

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

УДК: 614.2: 618.33+616-053.31-082 (571.63)

На правах рукописи

ЮНУСОВА ДИЛРАБО ЗОКИРДЖОНОВНА

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

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

Душанбе – 2024 г

Диссертация выполнена на кафедре акушерства и гинекологии №1 Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: **Мухамадиева Саодатхон Мансуровна** - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Официальные оппоненты: **Гоибов Амонулло Гоибович** - доктор медицинских наук, проректор по науке и инновации ГОУ «Институт повышения квалификации работников системы социальной защиты населения Республики Таджикистан»

Давлатзода Гулчохон Кобил - к.м.н., доцент, директор ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

Ведущее учреждение: Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» (г.Душанбе, Республика Таджикистан)

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2024 г. в «__» часов на заседании диссертационного совета 6D КОА-053 при ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, улица Сино, 29-31, www.tajmedun.tj, тел. +992 917529380.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино (734026, г. Душанбе, район Сино, ул. Сино, 29-31, www.tajmedun.tj)

Автореферат разослан «_____» _____ 2024 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
к.м.н., доцент**

Джонибекова Р.Н.

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; А. 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. Харбедея, 2017; Т. А. 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; Т.А. 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 МЗСЗРТ, 2015- 2012гг.].

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 МЗ и СЗ РТ №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) и 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: 0121ТJ1128. 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 – 2022 гг).
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 АГ и П» (3 уровень), Центральная районная больница района (ЦРБ) Ш. Шохин (2 уровень), 5 сельских участковых больниц (СУБ) 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 материнской 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 МЗ и СЗН РТ, 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 ввремя 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 ежегодной 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, 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.), ежегодной 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), ежегодной 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 ВАК РФ, 2 – международных журналах, 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 19 рисунками и 18 таблицами.

Основные части исследования

Материал и методы исследования. Работа выполнена в 2020-2024 годах на кафедре акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОСЗРТ и состояла из 5 этапов. На *первом этапе* исследования проведен обзор научных публикаций по теме диссертации и анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок оказания медицинских услуг беременным, роженицам и родильницам. На *втором этапе* - проанализированы медико-демографические показатели Хатлонской области, характеризующие службу родовспоможения в 2015-2022 гг. по данным официальных источников республиканского центра медицинской статистики и информации МЗ и СЗН РТ и формы №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным» На *третьем этапе* - по специально разработанным анкетам проведено ретроспективное клинико-статистическое исследование первичной медицинской документации (форма 029 - индивидуальная карта беременной, форма 087- обменная карта, форма №096 - история родов и карты новорожденных) 384 случаев репродуктивных потерь, из которых 113 случаев МС за 2019 – 2020 гг. (период КОВИД 19) и 43 – за 2021- 2022гг.(постковидный период), а также 228 случаев РНС за 2020-2022гг в стационаре третьего уровня - НИИ АГиП. *Четвертый этап* заключался в изучении клинико-статистической деятельности по отчетным формам ПЦ г. Куляб Хатлонской области за 2 года до ввода его в эксплуатацию (2017- 2018г) и в течение 5 лет его функционирования (2019-2023гг), картографического исследования 5 труднодоступных населённых пунктов и СУБ района Ш. Шохин Хатлонской области: с. Н. Махмудов, с. Догистон, с. Мирзо Али, с. Чагами нав и с Даштичум (1 уровень) до районного родильного отделения ЦРБ района Ш. Шохин (2 уровень). Выбранные объекты определены приказом МЗ и СЗН РТ №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-неонатальной помощи (БНАНП) с оценкой наличия коммуникаций, количества родов, наличия оборудования и обученных кадров. Проведен анонимный опрос 120 матерей о доступности качества предоставляемых услуг и 194 медицинских

работников пилотных учреждений, вовлеченных в перинатальные направления для оценки знаний и существующих практик, проанализирована медицинская документация, регистрирующих перинатальные и обратные направления. На *пятом этапе* исследования подготовлен каталог учреждений и их подчиненность для использования в системе цифровизации перинатальных направлений по территориальному принципу. Создана компьютерная система перинатальных направлений базы данных о беременных, состоящих из 102 вопросов из национального стандарта «Приказ МЗ и СЗН РТ №1140 от 15.11. 2018 г.), разработано руководство по мониторингу и надзору над функционированием системы перинатальных направлений/перенаправлений и индикаторам мониторинга (приказ МЗ и СЗН РТ №1221 от 29.12.2021 года), подготовлены тренеры по использованию электронного регистра (приказ МЗ и СЗНРТ №688 от 21.09. 2022г.

Методы 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 $p < 0,05$.

За анализируемый период регионализации перинатальной помощи (2015-2022гг.) младенческая смертность в целом по стране снизилась в 1,3 раза (с 16,5 до 12,4 на 1000 живорожденных, в Хатлонской области - в 1,5 раза (с 19,2 до 12,9 на 1000 живорожденных соответственно), наметилась тенденция снижения показателя ПС (с 17,5 до 16,6 и с 17,5 до 16,7 на 1000 живорожденных соответственно). В тоже время 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. При этом 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.

Показатель МС, являющийся индикатором качества медицинских услуг в целом по стране снизился с 28,4 до 22,9 на 100 тыс. живорожденных, тогда как в Хатлонской области этот показатель не имеет стойкой тенденции к снижению, составляя в 2022 году 25,0 на 100.тыс. живорожденных. В структуре МС, лидирующими являются ТП и АК каждая из которых составляет 29,1%. В рамках проведенных мероприятий по снижению материнской заболеваемости и смертности в Хатлонской области охват контрацептивными средствами увеличился в 1,4 раза (с 26,0 до 36,6% соответственно), а показатель медицинского аборта снизился в 1,3 раза (с 36,0 до 26,8% соответственно) ($p < 0,05$).

Проблема нехватки медицинских работников в родовспомогательных

учреждениях, связанная с тенденцией текучести кадров и ухода опытных специалистов, вызывает озабоченность сектора здравоохранения и всё более становится проблемой государственной, и диктует необходимость срочного её решения. В связи с этим, в Хатлонской области большая нагрузка приходится на акушерок и семейных медсестер, обеспеченность которых увеличилась за анализируемый период с 1499/1622;92,4 до 2117/2199;96,2% и с 9884/11492;86,1 до 16204/16810;96,4% соответственно ($p<0,05$). Тогда как обеспеченность акушер-гинекологами в области составляла 254/324;78,3 - 371/482;77,0% соответственно. В тоже время остается низкой категоричность специалистов, хотя среди акушер - гинекологов она увеличилась с 159/324;49,1 до 252/395;55,4% соответственно, среди акушерок - снизилась с 1007/1622;62,1 до 1092/2199;49,7% соответственно ($p<0,05$), среди медсестер – с 5527/11492;48,1 до 7345/16810;43,7% соответственно($p<0,05$).

При существующей ситуации отмечается улучшение качества антенатального ухода (рисунок 1).

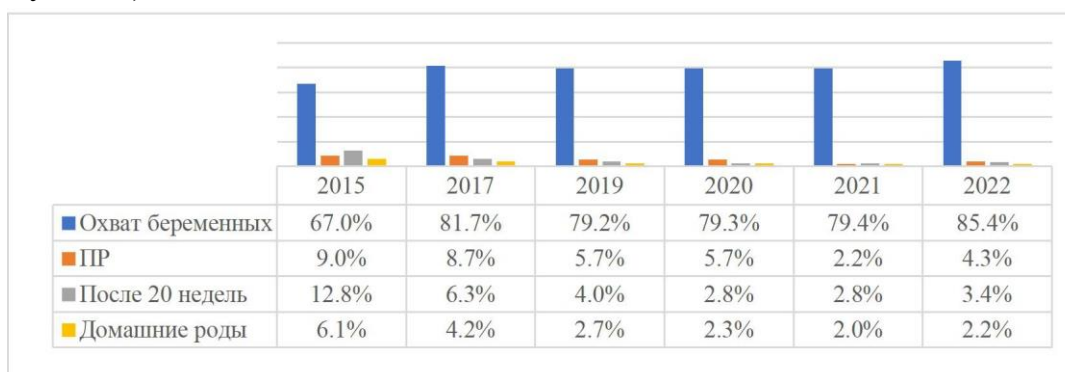


Рисунок 1. - Качество антенатального ухода в период регионализации перинатальной помощи в Хатлонской области (2015-2022гг), %

В 1,3 раза увеличился ранний охват беременных (до 12 недель) (с 70148/104699;67,0 до 84986/99516; 85,4% соответственно), в 3,7 раза уменьшилась обращаемость пациенток после 20 недель гестации (с 13401/70148; 12,8 до 3383/99516; 3,4% соответственно), в 2,7 раза - домашних родов (с 6441/104699;6,1 до 2280/1000852; 2,2% соответственно), в 2 раза - ПР (с 8817/97687; 9,0 до 4556/103985; 4,3% соответственно), а также в 1,4 раза - удельный вес женщин, страдающих анемией (с 62681/87887;71,3 до 33094/66454;49,8% соответственно) ($p<0,05$).

Нерешенной проблемой остаются АК, частота которой увеличилась с 974/48862/1,9 до 1893/57111;3,3% соответственно) ($p>0,05$). В структуре АК лидирующей является ПОНРП, удельный вес которой увеличился в 1,3 раза (с 558/57,2 до 1499/79,1% соответственно) ($p>0,05$); в тоже время в 3 раза уменьшилось количество женщин с ПП (с 233/24,0 до 151/8,0% соответственно), в 1,4 раза – с ПК (с 183/18,7 до 243/12,8% соответственно) $p>0,05$). Не имеет тенденции к снижению удельный вес ТП, составляющий 1557/62,0 - 1670/ 65,4% соответственно.

При изучении медико-социальных и организационных аспектов МС, случаи летальных исходов совпали с пандемией КОВИД 19 (2019-2020гг) и постковидным периодом (2021-2022гг) в стране.

Анализ показал, что в постковидные годы по сравнению со периодом КОВИД 19 изменилась возрастная характеристика и паритет родов погибших женщин: в 1,8

раза увеличился удельный вес женщин раннего репродуктивного возраста (19-24 года) (с 113/21;18,6 до 43/16;37,2% соответственно) и почти в 2 раза уменьшилось количество женщин позднего репродуктивного возраста (35-44 года)(с 113/36;31,9 до 43/7;16,3% соответственно)($p<0,05$). Соответственно, в 1,5 раза увеличилось количество первородящих женщин (с 113/28;24,8 до 43/16;37,2% соответственно), а многорожавших - уменьшилось в 2,5 раза (с 113/20;17,7 до 43/3;6,9% соответственно) ($p>0,05$).

Установлено, что среди летальных случаев не было практически здоровых женщин и имела место сочетание 2-3-х соматических патологий. В постковидный период в 1,3 раза возросла частота заболеваний дыхательных путей (с 113/76;67,2 до 43/38;88,3% соответственно) ($p<0,05$) и патологии почек (с 113/43;38,0 до 43/21;48,8% соответственно) ($p>0,05$), в 1,2 раза увеличилось количество женщин, страдающих анемией (с 113/77; 68,1 до 43/35; 81,3% соответственно) ($p>0,05$). В тоже время в 4 раза уменьшилось количество женщин с ожирением (с 113/21;19,4 до 43/2; 4,6 % соответственно) и в 5,4 раза – с ЙДС (с 113/72; 63,7 до 43/5;11,6% соответственно) ($p<0,05$).

