направлений в одном медицинском учреждении. Регистрируемая информация включает индивидуальные данные направленного клиента, дата направления, принимающее учреждение, а таже документирует экстренность направления. Кроме документации направлений в цифровой журнал могут включаться случаи материнской и неонатальной смертности.

Этапы внедрения инновационного механизма перинатальных направлений представлена на схеме (рисунок 5.12).

На первом этапе внедрения инновационной модели перинатальных направлений был составлен каталог услуг с указанием всех родовспомогательных учреждений в зоне обслуживания, который может регулярно обновляться.

Каталог представляет из себя список, который документирует все родовспомогательные учреждения, оказывающие амбулаторную (дородовую,

послеродовую, неонатальную/педиатрическую) и госпитальную помощь (ДЗ, СНБ, СЦЗ,РЦЗ, ЦРЗ, ЦРБ).

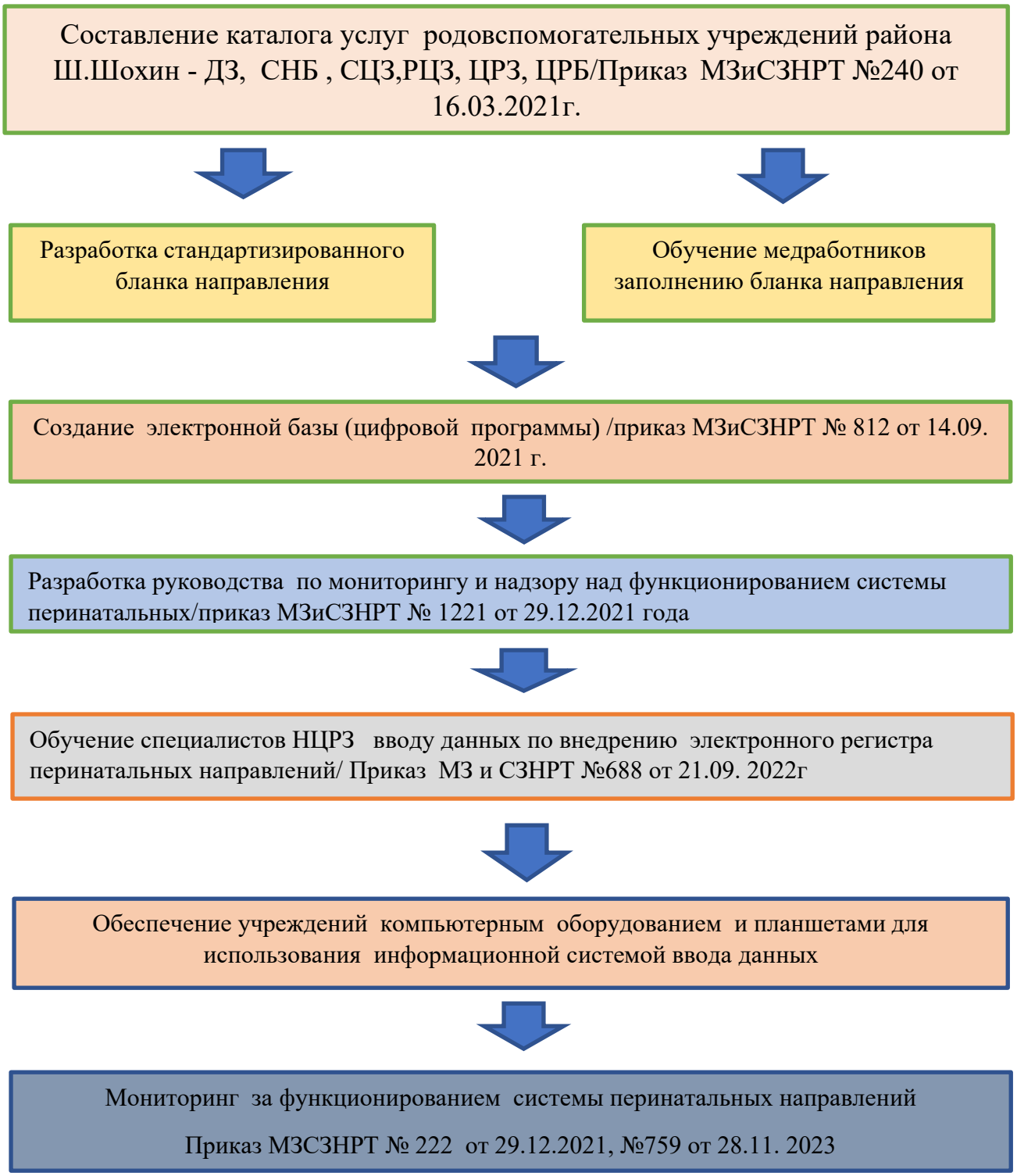


Рисунок 5.12. - Этапы внедрения инновационного механизма перинатальных направлений

Наличие каталога помогает медработнику подобрать наиболее подходящее учреждение для конкретного направления. Важно, чтобы контактная информация всех учреждений поддерживалась в актуальном состоянии. Список включает адреса и телефоны всех родовспомогательных учреждений.

На втором этапе создана электронная базы данных, состоящих из 102 вопросов для отслеживания клиентов и обучение медработников вводу информации. Приоритетное направление деятельности электронного журнала – мониторинг за течением беременности у каждой пациентки отдалённого сельского района. Перед началом обучения работы с инновационной цифровой системой всем участникам тренинга был предоставлен распечатанный контент электронного журнала, что позволит отслеживать нумерацию вопросов по разделам и общий объём вводимой информации в базу данных. Ввод данных осуществлялся при первом дородовом осмотре беременной как врач акушер-гинекологом, так и акушеркой, семейным врачом или фельдшером (в зависимости от наличия кадров на местах) согласно национального стандарта «Дородовая помощь при физиологической беременности»//Приказ МЗиСЗНРТ от 11.12.2018 года №1104. На этом этапе внедрения инновационной модели перинатальных направлений разработан стандартизированный бланк/форма направления, которую генерирует компьютер. Бланк направления, содержащий информацию, распечатывается при вводе данных беременной в электронный журнал системы направлений и выдается обученными медработниками по их заполнению на руки пациентке. Данные о пациенте параллельно хранятся в компьютерной базе данных, они доступны как для ИУ, так и для ПУ, облегчая общение в обоих направлениях.

Всем пилотным учреждениям было предоставлено компьютерное оборудование и планшеты для отслеживания всех направлений, которые сделаны в качестве инициирующего и принимающего учреждения, чтобы с помощью он-лайн приложения он был доступен в изучаемых объектах,

оказывающих перинатальные услуги по принципу маршрута «Дородовая помощь (ПМСП) – роды (роддом) – послеродовая помощь (ПМСП)». Учитывая возможные перебои с интернетом, бланк направления, который будет передавать пациентка из ИУ в ПУ, служит важным связующим звеном для передачи данных между учреждениями.

Последний этап внедрения предложенной модели заключался в мониторировании за функционированием системы перинатальных направлений в изучаемых объектах по разработанным индикаторам оценки цифровой системы перинатальных направлений, представленные в таблице 5.4.

Таблица 5.4.- Индикаторы оценки цифровой системы перинатальных направлений

Родовспомогательные учреждения района	
Охват родовспомогательных учреждений (ЦРБ и СНБ) района, которые включены в цифровую систему перинатальных направлений (%)	Число учреждений родовспоможения в работающих с цифровой системой Х100% Общее число учреждений родовспоможения в районе
Учреждения, соблюдающие протокол направлений согласно руководству (%)	Число учреждений ,соблюдающих протокол Х100% Число учреждений работающих с цифровой системой
Роженицы, поступившие на роды с бланком направления (%)	Число женщин, поступивших на роды с бланком направлением Х100% Число родов в учреждении (в СНБе или ЦРБ) в районе
Родильницы, обратившихся после родов в ПМСП с обратным бланком направления из роддома(%)	Число женщин, обратившихся после родов в ПМСП с обратным бланком направления Х100% Число родов в учреждении (в СНБе или ЦРБ) в районе
Женщины, родившие именно в том медицинском учреждении, куда они были направлены учреждением ПМСП, работающим в цифровой системе (%)	Число женщин, родивших именно в том медицинском учреждении, куда они были направлены учреждением ПМСП, работающим в цифровой системе перинатальных направлений Х100%___ Общее число рожениц, направленных учреждениями ПМСП, работающим вцифровой системе перинатальных направлений (учитывая родивших дома и родивших в других учреждениях)

С момента внедрения электронного журнала обучено 125 медработников пилотных родовспомогательных учреждений по вводу данных. При проведении мониторинга (с декабря 2022 по декабрь 2023 года) в изучаемых родовспомогательных учреждениях проведено повторное консультирование 73 специалистам ПМСП. По данным официальной статистики к концу 2023 года ранний охват беременных составлял 2280/77,3% по сравнению с 2022 годом (1003/77,4%)

Об эффективности внедрения электронного регистра свидетельствуют данные мониторинга, указывающие, что за один год использования данного инструмента охват беременных в электронном журнале увеличился в 2,6 раза (с185/18,4% до 1096/48%) (p<0,05) (рисунок 5.13).

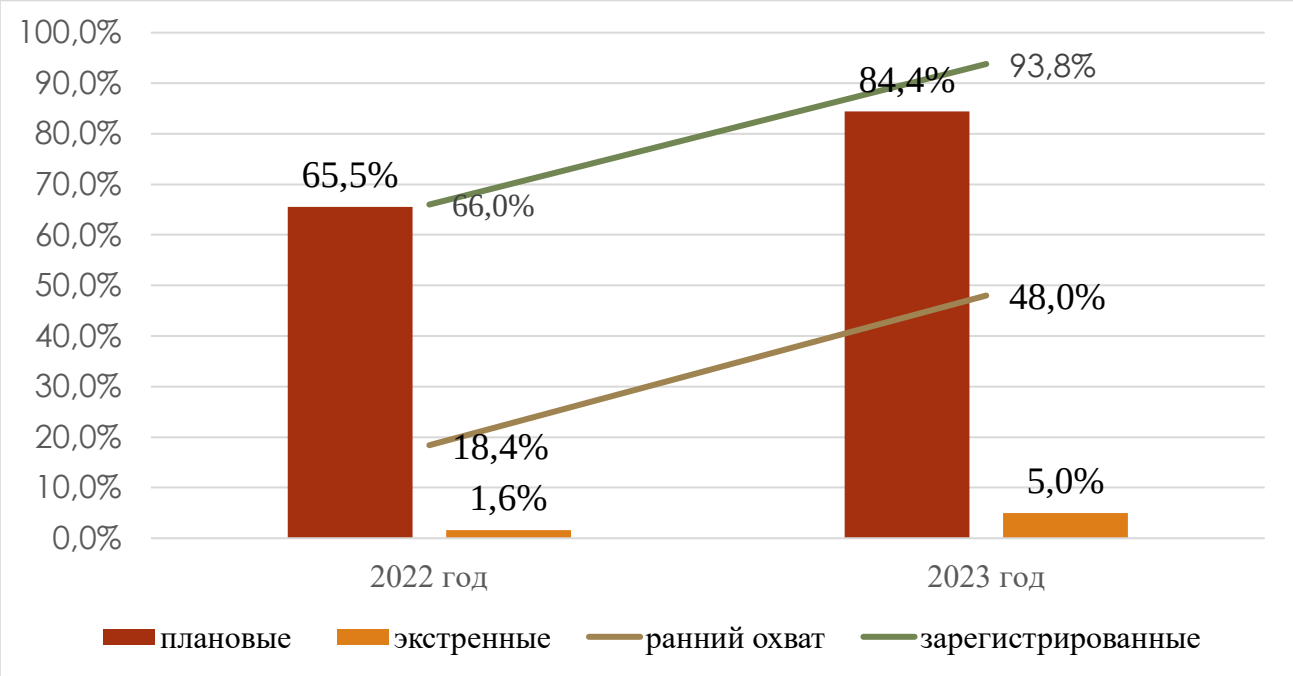


Рисунок 5.13. - Эффективность внедрения электронного регистра

Установлено, что в электронный журнал зарегистрированных беременных увеличилось в 8,4 раза (с 122/66,0% до 1029/93,8%) пациенток, при этом, плановых направлений увеличилось в 1,3 раза (с 80/65,5% до 878/85,3%) (p<0,05). При этом, экстренных направлений в стационары третьего уровня увеличилось в 3 раза (с 2/1,6% до 51/5%); направлены в ПЦ г.Куляб-375

женщин высокого риска, обратных направлений в ПМСП выдано 500 родильницам.

