



УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА В ПЕРИОД СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ

Д.З. Юнусова, С.М. Мухамадиева, Ш.Т. Муминова

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики
Таджикистан» г. Душанбе, Таджикистан

✓ Резюме

В период совершенствования системы регионализации выявлены упущенные возможности антенатального ухода у женщин, переживших акушерские кровотечения. Установлен ненадлежащий послеродовой уход, неполноценно функционирующая патронажная служба: не соблюдаются национальные стандарты по ведению физиологической и осложнённой беременности. Непрерывное обучение и самообразование на постоянной основе акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, акушеров и патронажных сестер, оказывающих помощь женщинам в период беременности, родов и после родов, а также проведение клинического аудита критических случаев акушерских осложнений на уровне учреждений страны являются показателями эффективности системы регионализации, способствующие снижению материнской заболеваемости и смертности в стране.

Ключевые слова: антенатальный уход, акушерские кровотечения, качество медицинской помощи, упущенные возможности

MINTAQALASHTIRISH TIZIMINI TAKOMILLASHTIRISH DAVRIDA ANTENATAL PARVARISHLASHNING O'TKAZIB YUBORILGAN IMKONIYATLARI

D.Z. Yunusova, S.M. Muxamadiyeva, Sh.T. Mo'minova

Davlat muassasasi "Tojikiston Respublikasi sog'liqni saqlash sohasidagi diplomdan keyingi ta'lim instituti" Dushanbe shahri, Tojikiston

✓ Rezyume

Mintaqalashtirish tizimini takomillashtirish davrida AKdan omon qolgan ayollarda antenatal parvarishning o'tkazib yuborilgan imkoniyatlari aniqlandi. Tug'ruqdan keyingi noto'g'ri parvarish o'rnatildi, patronaj xizmati ishlamay qoldi fiziologik va murakkab homiladorlikni boshqarish bo'yicha milliy standartlarga rioya qilinmaydi. Doimiy ravishda akusher-ginekologlar, reanimatologlar, akusherlar va patronaj opa-singillarni homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda ayollarga yordam berish, shuningdek, mamlakat muassasalari darajasida akusherlik asoratlarning tanqidiy holatlarini klinik tekshirish bo'yicha doimiy ravishda o'qitish va o'z-o'zini tarbiyalash.

Kalit so'zlar: antenatal parvarish, akusherlik qon ketishi, tibbiy yordam sifati, o'tkazib yuborilgan imkoniyatlar

MISSED OPPORTUNITIES FOR ANTENATAL CARE AND WAYS TO SOLVE THEM DURING THE REGIONALIZATION SYSTEM IMPROVEMENT PERIOD

D.Z. Yunusova, S.M. Muhamadiyeva, Sh.T. Muminova

State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in the Healthcare Sphere of the Republic of Tajikistan" Dushanbe, Tajikistan.

✓ Resume

During the regionalization system improvement period, missed opportunities for antenatal care were revealed in women who survived obstetric care. Inadequate postpartum care has been established, the patronage service does not function properly, national standards for the management of physiological and complicated pregnancy are not observed. Continuous training and self-education on a permanent basis of obstetricians-gynecologists, anesthesiologists-resuscitators, midwives and nurses who provide care to women during pregnancy, childbirth and after childbirth, as well as conducting a clinical audit of critical cases of obstetric complications at the level of institutions of the country are indicators of the effectiveness of the regionalization system, contributing to the reduction of maternal morbidity and mortality in the country.

Key words: antenatal care, obstetric bleeding, quality of medical care, missed opportunities.

Актуальность

Снижение уровня материнской и перинатальной смертности является Государственным приоритетом страны и индикатором качества оказания медицинских услуг [9]. Прогресс снижения этих показателей связывают с формированием трехуровневой системы регионализацией службы родовспоможения [6,10,13]. Выявление причин недостаточно качественно оказанной помощи женщинам с акушерскими осложнениями - весьма актуальное направление исследований, которое может помочь улучшить показатели материнской заболеваемости и смертности [2, 3, 5].