По сравнению с периодом КОВИД 19 в постковидные годы повысилось качество медицинских услуг: число состоявших на учете женщин возросло с 113/89;78,5 до 43/39;90,7% соответственно; улучшились принципы маршрутизации беременных и рожениц перинатального риска на более высокий уровень родовспомогательного учреждения: уменьшилось количество женщин, доставленных родственниками (с 113/91;80,5 до 43/30;69,8% соответственно) и в 1,5 раза увеличилась доставка в стационар машиной скорой помощи (с 113/22;19,4 до 43/13;30,2% соответственно) ($p>0,05$) и почти в 10 раз - поступивших женщин с сопроводительным направлением (с 113/10;8,8 до 43/37;86,0% соответственно) ($p<0,05$). О ненадлежащем качестве медицинских услуг свидетельствуют данные о том, что посетили медработников согласно национальному стандарту (6-8 раз) не более 60% беременных (113/58;51,3 и 43/25;58,1% соответственно), более 1/3 (113/39;34,5 и 43/16;37,2% соответственно) - имели 4-5 посещений.

В постковидный период произошли изменения в структуре прямых и косвенных причин МС: удельный вес АК уменьшился в 2,3 раза (с 113/50;44,2 до 43/8;18,6% соответственно)($p<0,05$), ЭОВ - в 1,9 раза (с 113/5;4,4 до 43/1;2,3% соответственно)($p>0,05$), сепсиса – в 1,3 раза (с 113/11;9,7 до 43/3;7,0% соответственно)($p<0,05$). Не установлено случаев HELLP-синдром, который в период КОВИД 19 имел место в 113/10; 8,8% случаев. О ненадлежащем качестве антенатального ухода указывают увеличение в 1,3 раза случаев ТП (с 113/34;30,1 до 43/17;39,5% соответственно) ($p>0,05$), в 4,2 раза - ЭП (с 113/3;2,7 до 43/5;11,6% соответственно) ($p<0,05$). Среди косвенных причин в постковидном периоде в 1,4 раза увеличился удельный вес погибших женщин от ТЭЛА (с 113/45;39,8 до 43/24;55,8% соответственно), что является осложнением самой короновирусной инфекции и уменьшились случаи пневмонии (с 113/57;50,4 до 43/18;41,9% соответственно) и отека легкого, который в период КОВИД 19 имел место в 113/11;9,7% случаев ($p>0,05$),

. По сравнению с периодом КОВИД 19 в постковидный период в 2 раза

уменьшились случаи летальных исходов во время беременности (с 113/11;9,7 до 43/2;4,6% соответственно), в 1,6 раза – ПР (с 102/74;72,5 до 40/18;45% соответственно)($p<0,05$), увеличилось число женщин, родоразрешенных путем КС (с 113/57,5 до 43/25;62,5% соответственно).

В постковидный период изменились перинатальные исходы: количество живорожденных уменьшилось с 102/93;91,0 до 40/32;80% соответственно). Более половины новорожденных родились доношенными (53/51,9 и 22/55,0% соответственно), недоношенные составляли 49/48,0 и 18/45,0% соответственно); перинатальные потери увеличились в 1,4 раза (с 19/18,6 до 11/27,5% соответственно) ($p<0,05$).

Таким образом, в условиях пандемии КОВИД-19 и постковидный период высокие показатели МС обусловлены как инфекционным агентом, так и акушерскими причинами, связанными с организацией оказания медицинских услуг и низкой информированностью населения об опасных симптомах и самой коронавирусной инфекции.

При изучении медико - социальных и организационных аспектов РНС в стационаре третьего уровня установлен медико-социальный портрет матерей, младенцы которых погибли в первые 168 часов (7 суток) после родов. Почти каждая вторая женщина находилась в активном репродуктивном возрасте (228/105; 46%), более одной трети женщин - в раннем (228/87;38,1%) и 228/36/15,7% - в позднем репродуктивном периоде. По паритету родов более половины матерей (121/53,0% были повторнородящими, более 1/3 (79/34,6%) составляли первородящие и 28/12,3% являлись многорожавшими женщинами. Более 70% (172/75,4%) матерей страдали анемией различной степени, у каждой четвертой из них (58/25,4%) имели место заболевания мочевыделительной системы, более 1/3 (82/38%) ЙДС, реже встречались ожирение (37/16,2%) и заболевания желудочно-кишечного тракта (18/17,9%). У более 1/3 матерей (75/33,0%) акушерско-гинекологический анамнез был отягощен самопроизвольным выкидышем (24,0%), медицинским абортom (23,0%), ПР (16,0%), мертворождениями (9,0%), ПЭ (14,0%), вирусными инфекциями (6,0%), воспалительными заболеваниями органов малого таза (78/34,5%).

Среди проанализированных случаев выявлены факторы ненадлежащего качества антенатального ухода: более 60% (148/65,0%) беременных не состояли на учете у медицинских работников. Из состоявших на учете (80/35,0%) - каждая пятая (17/21,2%) наблюдались в МД, каждая четвертая (20/25,0%) – в ГЦРЗ, 36/45,0% - в РЦРЗ и 7/8,7% - в СЦЗ. Большинство матерей изучаемой группы имели такие осложнения во время настоящей беременности, как анемия (20/39,5%), обострение хронического пиелонефрита (45/20,0%), ОРВИ (36/16,0%), ТП (36/15,7%). Рекомендуемое количество визитов (6-8) установлено у 10/12,5% матерей, более 1/3 (29/36,2%) посетили медработников менее 5-6 раз, более половины (41/51,2%)-менее 4-х раз. Преимущественное большинство женщин поступили в стационар в сопровождении родственников (191/84%) и только 37/16% - машиной скорой помощи, при этом более 70% (173/75,8%) не имели при себе сопроводительного листка.

Большую часть госпитализированных женщин составляли жительницы Хатлонской области (197/86,4%), остальные из ближайших районов и г. г. Душанбе

(31/13,6%).

Спонтанное начало родовой деятельности установлено в 206/90,3% случаев, КС до начала родовой деятельности произведено в 22/9,6% случаев.

Среди летальных случаев большинство (185/81,1%) младенцев были недоношенными, при этом 75/40,5% детей родились в сроке 28-32 недели гестации, каждая третья (57/30,8%) – в 24-27 недель и 53/28,6% - в 33-36 недель.

Каждый четвертый ребенок (55/24,1%) родился с экстремально низкой массой тела (500,0-999,0 гр.), более 1/3 (82/36,1%) - с очень низкой массой (1000,0-1499,0 гр.) (рисунок 2).

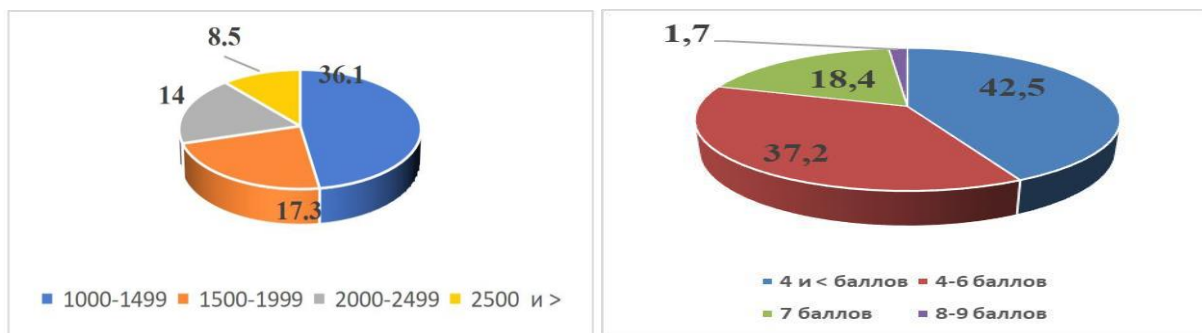


Рисунок 2. - Весовая градация новорожденных, погибших в раннем неонатальном периоде, и оценка по шкале Апгар при рождении (n = 228), %

Остальные 40/17,5% новорожденных родились массой 1500,0 -1999,0 гр., 32/14,0% младенцев имели при рождении массу 2000,0-1499,0 гр. и только 19/8,3% - 2500,0 грамм и более.

Более 40% (97/42,5%) новорожденных родились в состоянии тяжелой асфиксии (оценка по шкале Апгар 4 баллов и менее), более 1/3 (85/37,2%) – в состоянии средней степени асфиксии (6-5 баллов), 42/18,4% - легкой асфиксии (оценка по шкале Апгар 7 баллов) и только 4/1,8% детей - в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

В структуре причин РНС в 75/33% случаев имела место асфиксия плода в родах, в 54/24,0% - 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.

В совершенствовании системы региональной помощи существенная роль принадлежит ПЦ г. Куляб Хатлонской области, организованного в 2019 году на базе многопрофильной областной больницы имени А. Хакназарова (Приказ МЗ и СЗН РТ №609 от 16.08.2019г.).

Об эффективности 5-летней деятельности областного ПЦ г. Куляб (2019-2023гг) свидетельствует устойчивый рост статистических показателей по всем

параметрам. В первый год после введения в эксплуатацию ПЦ количество обращений увеличилось в 1,6 раза по сравнению с предыдущими годами, а в последующие годы их количество возросло в 1,3 раза, из которых в 1,3 раза - в родильное отделение, в 1,4 раза – в отделение патологии беременных, в 2 раза – в гинекологическое отделение (рисунок 3)

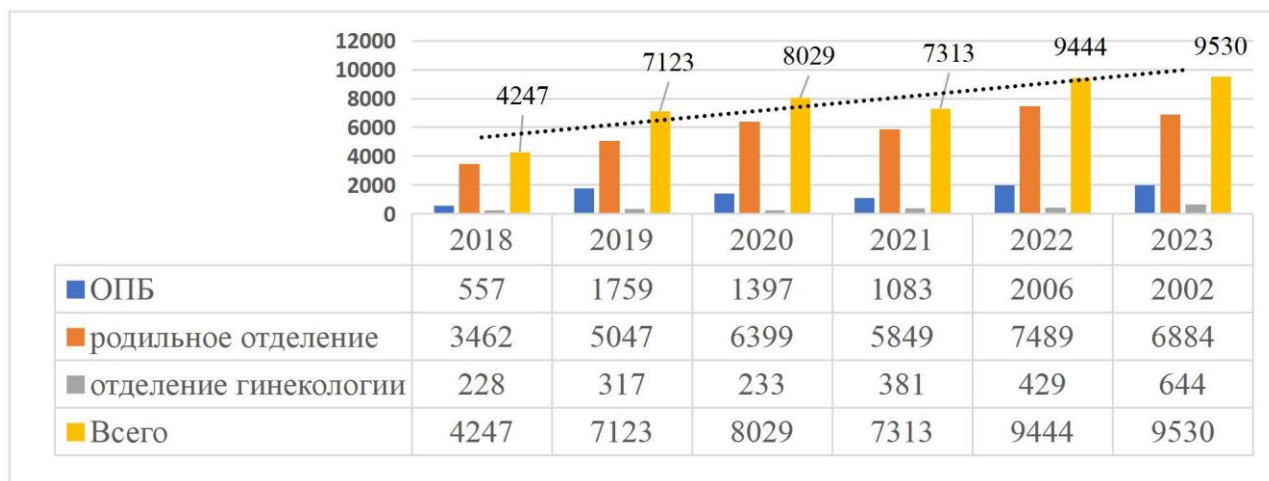


Рисунок 3 - Динамика обращаемости женщин за медицинской помощью до и за период функционирования ПЦ, абс.