Таким образом, внедрение «электронного регистра беременных» изменило существующую практику перинатальных направлений в труднодоступном регионе Хатлонской области – районе Ш. Шохин для оптимизации системы регионализации перинатальной помощи. Инновационная модель позволила сформировать электронную базу данных беременных региона, вставших на диспансерный учёт, начиная с МД, обеспечить этапность оказания медицинской помощи матери и плоду с определением места и роли каждого родовспомогательного учреждения в общей системе родовспоможения применительно к каждой беременной женщине.

Глава 6. Обзор результатов исследования

Охрана здоровья матерей, новорожденных и детей является приоритетным направлением сектора здравоохранения как во всем мире, так и в Таджикистане [36,37,130]. В связи с этим, одной из основных задач службы родовспоможения является совершенствование организации качества медицинских услуг, с которым связывают прогресс снижения младенческой и материнской смертности в стране [31,32, 111, 125,128,134,185,186].

В новых социально-экономических и демографических условиях трехуровневая система регионализации перинатальной помощи является современным механизмом повышения эффективности службы родовспоможения [31,36,48 50,105, 116, 119]. В рамках реформирования сектора здравоохранения трехуровневая система регионализации перинатальной помощи соблюдается во всех экономически развитых странах и базируется на стандартах качества оказания помощи матери и ребенку, согласно которым каждую женщину и новорожденного с состояниями или заболеваниями, с которыми невозможно эффективно справиться с помощью ресурсов, имеющихся в медицинском учреждении, необходимо направлять в стационары более высокого уровня [89, 118,145]. В Таджикистане эта проблема является одной из актуальных направлений здравоохранения страны, направленной на улучшение деятельности всех уровней государственных структур, предоставляющих медицинские услуги матерям и детям [37,102, 120]. В этом аспекте территориальное разделение медицинских учреждений по трехуровневой системе в зависимости от оказываемой ими помощи (первый, второй и третий) научно обосновывают эффективность перинатальной регионализации в снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [21,64, 87,153,158,171]. Тем не менее, реализация трехуровневой модели перинатальной помощи в каждой стране обладает уникальными характеристиками, которые формируются под влиянием географического положения, а также местных этнических и культурных традиций [17,18,65,98,134].

Несмотря на то, что в Таджикистане регионализация перинатальной помощи началась в 2008 году, фактически реальный процесс начался с 2012 года, так как за этот период времени была проведена большая работа по улучшению инфраструктуры родовспомогательных учреждений, обеспечению их необходимым оборудованием, кадрами, транспортом, необходимым в условиях больших расстояний между родовспомогательными учреждениями, разработаны ряд нормативно-правовых документов по улучшению качества медицинских услуг, клинических протоколов и национальных стандартов для повышения уровня знаний специалистов по основным проблемам акушерско-неонатологической службы [55,56,57,58,81,82,90,100,102]. В рамках реформирования сектора здравоохранения и реализации мероприятий по регионализации перинатальной помощи в Хатлонской области созданы 2 Перинатальных Центра в составе многопрофильных больниц г. Куляб и г. Бохтар (Приказ МЗиСЗН РТ №609 от 16.08.2019г) и назрела необходимость изучения системы регионализации в стране и научного обоснования эффективности деятельности данных учреждений, как стационаров третьего уровня в расширении доступа к качественным медицинским услугам.

Диссертационная работа выполнялась в рамках «Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года», утвержденная Постановлением Правительства РТ №414 от 30.09.2021, одной из существенных направлений которой является улучшение качества медицинской помощи населению, внедрение цифровых информационных технологий для учреждений ПМСП.

Выбор настоящего исследования обусловлен тем, что в Таджикистане высокие показатели материнской и перинатальной смертности вызывают озабоченность сектора здравоохранения, имеется скудная информация о медико - социальных и организационных аспектах репродуктивных потерь, недостаточно изучены организационные проблемы службы родовспоможения

в стране. Вышеуказанное определило цель настоящего исследования и задачи, которые решались несколькими этапами.

Анализ системы регионализации перинатальной помощи проводился впервые в стране на примере Хатлонской области, одной их густонаселенных областей с труднодоступными регионами. Установлено, что за период регионализации перинатальной помощи (с 2015 до 2022 гг.) в Хатлонской области снизились показатели рождаемости (с 30,9 до 26,8 на 1000 населения), общей смертности (с 3,9 до 2,9 на 1000 населения), естественный прирост населения (с 27,0 до 23,9 на 1000 населения). По прогнозам многих государств, коэффициент рождаемости во всем мире будет снижаться с 2,21 в 2022 году до 1,83 в 2050 году и 1,59 в 2100 году[151]. На эти показатели оказывают влияние многие факторы: условия жизни, уровень развития здравоохранения и образования, возрастной состав населения, возраст вступления в брак, национальные традиции и обычаи.

За указанный период улучшились некоторые демографические показатели, наглядно отражающие уровень развития страны, происходящие социальные и экономические изменения, а также качество предоставляемых медицинских услуг женщинам и детям. Младенческая смертность в стране снизилась в 1,4 раза (с 19,2 до 12,9 на 1000 живорожденных соответственно), наметилась тенденция снижения ПС (с 17,5 до 16,7 на 1000 живорожденных), мертворождаемости (с 9,9 до 9,4 на 1000 живорожденных соответственно) и РНС (с 8,6 до 7,4 на 1000 живорождений соответственно). Из литературных источников свидетельствует, что в Узбекистане коэффициент младенческой и перинатальной смертности выше по сравнению с нашими данными (22 и 17 на 1000 живорожденных соответственно) [53,77], в Казахстане же показатель ПС имеет устойчивую тенденцию снижения (с 16,2 до 8,3 на 1000 родившихся) [24,131]. В России перинатальная и младенческая смертность за последние годы имела отчетливую положительную динамику снижения (в 2017 году - 7,5‰ и 5,6‰, в 2018 - 7,2‰ и 5,1‰ соответственно). Постоянное снижение

ПС в России происходит преимущественно за счет РНС, что приводит к увеличению показателя мертворожденных среди всех погибших в перинатальном периоде, достигающий в некоторых регионах 83% [10]. При этом, в странах Европы Скандинавии эти показатели значительно ниже (2,7-2,9‰ и 1,7- 2,3‰ соответственно [52]. Одни авторы указывают, что ведущими причинами перинатальных потерь могут явиться соматические заболевания матери, задержка развития плода, преэклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преждевременные роды (67-70%), осложнения, связанные с беременностью и родами (20,0-40,0 %) [2,25,35,60]. Доказано, что анемия, имевшаяся место у женщин до беременности, сочетается с большей частотой возникновения угрозы невынашивания беременности, преэклампсии и кровотечений и может повлиять на перинатальные исходы [189]. Другие исследователи считают основными причинами ПС патологию пуповины, острую асфиксию (43,0%), внутриутробную инфекцию (11,0-45,0%), врожденные пороки развития (5,0-12,0%), при этом на долю врожденной пневмонии приходится каждый десятый случай всей детской смертности, регистрируемой в мире [103, 115].

Следует отметить, что за указанный период времени улучшилось качество предоставляемых услуг: увеличился оборот койки (с 72,9 до 80,7%), ранний охват беременных (с 68,1% до 80,5% соответственно), в 2 раза уменьшился удельный вес женщин с анемией (с 71,3% до 49,8%), в 3 раза - домашних родов (с 6,1% до 2,0% соответственно), ПР (с 9,0 до 5,7% соответственно), в 1,2 раза повысился охват контрацептивными средствами (с 26,0% до 32,1% соответственно), в 1, 3 раза уменьшился удельный вес медицинского аборта (с 36,0 до 26,8,0% соответственно). Общепризнано, что показатель МС - один из основных индикаторов, который используется для оценки материнского здоровья и качества оказания медицинской помощи [36,89, 130, 185, 151, 152, 156,174]. В Хатлонской области этот показатель увеличился в 1,8 раза (с 13,8 до 25,0 на 100.тыс. живорожденных соответственно). Несмотря на то, что в целом по стране показатель МС

снизился с 28,4 до 22,9 на 100.тыс. живорожденных), он превышает в несколько раз аналогичный показатель многих европейских экономически развитых стран и в 1,4 раза — по Российской Федерации в целом, который снизился на 3,4 % (с 9,1 в 2017 г. до 8,8 на 100.тыс. живорожденных соответственно в 2018 г.) [62].

Из рандомизированных исследований следует, что 95% всех случаев МС в 2020 г. произошли в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего и в большинстве случаев могли быть предотвратимы при оказании квалифицированной медицинской помощи на всех этапах гестационного процесса, во время родов и в послеродовом периоде. [137]. В Казахстане за период, предшествовавший пандемии COVID-19 коэффициент МС снизился в 2,6 раза (с 36,8 на 100 000 живорожденных до 13,7), младенческой смертности - в 2,1 раза (с 18,23 в до 8,37 на 1000 родившихся живыми) [122]. Анализ официальных источников показал, что в структуре акушерских причин МС лидирующими являются тяжелая преэклампсия и эклампсия (29,1%) и АК (29,1%), в остальных случаях экстрагенитальные заболевания составили(18,2%) и ЭОВ (12,7%), септические состояния (9,1%). При этом, тяжелая преэклампсия за анализируемый период увеличилась с 62,0% до 65,4%, тогда как частота АК снизилась в 1,7 раза (с 1,9% до 3,3% соответственно). В исследованиях российских авторов имеются различия Госкомстата в показателях МС. Так, по данным одних авторов, в 2018 году в структуре МС основными причинами явились экстрагенитальные заболевания (26,0 %) и акушерская эмболия (15,8 %), в остальных случаях - другие причины акушерской смерти (14,4 %) [22,164], а по данным других - на первое место выходит преэклампсия/эклампсия (37,8%)[61]. Установлено, что в 2019 г. показатель МС был в стационарах I уровня и на 21,6%, был выше в стационарах III уровня и в 3,5 раза - в стационарах II уровня [62].

Полученные результаты позволили нам изучить медико - социальные и организационные факторы репродуктивных потерь и выявить резервы их

снижения. Установлено, что в постковидный период по сравнению с периодом пандемии КОВИД 19 произошли изменения в структуре МС: тяжелая преэлампсия возросла в 1,6 раза (с 30,0 до 50,0%), эклампсия в 5 раз (с 2,9 до 14,7%), АК уменьшились в 1,8 раза (с 44,2 до 23,5%), ЭОВ- в 1,5 раза (с 4,4 до 2,9%). Большинство исследований свидетельствуют, что пандемия коронавирусной инфекции и постковидные осложнения могли повлиять на эти показатели [12,14, 68, 176,187]. Анализ летальных случаев показал, что более 60% сельских жительниц страдали анемией различной степени, более 1/3 - заболеваниями почек, а в период КОВИД 19 ЭГЗ, как причина МС может быть обусловлена обострением предсуществующей соматической патологии, либо возникновением новой болезни в условиях наивысших показателей гомеостаза в продолжении беременности или в послеродовом периоде[12,13,14]. Установлено, что более 1/3 беременных не получили рекомендуемое количество визитов, более половины беременных и рожениц доставлены в стационар третьего уровня в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, более 80% - были доставлены в стационар родственниками, более 60% - без сопроводительного листа. Литературные данные указывают, что в более 80% случаев неадекватная медицинская помощь имела место среди «едва не погибших» матерей [44]. Согласно исследованиям Н.Н. Бушмелевой (2017г.) в Удмурской республике дефекты медицинского обслуживания в случаях МС встречались в 67,50% случаев на антенатальном уровне и в 64,90% - в родильных стационарах [25].