В этом направлении в стране разработаны и внедрены клинические руководства и стандарты; проводятся аудит критических случаев акушерских осложнений, обучение по доказательной медицине и эффективной перинатальной помощи; непрерывное последипломное медицинское образование акушеров и мониторинг; пересмотрены нормативно-правовые документы [7,8]. За пятилетний период наблюдения в стране наметилась положительная тенденция снижения коэффициента материнской смертности (МС). Этот показатель снизился с 2014 по 2018 годы с 29,2 до 24 на сто тысяч живорожденных, при этом, летальность от акушерских кровотечений возросла с 26,1 до 32,7% [4].

Изучение акушерских ситуаций, когда женщины, переживших акушерские осложнения не погибли, и выжили, позволит выявить упущения при оказании им медицинской помощи и улучшить качество услуг на всех этапах службы родовспоможения [1, 3,5,11,12].

Цель настоящего исследования: Выявление упущенных возможностей антенатального ухода у женщин, переживших акушерские кровотечения и разработать предложения по улучшению качества услуг для данной категории пациенток.

Материал и методы

Ретроспективный анализ историй родов, индивидуальных карт беременных (форма №29), обменных карт (форма № 087) 255 женщин, переживших акушерские кровотечения. В исследование вошли 161 женщина с послеродовым кровотечением (ПК) - I группа, 61 - пациентка с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП)-II группа и 33 беременные с предлежанием плаценты (ПП) -III группа. Контрольную группу составили 100 соматически здоровых пациенток с физиологическим течением данной беременности, родов и послеродового периода. Интервьюирование 46 родильниц, переживших послеродовое кровотечение.

Клинические исследования проводились в стационаре третьего уровня (Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии), куда поступали беременные, роженицы и родильницы с акушерскими кровотечениями со всех регионов страны за период с 2014 по 2018 годы.

Статистическая обработка материала выполнялась с помощью программы Statistica 10.0 (StatSoft, USA). Оценка соответствия выборки нормальному закону распределения проводилась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Количественные показатели представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки, качественные – в виде абсолютных значений и их долей (%). При парном межгрупповом сравнении количественных показателей применялся U-критерий Манна-Уитни, при множественных сравнениях – Н-

критерий Крускала-Уоллиса. При парных сравнениях в качественных группах применялся критерий хи-квадрат Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результат и обсуждения

Средний возраст женщин, переживших АК, составлял в среднем $28,7 \pm 0,3$ лет. Более половины (144/56,4%) пациенток находились в активном репродуктивном возрасте (25-29 лет), почти каждая третья ($74/29,0 \pm 7,1\%$) - в раннем (20-24 года), каждая десятая ($26/10,1 \pm 3,6\%$), в позднем (35-44 года), остальные 11/4,3% - в подростковом периоде.

Результаты исследований показали, что сельских жительниц было в 5,5 раза больше по сравнению с городскими ($84,7 \pm 3,4$ и $15,3 \pm 1,9\%$ соответственно), что характерно для учреждения третьего уровня оказания акушерской помощи, преимущественно обслуживающего пациенток различного региона страны ($p < 0,01$). Сравнительный анализ показал, что жительниц села по сравнению с городскими женщинами среди пациенток с ПК было в 8 раз больше (88,8 и 11,1% соответственно), во II группе - в 2,5 раза (72,1 и 27,8% соответственно), в III - 7,2 раза (8,8 и 12,1% соответственно) ($p < 0,01$).

Социальный статус и уровень образования женщин во многом определяют многие аспекты здоровья женщин с учетом социально-экономического уровня развития страны.

Установлен низкий социальный статус женщин, переживших АК: 75,6 $\pm$ 5,7% обследованных проживали в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях (рисунок 1).