За анализируемый период улучшилась система перинатальных направлений беременных и рожениц высокого риска из учреждений ПМСП: в 1,5 раза уменьшился удельный вес ПР (с 464/5047;9,2 до 420/6884;6,1% соответственно), в 1,8 раза – ДРПО (с 851/5047;16,9 до 640/6884; 9,2% соответственно) ($p < 0,05$). В тоже время в 1,5 раза увеличился удельный вес пациенток с ТП (с 116/5047;2,3 до 243/6884;3,5% соответственно), в 2 раза - с HELLP-синдрома (с 2/5047; 0,04 до 6/6884;0,08% соответственно) ($p > 0,05$), при этом в 3 раза уменьшился удельный вес ЭП (с 15/5047;0,3 до 10/6884;0,1% соответственно), в 1,7 раза - АК (с 218/5047;4,3 до 170/6884;2,4% соответственно) ($p > 0,05$). В структуре АК в 1,3 раза сократился удельный вес женщин с ПП (с 130/218;13,7 до 18/170;10,5% соответственно), наметилась тенденция к снижению частоты ПОНРП (с 165/218;75,6% до 124/170;73% соответственно), не имеют тенденции к снижению частота ПК, удельный вес которых возрос в 1,5 раза (с 23/218;10,5 до 28/170;16,4% соответственно) ($p < 0,05$).

За анализируемый период функционирования ПЦ улучшилось качество предоставляемых услуг при АК: в 6,4 раза уменьшился удельный вес женщин с массивными АК (>1000 мл) (с 19/57;33,3 до 9/170;5,2% соответственно, в 9,5 раза - частоты геморрагического шока (с 38/57;66,6 до 12/170;7,0% соответственно) ($p < 0,05$).

За период функционирования ПЦ показатель ПС снизился в 2 раза (с 295/5047; 6,2 до 208/6884;3,0% соответственно), в структуре которой антенатальная гибель плода является лидирующей и наметилась тенденция снижения этого показателя (с 147/295;49,8 до 97/208;46,6% соответственно) ($p > 0,05$); РНС имела место в основном среди недоношенных новорожденных и их удельный вес не имеет стойкой тенденции к снижению (136/295; 46,6 и 101/208;48,5% соответственно) ($p > 0,05$).

В период регионализации перинатальной помощи активизировалась деятельность стационаров 1 и 2 уровней региона в перенаправлении беременных,

роженниц и родильниц в ПЦ г. Куляб, являющийся в регионе учреждением третьего уровня. В 2 раза и более увеличилось количество направленных женщин из 4-х родильных стационаров ЦРБ Восеъ, Муминобод, Ховалинг, г.Куляб, более, чем в 1,5 раза из Дангаринского района, Темурмалик, Ш. Шохин и Кулябского района.

Для улучшения механизма территориальных перинатальных направлений между учреждениями различного уровня проведено картированное исследование в одном из труднодоступных регионов Хатлонской области - районе Ш. Шохин.

Результаты исследования позволили выявить территориальные проблемы перинатальных направлений: из 5 пилотных объектов 3 оказались удаленными (более 30км.) и с малым количеством родов: СУБ Н. Махмудов, Чагами нав и Даштичум. Самый низкий рейтинг БНАНП установлен в СУБ Догистон и СУБ Чамаги нав.

По результатам анонимного опроса/интервьюирования 120 матерей, основную группу (I) которых составили 19 женщин, проживавших на территории СУБ Мирзо Али; группами сравнения явились 75 женщин, относящихся к СУБ Н. Махмудов (II) и 26 родильниц из с. Чагами нав (III) дана оценка удовлетворенности и доступности медицинских услуг.

Установлено, что в большинстве случаев для членов семьи важно принятие решения о родах в медучреждении (рисунок 4.)

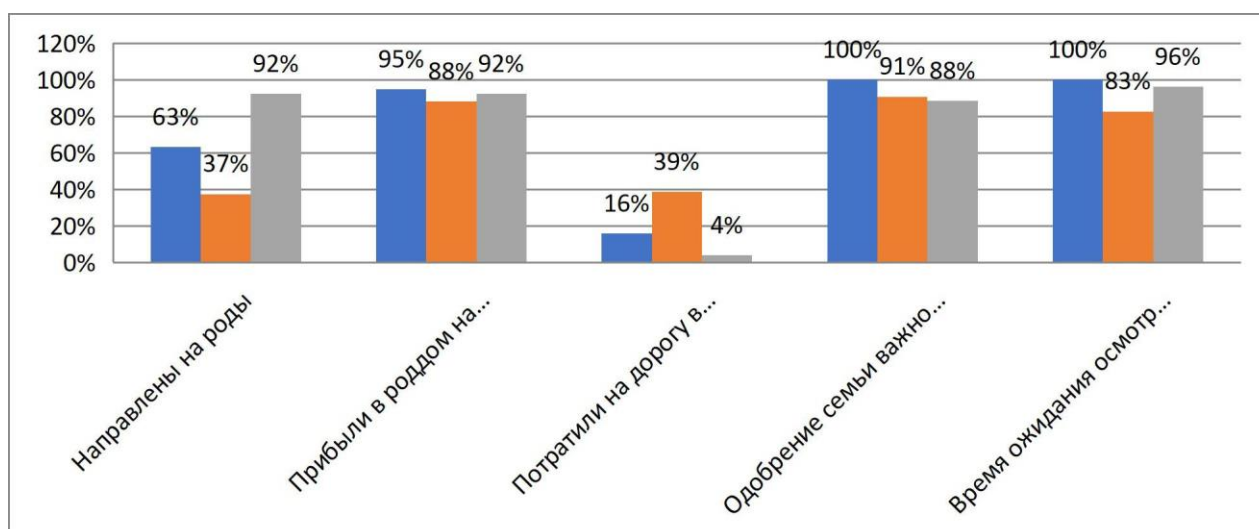


Рисунок 4- Результаты интервьюирования родильниц о качестве оказания медицинских услуг (n=120), %

Установлено, что более половины женщин были направлены на роды другим медицинским учреждением ($64/53,3 \pm 12,9\%$), причем более 90,0% - из III – ей группы, что в 1,4 раза больше по сравнению с I-ой и в 2,4 раза - по сравнению со II- ой группой ($p < 0,05$). Прибыли в роддом на такси или личном транспорте более 85% сельских жительниц, потратили на дорогу в роддом более одного часа более 1/3 матерей с.Чагами нав, что в 2,4 раза больше по сравнению с жительницами Мирзо Али ($p < 0,05$).

Более 80% респондентов отметили, что время ожидания осмотра после их прибытия в роддом не превысило 30 минут ($p > 0,05$).

От медработника получили объяснение причины направления в стационар в основном женщины с. Н. Махмудов, что почти в 2 раза больше по сравнению с

жительницами с. Мирзо Али и в 2,4 раза – по сравнению с женщинами из с. Чагами нав ($p < 0,05$) (рисунок 5).

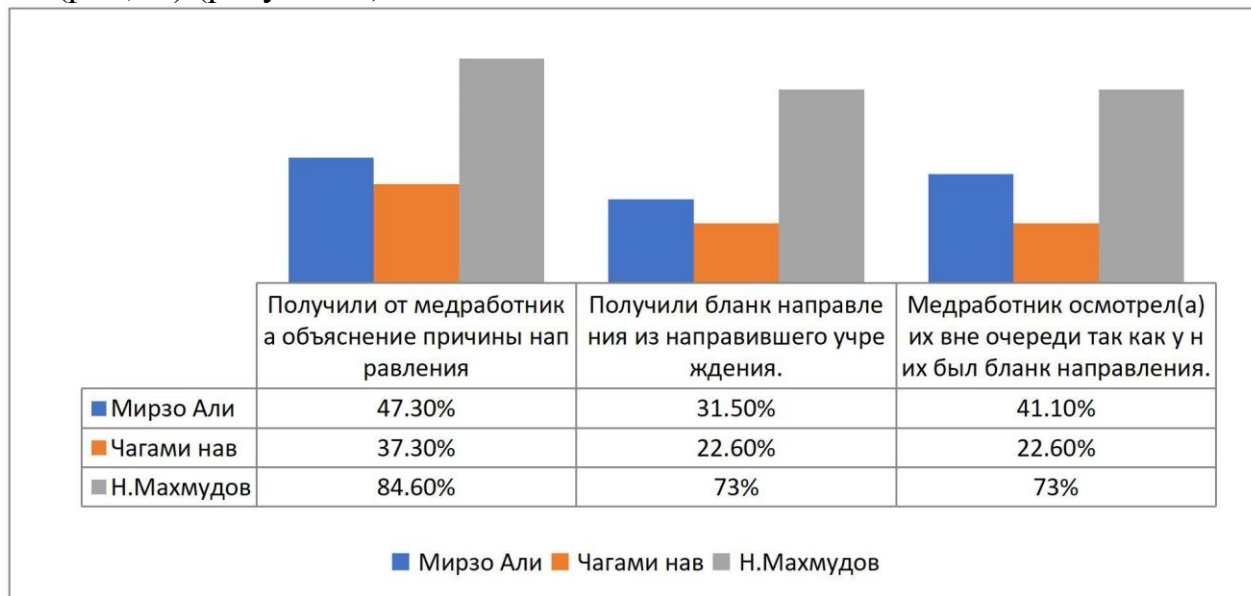


Рисунок 5. - Результаты интервьюирования рожениц о проблемах маршрутизации в родильные стационары (n=59), %

Получили бланк направления из учреждения более 70% матерей из III-ей группы, что в 2,3 раза больше по сравнению с I-ой и в 3,2 раза – по сравнению со II-ой группами ($p < 0,05$). В стационаре были осмотрены медработником вне очереди более 70%, имеющие сопроводительное направление, что в 1,7 раза больше по сравнению с I-ой и в 3,2 раза больше по сравнению со II-ой группами ($p < 0,05$).

По результатам анонимного анкетирования 120 медработников, вовлеченных в перинатальные направления (147/75,7% - специалисты ПМСП, 33/17 - СУБ и 14/7,2% - родильных стационаров) дана оценка существующих практик обслуживания беременных/рожиц и выявлены барьеры для эффективной работы системы маршрутизации. Ответы респондентов свидетельствовали о недостаточном знании медицинской документации, в которой регистрируются данные о направлении/перенаправлении беременных и рожениц в родильные стационары. Более половины респондентов (53,0%) ответили, что консультирование беременных по вопросам транспортировки входит в рутинную практику, используют телефонограмму при экстренных направлениях и выдают роженицам бланк обратного направления в первичное звено для послеродового наблюдения.