Выявлены медико - социальные и организационные особенности РНС в стационаре третьего уровня. Более 70% матерей, у которых новорожденные погибли в первые 7 суток после родов, являлись жительницами районов республиканского подчинения и Хатлонской области, страдали анемией различной степени, каждая пятая (25,4%) -заболеваниями почек, более 1/3 – ЙДС. Ненадлежащее качество антенатального ухода имело место в более 65,0% случаев, каждая четвертая не получили должного наблюдения, более 80% матерей поступили в стационар в сопровождении родственников и - более

70% поступили в стационар без сопроводительного листа. Данные российских авторов указывают, раннее взятие на учет (в сроке до 12 недель) имела место лишь у 76,8%, несмотря на то, что в 90% случаев данная беременность была желанная [25]. Преждевременные роды имели место в 81,1% случаев, экстремально низкую массу имел каждый пятый новорожденный и более 1/3 - очень низкую массу при рождении. Доказано, что антенатальное применение кортикостероидов, своевременное введение препаратов сурфактанта, использование современных технологий базового неонатального ухода, раннее грудное вскармливание, тепловая и сенсорная защита влияет на перинатальные исходы у недоношенных новорожденных в ПЦ и стационарах третьего уровня [2, 36, 95]. Изучение региональной маршрутизации матерей и детей, родившихся с массой менее 1500 грамм показало, что объективную оценку результативности системы перинатальной регионализации обеспечивают такие организационные факторы, как целесообразное распределение медицинского персонала и использование оборудования, уменьшение расходов при росте эффективности, мониторирование деятельности небольших отделений интенсивной терапии новорожденных и при необходимости, изменение их структуры [59, 163]. Доказано, что высокая эффективность оказания медицинской помощи новорожденным наблюдается при полностью сформированной трехуровневой системе оказания акушерской и перинатальной помощи во главе с ПЦ [51]. В связи с этим, в диссертационной работе впервые представлен научно-обоснованный анализ регионализации перинатальной помощи на примере ПЦ г. Куляб, как первого родовспомогательного учреждения третьего уровня в Хатлонской области в обеспечении качества медицинской помощи в период регионализации перинатальной помощи. Организаторы здравоохранения и научные публикации убеждены, что ПЦ играют ключевую роль в разработке и внедрении эффективной трехуровневой системы акушерско-гинекологической помощи на национальном уровне. Эти учреждения уникальны тем, что они сосредотачивают беременных с повышенным перинатальным риском и новорожденных в одном месте,

обеспечивая применение передовых инновационных методов в перинатологии в оказании справедливого доступа к медицинской помощи во время беременности, родов и после родов матери и ребенку, снижении материнской и младенческой смертности. Строительство ПЦ и их значимость на этапе совершенствования службы родовспоможения в России обсуждалось на «Совещании о ходе строительства перинатальных центров [114]. Большое количество отечественных исследований посвящены научно-обоснованной значимости ПЦ в трехуровневой системе службы родовспоможения и оценке их практической деятельности в улучшении медико-демографических показателей (В.И. Орел (2014), Н.В Семеновский (2016), В.В. Пильщикова (2017), Ш.Д. Харбедия (2017), В.Н. Рассказова (2018), Д.Л. Гурьев (2018), А.К. Харитонов (2019), В.Е. Моисеев (2020), Д.О. Иванов (2020). Поэтому Россия имеет достаточно большой опыт (в стране функционируют более 140 ПЦ) по сравнению со странами Центрально-Азиатского региона (в Казахстане – 37 ПЦ, в Кыргызстане идет строительство ПЦ в областях и в самом Бишкеке, в Узбекистане областные ПЦ действуют в 14 регионах и создаются межрайонные ПЦ на базе 46 районных/городских родильных стационаров). Изучение количественных и качественных показателей ПЦ до его создания (2017) и четырехлетний период его деятельности (2019-2023) позволили установить его сильные и слабые стороны, позволившие выявить резервы повышения качества оказания доступной квалифицированной медицинской помощи и разработки организационных мероприятий по ее совершенствованию. Установлено, что за анализируемый период деятельность ПЦ можно оценить эффективной, так как в 1,3 раза возросла обращаемость пациенток за медицинской помощью, в 1,5 раза снизился процент ПР, в 4,2 раза - осложненных родов, в 1,7 раза – АК, а также массивных АК, в 2 раза – ПС. В то же время, в 1,5 раза увеличилась доля ТП, в 2 раза - HELLP-синдрома (от 0,04% до 0,08%), в 1,7 раза и более повысилось количество направленных женщин высокого риска из родильных стационаров 2 уровня Хатлонской области. За годы рассматриваемого периода частота операции КС снизилась

с 23,8 до 21,7% Эти показатели отражают общемировую тенденцию увеличения применения оперативного родоразрешения в интересах плода и являются позитивным фактором деятельности центра. При этом использование классификации М. Робсона, которая внедрена во все родовспомогательные учреждения для оценки частоты КС, позволит получить более детальную информацию о деятельности учреждения [43,55]. Маршрутизация беременных женщин, рожениц и новорожденных по уровням оказания акушерско-неонатологической помощи, осуществляется в Таджикистане в соответствии с Постановлением Правительства РТ № 545 от 30.12.2021[102]. Отсутствие единой базы данных по направлениям и обратным направлениям беременных, рожениц и новорожденных в труднодоступных регионах страны усложняет проведение анализа качества предоставляемых им услуг, в том числе - согласно предписанным уровням родовспоможения, что, в свою очередь, препятствует полноценному мониторингу качества услуг и планированию вмешательств сектора здравоохранения для снижения материнской и неонатальной смертности. В связи с этим, на четвертом этапе диссертационной работы с целью изучения доступности медицинских услуг в труднодоступных регионах Хатлонской области проанализированы количественные и качественные показатели службы родовспоможения в районе Ш. Шохин, где медицинская помощь женщинам оказывается в 45 родовспомогательных учреждениях, в структуре которых 1 ЦРБ (2 уровень), 1 РЦЗ, 1 РЦРЗ, 6 СНБ (1 уровень), 18 СЦЗ и 18 ДЗ. В период регионализации перинатальной помощи в районе Ш. Шохин улучшились медико-демографические показатели: в 3 раза снизилась младенческая и перинатальная смертность, в 2,6 раза – мертворождаемость, в 4 раза – РНС, в 2,7 раза - домашние роды, в 10 раз увеличился охват контрацепцией. После проведения курсов повышения квалификации путем непрерывного обучения специалистов региона на базе кафедры акушерства и гинекологии №1ГОУ ИПО в СЗ РТ и на рабочих местах, в 3 раза повысился уровень знаний акушерок по ведению физиологических родов, в 2,3 раза - по оказанию НАП, в 2,5 раза о принципах маршрутизации беременных и рожениц.

Отличительной чертой организации оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам на территории района Ш. Шохин является ее географическая особенность (труднодоступные сельские местности). Полученные нами результаты подтверждаются исследованиями А.А. Калининской (2022), что низкая территориальная доступность медицинских услуг, недостаточная обеспеченность учреждениями услугами здравоохранения и кадрами представляют сложности в оказании квалифицированной медицинской помощи [54]. В ходе исследования при картировании 5 труднодоступных пилотных объектов района Ш. Шохин определены «стратегически-расположенные» СНБы, обслуживающие отдаленные районы – более приоритетные для обучения персонала НАП, с малым количеством родов, низким рейтингом БНАНП (от 29 до 80%). Подобные исследования проведены в четырех регионах Эфиопии, согласно которым БНАНП составляет 66,7% [143]. Согласно имеющимся публикациям, необходимо изучать роль расстояния, который может не быть основным барьером в обеспечении медицинскими услугами таких групп, как сельские безработные люди [20]. В ходе исследования выявлены территориальные и организационные проблемы, влияющие на механизм перинатальных направлений в труднодоступных регионах: 80% матерей при анкетном опросе указали, что прибыли в роддом на такси или личном транспорте, более1/3 респондентов подчеркнули, что потратили на дорогу в роддом более 1 часа. В ряде таких европейских стран, как Италия, Испания, Германия и Венгрия 70-95% населения добираются до родовспомогательных учреждений третьего уровня в течение 15-20 минут, благодаря близости таких учреждений, расстояние которых составляет 10-15 км, в Великобритании и США более 70% женщин доступность в родовспомогательное учреждение более высокого уровня составляет 60-минут, а в Японии, где из-за сложности рельефа местности приоритетом является направление / перенаправление авиатранспортом, продолжительность наземного маршрута составляет 90 - 180 минут [64].

Из числа опрошенных медработников 76,2% ответили, что проблемы направлений/перенаправлений беременных и рожениц редко обсуждаются в учреждении. Нерешенными проблемами в оказании квалифицированной медицинской помощи в Хатлонской области являются дефицит кадров и низкая категорийность специалистов, составляющая среди семейных врачей 63,8%, акушер-гинекологов - 55,4%- неонатологов -54,3%. Решением этой проблемы является оптимизация финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов здравоохранения села.

На завершающем этапе диссертационной работы предложена инновационная модель перинатальных направлений в труднодоступном регионе районе Ш. Шохин, которая позволила сформировать электронную базу данных беременных региона, вставших на диспансерный учёт, начиная с МД, обеспечить этапность оказания медицинской помощи матери и плоду с определением места и роли каждого родовспомогательного учреждения в общей системе родовспоможения применительно к каждой беременной женщине. Внедрение электронного регистра беременных изменило существующую практику перинатальных направлений в труднодоступном регионе Хатлонской области – районе Ш. Шохин и показала эффективность использования данного инструмента: за один год охват беременных в регионе увеличился в 6 раз, зарегистрированных беременных в электронный журнал –в 8,4 раза , при этом, плановых направлений увеличилось в 1,3 раза, экстренных – в стационары третьего уровня в 3 раза. В настоящее время достаточно отечественных и зарубежных исследований, свидетельствующих о внедрении телемедицинские технологий, электронного регистра беременных, электронной обменной карты наблюдения беременной в регионах с низкой плотностью населения, позволяющих улучшить трехуровневую систему службы родовспоможения путем раннего выявления и маршрутизации беременных с учетом факторов риска на более высокий уровень родовспомогательных учреждений, тем самым избежать материнских и перинатальных потерь [6, 49,106,170].

Таким образом, в Таджикистане эффективность регионализации перинатальной помощи положительно отразилась на медико-демографических показателях и качестве медицинской помощи в родовспомогательных учреждениях Хатлонской области. Областной перинатальный центр г. Куляб является эффективно действующим самостоятельным учреждением третьего уровня, обеспечивающий справедливый доступ в оказании квалифицированной медицинской помощи сельскому населению региона. Электронный регистр беременных является эффективной инновационной моделью перинатальных направлений в труднодоступных регионах Хатлонской области, позволяющий улучшить систему трехуровневой регионализации в регионе и мониторировать систему маршрутизации беременных и рожениц по уровням родовспомогательных учреждений, существенно снизить риски возникновения критических акушерских состояний и случаев материнской и перинатальной летальности, обеспечивая таким образом более высокий уровень здоровья матерей и их детей. Усиление мероприятий по строительству новых ПЦ, проведение акушерского и перинатального аудита и непрерывного обучения специалистов службы родовспоможения, внедрение инновационных технологий в сотрудничестве с международными организациями позволит совершенствовать систему регионализации перинатальной помощи в стране и добиться желаемых успехов.