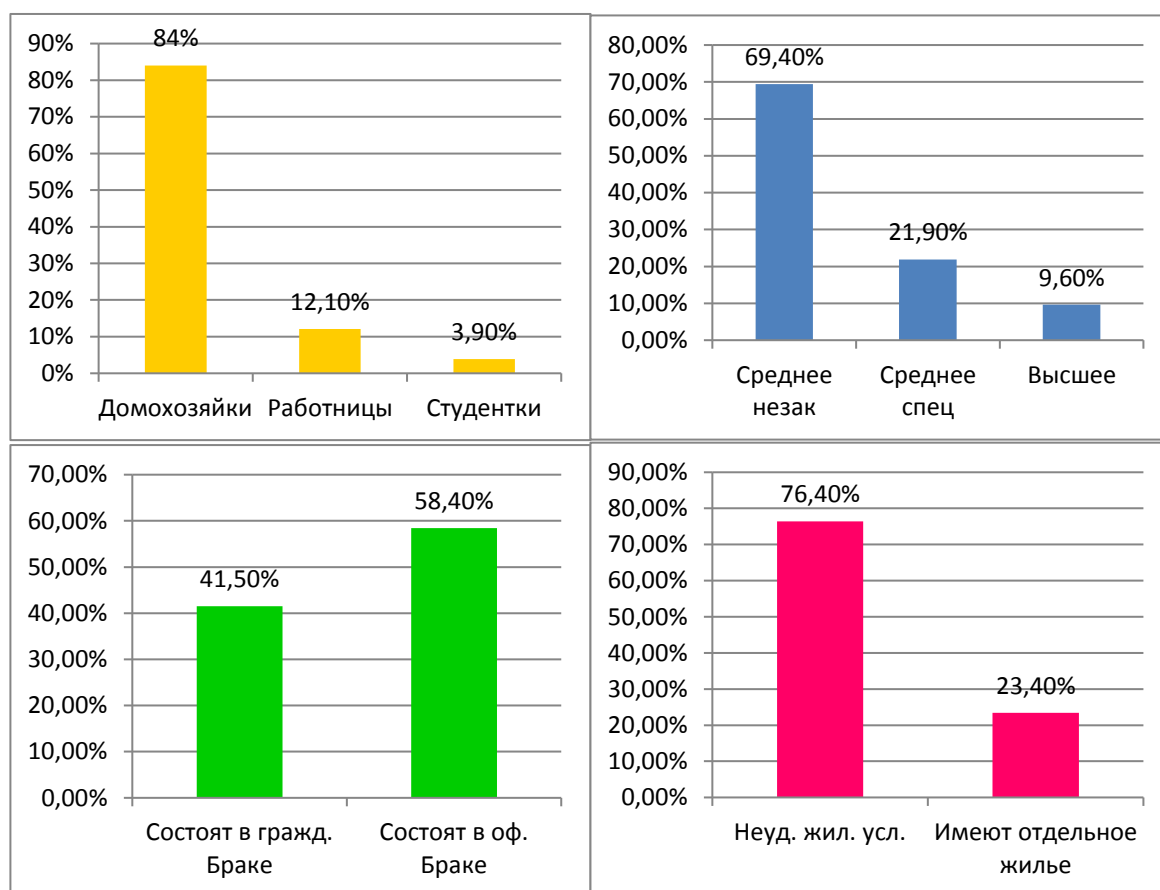


Рисунок.1. - Социальный статус женщин, перенесших акушерские кровотечения. (n=255), %

Из общего количества проанализированных случаев большая часть пациенток были домохозяйками (214/84%), работницы составили 31/12,1%, студентки- 10/3,9%, при этом среди сельских жительниц (200/93,4%) домохозяек было в 2,6 раза больше по сравнению с городскими (14/35,8%) ($p < 0,01$).

Общепризнанно, что одним из факторов низкого социального статуса населения является образовательный уровень населения.

Установлено, что среди женщин, переживших АК, имели среднее незаконченное образование 177/69,4±5,7% женщин, среднее специальное – 56/21,9%, высшее - 22/8,6%.

Следовательно, для улучшения материнского здоровья и снижения материнской смертности в стране необходимо обеспечить услугами в первую очередь женщин, подверженных наиболее высокому риску, особенно, проживающих в сельской местности.

В структуре паритета родов более половины были повторнородящими женщинами (133/52,1±5,7%), почти каждая третья (74/29,1±5,7%) - первородящей, 48/18,8±2,8% - составили многоорожавшие. В 70,7% случаев межродовой интервал у женщин был менее двух лет; у более 1/3 женщин, перенесших АК (82/32,1%) отмечен отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, менее половины (115/45±4,3%) пациенток не использовали в прошлом современные методы контрацепции.

Установлено, что большинство обследованных женщин имели сочетание не менее двух-трех экстрагенитальных заболеваний. Более 80% (209/81,9±5,2%) - страдали анемией различной степени, почти каждая вторая (127/49,8±5,2%) - заболеваниями почек, более 40% (107/41,9±5,2%) имели йоддефицитные состояния (рисунок 2).