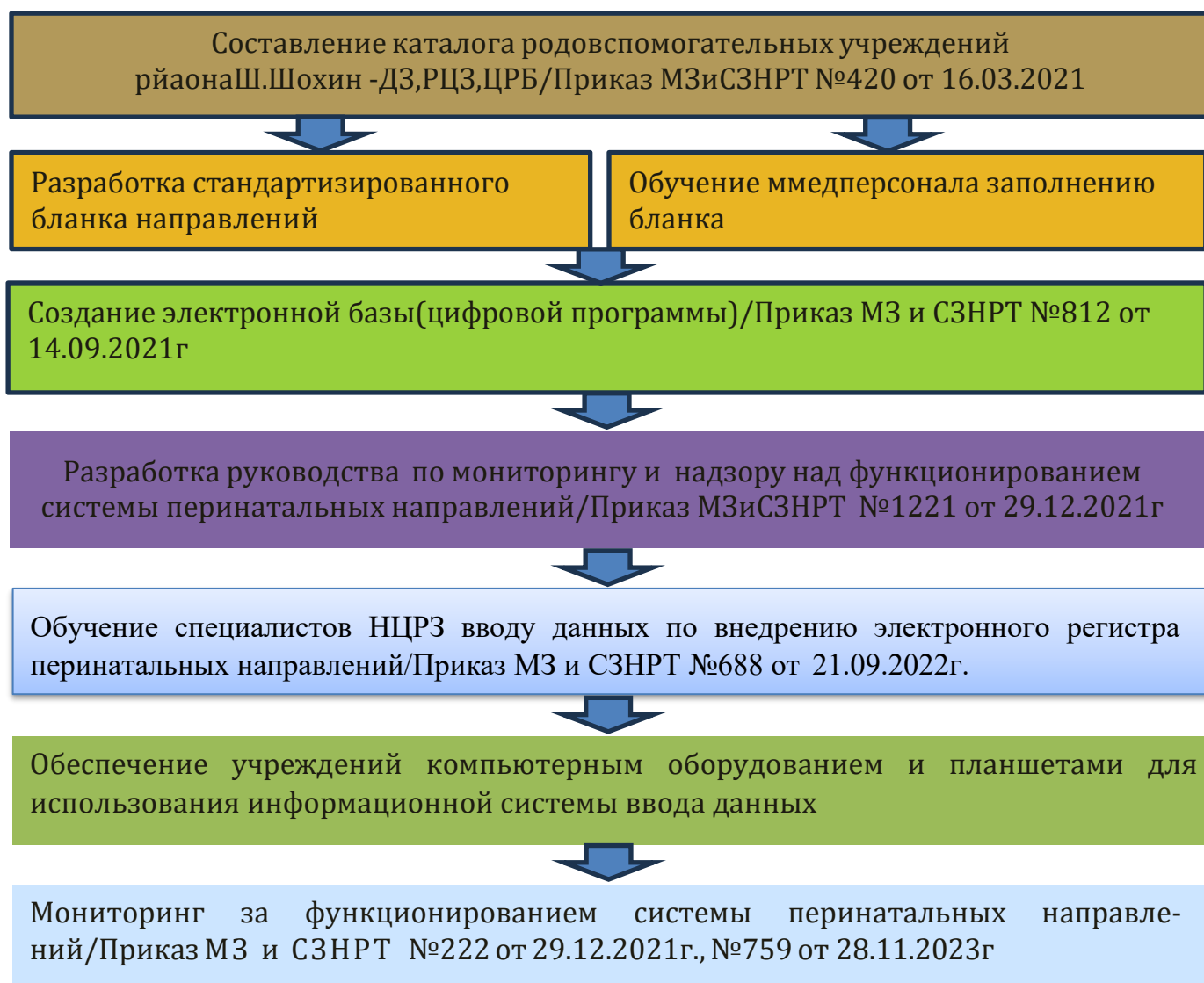
В изучаемых родовспомогательных учреждениях имелся журнал, в котором регистрируются все данные о поступивших беременных и роженицах, включая направления/перенаправления, однако, не указывалась основная причина выдачи направления, экстренность, дата и время не указано. В тоже время отсутствовали сведения 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.

Таким образом, отсутствие единой базы данных беременных/рожениц по направлениям и обратным направлениям усложняет проведение анализа принципов маршрутизации женщин групп высокого риска в труднодоступных регионах страны и препятствует полноценному мониторингу качества медицинских услуг и планированию организационных мероприятий для снижения неонатальной и материнской смертности.

В связи с этим, нами предложена инновационная цифровая модель перинатальных направлений, позволяющая 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. (Схема).

Схема-Этапы внедрения инновационной модели перинатальных направлений



Об эффективности внедрения электронного регистра свидетельствуют данные мониторинга, указывающие, что за один год использования данного инструмента

охват беременных в электронном журнале со времени ввода данных увеличился в 2,6 раза (с 185/18,4 до 1096/48%), зарегистрированных в журнал беременных - в 8,4 раза (с 122/66,0 до 1029 (93,8%)), плановых направлений - в 1,3 раза (с 80/65,5 до 878/85,3%) ($p < 0,05$), экстренных направлений в стационары третьего уровня - 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.

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 Руководителям службы родовспоможения Хатлонской области:

1. Регулярно проводить мониторинг выполнения нормативного документа «О порядке оказания медицинской помощи в период беременности, родов и после родов в организации здравоохранения» (Постановление Правительства РТ № 545. от 20.12. 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 коучными и кадровыми ресурсами, рекомендуемыми МЗ и СЗН РТ.
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 НИИ АГ и П», 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 последиplomного 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.

Публикации по теме диссертации Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Юнусова, Д.З. Тахлили сифати расонидани ёрии тибби ба занони хомила, 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 последиplomного 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 последиplomного 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 последиplomного 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 // Вестник Академии медицинских наук. - 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 «Отговские чтения» - г. Санкт-Петербург. – 2021- 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. Куляб 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 ежегодичной 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. Мухамадиева, 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 тромбозные 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. Шакарлова//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 ежегодичной XXIX научно - практической конференции с международным участием ГОУ ИПО в СЗ РТ «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 04.02. 2023г) – г. Душанбе. -2023г.

Перечень сокращений и условных обозначений

АК	- акушерские кровотечения
БНАНП	- базовая неотложная акушерско-неантологическая помощь
ВОЗ	- Всемирная Организация Здравоохранения
ИПОСЗРТ	- Институт последипломного образования в сфере Здравоохранения Республики Таджикистан
ТНИИ АГиП	- Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии
ГЦЗ	- городской центр здоровья
ДЗ	- дом здоровья
ДРПО	- дородовый разрыв плодных оболочек
ЙДС	- йододефицитные состояния
КС	- кесарево сечение
МЗ и СЗНРТ	- Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
МС	- материнская смертность
НАП	- неотложная акушерская помощь
НЦРЗ	- Национальный центр репродуктивного здоровья
ОПБ	- отделение патологии беременных
ПС	- перинатальная смертность
ПЦ	- Перинатальный центр
ПК	- послеродовое кровотечение
ПМСП	- первичная медико-санитарная помощь
ПОНРП	- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ПП	- предлежание плаценты
ПР	- преждевременные роды
РНС	- ранняя неонатальная смертность
СУБ	- сельская участковая больница
СЦЗ	-сельский центр здоровья
ТП	- тяжелая преэклампсия
ТЭЛА	- тромбоэмболия легочной артерии
ЦРБ	- центральная районная больница
ЭГЗ	- экстрагенитальные заболевания
ЭОВ	- эмболия околоплодными водами
ЭП	- эклампсия

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

ВБД: 614.2: 618.33+616-053.31-082 (571.63)

Бо ҳуқуқи дастнавис

ЮНУСОВА ДИЛРАБО ЗОКИРҶОНОВА

**ОПТИМИЗАТСИЯИ СИСТЕМАИ ФИРИСТОДАН/БОЗФИРИСТӢ
ДАР ДАВРАИ МИНТАҚАВӢ ҚАРДАНИ КУМАКИ ПЕРИНАТАЛӢ
ДАР ВИЛОЯТИ ХАТЛОН**

Автореферати диссертатсия
барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илмҳои тиббӣ аз рӯи ихтисоси
14.02.03 –Сихатии ҷомеа ва тандурустӣ

Душанбе – 2024

Диссертатсия дар кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» таҳия гардидааст.

Роҳбари илмӣ:

Муҳамадиева Саодатхон Мансуровна – доктори илмҳои тиббӣ, профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муқарризони расмӣ:

Ғоибов Амонулло Ғоибович - доктори илмҳои тиббӣ, проректор оид ба илм ва инноватсияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи тақмили ихтисоси кормандони низоми ҳифзи иҷтимоии аҳоли»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Давлатзода Гулҷаҳон Қобил – номзади илмҳои тиббӣ, дотсент, директори Муассисаи давлатии «Пажуҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон»

Муассисаи пешбар:

Муассисаи давлатии «Пажуҳишгоҳи тиббии профилактикии Тоҷикистон» (ш.Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон)

Ҳимояи диссертатсия санаи «_____» _____соли 2024, соати _____дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D КОА-053 назди МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Суроға: 734026, ш.Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj, тел. +992 917529380.

Бо диссертатсия дар китобхона ва сомонаи расмии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст (734026, ш.Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj).

Автореферат санаи «_____» _____соли 2024 ирсол шудааст.

**Котиби илмии
шурои диссертатсионӣ,
н.и.т., дотсент**

Ҷонибекова Р.Н.

Муқаддима

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Дар шароити нави иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва демографӣ рушди соҳаи тандурустӣ бо афзоиши талабот ба сифат ва беҳатарии хизматрасонии тиббӣ, ҷустуҷӯ ва татбиқи фаъолонаи механизмҳои муносири баланд бардоштани самаранокии соҳа, аз ҷумла дар муассисаҳои кумаки таваллудӣ, ки вазифаи асосии онҳо коҳиш додани фавти модарон ва кӯдакон мебошад, тавсиф меёбад [Э.К. Айламазян, 2016; А.В. Ворыханов, 2016; Т.Г. Богданова, 2017; И.А. Шмелев, 2017; В. Verhane, 2019; А.Caroline, 2019]. Тавсияҳо барои ноил гаштан ба ин мақсадҳо дар Ҳадафҳои рушди устувор (2015г.), санадҳои Созмони Ҷаҳонии Тандурустӣ (2016, 2019), «Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030» (қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №414 аз 30 сентябри соли 2021) дарҷ гаштаанд.

Солҳои охир бештари тадқиқотҳо ба минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ бахшида шудааст, ки он тақсимои самаранокии минтақавии баъзе намудҳои хизматрасонӣ, таҷҳизот ва муассисаҳоро дар сатҳҳои яқум, дуюм ва сеюм пешбинӣ менамояд ва дастрасии ҳамаҷонибаи ёрии тиббии босифатро барои аҳоли кафолат медиҳад [М.Д. Мустафина, 2017; Д.О. Иванов, 2020; О. П. Ковтун, 2023; J. Grytten, 2014; A. Simioni, 2017; Т. А. Rahman, 2021]. Тадқиқотҳо, ки дар асоси интихоби тасодуфӣ гузаронида шудаанд, самаранокии клиникӣ ва иқтисодии минтақавӣ кардани кумаки перинаталиро дар коҳиш додани бемориҳои перинаталӣ ва фавти модарон аз ҷиҳати илмӣ асоснок мекунанд. Бо вучуди ин, татбиқи системаи сесатҳии кумаки перинаталӣ дар ҳар як кишвар хусусиятҳои худро дорад, ки дар зерин таъсири ҷойгиршавии ҷуғрофӣ, анъанаҳои этникӣ ва фарҳангии маҳаллӣ ташаккул меёбанд [Т.Г. Богданова, 2017; М. П. Шувалова, 2017; Р.Б. Курбанисмаилов, 2019].

Дар таҷрибаи байналмилалӣ минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ, нақши марказҳои минтақавии перинаталӣ (МП) ҳамчун муассисаҳои мустақили сатҳи сеюм, ки кумаки тахассусии дастрасро таъмин мекунанд, меафзояд [М.П. Шувалова, 2015; Ш.Д. Харбедея, 2017; Т. А. Rahman, 2021]. Дар марҳилаи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ, дар минтақаҳо, ки зичии аҳоли кам аст, шаклҳои нави ташкили ёрии тиббӣ – феҳристи электронии занони ҳомила ҷорӣ карда мешавад, ки имкон медиҳад бақайдгирии ҳомилагӣ, муайян кардани занони дорои хавфи баланд ва агар зарур бошад, сари вақт ба зинаи болоии хизматрасонӣ фиристодан/дар беморхона бистарӣ карданро назорат намояд [О.В. Ремнёва, 2018; Е.Г. Ершова, 2019; Т.А. Rahman, 2021].

Қадамҳои аввалин оид ба минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ дар Тоҷикистон аз соли 2008 (фармони Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон №541 аз 26 сентябри соли 2008) оғоз гардида, раванди воқеӣ хеле дертар оғоз гардид, зеро дар марҳилаи омодагӣ як қатор тадбирҳо барои баланд бардоштани сифати хизматрасонии тиббӣ, ки нишондиҳандаҳои асосии он фавти модарӣ ва перинаталӣ мебошанд, андешида шуданд.

Новобаста аз он, ки нишондиҳанади ФМ дар умум, дар ҷумҳурӣ аз 28,4 ба 100 000 зиндатаваллуд дар соли 2015 то ба 22,9 нисбат ба 100 000 зиндатаваллуд дар соли 2022 ва ФП мутаносибан аз 17,5 то ба 16,6 нисбати 100 000 зиндатаваллуд коҳиш ёфт, ин нишондиҳандаҳо дар сатҳи минтақаҳо ба мисли пешина, тавофути калон доранд [Маҷмуаи омории ҳамасолаи Маркази ҷумҳуриявии омор ва иттилооти тиббии ВТ ва ҲИА ҚТ, солҳои 2015- 2022].