Выводы

1. В период регионализации перинатальной помощи (2015-2022гг) в Хатлонской области младенческая смертность снизилась в 1,5 раза (с 19,2 до 12,9 на 1000 живорожденных соответственно), наметилась тенденция снижения ПС(с 17,5 до 16,7 на 1000 живорожденных), мертворождаемости (с 9,9 до 9,4 на 1000 живорожденных соответственно), РНС (с 8,6 до 7,4 на 1000 живорожденных соответственно); увеличился ранний охват беременных (с 67,0 до 85,4% соответственно), в 2 раза уменьшился удельный вес женщин с анемией (с 71,3 до 49,8% соответственно), в 2,7 раза - домашних родов (с 6,1 до 2,2% соответственно), в 2 раза - ПР (с 9,0 до 4,3% соответственно), в 1,4 раза повысился охват контрацептивными средствами (с 26,0 до 36,6% соответственно), в 1, 3 раза уменьшился удельный вес медицинского аборта (с 36,0 до 26,8,% соответственно [1-А,8-А,9-А,19-А,20-А,22-А].
2. Нерешенными медико-организационными проблемами оказания качества медицинских услуг являются: не снижающиеся показатели МС и АК, дефицит кадров и низкая категорийность специалистов [10-А,12-А,13-А,14-А].
3. Медико-социальными и организационными факторами, повлиявшими на МС явились: период КОВИД 19 и постковидный период, низкий уровень информированности женщин об опасных симптомах и самой коронавирусной инфекции, высокая частота ЭГЗ, ненадлежащее качество антенатального ухода, не соблюдение принципов маршрутизации беременных и рожениц высокого риска. По сравнению с периодом КОВИД 19 в постковидный период улучшилось качество медицинских услуг: почти в 1,6 раза увеличилась маршрутизация женщин высокого риска на более высокий уровень родовспомогательного учреждения: с 19,6 до 31,0% женщин были доставлены в стационар машиной скорой помощи. Произошли изменения в структуре управляемых причин МС: АК уменьшились в 2,3 раза (с 44,2 до 18,6%), ЭОВ - в 1,9 раза (с 4,4 до 2,3%),

сепсиса – в 1,3 раза (с 9,7 до 7,0%), ТП возросла в 1,3 раза (с 30,0 до 39,5%), ЭП- в 4,2 раза (с 2,7 до 11,6%), в 1,4 раза увеличился удельный вес погибших женщин от ТЭЛА (с 39,8 до 55,8% соответственно) [4-А,5-А, 7-А,8-А,9-А,10-А,21-А] .

4. Медико-организационными аспектами РНС в стационаре третьего уровня явились: высокая частота ЭГЗ матерей, ненадлежащий антенатальный уход, не соблюдение принципов маршрутизации беременных и рожениц высокого риска (75,8%), ПР (81,1%); экстремально низкая (24,1%) и очень низкая (36,1%) масса новорожденных. Причинами РНС являлись: асфиксия плода в родах (33,0%), состояния, связанные с осложнениями со стороны матери (26,0%), ВПР (24,0%), синдром задержки развития плода (20,0%), болезнь гиалиновых мембран (14,0%), родовые травмы (13,0%) - септические состояния новорожденных (10,0%) [19-А, 20-А].
5. За пятилетний период функционирования областного ПЦ г. Куляб (2019-2023гг) в 1,3 раза возросло количество обращений пациенток за медицинской помощью, в 1,5 раза снизился процент ПР (с 9,2 до 6,1%), в 4,2 раза - осложненных родов (с 6,4 до 1,5%), в 1,7 раза - АК (с 4,3 до 2,4%), массивных акушерских кровотечений (33,3 до 5,2%), в 2 раза - показатель ПС (с 6,2 до 3,0 к общему числу живорожденных); 1,5 раза – увеличился показатель ТП (с 2,3 до 3,5%), в 2 раза - HELLP-синдрома (от 0,04 до 0,08%), в 1,7 раза и более увеличилось количество направленных женщин из родильных стационаров 2 уровня (с 1046 до 1776 пациенток) [11-А,16-А, 18-А,22-А].
6. В период регионализации перинатальной помощи в труднодоступных регионах Хатлонской области выявлены территориальные и организационные проблемы, влияющие на механизм перинатальных направлений: удаленность сельских родовспомогательных учреждений 1 уровня, малое количество родов, низкий рейтинг БНАНП [2-А,3-А,6-А,15-А,17-А].

7. При использовании инновационной цифровой системы перинатальных направлений в труднодоступных регионах Хатлонской области объем консультативной помощи беременным высокого риска и ранний охват беременных в течение одного года увеличился в 2,6 раза (с 18,4 до 48%), зарегистрированных в журнал беременных - в 8,4 раза (с 66,0 до 93,8%), плановых направлений - в 1,3 раза (с 65,5 до 85,3%), экстренных направлений в стационары третьего уровня - в 3 раза (с 1,6 до 5,0%) [3-А, 9-А, 20-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

Руководителям службы родовспоможения Хатлонской области:

1. Регулярно проводить мониторинг выполнения нормативного документа «О порядке оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в организациях государственной системы здравоохранения» (Постановление Правительства РТ № 545. от 30.12. 2021 года).
2. Усилить преемственность в работе между областным ПЦ, ЦРЗ и родовспомогательными учреждениями 1 и 2 уровней с акцентом на труднодоступные регионы.
3. Обеспечить родовспомогательные учреждения, в том числе ПЦ г. Куляб коечными и кадровыми ресурсами, рекомендуемыми МЗиСЗНРТ .
4. Содействовать внедрению инновационных технологий в родовспомогательные учреждения для повышения активности медицинской помощи и улучшения качества предоставляемых услуг.

Руководителям перинатальных центров:

1. Организовать перинатальный мониторинг физиологической и патологической беременности с целью улучшения механизма перинатальных направлений в трехуровневой системе родовспоможения с учетом факторов риска, особенностей течения беременности, состояния плода и сроков родоразрешения.
2. Усилить координацию и кураторство между родовспомогательными учреждениями области и ГУ «ТНИИ АГиП», проведение акушерского и перинатального аудита для выявления упущенных возможностей; обеспечить консультации профильных специалистов в учебном центре.
3. Обеспечить непрерывное обучение специалистов по вопросам консультирования и оказанию НАП в соответствии с клиническими протоколами и национальными стандартами на базе ПЦ преподавателями

кафедр до и последипломного образования с целью совершенствования деятельности самого центра.

4. Регулярно проводить мониторинг использования электронного регистра беременных с целью расширения доступа к медицинским услугам и совершенствования системы перинатальных направлений.

Список литературы

1. Айламазян, Э.К. Аудит качества медицинской помощи при критических ситуациях в акушерстве (niar miss) [Текст] /Э.К. Айламазян, В.О. Атласов, К.В. Ярославский // Журнал акушерства и женских болезней. - 2016. -Том LXV, выпуск 4. - С.15-23.
2. Алексеенко, Н. Ю. Основные проблемы и перспективы выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении (литературный обзор) [Текст] / Н. Ю. Алексеенко // Символ науки. - 2017. - Т. 2 (1). - С. 158-163.
3. Анализ результативности регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан //Нур - Султан - 2019. - 75 с.
4. Анкудинов, Н. О. Региональный акушерский мониторинг в Свердловской области. Инновационный инструмент для снижения материнской и перинатальной смертности [Текст]/ Н. О. Анкудинов, С. Г. Абабков, Н. А. Зильбер // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2016. – Т. 3 (1). – С. 33–36.
5. Артымук, Н.В. Материнская смертность в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах: проблемы и перспективы [Текст] /Н.В. Артымук, Т.Е. Белокриницкая, О.С. Филлипов, М.Н. Сурина, О.Г. Фролова. Российский вестник акушера-гинеколога. -2020. - №20 (2). - С.7-14.
6. Арутюнянц, А.Г. Организация акушерской помощи с применением телемедицинских технологий на территориях с низкой плотностью населения [Текст]/А.Г. Арутюнянц, М.Б. Овчинникова //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики - 2022 г. - № 4-С. 378-390.
7. Бабич, Т.Ю. Современные подходы к подготовке медицинского персонала родовспомогательных учреждений// Здоровье и образование в XXI веке. - 2017. - № 3. - С. 64 - 66.

8. Бабурина, Е.Н. Приоритетный Проект «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе, развитие сети перинатальных центров» и его роль в снижении показателя младенческой смертности в Российской Федерации [Текст] /Е.Н. Байбарина, Е.В. Гусева, О.В. Чумакова // Вестник Рос-здравнадзора. - 2017. - № 1. - С. 22-23.

9. Бапаева, Г.Б. Анализ критических случаев в акушерской практике на уровне стационара [Текст]/Г.Б. Бапаева, Г.О.Абуова, Г.Т. Малгаздаров// Методические рекомендации. - Астана.- 2018. – 63 с.

10. Баранов, А.А. Тенденции младенческой и детской смертности в условиях реализации современной стратегии развития здравоохранения Российской Федерации [Текст] / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова В.Ю. Альбицкий // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2017. - Т. 72 (5). - С. 375-382.

11. Башмакова, Н.В. Мониторинг акушерских (nearmiss) в стратегии развития службы родовспоможения / Н.В. Башмакова, Н. Б Давыденко, Г.Б. Мальгина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2019. – № 19(3). – С. 5-10.

12. Беженарь, В.Ф. Спорные вопросы акушерской тактики при ведении беременности и родоразрешении пациенток с новой коронавирусной инфекцией COVID-19/В.Ф. Беженарь, И.Е. Зазерская, О.А.Бехтиер, И.М. Нестеров, А.Е. Баутин // Акушерство и гинекология. - 2020.- №5. -С. 13-21.

13. Беженарь, В.Ф. Случай стремительного течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременной [Текст] /В.Ф. Беженарь, И.Е. Зазерская, А.Н. Кучерявенк, С.Г. Мещанинова, В.А. Мазурок, Р.Е. Ржеутская, А.О. Годзоева А.О.//Акушерство и гинекология. - 2021(1)-С. 186-193.

14. Белокриницкая, Т.Е. Материнские и перинатальные исходы в условиях новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах [Текст]/Т.Е. Белокриницкая, Н. В. Артымук, О.С.

Филиппов, Н.И. Фролова Н.И. // Проблемы репродукции. 2021. №27 (2). С.130-136.

15. Белокриницкая, Т.Е. Структура критических акушерских состояний и материнской смертности у пациенток раннего и позднего репродуктивного возраста [Текст]/Т.Е. Белокриницкая, Н.И. Фролова, С.А. Иозефсон, К.А. Колмакова// Практическая медицина. - 2019. - № 4 (17). - С.32-36.

16. Береснева, С.Н. Факторы риска материнской и несостоявшейся материнской смертности, прогнозирование тяжелых акушерских состояний [Текст]/С. Н. Берсенева, Н. В. Исаева, М. М. Падруль, Е. В. Черкасова// Пермский медицинский журнал -2022 -Т. XXXIX (6) -С.97-105.

17. Богданова, Т.Г. Региональная модель охраны репродуктивного здоровья женщин в Чувашской Республике [Текст]/Т. Г. Богданова, А. В. Самойлова/ Проблемы репродукции. -2017. 23 (6). -С. 97-104.

18. Богза, О. Г. Роль региональной системы мер по оптимизации медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным в снижении младенческой смертности (на примере Омской области) [Текст]/О.Г. Богза, О.П. Голева//Мать и Дитя в Кузбассе. – 2015. – № 4 (63). – С. 13-21.

19. Богза, О.Г. Роль трехуровневой системы организации медицинской помощи женщинам и детям в снижении младенческой смертности на примере Омской области [Текст]/О.Г. Богза, О.П. Голева //Врач-аспирант. – 2015. – № 3.2 (70). – С. 239-247.

20. Богачёв, А.И. Обеспеченность услугами здравоохранения сельских жителей Центральной России [Текст]/А.И. Богачёв, М.Г. Полухина, Н.С. Студенникова//Национальные интересы: приоритеты и безопасность - 2016 (7) - С. 166–177.

21. Бодыков, Г.Ж. Концепции совершенствования перинатальной помощи в современном мире//Бюллетень науки и практики -2021 -Т. 7(10)-С. 203-213.

22. Бойко, Ю.П. Анализ материнской смертности в Российской Федерации. Основные тенденции / Ю.П. Бойко, М.А. Шаповалова, А.В. Щербинин, Х.Ю. Угурчиева, И.А. Кашкарова // Прикаспийский вестник медицины и фармации. – 2020. – Т. 1 (3-4). – С. 8–16.