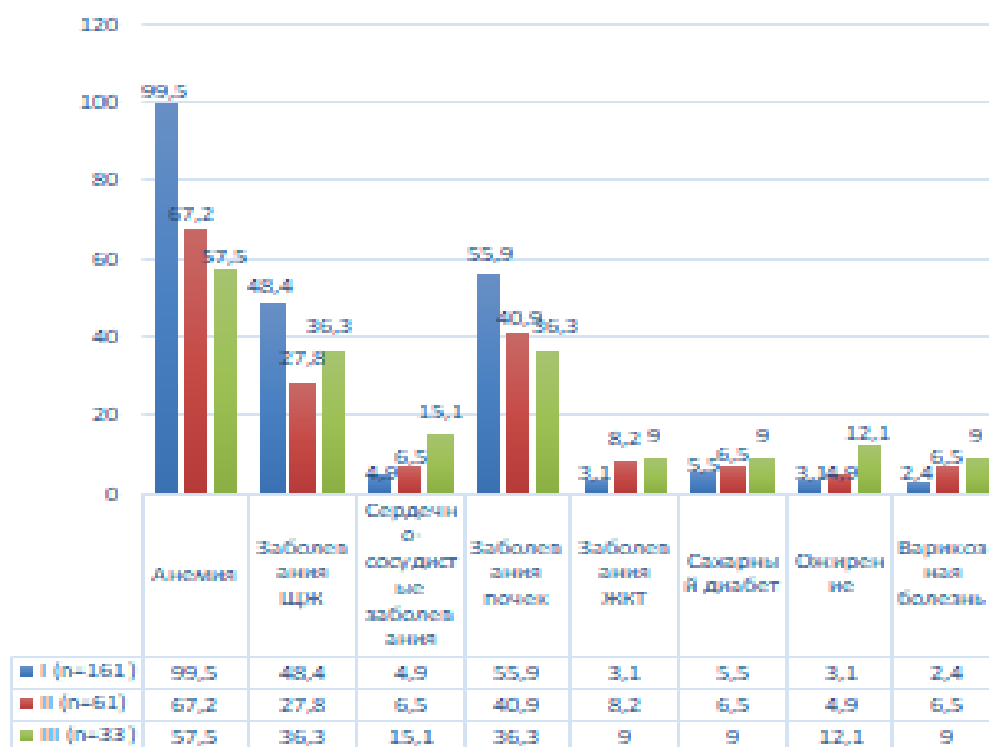


Рисунок 2. - Структура экстрагенитальных заболеваний среди обследованных женщин (n=255)

Среди редко встречающейся соматической патологии 17 /6,6±5,1% составляли пациентки с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, 13/ 5,0±3,0% - болезнями желудочно-кишечного тракта.

Качество антенатального ухода за беременными и выявление состояний, предрасполагающих к развитию тяжелых акушерских осложнений, является важным фактором материнской и перинатальной смертности. На фоне беременности и особенностях её течения может развиваться специфический процесс, который может способствовать возникновению акушерских кровотечений.

У более половины обследованных женщин, переживших АК (55,6%), течение настоящей беременности протекало с осложнениями, при этом в более половины (54,9±3,9%) случаев имела место рвота беременных и анемия различной степени тяжести (51,4±8,1%), более 40% (43,6±5,8%) – пациенток перенесли острые вирусные инфекции.

В результате проведенных нами исследований установлено, что среди женщин, переживших акушерские кровотечения, в большинстве случаев имело место ненадлежащее качество медицинских услуг во время беременности.

Как известно, дородовую помощь в стране обеспечивают учреждения первичной медико-санитарной помощи: дома здоровья, сельские районные и городские центры здоровья и беременные обслуживаются по месту проживания. Ответственность за обследование и лечебно-профилактические мероприятия несут медицинские работники, откуда убыла и куда прибыла беременная в период проживания женщины по их подведомственному участку.

По поводу настоящей беременности более половины (136/53,3±8,5%) беременных не наблюдались и не состояли на учете у специалистов.