Гузaronидани ин тадқиқот бо мавҷуд набудани таҳқиқоти илмӣ оид ба

натиҷабахшии минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ дар ҷумҳурӣ ва аҳамияти илмию амалии Маркази вилоятии перинаталӣ вобаста аст. Ҳамзамон, то ҳол мушкилотҳои тиббию ташкилии талафотҳои репродуктивӣ ва фиристодан/бозфиристи перинаталӣ дар минтақаҳои дастрасиаш душвор пурра ҳалли худро наёфтааст.

Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Кори диссертатсионӣ ба тавсияҳои СҚТ, нашрияҳои муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ оид ба принципҳои муосири такмил додани системаи кумаки таваллудӣ, ки ба расонидани ёрии дастраси тахассусӣ дар тамоми давраҳои ҳомилагӣ ва таваллуд барои таъмин намудани натиҷаҳои қаноатбахш барои модар ва ҳомила нигаронида шудааст, асос ёфтааст. Ҳалли ин мушкилот минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ мебошад, аз ҷумла аз рӯи минтақа тақсим намудани марказҳои перинаталӣ имкон медиҳад, ки ба модарон ва кӯдакони навзод кумаки тиббии тахассусӣ дар сатҳи баланд расонида шавад ва марказҳои перинаталӣ самаранокии худро дар системаи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ дар бисёр мамлакатҳои тараққиқарда ва тараққиёбанда исбот кардаанд.

Дар Тоҷикистон минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ бо санадҳои меъёрӣ - ҳуқуқӣ ба танзим дароварда шудааст (фармони ВТ ҚТ №443 аз 07.09.2012с; қарори ХҚТ №545 аз 30.12.2021с.), аммо новобаста аз ин, як қатор мушкилотҳои ҷойдоранд, ки таҳияи пешниҳодҳои илман асоснокро оид ба оптимизатсияи фирист одан/бозфиристи перинаталӣ дар системаи сесатҳии кумаки таваллудкунӣ, бо таваҷҷуҳ ба минтақаҳои дастрасиаш душвор талаб менамояд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Кори диссертатсионӣ дар чорҷӯбаи татбиқи «Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то соли 2030», ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №414 аз 30 сентябри соли 2021 тасдиқ шудааст, иҷро гардида, яке аз бахшҳои он таҳия ва давра ба давра ҷорӣ намудани технологияҳои иттилоотии рақамӣ барои муассисаҳои КАТС мебошад ва қисмате аз мавзӯи кори илмӣ – таҳқиқотии кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ «ДТБКСТ ҚТ» «Ҷанбаҳои муосири саломатии репродуктивии занони синну соли қобили таваллуд» мебошад. № бақайдгирии давлатӣ: 0121ТJ1128. Муҳлати иҷро: солҳои 2020-2025.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши вазъи хизматрасонии муассисаҳои кумаки таваллудӣ дар вилояти Хатлон, дар давраи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ ва таҳияи пешниҳодҳо оид ба оптимизатсияи фиристодан/бозфиристи перинаталӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Таҳлил намудани вазъи нишондиҳандаҳои тиббӣ – демографӣ ва ташкили хизматрасонии муассисаҳои кумаки таваллудкунӣ дар вилояти Хатлон, дар давраи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ (солҳои 2015 - 2022).
2. Омӯхтани ҷанбаҳои тиббӣ – иҷтимоӣ ва ташкилии ҷавҳари модарӣ ва ҷавҳари барвақтии навзодон ва муайян намудани захираҳо барои коҳиш додани онҳо.
3. Арзёбӣ намудани фаъолияти Маркази вилоятии перинаталии шаҳри Кӯлоб дар таъмин намудани кумаки тиббии сифатноки дастрас дар давраи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ.
4. Омӯхтани механизми мавҷудаи фиристода/бозфиристи перинаталӣ ва сифати хизматрасониҳои тиббӣ дар минтақаҳои дастрасиаш душвори вилояти Хатлон.
5. Таҳия намудани пешниҳодҳо барои оптимизатсияи системаи минтақавӣ кардани

кумаки перинаталӣ тавассути ворид намудани модели инноватсионии фиристодан/бозфиристии перинаталӣ дар минтақаҳои дастрасиаш душвори вилояти Хатлон.

Объекти таҳқиқот. Хадамоти кумаки таваллудкунии вилояти Хатлон, Маркази перинаталии ш.Кӯлоби вилояти Хатлон (сатҳи 3), МД «ПИТ АГ ва П» (сатҳи 3), Беморхонаи марказии ноҳиявии (БМН), ноҳияи Ш. Шоҳин (сатҳи 2), 5 беморхонаҳои минтақавии деҳотии (БМД) ноҳияи Ш. Шоҳин. Занони қобили таваллуд, ки то ва дар давраи таъсис додани МП ш.Кӯлоб (солҳои 2017 – 2023) хизматрасонии тиббӣ гирифтаанд, ҳодисаҳои ФМ дар давраи КОВИД-19 ва давраи пас аз ковид (156) ва фавти барвақтии неонаталӣ дар муассисаи сатҳи сеюм (228), протоколҳои баррасии ФМ, тақризи коршиносон, қарорҳои мушовара. Пурсиши анонимии модарон (120) ва кормандони тиби (194) ноҳияи Ш. Шоҳин, ки ба раванасозӣҳои перинаталӣ ҷалб шудаанд.

Мавзуи таҳқиқот. Санадҳои меъёрӣ - ҳуқуқии ВТ ва ҲИА ҚТ, ҳисоботҳои муассисаҳои таваллудии вилояти Хатлон, омӯзиши ретроспективии ҳуҷҷатҳои аввалияи тиббии фавти модарон ва фавти барвақтии навзодон, таҳлили сифатӣ ва миқдории фаъолияти МП ш. Кӯлоб, омӯзиши картографӣ ва таҳлили механизми мавҷудаи фиристодан/бозфиристии перинаталӣ дар минтақаи дастрасиаш душвори вилояти Хатлон – ноҳияи Ш. Шоҳин.

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Аввалин маротиба дар Тоҷикистон системаи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ ба таври маҷмӯӣ таҳлил карда шуд. Дар мисоли вилояти Хатлон нишондиҳандаҳои тиббӣ – демографӣ омӯхта шуданд, ки сифати кумаки тиббиро дар Хадамоти кумаки таваллудкунӣ нишон медиҳанд ва захираҳои мукамалсозии он дар системаи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ муайян карда шуд. Ҷанбаҳои тиббӣ – иҷтимоӣ ва ташкилии ФМ дар давраи КОВИД – 19 ва давраи пас аз ковид пешниҳод гардида, имкониятҳои аз даст рафтаи нигоҳубини тотаваллудӣ муайян карда шуд. Мушкилотҳои тиббӣ – иҷтимоӣ ва ташкилии ФБН дар муассисаи сатҳи сеюм омӯхта шуд ва захираҳои коҳиш додани талафотҳои перинаталӣ дар системаи сесатҳии фиристодан/бозфиристии перинаталӣ муайян карда шуд. Ба фаъолияти МП ш.Кӯлоб, ҳамчун муассисаи сатҳи сеюми самаранок фаъолияткунандаи вилояти Хатлон баҳои илман асоснок дода шуд, ки имкон медиҳад дастрасӣ барои пешниҳоди кумаки тиббии сифатноки баландсифат ба занони ҳомила, занони таваллудкунанда, занон пас аз таваллуд ва навзодон беҳтар карда шавад. Мушкилоти минтақавӣ ва ташкилӣ дар минтақаҳои дастрасиашон душвори вилояти Хатлон муайян карда шуданд, ки ба сифати кумаки тиббӣ ва механизми фиристодан/бозфиристии перинаталӣ таъсир мерасонанд. Самаранокии истифодаи феҳристи электронии занони ҳомила ҳамчун механизми инноватсионии фиристодан/бозфиристии перинаталӣ дар баланд бардоштани сифати хизматрасониҳои тиббӣ ва тақмили низоми минтақавии кумаки перинаталӣ собит шудааст, ки бешубҳа ба сатҳи фавти модарон ва фавти перинаталӣ таъсири мусбӣ мерасонад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ амалии таҳқиқот. Хулосаҳои назариявӣ имкон медиҳанд, ки муносибати системавӣ барои тақмили системаи сесатҳии фиристодан/бозфиристии перинаталӣ бо мақсади баланд бардоштани сифати хизматрасонии тиббӣ, коҳиш додани нишондиҳандаҳои фавти модарӣ ва фавти перинаталӣ дар ҷумҳурӣ амалӣ карда шавад. Муқарраротҳои асосии кори диссертатсионӣ дар раванди таълимии кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ

«ДТБКСТҚТ» истифода бурда мешаванд.

Истифодаи феҳристи электронӣ дар минтақаҳои дастрасиашон душвори кишвар имкон медиҳад, ки ҷамъовари маълумот дар бораи заноси ҳомила барои барвақт ба қайди диспансерӣ гирифтани онҳо, пешгирӣ намудани нодурустии маълумотҳои омӯри беҳтар карда шавад ва ба ин васила дастрасии хизматрасонии босифати тиббӣ таъмин карда шавад, механизми фиристодан/бозфиристии перинаталӣ дар системаи сесатҳии кумаки таваллудкунӣ такмил дода шавад ва идоракунии ин раванд дар системаи мониторинги перинаталӣ бо мақсади баҳодиҳии ғаврии хатари перинаталӣ барои ба роҳ мондани маршрутизатсияи (фиристодан/бозфиристии) минбаъдаи заноси ҳомила баланд бардошта шавад.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ ба баъзе нишондиҳандаҳои тиббӣ - демографӣ ва хизматрасонии муассисаҳои кумаки таваллудкунӣ дар маҷмӯъ, дар ҷумҳурӣ ва вилояти Хатлон таъсири мусбӣ расонида, захираҳои баланд бардоштани сифати хизматрасонии тиббӣ ва кам кардани талафоти репродуктивиро муайян намуд.
2. Мушкилотҳои тиббӣ - иҷтимоӣ ва ташкилии ғавти модарон аз инҳо иборат аст: сатҳи пасти огоҳии засон дар бораи вазъи саломатии худ, таъсири бемории COVID-19 ва оризаҳои пас аз ковид ба раванди ҳомилагӣ, сифати нокифояи нигоҳубини тотаваллудӣ, риоя накардани принципҳои фиристодан/бозфиристӣ дар системаи сесатҳии кумаки таваллудкунӣ.
3. Омилҳои тиббӣ - иҷтимоӣ ва ташкилии ғавти барвақтии навзодон дар муассисаи сатҳи сеюм аз инҳо иборат мебошад: вазъи пасти иҷтимоӣ ва сатҳи баланди бемории соматикӣ модарон, нигоҳубини нокифояи тотаваллудӣ, таваллуди бармаҳал, мушкилоти интиқоли беморони хатари баланддошта ба муассисаҳои сатҳи сеюм.
4. Маркази вилоятӣ перинаталӣ шаҳри Кӯлоби вилояти Хатлон як муассисаи мустақили сатҳи сеюми босамар фаъолияткунанда дар низоми минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ буда, имкон медиҳад дастрасии кумаки баландихтисоси акушерӣ ва неонаталӣ ба аҳолии вилоят таъмин карда шавад.
5. Истифодаи феҳристи электронӣ ҳамчун модели инноватсионии фиристодан/бозфиристии перинаталӣ имкон медиҳад, ки сифати ёрии акушерӣ ба заноси ҳомила ва таваллудкунанда дар минтақаҳои дастрасиашон душвори вилояти Хатлон беҳтар карда шуда, низоми фиристодан/бозфиристӣ дар сатҳи муассисаҳои кумаки таваллудкунӣ назорат карда шавад.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии кори диссертатсионӣ бо истифодаи дурусти усулҳои муосири ҷамъоварӣ ва коркарди омории маълумоти аввалия, интихоби дурусти воҳидҳои назорат, ҳаҷми кофии шумораи интихобшуда, интишорот дар маҷаллаҳои тақризшаванда таъмин карда мешавад. Тамоми муқаррароти илмӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ бо принципҳои тибби исботшуда, таҳлили илмии заминаи меъёрии ҳуқуқӣ ва моддӣ – техникаи хизматрасонии муассисаҳои таваллудӣ дар минтақа ва маълумотҳои омори давлатӣ асос ёфтаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.