23. Болат, К. С. Современные технологии разработки образовательных программ в области репродуктивного здоровья [Текст] / К. С. Болат, Г. Ж. Бодыков, А. М. Курманова // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2021. - № 2 (86). - С. 17-18.

24. Боранбаева, Р. З. Анализ младенческой смертности по Костанайской области за 7 месяцев 2018 г. [Текст] / Р. З. Боранбаева, К. Е. Хаиров., Б.Т. Карин, Б.К. Нұрмагамбетова, С.Т. Кизатова А.Г. Заитова //Экология и медицина. -2018. №4. - С.63-68.

25. Бушмелева, Н.Н. Репродуктивные потери и пути их снижения в регионе (на примере Удмуртской республики)//Социальные аспекты здоровья населения.- 2017.- №1.- С.11-13.

26. Буштырев, А.В. Предикция и профилактика акушерских кровотечений при аномалиях плацентации: [Текст] диссертация…канд. мед. наук: 14.01.01./ Буштырев Александр Валерьевич. - Санкт-Петербург - 2017 -148 с.

27. Буштырев, В.А. Перинатальный аудит и модель «Neonatalnear-miss» как современные формы управления качеством медицинской помощи в неонатологии [Текст]/ В.А. Буштырев, В.В. Зубков, Н. Б. Кузнецова, В.В. Баринова //Акушерство и гинекология. -2017. - №2. – С.17-22.

28. Верховодова, О.В. Управление рисками при реализации государственной программы развития перинатальных центров в Российской Федерации / О.В. Верховодова // Здравоохранение. - 2015. - № 2. - С. 34-41.

29. Внедрение цикла анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара //Всемирная Организация Здравоохранения. – 2016.–104 с.

30. Внедрение современных перинатальных технологий в практику родовспомогательных учреждений //Приказ МЗРТ от 26.09.2008г -№ 541 -82с.

31. ВОЗ. Важен каждый ребенок. Аудит и анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти/Женева. - 2016. -71с.

32. ВОЗ. Информационный бюллетень по материнской смертности. Женева - Всемирная организация здравоохранения - 2016 г.

33. Волков, В.Г. Акушерские кровотечения в структуре причин материнской смертности в Тульской области [Текст] / В.Г. Волков, Н.Н. Гранатович, Е.М. Гусева //Акушерство, гинекология и репродукция. - 2017. - №1(11). - С. 31-35.

34. Ворыханов, А.В. Организация медицинской помощи женщинам с патологией беременности, родов и послеродового периода в условиях многопрофильного стационара [Текст] диссертация…канд. мед. наук:14.02-03/Вордыханов Андрей Васильевич- М.-2016- 184 с.

35. Выборных, В. А. Перинатальные потери как актуальная проблема акушерства и перинатологии//Бюллетень науки и практики - 2023 Т9 (3). 2023https://doi.org/10.33619/2414-2948/88.

36. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030гг): развитие детей раннего возраста: доклад Генерального директора. Семьдесят первая сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения» A71/19 Rev.1. 10 мая 2018 [Электронный ресурс]/Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_19Rev1-ru.pdf.

37. Государственная программа по репродуктивному здоровью на период 2019-2022 годы//Постановление Правительства РТ - № 326 от 22.06.2019г.

38. Гурьев, Д.Л. Роль перинатального центра в регионализации перинатальной помощи при преждевременных родах в Ярославской области. [Текст]/Д.Л. Гурьев, Н.В. Олендарь, М.Б. Охапкин, О.В. Лобачева, Д.Д. Гурьева //Организация здравоохранения. - 2018 - №3(74)-С.54-59.

39. Демографический ежегодник республиканского центра медицинской статистики МЗСЗРТ- (2015- 20122г.).

40. Демографический ежегодник России - 2019: Статистический сборник - М.: Росстат - 2019. – 252 с.

41. Джениева А.Э. Характеристика материнской и младенческой смертности [Текст] / А.Э. Джениева, Н.М. Попова //MODERN SCIENCE. - 2020. -№12 (5) - С. 84.

42. Джолдошева, Д. С. Социально-экономические аспекты младенческой и материнской смертности в странах Азии и Африки [Текст]/Д. С. Джолдошева// Вестник Евразийской науки. – 2018. - Т.10 (3) - С.4-8.

43. Дмитриева, С.Л. Оценка частоты кесарева сечения по классификации М. Робсона по результатам анализа работы КОЗБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» [Текст]/С.Л. Дмитриева, С.А. Дворянский//Вятский медицинский вестник – 2022 - № 4(76). - С.9-12.

44. Дондюк, Ю.В. Критические случаи материнской смертности – тяжелое акушерское осложнение, отражающее качество оказанных медицинских услуг//Здоровье женщины. -2017.- 9(125). - С. 27–30.

45. Дондюк, Ю. В. Частота и причины тяжелых акушерских осложнений, едва не приведших к летальному исход, в перинатальных центрах II и III уровня - ретроспективное исследование //Проблемы репродукции. – 2018. – № 1. – С. 77–81.

46. Дорохина, Е.Ю. Современные подходы к прогнозированию смертности [Текст]// Е.Ю. Дорохина., Н.А. Маркелова //Вестник Алтайской академии экономики и права. -2021. - № 1-1. - С. 34-44.

47. Евстратов, А.А. Антенатальная гибель плода: анализ возможных причин и клиническое наблюдение [Текст]/А. А. Евстратов, О. Ю. Евграфов, Н.В. Яковлев // Практическая медицина. - 2017. - № 8. - С. 62-64.

48. Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи: ежегодный отчет о проводимой работе – Копенгаген - 2017 г.-51 с.

49. Ершова, Е.Г. Клиническая эффективность телемедицинского скрининга, мониторинга и маршрутизации беременных групп риска [Текст]диссертация…канд. мед наук.:14.01.01/ Ершова Елена Германовна - М.-2019 -135 с.

50. Запевалин, П.В. Методические подходы к оценке соответствия деятельности медицинских организаций порядкам оказания медицинской помощи [Текст]/П.В. Запевалин, И.С. Кицул//Менеджмент в здравоохранении - 2019-№1- С.15-23.

51. Иванов, Д.О. Оценка организации медицинской помощи новорожденным в условиях федерального перинатального центра [Текст]/ О.Д. Иванов, К.Е. Моисеева, А.В. Алексеева, В. К. Юрьев, Ш.Д. Харбедиа, Е.С. Кулемин//Электронный научный журнал Социальные аспекты здоровья населения /Social aspects of Population Health -2020 – 66 (2)- С.1-26.

52. Иванова, Л.А. Перинатальные потери: новые подходы к профилактике на основе прогностических акушерских моделей [Текст]/диссертация доктора мед. наук:14.01.01/Иванова Лидия Алексеевна -Санкт Петербург. - 2020 - 350 с.

53. Искандарова, Ш.Т. Показатели младенческой смертности в Узбекистане [Текст]/Ш.Т.Искандарова, И.С. Исаев//Доктор ахборотномаси - 2018-№ 4 -С.26-28.

54. Калининская, А.А. Проблемы здравоохранения села, состояние и перспективы развития [Текст]/А.А. Калининская, Э.А. Бакирова, М. Кизеев, А.В. Лазарев, А.В. Муфтахова, А. А. Смирнов//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины -2022- 30(6)-С.1224-1229.

55. Кесарево сечение: показания, противопоказания, техника, анестезия, послеоперационный уход // Приказ МЗ СЗНРТ от 06.09.2019г.- № 664 - 75с.

56. Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве //Приказ МЗ СЗНРТ от 21.02.2015г. - №162 - 93с.

57. Клинический протокол «Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерстве: факторы риска, диагностика, клиника, профилактика» //Приказ МЗСЗНРТ от 21.06.2021г. - № 536 - 80с.

58. Клинический протокол «Оперативное родоразрешение при вагинальных родах в головном предложении» //Приказ МЗСЗНРТ от 21.06.2021г.-ь № 537- 68 с.

59. Ковтун, О.П. Возможности применения клинической шкалы оценки недоношенных новорожденных (КШОНН) на этапе предтранспортной подготовки новорожденных [Текст]/О.П.Ковтун, Н.С. Давыдова, Р.Ф. Мухаметшин, А.А. Курганский//Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2023;68(2)-С.53-59.

60. Кожабекова, Т.А. Антенатальная гибель плода причины и факторы риска [Текст]/Т.А. Кожабекова, М. Бекмолдакызы, А.С. Ахметбекова//Вестник Казахского национального медицинского университета. - 2018. - № 3. - С. 4-8.

61. Конопляников, А.Г. Анализ структуры материнской смертности [Текст]/А. Г. Конопляников, Л.М.Михалёва, А.С. Оленев// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии - 2020. Т. 19 (3). - С. 133–138.

62. Королькова, А.И. Материнская смертность в России [Текст]/А.И.Королькова, М.В.Гиндер, А.А. Талицких// Научные исследования и инновации. – 2021. – № 4. - С. 387–391.

63. Кудрявцева, Я.Ю. Клинико-морфологические особенности акушерских и экстрагенитальных причин материнской смертности на современном этапе [Текст]диссертация…канд. мед. наук.:14.01.01 /Кудрявцева Янина Юрьевна - М.-2021-247с.

64. Кузнецов, Д.В. К вопросу о совершенствовании трехуровневой системы оказания перинатальной помощи//MEDICAL SCIENCES-2018-С.43-47.

65. Курбанисмаилов, Р.Б. Динамика показателей, характеризующих трехуровневую систему оказания акушерской и перинатальной помощи в Красноярском крае [Текст]/Р.Б. Курбанисмаилов, А.Н.Наркевич, К.А.Виноградов//Сибирское медицинское образование. -2019 (3). - С.112-113.

66. Курбанисмаилов, Р.Б. Распространенность экстрагенитальных факторов риска и их влияние на неблагоприятные исходы беременности [Текст]/ Р. Б. Курбанисмаилов, А. Н. Наркевич, К. А. Виноградов //В мире научных открытий. - 2019. - Т. 11 (3). – С. 12– 25.

67. Курбанисмаилов, Р.Б. Совершенствование системы управления маршрутизацией беременных на основе перинатального мониторинга[Текст]/ диссертация…. канд.наук:14.02.03 /Курбанисмаилов Ренат Бадрудинович – 2020- Красноярск.-177с.

68. Курманова, А. М. Постковидный синдром и репродуктивное здоровье [Текст] / А. М. Курманова, Г. Ж. Бодыков, К. С. Болат] // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2021. - № 2 (86). - С. 29-31.

69. Курманова, А. М. Организация службы эфферентной терапии в акушерском стационаре [Текст] / А. М. Курманова, Н. К. Касиев, Г. Ж. Бодыков // Известия НАН. - 2021. - № 4. – С. 58-64.

70. Кызаева, А.Д. Организация акушерской помощи в странах с разным уровнем развития экономики [Текст]/А.Д Кызаева, Г.Т. Кашафутдинова, М.Б. Байбосинова/Вестник КазМНУ. -2016(4)- С.1-4.

71. Лебеденко, Е.Ю. Сравнительный анализ тяжелых акушерских осложнений (nearmiss) и материнских смертей [Текст] / Е.Ю. Лебеденко, И.М. Розенберг // Молодой ученый. – 2016. – № 13.4. – С. 19-22.

72. Материнская смертность в России-современное состояние проблемы и пути её решения// Проблемы репродукции-2020-Т.20(6-2)-С.60-67.

73.Милованов, АП. Возрастающее значение экстрагенитальной патологии в

структуре материнской смертности в России [Текст] / А.П. Милованов, А.В. Добряков //Архив патологии. -2018 (2) -С.3-6.

74. Митьковская, Н.П. Коронавирусная инфекция COVID-19 (Обзор международных научных данных) [Текст]/Н.П. Митьковская, И.А. Карпов, Г.П. Арутюнов//Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. - 2020- Т.4(1)-С. 784–815.

75. Моисеев, В.Е. Научное обоснование социальной эффективности деятельности перинатального центра [Текст] диссертация… канд. мед. наук: 32.04.01/ Моисеев Василий Евгеньевич. - Санкт-Петербург-2020г.- 94с.