Из числа не состоявших на учете беременных более половины составляли пациентки с ПК (58,3±3,8%) и ПОНРП (54,1±6,4%), тогда как состоявших на учете у специалистов оказалось больше в группе женщин с ПП (72,7±8,5%) ($p<0,01$).

Отсутствие визитов/контактов для получения антенатального ухода указывает на важный причинный фактор, отражающий либо неблагоприятные социальные условия, в которых проживает женщина, либо неспособность преодолевать проблемы или утаивать беременность.

Проведенные нами исследования показали, что в большинстве случаев национальные стандарты антенатального наблюдения не соблюдались. Установлено, что более половины (59,0%) беременных поздно взяты на учет (с ПК - 58,1±3,2%, с ПП - 55,0±3,1%, с ПОНРП - 57,3±3,1%). В группе женщин с ПК более 60% (61,2±3,4%) были охвачены антенатальной помощью после 22 недель, что в 2,5 раза выше по сравнению с пациентками из группы ПП (24,4±3,1%).

Согласно национального стандарта при физиологическом течении беременности должны осуществляться 8 дородовых контактов [8].

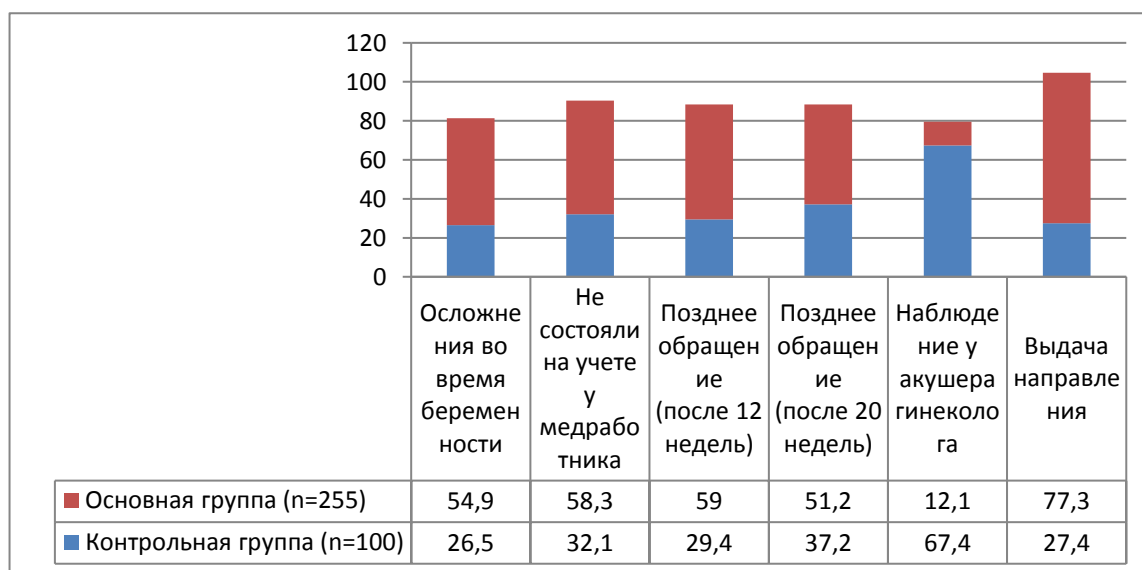


Рисунок 3. – Качество антенатального ухода на амбулаторном уровне (n=355),%

Тогда как в наших исследованиях, антенатальное наблюдение изучаемой группы женщин за весь период беременности проводился акушером-гинекологом только в 12,1±3,1% случаев, остальные 57,7±3,1% - семейным врачом и 30,2±3,1% акушеркой.

За период дородового наблюдения посетили медработника не более 4-5 раз только 62,4±3,1% беременных и у более 1/3 (37,6±3,1%) зарегистрировано 6-8 посещений, что не соответствует национальным стандартам[8]. Более половины (57,7±3,1%) женщин наблюдались у семейного врача, каждая третья (30,2±3,1%) - акушеркой только в 12,1±3,1% случаев – акушер-гинекологом.

По сравнению с контрольной группой женщины, пережившие АК, относятся к группе риска (рисунок 3). В два раза чаще имело место осложненное течение беременности (54,9 и 26,5% соответственно), количество не состоявших на учете беременных (58,3 и 32,1% соответственно), обратившихся к медработникам после 12 недель беременности (59,0 и 29,4% соответственно), в 1,3 раза меньше наблюдавшихся у медицинского работника после 20 недель гестации (12,1 и 67,4% соответственно).