Кори диссертатсионӣ ба талаботҳои Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.02.03 – Саломатии ҷамъиятӣ ва нигоҳдории тандурустӣ мувофиқат мекунад. I. Соҳаи илм: Илмҳои тиб. II. Формулаи ихтисос: саломатии ҷамъиятӣ ва тандурустӣ. III. Соҳаи таҳқиқот: 3.4. Вазъи солимии

аҳоли ва тамоюли тағйирёбии он, таҳқиқи равандҳои демографӣ, беморшавӣ, инкишофи ҷисмонӣ, таъсири омилҳои иҷтимоӣ, демографӣ ва омилҳои муҳити атроф ба солимии аҳоли, гурӯҳҳои алоҳидаи он. 3.5. Ташкили хизматрасони тиббӣ ба аҳоли, таҳияи моделҳои нави ташкилӣ ва технологияи пешгирӣ, хизматрасони тиббӣ ва солимгардони аҳоли; арзёбии сифати хизматрасони беморхонавӣ ва айрибеморхонавӣ. Асосноккунии роҳҳои рушд ва ислоҳоти системаи тандурустӣ, ташкили хизматрасони махсусгардонидашуда.

Саҳми шахсии доктарабони дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Доктарабон бевосита дар марҳилаи муайян кардани мақсадҳо ва вазифаҳо, таҳияи методологияи таҳқиқот, ҷамъовари маълумоти аввалия, гузаронидани таҳқиқот, тартиб додани анкета ва саволнома оид ба ташкили феҳристи электронии занони ҳомила, таҳлил ва ҷамъбасти натиҷаҳои бадастомада барои навиштани мақолаҳо, воситаҳои таълимӣ - дастурӣ ва тайёр кардани дастанвиси диссертатсия иштирок кардааст. Ҳиссаи иштирок дар ҷамъоварӣ ва коркарди мавод 90 фоизро ташкил менамояд.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Нуктаҳои асосии диссертатсия дар конференсияи солонаи XXVII-и илмӣ – амалии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» дар мавзуи «Дастовардҳои муосири илми тиб ва маориф дар соҳаи истиқлолият» (ш. Душанбе, 9.10.2021с.), конференсияи ҷумҳуриявии илмию амалии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон» дар мавзуи «Тибби муосир ва маорифи муосир», ки ба 30-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 5-солагии фаъолияти МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон» (Данғара, 12.2021с.), конференсияи байналмилалӣ илмӣ – амалии «Ҳифзи саломатии модар ва кӯдак» бахшида ба 50-солагии кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2 ва ёдбуди профессор М.М. Ҳамидова (ш. Самарқанд Қўз, 27.05.2022с.), конференсияи байналмилалӣ илмӣ – амалии «Потенсиали репродуктивии Ўзбекистон: динамика, проблемаҳо ва ҳамгироии амалҳо» (ш. Хива Қўз, 23.09.2022 с.), конференсияи солонаи XXVIII-и илмӣ – амалии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» «Тамоюлҳои муосири илм ва амал дар соҳаи тандурустӣ» (ш. Душанбе, 7.10. 2022с.), анҷумани VII табибони акушер- гинекологҳои Тоҷикистон (ш. Душанбе, 22.11.2022с.), конференсияи солонаи илмӣ – амалии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» бо иштироки байналмилалӣ «Ҳамгироии технологияҳои нав ба илми тиб ва маориф – асоси омодагии кадрҳои муосири соҳаи тандурустӣ» (ш. Душанбе 27.10.2023с.) ва дар ҷаласаи байникафедравии комиссияи проблемавии экспертӣ оид ба фанҳои терапевтии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (протокол № 3/3 аз 14.06. 2024с) баррасӣ ва пешниҳод шудааст.

Интишорот аз рӯи мавзуи диссертатсия. Аз рӯи мавзуи диссертатсия 22 мақола ба таърифи расидааст, ки аз онҳо 7 мақола дар маҷаллаҳои тақризии Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва КОА Федератсияи Россия, 2 мақола дар маҷаллаҳои байналмилалӣ, 1 дастури таълимӣ – методӣ ва 1 пешниҳоди ратсионализаторӣ таҳия карда шудаанд.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Кори диссертатсионӣ дар 150 саҳифаи матни компютерӣ бо забони русӣ таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, бобҳои мавод ва усулҳои таҳқиқот, 3 боби таҳқиқоти ҳуди муаллиф, шарҳи натиҷаҳои таҳқиқот, хулосаҳо, тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот иборат мебошад.

Фехристи адабиёт аз 191 сарчашма, аз ҷумла 135 муаллифи ватанӣ ва 46 муаллифи хориҷӣ иборат аст. Дар рисола 19 расм ва 18 ҷадвал оварда шудааст.

Қисмҳои асосии таҳқиқот

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар солҳои 2020-2024 дар кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурусти Чумхурии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст ва аз 5 марҳила иборат аст. Дар *марҳилаи якуми* таҳқиқот баррасии нашрияҳои илмӣ оид ба мавзӯи рисола ва таҳлили ҳуҷҷатҳои меъёрӣ - ҳуқуқӣ, ки хизматрасониҳои тиббиро ба занони ҳомила, занони таваллудкунанда ва баъди таваллуд танзим мекунанд, гузаронида шуд. Дар *марҳилаи дуюм* нишондиҳандаҳои тиббӣю демографии вилояти Хатлон, ки хизматрасонии муассисаҳои кумаки таваллудкуниро дар солҳои 2015-2022 тавсиф мекунанд, дар асоси манбаҳои расмии Маркази ҷумхуриявии омор ва иттилооти тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Чумхурии Тоҷикистон ва шакли оморӣ №32 «Маълумот дар бораи ёрии тиббӣ ба занони ҳомила, занони таваллудкунанда ва навзодон» таҳлил карда шудаанд. Дар *марҳилаи сеюм* – аз рӯи анкетаҳои махсус тайёркардашуда таҳқиқоти ретроспективи клиникӣ – оморӣ ҳуҷҷатҳои тиббии аввалия (шакли 029 – картаи инфиродии зани ҳомила, шакли 087- картаи мубодилавӣ, шакли №096 – таърихи таваллуд ва картаи навзодон), 384 ҳодисаи талафоти репродуктивӣ, ки аз онҳо 113 ҳодисаи ғавти модарӣ дар давоми солҳои 2019 – 2020 (давраи пандемияи КОВИД-19), 43 ҳодисаи ФМ дар солҳои 2021-2022 (давраи пас аз ковид) ва ҳамчунин, 228 ҳодисаи ФБН дар солҳои 2020-2022 дар муассисаи сатҳи сеюм – ПАГ ва П гузаронида шуд. *Марҳилаи чорум* аз омӯзиши фаъолияти клиникӣ – оморӣ, аз рӯи ҳисоботҳои МП ш.Кӯлоби вилояти Хатлон дар даври 2 соли то ба фаъолият оғоз намудани Маркази перинаталӣ ва (солҳои 2017 – 2018) ва 5 соли фаъолияти он (солҳои 2019 – 2023), таҳқиқоти картографии 5 нуқтаи аҳолинишини дастрасиаш душвор ва БМД ноҳияи Ш.Шоҳини вилояти Хатлон: деҳаҳои Н.Маҳмудов, Доғистон, Мирзо Алӣ, Чагами нав ва Даштиҷум (сатҳи 1) то шуъбаи таваллудии БМН Ш. Шоҳин (сатҳи 2) иборат буд. Объектҳои интиҳобшуда бо фармоиши ВТ ва ҶИА ҚТ №240 аз 16 март соли 2021 муайян карда шуда буданд. Ба меъёрҳои маҳалли дастрасиашон душвор омилҳои зерин дохил мешаванд: аз маркази ноҳияҳо ва нуқтаҳои доимии аҳолинишин дур ҷойгир мебошанд, хати нақлиёти доимӣ надоранд, шароитҳои иқлимӣ, ки садди роҳҳои нақлиётӣ мешаванд. Тавассути пурсиши телефонӣ сатҳи дониши кормандони тиббии муассисаҳои сатҳи I оид ба 7 функсияҳои сигналии стандарт барои таъмини кумаки заминавии ғаврии акушерӣ – неонатологӣ (КЗФАН) бо арзёбии мавҷудияти алоқа, шумораи таваллудҳо, мавҷудияти таҷҳизот ва кадрҳои омӯзонидашуда арзёбӣ карда шудааст. Дар байни 120 нафар модарон оид ба дастрас будани хизматрасонии сифатнок ва 194 нафар кормандони тиббии муассисаҳои пилотӣ, ки ба равносозии перинаталӣ барои арзёбии дониш ва таҷрибаи мавҷуда ҷалб шудаанд, пурсиши анонимӣ гузаронида шуд; ҳуҷҷатҳои тиббии бақайдгирии равносозии перинаталӣ ва бозравонӣ таҳлил карда шуданд. Дар *марҳилаи панҷуми* таҳқиқот феҳристи муассисаҳо ва тобеи онҳо барои истифода дар низоми рақамикунони фиристодан/бозфиристии перинаталӣ аз руи принсипи минтақавӣ омода карда шуд. Системаи компютери ҷамъовари маълумотҳо оид ба фиристодан/бозфиристии перинаталӣ (регистри электронии занони ҳомила) таъсис дода шуд, ки аз 102 саволҳо, аз стандарти миллӣ «Фармоиши ВТ ва ҶИА ҚТ №1140 аз 15.11. 2018 с.) иборат аст,

дастур оид ба мониторинг ва назорати фаъолияти системаи фиристодан/бозфиристи перинаталӣ ва индикаторҳои мониторинг таҳия карда шуд (фармоиши ВТ ва ҲИА ҚТ №1221 аз 29.12.2021 сол), оид ба истифодабарии регистри электронӣ тренерон тайёр карда шуданд (фармши ВТ ва ҲИА ҚТ №688 аз 21.09.2022с.).

Методҳои таҳқиқот: анонимӣ, таҳлили контентӣ, методи баҳодихии экспертӣ, таҳлилий, математикӣ – оморӣ ва методҳои қадвалӣ – таҳлилий, методи моделсозии ташкилӣ. Коркарди омории мавод дар барномаи SPSS Statistics 19 бо истифода аз усулҳои стандартӣ ҳисобкунии нишондиҳандаҳои омори тавсифӣ анҷом дода шуд. Барои муайян кардани муносибати хаттии байни тағйирёбандаҳои мустақил ва вобаста, усули регрессияи хатӣ истифода шуд (Linear Regression). Барои арзишҳои миқдорӣ арзиши миёнаи онҳо ва хатогии стандартӣ ҳисоб карда шуд ва барои арзишҳои сифатӣ фоизҳо ҳисоб карда шуданд. Барои муқоисаи чуфтӣ, санҷиши хи-мураббаъҳои Пирсон барои тағйирёбандаҳои категориявӣ, аз ҷумла ислоҳи Йетс ва санҷиши дақиқи Фишер барои 3 ё зиёда гурӯҳҳо, санҷиши хи-мураббаъ барои қадвалҳои тасодуфӣ истифода шудааст. Фарқиятҳо дар $p < 0.05$ аз ҷиҳати оморӣ муҳим буданд.