76. Мочалова, М.Н. Послеродовое кровотечение как медико-социальная проблема [Текст]/ М.Н. Мочалова, А.Г. Сидоркина, В.А. Мудров// Российский вестник акушера-гинеколога. – 2023- 23(2)-С. 41-46.

77. Мультииндикаторное кластерное обследование (MICS) -Узбекистан. - 2021-2022 гг.- 52 с.

78. Мурашко, М.А. Международный и российский опыт мониторирования критических акушерских состояний [Текст]/ М.А. Мурашко, Г.Т. Сухих, П.С. Пугачев// Акушерство и гинекология. - 2021 (3). - С. 5-11.

79. Мустафина, М.Д. Обзор по развитию регионализации перинатальной помощи на примере Казахстана/М.Д. Мустафина//Молодой ученый. -2017.- №42 (176).- С.60-63.

80. Мухамадиева, С.М. Причины перинатальной смертности и пути их снижения в современных условиях [Текст]/С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, А.П. Пулатова//Вестник Академии медицинских наук Таджикистана –2020- Том X (2), 2020-С.202-210.

81. Национальный стандарт «Акушерские кровотечения во время беременности, родов и послеродовом периоде: профилактика, диагностика и акушерская тактика//Приказ МЗ СЗНРТ - №1040 от 15.11. 2018 г. -104 с.

82. Национальный стандарт «Дородовая помощь при физиологической беременности»//Приказ МЗиСЗНРТ - №1104 от 11.12.2018 г. - 98с.

83. Нацун, Л.Н. Снижение смертности детей в перинатальный период: актуальность задачи // Проблемы развития территории -2018.- Вып. 3 (95) - С.76-89.

84. Оленев, А.С. Кровотечение как причина несостоявшейся и состоявшейся материнской смертности в условиях мегаполиса [Текст] / А.С. Оленев, Ю.Д. Вученович, В.А. Новикова, В.Е. Радзинский //Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2019. – Прил. 3 (25). – С. 9–18.

85. Оленев, А.С. Социальное неблагополучие беременных: обратная сторона мегаполиса [Текст]/ А.С. Оленев, А.Г. Конопляников, Ю.Д. Вученович, А.А. Зиядинов, В.А. Новикова, В.Е. Радзинский // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. - 2020. - Т. 8 (3). - С. 8–15.

86. Оленев А.С. Резервы снижения материнской смертности в условиях мегаполиса [Текст] диссертация…доктора мед. наук:3.1.4/Оленев Антон Сергеевич-Москва - 2022- 381с.

87. Орел, В.И. Влияние действующего перинатального центра на показатели перинатальной, ранней неонатальной и младенческой смертности в регионе на примере Мурманской области [Текст]/В.И. Орел, В.М. Середа, И.А. Прялухин//Российский педиатрический журнал- 2014 (5)- С.39-42.

88. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: ЦНИИОЗ - 2018. - 164 с.

89. Отчет совещания ВОЗ «Улучшение качества дородовой и послеродовой помощи и системы направления// Ереван. -2014г.-38 с.

90. Отчет по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным - Форма 32»//Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан - №54 от 11.11.2013г. (2015-2020 гг.).

91. Павленко, Т.Н. Современные технологии среднего медицинского персонала в работе перинатального центра [Текст]/Т.Н. Павленко, Н.И. Тупикова, Е.Н. Кирсанова // Медсестра. - 2017. - № 9. - С. 7-12.

92. Павлов, А.В. Социально-демографическая характеристика беременных женщин, поступивших в перинатальный центр для родоразрешения// Проблемы охраны здоровья населения и управления в здравоохранении. -Красноярск, 2017. - С. 70-76.

93. Падруль, М.М. Клинические наблюдения неблагоприятного исхода родов при эмболии околоплодными водами [Текст]/М.М. Падруль, Г.К. Садыкова, Е.В. Турова// Акушерство и гинекология. – 2020. – № 1. – С. 184–188.

94. Паскарь, С.С. Некоторые характеристики образа жизни и их влияние на репродуктивное здоровье [Текст]/С.С. Паскарь, А.С. Калугина // Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. - 2018. - № 1. - С. 69-73.

95. Пасбина, И.М. Научное обоснование региональной системы поддержки грудного вскармливания [Текст]/ диссертация…к.м.н.14.02.03/Пастбина Ирина Михайловна -М.-2020.-260с.

96. Пестрикова, Т.Ю. Перинатальные потери: проблемы, приоритеты, потенциал[Текст]/Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова, И.В. Юрасов, И.А. Блощинская, Т.П. Князева// Дальневосточный медицинский журнал -2020.- (3) - С.116-119.

97. Петрова, Е.И. Организационные аспекты совершенствования службы родовспоможения региона в современных условиях [Текст] диссертация…канд. мед. наук:14.02.03/ Петрова Елена Игоревна-М.- 2015г.133с.

98. Пильщикова, В.В. Проведение анализа показателей деятельности Краснодарского краевого перинатального центра [Текст]/В.В. Пильщикова, В.Е. Холодова // Наука и образование: проблемы и стратегии развития. - 2017. - Т. 2, № 1 (3). - С. 37-39.

99. Положихина, М.А. Смертность в период пандемии COVID-19 и направления снижения риска: предварительные итоги 2020 г.//Экономические и социальные проблемы России. – 2021 (2). С. 50-73.

100. Положение о перинатальном аудите/ Приказ МЗРТСЗРТ- № 905 от 28.11.2019г.

101. Порядок оказания стационарной помощи беременным женщинам, во время родов и послеродовой периоде и новорожденных в стационарах первичного и вторичного уровня (регионализация и направление системы)/ Приказ МЗРТСЗРТ - № 443 от 07.09.2012г.

102. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в организациях государственной системы здравоохранения// Постановление Правительства РТ - № 545 от 30.12. 2021 г.

103. Прогресс и аспекты смертности новорожденных в Кыргызстане/Детский фонд ООН(ЮНИСЕФ)-2021-98 с.

104. Рассказова, В.Н. Анализ эффективности деятельности перинатального центра в обеспечении качества медицинской помощи [Текст]/В.Н. Рассказова, П.Ф. Кику, Т.Ю.Курлеева, Г.Н. Бондарь, О.А. Измайлова, А.В.Сухова // Здравоохранение Российской Федерации. -2018 - 62(6)- С. 304-309.

105. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта. Женева. - 2016г.-175 с.

106. Ремнёва, О.В. Совершенствование организации трёхуровневой системы службы родовспоможения в регионе с использованием информационных технологий [Текст]/О.В. Ремнёва, Е.Г. Ершова, И.В. Молчанова//

Здравоохранение Российской Федерации. -2018- 62(4)- С. 181-186. DOI: http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-4- С. 181-186.

107. Руководство по мониторингу и надзору над механизмом перинатальных перенаправлений Приказ МЗиСЗНРТ - №1221 от 29.12.2021г. - 68с.

108. Сараев, А.Р. Анализ состояния службы родовспоможения в Самарской области [Текст/А.Р. Сараев, А.С. Майорская//Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2015. - № 7.-С. 73-81.

109. Самойлова, А.В. Охрана здоровья матери и ребенка в Чувашской Республике в период 2015 года [Текст]/ А.В. Самойлова, Л.И. Герасимова, Т.Г. Богданова// Общественное здоровье и здравоохранение. - 2016 (4)-С.11-16.

110. Сейфуллаева, Г.А. Анализ критических случаев в акушерской практике и их криминалистические аспекты [Текст] /Г.А. Сейфуллаева, Н.Б. Жураев, Ф.Д. Каримова, О.И. Хван // Архив конференций. – 2022. – С. 9–16.

111. Семеновский, Н.В. Влияние деятельности регионального перинатального центра на стабилизацию демографических показателей [Текст]/ Н.В. Семеновский, И.А. Макарова, С.А. Дворянский // Вятский медицинский вестник. - 2016. - Т. 50 (2) - С. 58-60.

112. Сидорова, И. С. Проблемы снижения материнской смертности от преэклампсии и эклампсии (редакционная статья) [Текст / И. С. Сидорова, Н. А. Никитина, А. Л. Унанян // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2017. – № 4. – С. 4–6.

113. Сидорова, И.С. Решенные и нерешенные вопросы преэклампсии по результатам анализа материнской смертности за последние 10 лет [Текст] / И.С. Сидорова, Н.А. Никитина, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева, М.Б. Агеев, А.А. Кокин // Акушерство и гинекология. – 2021. – № 4. – С. 64–74.

114. Совещание о ходе строительства перинатальных центров. [Интернет]. URL: http://government.ru/news/27657/. Дата обращения: 06 июня 2017.

115. Соколовская, Т. А. Заболеваемость и причины смертности у недоношенных и доношенных новорожденных детей в Российской Федерации [Текст] Т.А. Соколовская, В.С. Ступак, Л.И. Меньшикова, В.А. Постоев // Экология человека. - 2021 (5)-. С. 20–27.

116. Сон, И.М. Роль и возможности порядков оказания медицинской помощи в управлении медицинской организацией [Текст]/Н.Б. Найговзина, Е.А. Корчуганова, Ю.С. Титкова, М.В. Наваркин, Е.А. Цветкова, В.Г. Дерюшкин// Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики – 2022-№5. - С.784-8058.

117. Сотникова, К. В. Оценка взаимосвязи факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений с неблагоприятными исходами беременности // International Student's Journal of Medicine. – 2017. – №S. – С. 658– 659.

118. Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях. – ВОЗ - 2016. - 100 с.

119. Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ на 2017–2021 гг. htt p://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/315484/66wd14r_Womens-health-strategy_160519.pdf?ua=1

120. Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года// Постановление Правительства РТ - № 414 от 30 сентября 2021 г.

121. Суховская, В.В. Совершенствование практической подготовки в акушерстве снижает материнскую и перинатальную смертность от управляемых причин[Текст] / В.В. Суховская, В.Н. Дудакова, Е.Б. Дружинина //Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании. – 2018. – С. 311–314.

122. Ташенова, Г.Т. Состояние и перспективы развития службы охраны здоровья матери и ребенка в РК [Текст] / Г.Т. Ташенова, Р.З. Боранбаева, М. Н. Шарипова, Г.К. Абдилова //Педиатрия и детская хирургия. - 2016. - №3. - С. 171-176.

123. Тутынина, О.В. Тяжелые акушерские осложнения («nearmiss»): проблемы, поиски, решения [Текст]/О. В. Тутынина, А. Т. Егорова, К.А. Виноградов// Медицинский вестник Северного Кавказа- 2016. Т. 11(4). - С.606-612.

124. Филиппов О.С. Материнская смертность в Российской Федерации в 2019 г. [Текст]/ О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Проблемы репродукции. - 2020.- № 6 (2) - С. 26.

125. Фролова, О.Г. Материнская смертность на современном этапе развития здравоохранения [Текст]/ О.Г. Фролова, М.П. Шувалов, Е.В. Гусева, И.Н. Рябинкина //Акушерство и гинекология. – 2016. - №12. - С.121-124.

126. Харбедия, Ш.Д. Оценка социальной эффективности деятельности перинатального центра в условиях мегаполиса [Текст] / Ш.Д. Харбедия, А.В. Алексеева, И.Н. Родин и др. // В сб.: Проблемы городского здравоохранения. - Санкт-Петербург - 2017. - С. 184-187.

127. Харбедия, Ш.Д. Некоторые результаты оценки социальной эффективности деятельности перинатального центра [Текст] / Ш.Д. Харбедия, И.Н. Родин, Д.Н. Родина // В сб.: Роль и значение современной науки и техники для развития общества. - Санкт-Петербург - 2017. - С. 213-216.

128. Харитонов, А.К. Анализ показателей работы клинико-диагностического отделения областного перинатального центра// Вестник РУДН. Серия: Медицина. - 2016. - № 3. - С. 152-157.