Такие факторы риска, как предстоящие первые роды, ИМТ>35 при первом посещении, что имело место в наших исследованиях, были необходимы для более частого посещения медработника во второй половине беременности. Эта рекомендация, указанная в стандарте по антенатальному уходу, должна была быть принята во внимание для раннего охвата беременных исследуемых групп женщин, переживших акушерские кровотечения. Следует отметить, что среди женщин изучаемых групп, АК сочетались с тяжелой преэклампсией в 23/9,0±3,0 % случаев, связи с этим, риск развития этого осложнения должен был оценен медицинскими работниками при антенатальных визитах, что не было проведено.

Установлено, что участницы основной группы наблюдались у акушера-гинеколога – в 5,5 раза меньше по сравнению с беременными с физиологически протекавшей беременностью.

Консультацию смежных специалистов получили только каждая третья женщина (33,5%): уролога - 23,8%, терапевта -32,4%, эндокринолога - 12,9%. Более половины беременным (54,1%), клинико-лабораторное обследование проводилось не в полном объеме: уровень гемоглобина не более 2-3-х раз проведен у 222/87% женщин, обследование на протеинурию согласно национального стандарта не проведено в более 1/3 (86/33,7%) случаев.

Большинству женщин, переживших АК (251/98,4%) были выданы обменные карты, в которых имелась письменная запись о результатах обследования и количестве визитов, что соответствует национальному стандарту. Однако, у более половины (142/55,6%) пациенток отсутствовала информация об опасных симптомах и рекомендаций при их возникновении.

В национальных стандартах указано, что оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде осуществляется на основе «Алгоритма перенаправления при осложнениях в родах для учреждений I-го уровня», когда при возникновении осложнений в родах требуется перенаправление пациентки в учреждения 2-3 уровня [8]. Предоставление «бланка перенаправления беременной, роженицы, родильницы» при маршрутизации женщин в стационар более высокого уровня позволяет специалистам предоставить дифференцированный объем лечебно-диагностических вмешательств в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами.

Проведенные нами исследования свидетельствовали о нарушении принципов направления/маршрутизации женщин изучаемых групп.

При госпитализации направление/лист перенаправления от акушера-гинеколога или акушерки не имели 77,3±3% женщин: более 87,9±8,6% пациенток III – группы, 76,4±3,4% - I, 57,4±6,3% - II- (p<0,05).

У большинства женщин, переживших АК, госпитализированных в стационар третьего уровня имели место преждевременные роды (153/60%), при этом больше в группе женщин с ПК (96/62,7%), каждой четвертой – с ПОНРП – (40/26,1%) и в 17/11,1% случаях – с ПП. В среднем срок беременности среди обследованных женщин составлял 36,7 недель.

Более 60% (63,1±3,7%) поступили в стационар в удовлетворительном состоянии, более 1/3 (94/36,9%) - в состоянии средней и тяжелой степени. Перинатальные исходы были следующими: живорожденных детей было 229/89,8%, антенатальная гибель плода имела место в 26 случаях (10,2%). Среднее пребывание в стационаре женщин, переживших АК составляло в среднем 6,6±0,2 - 11±1,2 койко-дней. Более 80% родильниц (229/89,8±2,3%) выписаны из стационара домой в удовлетворительном состоянии с ребенком, без ребенка – 26/10,1±1,4% женщин.

Для выявления упущенных возможностей проведен аудит критических случаев послеродовых кровотечений. В процессе аудита со слов родильниц, переживших ПК, удалось получить дополнительную информацию, свидетельствующую о ненадлежащем антенатальном уходе: 77,5% не состояла на учете у акушера - гинеколога по поводу настоящей беременности и не посещала врача, при этом полное лабораторное обследование получили только 47,5%, и эта информация отсутствовала в первичной медицинской документации. Результаты проведенного опроса показали, что большинство женщин были доставлены в стационар родственниками, без сопровождения медицинского работника (92,5%), остальные 7,5% -машиной скорой помощи. Установлено, что более 1/4 поступивших в стационар женщин (22,5%) до начавшегося кровотечения изначально имели анемию средней и тяжелой степени, однако отсутствует информация, получали ли они лечение в амбулаторных условиях. Подавляющее большинство родильниц указали на большую физическую нагрузку (77,5%) и на нерациональное питание во время беременности (72,5%). Со слов участниц причиной недостаточного количества визитов к медработникам у 27,5% явились семейные обстоятельства, у 22,5% - госпитализация в стационар в связи с угрожающим выкидышем,