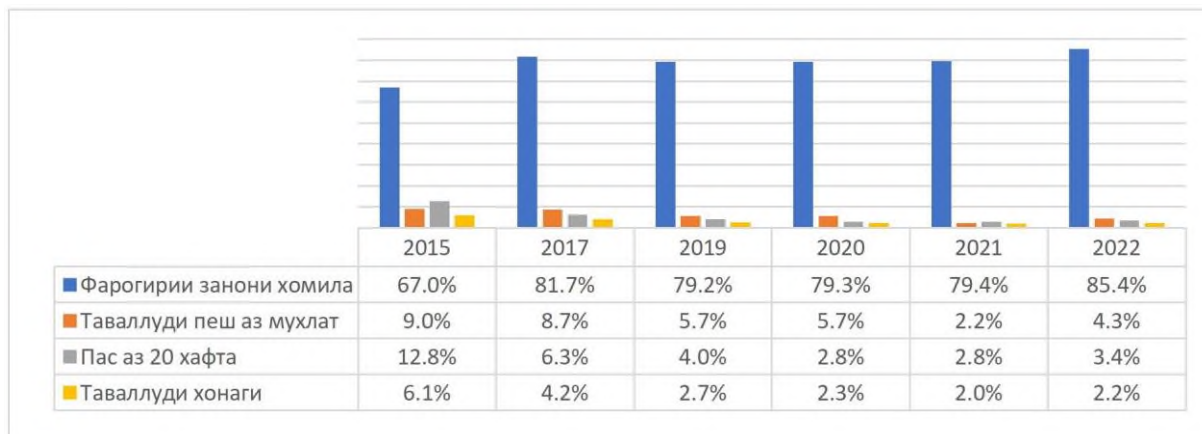
Дар давраи таҳлилшудаи (солҳои 2015 – 2022) минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ, фавти кӯдакони синни то 1-сола дар умум, дар ҷумҳурӣ 1,3 маротиба (аз 16,5 то 12,4 ба 1000 зиндатаваллуд) ва дар вилояти Хатлон бошад 1,5 маротиба коҳиш ёфт (аз 19,2 то 12,9 ба 1000 зиндатаваллуд), тамоюли коҳишбӣи ФП ба амал омад (мутаносибан аз 17,5 то 16,6 ва аз 17,5 то 16,7 ба 1000 зиндатаваллуд). Ҳамзамон, нишондоди мурдатаваллуд дар умум, дар ҷумҳурӣ мутаносибан аз 8,6 то 9,2 ба 1000 зиндатаваллуд афзоиш ёфт, дар ҳоле ки дар вилояти Хатлон тамоюли пастравии ин нишондод мутаносибан аз 9,9 то 9,4 ба 1000 зиндатаваллуд ба қайд гирифта шуд. Дар баробари ин, нишондоди ФБН тамоюли устувори коҳишбӣи нашошта, 7,4 – 7,5 ба 1000 зиндатаваллудро ташкил менамояд, дар ҳоле ки дар вилояти Хатлон ин нишондод мутаносибан аз 8,6 то 7,4 ба 1000 зиндатаваллуд паст гардидааст.

Нишондоди ФМ, ки индикатори сифати хизматрасонии тиббӣ дар умум, дар ҷумҳурӣ ба ҳисоб меравад, аз 28,4 то 22,9 ба 100 000 зиндатаваллуд паст гардид, дар ҳоле ки дар вилояти Хатлон ин нишондод тамоюли устувори коҳишбӣи дошта, дар соли 2022 ба 25,0 нисбати 100 000 зиндатаваллуд баробар гаштааст. Дар сохтори ФМ ҷойи асосиро презклампсияи вазнин ва хунравии акушерӣ ишғол менамояд, ки ҳар яки онҳо 29,1%-ро ташкил менамоянд. Дар чорҷӯбаи чорабиниҳои гузаронидашуда оид ба коҳиш додани беморшавӣ ва фавти модарон дар вилояти Хатлон, фарогирӣ бо маводҳои контрацептивӣ 1,4 маротиба зиёд гардида (мутаносибан аз 26,0 то 36,6%), нишондоди исқоти ҳамл 1,3 маротиба коҳиш ёфт (мутаносибан аз 36,0 то 26,8%) ($p < 0,05$).

Мушкилоти норасоии кормандони тиб дар муассисаҳои таваллудкунӣ, ки бо тамоюли сайлонияти кадрҳо ва рафтани мутахассисони варзида алоқаманд аст, соҳаи тандурустиро ба ташвиш оварда, ба масъалаи давлатӣ табдил ёфта, зарурати ҳалли фаврии онро тақозо менамояд. Дар вилояти Хатлон сарбории зиёд ба момодояҳо ва ҳамшираҳои тибби оилавӣ рост меояд, ки таъминотнокӣ дар давраи таҳлилшуда мутаносибан аз 1499/1622; 92,4 то 2117/2199; 96,2% ва аз 9884/11492; 86,1 то 16204/16810; 96,4% зиёд гардидааст ($p < 0,05$). Ҳамзамон, таъминот бо табибони акушер – гинеколог дар вилоят мутаносибан ба 254/324; 78,3 - 371/482; 77,0% баробар гардидааст. Дар баробари ин, дараҷанокӣ мутахассисон паст боқӣ мемонад, ҳарчанд дар байни табибони акушер – гинеколог дараҷанокӣ мутаносибан аз 159/324; 49,1 то

252/395; 55,4% баланд гашта, дар байни момодояҳо мутаносибан аз 1007/1622; 62,1 то 1092/2199; 49,7% ва дар байни ҳамшираҳои тиб мутаносибан аз 5527/11492; 48,1 то 7345/16810; 43,7% паст гаштааст ($p>0,05$).

Бо назардошти вазъи мавҷуда беҳтаршавии сифати нигоҳубини тотаваллудӣ ба назар мерасад (расми 1).



Расми 1 – Сифати нигоҳубини тотаваллудӣ дар давраи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ дар вилояти Хатлон (солҳои 2015-2022), %

Барвақт бақайдгирии занони ҳомила (то 12 ҳафта) 1,3 маротиба зиёд гардид (мутаносибан аз 70148/104699; 67,0 то 84986/99516; 85,4%), пас аз 20 ҳафтаи ҳомиладорӣ мурочиати занон 3,7 маротиба (мутаносибан аз 13401/70148; 12,8 то 3383/99516; 3,4%), таваллуд дар хона 2,7 маротиба (мутаносибан аз 6441/104699; 6,1 то 2280/1000852; 2,2%), таваллуди бармаҳал 2 маротиба (мутаносибан аз 8817/97687; 9,0 то 4556/103985; 4,3%), инчунин, таносуби занони гирифтори камхунӣ 1,4 маротиба (мутаносибан аз 62681/87887; 71,3 то 33094/66454; 49,8%) коҳиш ёфтааст ($p<0,05$).

Масъалаи хунравии акушерӣ, ки басомадаш мутаносибан аз 974/48862/1,9 то 1893/57111; 3,3% зиёд шудааст, ҳалношуда боқӣ мемонад ($p>0,05$). Дар сохтори хунравии акушерӣ ҷойи асосиро барвақт ҷудошавии машинаи дуруст ҷойгиршуда (БҶМДЧ) мегирад, ки таносубаш 1,3 маротиба зиёд шудааст (мутаносибан аз 558/57,2 то 1499/79,1%) ($p>0,05$), ҳамзамон, шумораи занон бо пешомади машина (ПМ) 3 маротиба (мутаносибан аз 233/24,0 то 151/8,0%) ва хунравии пасазтаваллудӣ (ХП) 1,4 маротиба (мутаносибан аз 183/18,7 то 243/12,8%) кам шудааст ($p>0,05$). Презкламписияи вазнин тамоюли пастшавӣ надошта, мутаносибан ба 1557/62,0 -1670/65,4% баробар аст.

Ҳангоми омӯзиши ҷанбаҳои тиббӣ - иҷтимоӣ ва ташкилии ФМ, ҳодисаҳои фавт ба пандемияи COVID-19 (солҳои 2019-2020) ва давраи пас аз ковид (солҳои 2021-2022) дар кишвар рост омадаанд.

Таҳлил нишон дод, ки дар солҳои пас аз ковидӣ, дар муқоиса бо давраи COVID-19, хусусиятҳои синну сол ва паритети таваллуди занони ғавтида тағйир ёфтааст. Таносуби занони синну соли репродуктивӣ (19 – 24 сола) 1,8 маротиба зиёд гардид: мутаносибан аз 113/21; 18,6 то 43/16; 37,2% ва қариб 2 маротиба шумораи занони синни дери репродуктивӣ кам гардид: мутаносибан аз 113/36; 31,9 то 43/7; 16,3% ($p < 0,05$). Шумораи занони нахусттаваллуд мутаносибан 1,5 маротиба зиёд гашт: мутаносибан аз 113/28; 24,8 то 43/16; 37,2% ва шумораи занони бисёртаваллуд 2,5 маротиба кам гашт: мутаносибан аз 113/20; 17,7 то 43/3; 6,9% ($p > 0,05$).

Муайян карда шуд, ки дар байни ҳодисаҳои ғавт занҳои воқеан солим набуда, онҳо гирифтори 2-3 бемории соматикӣ ҳамроҳ буданд. Дар давраи пас аз ковидӣ басомади бемориҳои роҳҳои нафас 1,3 маротиба (мутаносибан аз 113/76; 67,2 то 43/38; 88,3%) ($p < 0,05$), бемориҳои гурда (мутаносибан аз 113/43; 38,0 то 43/21; 48,8%) ($p > 0,05$) ва шумораи занони гирифтори камхунӣ 1,2 маротиба зиёд гардид (мутаносибан аз 113/77; 68,1 то 43/35; 81,3%) ($p > 0,05$). Ҳамзамон, шумораи занон бо фарбеҳӣ 4 маротиба (мутаносибан аз 113/21; 19,4 то 43/2; 4,6%) ва бо норасоии йод 5,4 маротиба кам шуд (мутаносибан аз 113/72; 63,7 то 5; 11,6%) ($p < 0,05$).

Дар муқоиса бо давраи COVID-19 дар солҳои пас аз ковид сифати хизматрасони тиббӣ баланд гардид: шумораи дар қайди кормандони тиб буда мутаносибан аз 113/89; 78,5 то 43/39; 90,7% зиёд гардид; принципҳои фиристодан/бозфиристии занони ҳомила ва таваллудкунандаи дорои хавфи перинаталӣ ба сатҳи баландтари муассисаи кумаки таваллудкунӣ беҳтар гардид: шумораи заноне, ки хешовандон дастрас мекарданд, кам гардид (мутаносибан аз 113/91; 80,5 то 43/30; 69,8%) ва бо нақлиёти кумаки ғаврӣ дастрас кардан 1,5 маротиба (мутаносибан аз 113/22; 19,4 то 43/13; 30,2%) ($p > 0,05$) ва қариб 10 маротиба шумораи занони бо роҳхат бистаригашта зиёд гардид (мутаносибан аз 113/10; 8,8 до 43/37; 86,0%) ($p < 0,05$). Аз сифати номуносиби хизматрасонӣ ташрифи (6-8 маротиба) зиёда аз 60,0% занони ҳомила ба назди кормандони тиб (мутаносибан 113/58; 65,1 ва 25/64,1%) гувоҳӣ медиҳад, ки бештар аз 1/3 ҳиссаи онҳо 4-5 ташриф (мутаносибан 113/39; 34,5 ва 43/16; 37,2%) доштанд.