129. Харитонов, А.К. Медико-организационные аспекты оптимизации работы областного перинатального центра [Текст] диссертация…канд. мед. наук:14.02.03/Харитонов Анатолий Константинович-М.-2019-163с.

130. Цели в области устойчивого развития [Электронный ресурс]. - ООН. - 2015. - Режим доступа: https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/.

131. Чувакова, Т. К. Внедрение эффективных медицинских технологий в практику организаций родовспоможения и детства Республики Казахстан [Текст]/Т. К. Чувакова, Б. Т. Карин // МЕЙКШЕ (Aitaiy). - 2017. - №4 (178). - С. 110-114.

132. Шарапова, О. В. Аналитический обзор нормативного и организационного обеспечения деятельности перинатальной службы в Российской Федерации (2000—2020)[Текст]/О.В. Шарапова, Э.Н. Мингазова, А.С. Нестеров, Л. И. Герасимова, И.А. Петрова, Т.Н. Шигабутдинова //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2021- №29(4)-С.885—891.

133. Шмелев, И. А. Система мер по оптимизации медицинской помощи женщине-матери и ребенку в регионе [Текст] / И. А, Шмелев, О.Е. Коновалов, В.В. Харченко // Вестник РУДН. - 2017. - № 1. - С. 137-143.

134. Шувалова, М.П. Международная практика территориального распределения перинатальных центров: объемы медицинской помощи и транспортная доступность для населения [Текст]/ М.П. Шувалова, Т.В. Письменская, Е.Л. Яроцкая // Акушерство и гинекология. – 2015 (12). - С . 110 - 115.

135. Шувалова, М.П. Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации [Текст]/ М.П. Шувалова, Т.В. Письменская, Т.К. Гребенник //Социальные аспекты здоровья населения. - 2017. - -№3 (55) -С. 1-16.

136. Abha S. Maternal Near Miss: A Valuable Contribution in Maternal Care [Text] / S. Abha, S. Chandrashekhar, D. Sonal// J Obstet.Gynaecol India. – 2016. – Vol. 66 (1). – P. 217–222.

137. Alkema, L. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group [Text] /L. Alkema, D. Chou, D. Hogan // Lancet. - 2016. - Vol. 387, Issue 10017. - P. 462-474.

138. Amato, Volume and health outcomes: evidence from systematic reviews and from evaluation of Italian hospital data[Text] /L. Amato, D. Fusco, A. Acampora, K. Bontempi , A.C. Rosa, P. Colais //Epidemiol.Prev.- 2017- 41 (5–6) (Suppl 2): 1–128. DOI: 10.19191/EP17.5-6S2.P001.100.

139. A Neglected Tragedy The global burden of stillbirths [Electronic resource] / Report of the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. - 2020. - Access mode: UN-IGME-2020-Stillbirth-Report.pdf (childmortality.org). - Title from the screen.

140. Auger, N. Secular Trends in Preeclampsia Incidence and Outcomes in a Large Canada Database: A Longitudinal Study Over 24 Years [Text] /N .Auger, Z.C. LuoLuo, A.M. Nuyt // Can J. Cardiol. – 2016. – Vol. 32 (8). – P. 987.e 15–23.

141. Benski, A. C. Improving the Quality of Antenatal Care Using Mobile Health in Madagascar: Five-Year Cross Sectional Study [Text]/A. C.Benski, N. C. Schmidt, M. Viviano, G. Stancanelli, A. Soaroby, M. R. Reich/ JMIR mHealth and Health.- 2020.- V. 8 (7.)- P. e18543.

142. Blencowe, H. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis [Text] /H. Blencowe, S. Cousens, F. B. Jassir // Lancet Global Health. - 2016. - Vol. 4, Issue 2. - P. 98-108.

143. Berhane, B. Quality of basic emergency obstetric and newborn care (BEmONC) services from patients' perspective in Adigrat town, Eastern zone of Tigray, Ethiopia. 2017: across sectional study [Text] / B. Berhane, H. Gebrehiwot, S. Weldemariam, B. Fisseha //Berhane et al. BMC Pregnancy and Childbirth -2019- 19 (1):190

144. Bloemenkamp, K.W. Validating the WHO Maternal Near Miss Tool in a highincome country//Acta Obstet. Gynecol. Scand. -2016; 95(1)-p. 106-11. doi: 10.1111/aogs.12793.

145. Bolbocean, C. Perinatal Regionalization and Implications for Long-Term Health Outcomes in Cerebral Palsy [Text]/C. Bolbocean, P Wintermark, M.I. Shevell, M Oskoui//Can J Neurol Sci- 2016 - 43 (2)-P. 248-253.

146. Brantley, M.D. Perinatal regionalization: a geospatial view of perinatal critical care, United States, 2010–2013[Text] /M.D. Brantley, N.L Davis, D.A Goodman, W.M. Callaghan, W.D. Barfield //Am J Obstet.Gynecol.- 2017; 216 (2): 185.e1–185.e10.

147. Caroline, A. Barriers to formal health care seeking during pregnancy, childbirth and postnatal period: a qualitative study in Siaya County in rural Kenya[Text] /A. Ochieng Caroline, S. OdhiamboAloyce//BMC Pregnancy Childbirth. -2019 (19)-P. 339.

148. Chale, J. Type of birth center and conditions of transfer of neonates under 1500 g or gestational age under 33 weeks[Text] / J.J. Chale, M. Vial, M. Brodin, B. Colladon, A .Lacroix, I. Nisand. et al.//Arch. Pediatr.- 1997.- 4 (4)-P. 311–319. DOI: 10.1016/s0929-693x(97)86446-9-

149. Chang, Y.S. Regionalization of neonatal intensive care in Korea [Text] / J.Y. Chang, K.S. Lee, W.H. Hahn, S.H. Chung. //Korean J Pediatr. - 2011- 54 (12)-P. 481–488. DOI: 10.3345/ kjp.2011.54.12.481.

150. Chen, L. Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan China[Text]/ L.Chen, Q. Li, D. Zheng // Engl. J Med. -2020.-№382(25)-100 p.

151. Cochran Effective Practice and Organization of Care Group. Death audits and reviews for reducing maternal, perinatal and child mortality / M.L. Willcox Price J., S.Scott [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2020.: CD012982. doi:10.1002/14651858.CD012982.pub2.

152. Collier, Ai-ris. Maternal Mortality in the United States: Updates on Trends, Causes, and Solutions[Text]/ Ai-ris. Y. Collier, R.L. Molina//Neoreviews. - 2019 – 20 (10)-P. 561-574.

153. Dudenhausen, J.W. Implementation of perinatal regionalization: frequency of high-risk deliveries outside of specialized perinatal care centres[Text]/J.W. Dudenhausen, B. Locher, H.D. Nolting//Z. Geburtshilfe Neonatal.- 2006- 210 (3)-P.92–98.

154. Geleto, A. Barriers to access and utilization of emergency obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review of literature// Syst Rev. - 2018 - 7(1)-P. 1–14.

155. Gitobu, CM. The effect of Kenya's free maternal health care policy on the utilization of health facility delivery services and maternal and neonatal mortality in public health facilities[Text] CM. Gitobu, PB. Gichangi, WO. Mwanda /BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):77. doi: 10.1186/s12884-018-1708-2. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

156. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 /Europe PMC Funders Group // Lancet. – 2014. – Vol. 384 (9947). – P. 980–1004.5/s-2006-941553.

157. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030): early childhood development [Electronic resource] / Report by the Director-General. World Health Organization. - 2017. - Access mode: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf?ua=1. Title from the screen.

158. Grytten, J. Regionalization and local hospital closure in Norwegian maternity care - the effect on neonatal and infant mortality[Text]/ J. Grytten, L. Monkerud, I.Skau, R. Serensen// Health Serv Res -2014; 49 (4)-P. 1184-1204.

159. Hentschel, R. Risk-adjusted mortality of VLBW infants in high-volume versus low-volume NICUs. [Text] / R. Hentschel, K. Guenther, W. Vach, I. Bruder// Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed- 2019.- 104 (4)- P. F390–F395.

160. Hossain, S. Outborns or Inborns: Where Are the Differences? A Comparison Study of Very Preterm Neonatal Intensive Care Unit Infants Cared for in Australia and New Zealand and in Canada[Text]/S. Hossain, P.S. Shah, X.Y. Ye, B.A. Darlow, S.K. Lee, K. Lui//Neonatol-2016- 109 (1)-P. 76-84.

161. Huanhuan, W. Admission volume is associated with mortality of neonatal respiratory failure in emerging neonatal intensive care units [Text] / W. Huanhuan, Ying Dong, Bo Sun // Matern Fetal Neonatal Med.-2019-32(13)-P. 2233-2240.

162. Jensen, E.A. Effects of a Birth Hospital's Neonatal Intensive Care Unit Level and Annual Volume of Very Low-Birth-Weight Infant Deliveries on Morbidity and Mortality[Text] /E.A. Jensen, S.A. Lorch//JAMAPediatr-2015; 169 (8): e151906.

163. Kaneko, M. Perinatal morbidity and mortality for extremely low-birthweight infants: A population-based study of regionalized maternal and neonatal transport.[Text]/ M. Kaneko, R. Yamashita., K. Kai., N. Yamada., H. Sameshima, T. Ikenoue.//J. Obstet Gynaecol Res. – 2015- 41 (7): 1056-1066. DOI: 10.1111/jog.12686.

164. Kilpatrick SJ. Levels of Maternal Care: (Replaces Obstetric Care Consensus Number 2, February 2015) [Text] / SJ. Kilpatrick, MK. Menard, CM. Zahn.// Am J. Obstet Gynecol.-2019- 221 (6)- B19-B30.

165. Konje, ET. Late initiation and low utilization of postnatal care services among women in the rural setting in Northwest Tanzania: a communityased study using a mixed method approach[Text] /E.T. Konje, J. Hatfield, R.Sauve, S.Kuhn, M. Magoma, D. Dewey // BMC Health Serv Res.- 2021- 21(1)- P. 1–12.

166. Lehtonen, L. Early neonatal death: A challenge worldwide[Text]/ L. Lehtonen, A. Gimeno, A. Parra-Llorca, M. Vento//Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. - 2017- 22 (3)-P. 153-160.

167. Linsell, L. Risk Factor Models for Neurodevelopmental Outcomes in Children Born Very Preterm or With Very Low Birth Weight: A Systematic Review of Methodology and Reporting [Text] /L. Linsell, R. Malouf, Joan K. Morris // American Journal of Epidemiology. - 2017. - Vol. 185 - № 7. - P. 601-612.

168. Menard, MK. Levels of maternal care[Text] / MK. Menard, S. Kilpatrick, G. Saade, L. Hollier, G. Joseph.//Am J Obstet Gynecol. - 2015- 212 (3)-P. 259–271.

169. Pierre, A. Challenges and opportunities in identifying, reviewing, and preventing maternal deaths[Text] /A. Pierre, J. Zaharatos, D. Goodman, WM. Callaghan//Obstet Gynecol. -2018 -131(1)-P.-138–142.

170. Rahman, A. An Electronic Registry for Improving the Quality of Antenatal Carein Rural Bangladesh (eRegMat): Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial[Text] /A. Rahman, I. K. Friberg, A. Dolphyne, I. Fjeldheim//JMIR Res Protoc. - 2021 - Vol. 10 |(iss. 7) - e26918 – P. 1-14.

171. Rashidian, A. The effectiveness of regionalization of perinatal care services - a systematic review [Text] /A.H. Rashidian, Vali Y. Omidvari, S.Mortaz, R. Yousefi-Nooraie, M Jafari// Public Health. -2014 - N128(10)-P. 872-85.

172. Roberton, T. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. [Text]/ T. Roberton, E.D. Carter, V.B. Chou//Lancet Glob Health. - 2020-№8(7)-P. 901-908. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30229-1.

173. Ros, M. Predictive model to anticipate the need of major medical interventions by specialized newborn transport team [Text] / M. Ros, L. S. García, Grande M Pérez/ J. Pediatric and Neonatal Individualized Med. - 2017-Vol. 6 (2)-P.25.