начавшимися преждевременными родами, анемией и гипертензивными нарушениями. Большинство опрошенных женщин (97,6%) указали, что не были консультированы об опасных симптомах и предстоящих родах (85,0%), испытали испуг при появлении кровотечения (72,5%).

Полностью были удовлетворены полученными услугами во время беременности 55% женщин, на доброжелательное отношение акушерок и акушер-гинекологов на протяжении беременности указали каждая третья (30%) пациентка, были не полностью удовлетворены услугами, не указав причину - 12,5% опрошенных, выразили неудовлетворенность наличием очередей в Центрах репродуктивного здоровья - 2,5% родильниц.

Выводы

Упущенные возможности антенатального ухода у женщин, переживших акушерские кровотечения: не учитывается принцип регионализации медицинской помощи беременным женщинам; неполноценно функционирует патронажная служба (визиты и осмотры поверхностные); не соблюдаются национальные стандарты по ведению физиологической и осложнённой беременности.

Пути решения в период совершенствования системы регионализации, способствующие снижению показателей материнской заболеваемости и смертности в стране: непрерывное обучение и самообразование на постоянной основе акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, акушерок и патронажных сестер, оказывающих помощь женщинам в период беременности, родов и после родов; проведение клинического аудита критических случаев акушерских осложнений на уровне учреждений страны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айламазян Э.К. Аудит качества медицинской помощи при критических ситуациях в акушерстве (near miss) / Э.К. Айламазян, В.О. Атласов, К.В. Ярославский // Журнал акушерства и женских болезней. - 2016. - Том LXV, выпуск 4. - С.15-23.
2. Бушмелева Н.М. Дефекты оказания медицинской помощи женщинам в случаях смерти в перинатальном периоде на уровне региона / Н.М. Бушмелева // Менеджер здравоохранения. - 2014. - № 11. - С. 27-36.
3. Внедрение цикла анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара // Всемирная Организация Здравоохранения. – 2016. – 104 с.
4. Ежегодные статистические сборники Национального Центра медицинской статистики МЗСЗРТ за 2014-2018 гг.
5. Лебеденко Е.Ю. Near miss. На грани материнских потерь/Е.Ю. Лебеденко; под ред. В.Е. Радзинского // «Status Praesens». - 2015. – 184 с.
6. Мустафина М.Д. Оказание перинатальной помощи на 3-м уровне регионализации на примере Перинатального центра г. Павлодара / М. Д. Мустафина. // Молодой ученый. 2018. № 1 (187). С. 36-40.
7. Порядок оказания медицинской помощи в период беременности, родов и после родов в организации здравоохранения // Постановление Правительства РТ от 20 декабря 2021 года № 545.12с.
8. Приказ МЗ СЗНРТ «Национальный стандарт по антенатальному уходу при физиологической беременности». - 2019. - № 1104.-100 с.
9. Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года // Постановление Правительства РТ №414 от 30.09.2021г.
10. Шувалова М.П., Письменская Т.В., Гребенник Т.В. Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения - №3 (55) 2017-С.2
11. Eimer G. Maternal near - miss: What lies beneath? / G. Eimer, O'Milley, P. Popivanov // Euro. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Bidol. – 2016. – N 199. - P.116-119.
12. Kalisa R. Maternal near-miss and quality of care in a rural Rwandan hospital [Текст] / R. Kalisa, S. Rulisa, T. van den Akker // BMC Pregnancy Childbirth. – 2016. - №16 (1). – P.324.
13. Simoni A.T., Llanos O., Romero M., Ramos S, Briszuela V., Abalos E. Regionalization of perinatal health care in the province of Santa Fe, Argentina // Article in Spanish. Rev Panam Salud Publica. 2017;25(41).p.38

Поступила 20.07.2022