174. Say, L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis [Text] / L. Say, D. Chou, A. Gemmill, O. Tunçalp, A.-B. Moller, J. Daniels, A.M. Gulmezoglu, M. Temmerman, L. Alkema// The Lancet Global Health. - 2014. - Vol. 2 (6) - P. 323-333.

175. Samuel, O. Decomposing the urban–rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in sub-Saharan Africa[Text] / O. Samuel, T. Zewotir, D. North.// Reprod Health – 2021- 18(1):216. doi: 10.1186/s12978-021-01268-8.18, 216.

176. Servante, J. Hemostatic and thoromobo-embolic complications in pregnant women with COVID19:a systematic revive end critical analisi[Text] /J. Servante, G.Swalow, G. Thormon //BMC pregnancy and childbirth.-2020.-Vol.21(1): 108.

177. Simioni, A. T. Regionalization of perinatal health care in the province of Santa Fe, Argentina[Text] /A. T. Simioni, O. Llanos, M. Romero // Rev Panam Salud Publica. - 2017. - Vol. 25 (41). - P. 38.

178. Suplee, PD. Improving postpartum education about warning signs of maternal morbidity and mortality[Text]/PD.Suplee, L.Kleppe, A Santa-Donato, D. Bingham//NursWomens Health- 2017- 20(6)- P. 552–567 [PubMed] [Google Scholar]

179. Tomé, T. Neonatal morbi-mortality in very low birth weight in Europe: the Portuguese experience. [Text] /T. Tomé, H. Guimarães, A. Bettencourt, J.C. Peixoto// J. Matern Fetal Neonatal Med. - 2009 - 22 (Suppl 3)-P. 85–87.

180. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division- Geneva - 104 c.

181. Vieux, R. Improving perinatal regionalization by predicting neonatal intensive care requirements of preterm infants:an EPIPAGE-based cohort study. [Text] / R. Vieux, J. Fresson, J.M. Hascoet, B. Blondel, P. Truffert, J.C. Roze // Pediatrics.- 2006-118 (1)-P. 84–90.

182. Vogel, J. The global epidemiology of preterm birth [Text]/ J. Vogel., S.Chawanpaiboon., A. Moller// Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2018- Vol. 52. - P. 3-12.

183. Vos, A. Analysis of policy towards improvement of perinatal mortality in the Netherlands (2004-2011) [Text] A.A. Vos, S. F. Voorst, E. A. Steegers, S. Denktaş// Social Science & Medicine. -2016 - 157-P. 156-164.

184. Witteveen, T. Validating the WHO Maternal Near Miss Tool in a high-income country [Text] / T. Witteveen, I. de Koning, H. Bezstarosti // ActaObstetGynecol Scand. – 2016. –Vol. 95 (1). – P. 106–111.

185. World Health Organization [Electronic resource]. - 2019. Access mode: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/. - Title from the screen.

186. World Health Organization. Health statistics and information systems: maternal mortality ratio.-2 019. Available at: https://www.who.int/healthinfo/statistics /indmaternalmortality/en/. Accessed April 29, 2019.

187. Yan, J. Coronavirus disease 2019 in pregnant women: a report based on 116 cases. [Text]/ J. YanGuo J, C. Fan //Am J Obstet. Gynecol.- 2020; N 223(1)-P.111-114.

188. Yannekis, G. Differential effects of delivery hospital on mortality and morbidity in minority premature and low birth weight neonates. [Text]// G. Yannekis, M. Passarella, S. Lorch// J Perinatol - 2020 - 40 (3)-P. 404-411.

189. Zekarias, B. Prevalence of anemia and its associated factors among pregnant women attending antenatal care (ANC) in MizanTepi University Teaching Hospital, South West Ethiopia [Text] / B. Zekarias //Health Science Journal. - 2017. – N 5(11). - P. 1–8.

190. Zhang, L. Mortality of neonatal respiratory failure from Chinese northwest NICU network. [Text] /L. Zhang, Y. Qiu, B. Yi, L. Ni, L. Zhang, P. Taxi, H. Li, Q. Zhang, W. Wang, Z. Liu, L. Li, L .Zhao, H. Wang//Matern Fetal Neonatal Med. - 2017 - Sep;30(17)- P. 2105-2111.

191. Zuckerwise, L.C. Maternal early warning systems - Towards reducing preventable maternal mortality and severe maternal morbidity through improved clinical surveillance and responsiveness [Text] / L.C. Zuckerwise, H.S. Lipkind // Semin. Perinatol. - 2017. –N 3(41). – P.161-165.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Юнусова, Д.З.Таҳлили сифати расонидани ёрии тибби ба занони ҳомила, таввалудкунанда ва таваллукардаи гирифтори оризай хунравии акушери [Матн] / С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, Ш.М. Курбанов, Р.А.Абдуллаева//Авчи Зухал. -2021(3).-С.16-21.

[2-А]. Юнусова, Д.З. Анализ структуры материнской смертности в период пандемии Ковид-19[Текст] / З. Абдусаматзода, С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, Р.Я. Алиева, Б.Т. Мирзабекова//Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2022. -№1- С.9-15.

[3-А]. Юнусова, Д.З. Оценка качества медицинских услуг на этапе внедрения инновационной модели перинатальных направлений (на примере пилотных районов) [Текст]/Д.З. Юнусова //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2023.- №1- С.75-79.

[4-А]. Юнусова, Д.З. Анализ эффективности деятельности областного Перинатального центра г. Куляб в обеспечении качества медицинской помощи беременным и роженицам сельской местности [Текст]/С.М. Мухамадиева, З.Н. Набиев, З. Абдусаматзода, Д.З. Юнусова, Х.С. Гадоева//Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2023. - №2- С.50-56.

[5-А]. Юнусова, Д.З. Динамика и структура ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных в Республике Таджикистан[Текст]/ /С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, Д.З. Юнусова// Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. -2023-С.40-46.

[6-А]. Юнусова, Д.З. Факторы риска ранних неонатальных потерь[Текст]/ С.М. Мухамадиева, А.П. Пулатова, Д.З. Юнусова, З.Х.Рофиева // Наука и инновация. -2023-№ 4-С.24-29.

[7-А]. Юнусова, Д.З. Этапы становления, развития и совершенствования организационных моделей перинатальной регионализации [Текст]/ Д.З. Юнусова, С.М. Мухамадиева //Здравоохранение Таджикистана. - 2024-№1- С.89-95.

Статьи и тезисы в журналах, сборниках съезда и конференций

[8-А]. Юнусова, Д.З. Медико-социальные факторы репродуктивного здоровья девочек [Текст]/З. О. Ибрагимова, М.Х. Ганизода, Д.З. Юнусова// Материалы 3 - съезда детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов Республики Таджикистан «Современные методы в детской хирургии и интенсивной терапии: достижение, проблемы и пути их решений». – Душанбе - 2020.- №4 - С.26-28.

[9-А]. Юнусова, Д.З. Оценка ситуации по направлению и перенаправлению в системе охраны матери и ребенка в пилотных районах[Текст]/З. Абдусаматзода, С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, Ф.М. Абдурахманова//Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции ГОУ ИПОСЗРТ «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости» - Душанбе. - 2021.- С.18-19.

[10-А]. Юнусова, Д.З. Анализ причин материнских потерь в период пандемии COVID-19 [Текст]/З. Абдусаматзода, С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, А.П. Пулатова, С.Ф. Каримова//Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции ГОУ ИПОСЗРТ «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости -Душанбе.- 2021г. - С.19-20.

[11-А]. Юнусова, Д.З. Репродуктивные потери в период пандемии COVID-19 [Текст]/З.М.Абдусаматзода, С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, А.П. Пулатова, Б.Т. Мирзабекова// Мать и дитя.-Душанбе. -2021-С.12-17.

[12-А]. Юнусова, Д.З. Оценка комплексной и базовой неотложной акушерской и неонатальной помощи (КНАНП и БНАНП) [Текст]/Д.З. Юнусова, Б.Т. Мирзабекова, Ш. К. Шакарова //Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ «Современная медицина и современное образование», посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и 5-летию деятельности Хатлонского государственного медицинского университета.- Дангара.-2021.- С.186.

[13-А]. Юнусова, Д.З. Материнские потери в период пандемии COVID-19[Текст]/Д.З.Юнусова//Материалы общероссийской научно-практической конференции для акушер-гинекологов «Оттовские чтения» - г. Санкт-Петербург. -2021 ғ С.36-37.

[14-А]. Юнусова, Д.З. Медико-социальные аспекты материнской смертности в условиях пандемии коронавирусной инфекции[Текст]/Д.З.Юнусова//Вестник врача. – г. Самарканд. -2022.- 8(46).- С.109-113.

[15-А]. Юнусова, Д.З. Упущенные возможности антенатального ухода в период совершенствования системы регионализации[Текст]/С.М. Мухамадиева, Ш.Т. Муминова //Новый день медицины – г. Самарканд-2022.-8(46)-С.375-380.

[16-А]. Юнусова, Д.З. Анализ значимых факторов перинатального центра г. Куляба в рамках совершенствования системы регионализации [Текст]/Д.З.Юнусова, З.Н. Набиев, Х.С. Гадоева, З.С. Намозова //Материалы ежегодичной XXVIII научно - практической конференции с международным участием ГОУ ИПО в СЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения»-Душанбе-2022. - С. 49-50.

[17-А]. Юнусова, Д.З. Элементы непрерывного обучения акушерок неотложной акушерской помощи в период регионализации [Текст]/ С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, Г.Д. Истамова, Д.З.Юнусова//Материалы ежигодичной XXVIII научно- практической конференции с международным участием ГОУ ИПОСЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения»- Душанбе-2022. - С.24-25.

[18-А]. Юнусова, Д.З. Оптимизация оказания медицинских услуг матери и ребенку в период совершенствования системы регионализации[Текст]/ З. Абдусаматзода, С.М. Мухмадиева, У.Д. Узакова, Д.З.Юнусова// Материалы VII съезда акушер-гинекологов Таджикистана.-Душанбе.-2022г.-С.36-39.

[19-А]. Юнусова, Д.З. Этапы внедрения клинического протокола «Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерстве: факторы риска, диагностика,

клиника, профилактика» [Текст]/З.М. Абдусаматзода, С.М. Мухамадиева, У.Д.Узакова, Ф.М. Абдурахманова, Д.З.Юнусова //Материалы VII съезда акушер-гинекологов Таджикистана.- Душанбе.- 2022г. - С.40-44.

[20-А]. Юнусова, Д.З. Анализ ситуации системы направлений/перенаправлений в период регионализации в стране (на примере пилотных районов) [Текст]/С.М. Мухамадиева, М.Х. Ганизода, Ш.Ш. Шарипова, Ш.К. Шакарова//Материалы VII съезда акушер-гинекологов Таджикистана.-Душанбе.-2022г.- С.-46-52.

[21-А]. Юнусова, Д.З. Медико-организационные аспекты деятельности областного перинатального центра г. Куляб в рамках совершенствования системы регионализации [Текст]/З.М. Абдусаматзода, С.М. Мухамадиева, У.Д.Узакова, Х.С.Гадоева// Материалы VII съезда акушер-гинекологов Таджикистана.- Душанбе.-2022г.- С. 103-106.

[22-А]. Юнусова, Д.З. Медико-организационные аспекты материнской смертности (на примере Хатлонской области)/Д.З. Юнусова, С.М. Мухамадиева, З.С.Намозова, С.Ш.Рахматова//Материалы ежигодичной XXIX научно - практической конференции с международным участием ГОУ ИПО в СЗРТ «Интеграция новых технологий в медицинскую науку и образование-основа современной подготовки кадров здравоохранения» - Душанбе. -2023-С.57-58.

Рационализаторское предложение

1. Юнусова, Д.З. Способ сбора данных для электронного регистра перинатальных направлений/перенаправлений/С.М.Мухамадиева, Д.З. Юнусова, Б.Т. Мирзабекова, А.А. Сулаймонов, Д.Ш. Курбанов//Рационализаторское предложение (от 14.02. 2023г) – г. Душанбе. - 2023г.