Дар давраи пас аз ковид, дар сохтори сабабҳои муस्ताқим ва ғайримуस्ताқими ФМ тағйирот ба амал омад: таносуби ХА 2,3 маротиба (мутаносибан аз 113/50; 44,2 то 43/8; 18,6%) ($p < 0,05$), ЭОН - 1,9 маротиба (мутаносибан аз 113/5; 4,4 то 43/1; 2,3%) ($p > 0,05$) ва сепсис - 1,3 маротиба (мутаносибан аз 113/11; 9,7 то 43/3; 7,0%) ($p < 0,05$) коҳиш ёфт.

Ҳодисаҳои HELLP-синдром, ки дар давраи COVID-19 дар 113/10; 8,8% ҳолатҳои ҷой дошт, муайян карда нашуд.

Аз сифати номуносиби нигоҳубини тотаваллудӣ маълумотҳо оид ба 1,3 маротиба зиёдшавии ҳодисаҳои ПВ (мутаносибан аз 113/34; 30,1 то 43/17; 39,5%) ($p > 0,05$) ва 4,2 маротиба ЭП (мутаносибан аз 113/3; 2,7 то 43/5; 11,6%) ($p < 0,05$) гувоҳӣ медиҳанд. Дар байни сабабҳои ғайримуस्ताқим дар давраи пас аз ковид таносуби занони аз ТЭШШ 1,4 маротиба зиёд гардид, ки оризаи худӣ сирояти короновирусӣ мебошад (мутаносибан аз 113/45; 39,8 то 43/24; 55,8%), ҳодисаҳои пневмония (мутаносибан аз 113/57; 50,4 то 43/18; 41,9%) ва варами шушҳо коҳиш ёфт, ки дар давраи COVID-19 дар 113/11; 9,7% ҳолатҳо ($p > 0,05$) ҷой дошт.

Дар муқоиса бо давраи COVID-19, дар давраи пас аз ковид, ҳодисаҳои ғавт дар давраи ҳомилагӣ 2 маротиба (мутаносибан аз 113/11; 9,7 ба 43/2; 4,6%) ва таваллудҳои бармаҳал 1,6 маротиба коҳиш ёфта (мутаносибан аз 102/74; 72,5 то 40/18; 45%) ($p < 0,05$), шумораи заноне, ки тавассути БҚ таваллуд кардаанд

(мутаносибан аз 113/57,5 то 43/25; 62,5%) зиёд шудааст.

Дар давраи пас аз ковид натиҷаи нишондодҳои перинаталӣ тағйир ёфтанд: шумораи зиндатаваллуд мутаносибан аз 102/93; 91,0 то 40/32; 80% коҳиш ёфт. Аз нисф зиёди навзодон (мутаносибан 53/51,9 ва 22/55,0%) расида таваллуд шуда, норасидон мутаносибан 49/48,0 ва 18/45,0% таваллуд шудаанд; талафотҳои перинаталӣ 1,4 маротиба зиёд гаштааст (мутаносибан аз 19/18,6 то 11/27,5%) ($p < 0,05$).

Ҳамин тавр, дар шароити пандемияи COVID-19 ва давраи пас аз ковид нишондодҳои баланди ФМ ҳам бо сабабҳои сироятӣ ва ҳам бо сабабҳои акушерӣ асос ёфтаанд, ки бо ташкили хизматрасони тиббӣ ва огоҳии пасти аҳоли дар бораи аломатҳои хатарнок ва ҳуди сирояти कोरोनाвирус алоқаманд аст.

Ҳангоми омӯзиши ҷанбаҳои тиббӣ - иҷтимоӣ ва ташкилии ФБН дар муассисаи сатҳи сеюм портрети тиббию иҷтимоии модароне, ки кӯдаконашон дар 168 соати аввал (7 рӯз) пас аз таваллуд ҷавонидаанд, таъсис дода шуд. Қариб ҳар дуюмин зан дар синни фаъоли репродуктивӣ (228/59; 46%), бештар аз се як ҳисса - дар давраи барвақт (49/37,8%) ва 22/16,7% дар давраи дери репродуктивӣ қарор доштанд. Аз рӯи паритети таваллуд, зиёда аз нисфи модарон (121/53,0% такроратаваллуд, зиёда аз 1/3 (79/34,6%) нахусттаваллуд ва 28/12,3% занони бисёртаваллуд буданд. Аз 70% зиёди модарон (172/75,4%) гирифтори камхунии дараҷаи гуногун буданд, дар ҳар чорумини онҳо (58/25,4%) бемориҳои системаи пешоббарор ҷой дошта, зиёда аз се як ҳисса 1/3 (82/38%) гирифтори ҳолати норасогии йод, фарбеҳӣ (37/16,2%) ва бемориҳои меъдаву рӯда (18/17,9%) камтар ба назар мерасид. Дар зиёда аз 1/3 ҳиссаи модарон (75/33,0%) анамнези акушерӣ - гинекологӣ бо исқоти ғайриихтиёрӣ (24,0%), исқоти тиббӣ (23,0%), нуқсонҳои таваллуд (16,0%), мурдатаваллуд (9,0%) ПВ (14,0%), сироятҳои вирусӣ (6,0%), бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд (78/34,5%) вазнин гаштааст.

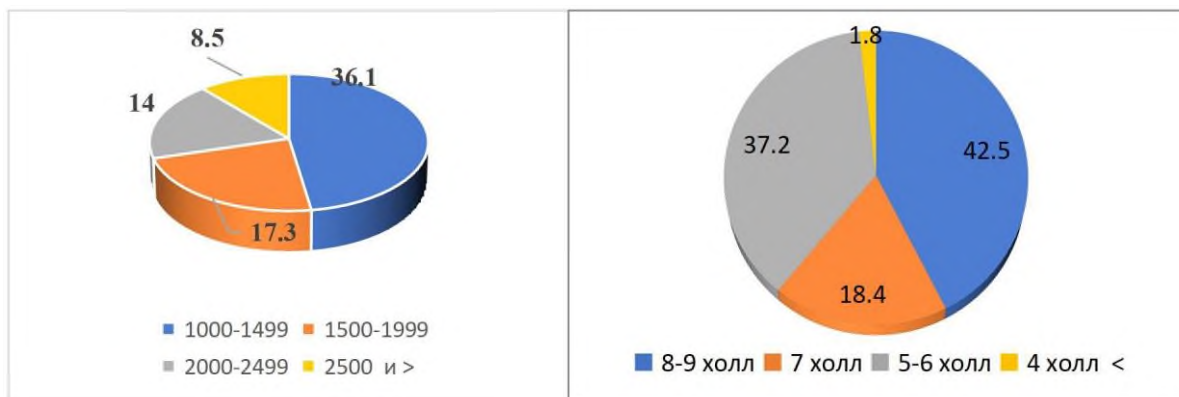
Дар байни ҳолатҳои таҳлилшуда омилҳои сифати нокифояи кумаки тотаваллудӣ муайян шудааст: зиёда аз 60% (148/65,0%) занони ҳомила дар қайди кормандони тиб набуданд. Аз ба қайдгирифташудагон (80/35,0%) - ҳар панҷум (17/21,2%) дар Бунгоҳи саломатӣ (БС), ҳар чорум (20/25,0%) - дар Маркази шахрии солимии репродуктивӣ (МШСР), 36/45,0% - дар Маркази ноҳиявии солимии репродуктивӣ ва 7/8,7% - дар Маркази саломатии деҳотӣ (МСД) дар таҳти назорат буданд. Аксарияти модарони гурӯҳи таҳқиқотӣ дар давраи ҳомилагии мазкур чунин оризаҳо доштанд, ба монанди камхунӣ (20/39,5%), авҷ гирифтани пиелонефрити музмин (45/20,0%), сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ (СШВР) (36/16,0%), презкламписияи вазнин (ПВ) (36/15,7%). Шумораи тавсияшудаи ташрифҳо (6-8) дар 10/12,5% модарон муайян гардида, ба зиёда аз 1/3 ҳиссаи (29/36,2%) онҳо кормандони соҳаи тиб камтар аз 5-6 маротиба ва ба зиёда аз нисфи (41/51,2) онҳо камтар аз 4 маротиба ташриф овардаанд. Аксарияти занон бо ҳамроҳии хешовандон (191/84%) ва ҳамагӣ 37/16% бо ёрии таъҷили ба беморхона бистарӣ шудаанд, дар ҳоле ки зиёда аз 70% (173/75,8%) варақаи ҳамроҳӣ надоштаанд.

Аксари занони бистаришуда сокинони вилояти Хатлон (197/86,4%), боқимонда аз навоҳии наздик ва шаҳри Душанбе (31/13,6%) буданд.

Оғози фаъолияти таваллудкунии беихтиёрон дар 206/90,3% ҳолатҳо муайян шудааст, БҚ - то оғози фаъолияти таваллудӣ дар 22/9,6% ҳолатҳо гузаронида шудааст.

Дар байни ҳодисаҳои ҷавт аксарияти навзодон (185/81,1%) норасид таваллуд шудаанд, аз ҷумла 75/40,5% навзодон дар 28-32 ҳафтаи ҳомилагӣ, ҳар се як (57/30,8%) дар 24-27 ҳафта ва 53/28,6% - дар 33-36 ҳафтаи ҳомилагӣ.

Ҳар як чорум навзод (55/24,1%) бо вазни бениҳоят кам (500,0-999,0 гр.), зиёда аз 1/3 ҳисса (82/36,1%) бо вазни ниҳоят кам (1000,0-1499,0 гр.) таваллуд шудаанд (расми 2).



Расми 2. - Сатҳи вазни навзодон, ки дар давраи барвақти неонаталӣ фаотидаанд ва холҳо аз руи чадвали Апгар ҳангоми таваллуд (n = 228),%

Навзодони боқимонда 40/17,5% бо вазни 1500,0 -1999,0 гр. таваллуд шуда, 32/14,0% навзодон ҳангоми таваллуд 2000,0-1499,0 гр. вазн ва танҳо 19/8,3% - 2500,0 грамм ва зиёдтар вазн доштанд.

Зиёда аз 40,0% навзодон (97/42,5%) бо асфиксияи вазнин (холҳо аз руи чадвали Апгар 4 балл ва камтар), зиёда аз 1/3 ҳисса (85/37,2%) бо асфиксияи дараҷаи миёна (6-5 балл), 42/18,4% бо асфиксияи сабук (холҳо аз руи чадвали Апгар 7 балл) ва танҳо 4/1,8% кӯдакон аз руи чадвали Апгар дар ҳолати қаноатбахш 8-9 балл таваллуд шудаанд.

Дар сохтори сабабҳои ФБН дар 75/33% ҳолатҳо асфиксияи ҷанин ҳангоми таваллуд ҷой дошта, дар 54/24,0% - нуқсонҳои модарзодии инкишоф (НМИ), дар 59/26,0% - ҳолати алоқаманд бо оризаҳо аз ҷониби модар, дар 45/20,0% - алоими боздошти рушди ҷанин, 32/14,0% - бемории мембранаи гиалинӣ, дар 30/13,0% - осебҳои таваллудӣ, дар 23/10,0%- ҳолатҳои септикӣ муайян шудааст.

Ҳамин тавр, омилҳои хатар барои ФБН инҳо мебошанд: вазъи пасти иҷтимоӣ ва сатҳи баланди бемории соматикӣ занон, нигоҳубини нокифояи тотаваллудӣ, таваллуди бармаҳал, мушкилоти интиқоли беморони дорои хатари баланд ба муассисаҳои сатҳи сеюм.

Дар мукамалсозии низоми хизматрасорнии минтақавӣ нақши калон ба МП шаҳри Кӯлоби вилояти Хатлон дода мешавад, ки соли 2019 дар заминаи Беморхонаи вилоятӣ бисёрсоҳавӣ ба номи А. Ҳақназаров ташкил карда шудааст (фармоиши ВТ ва ҲИА ҚТ №609 аз 16.08.2019с.).

Аз самаранокии фаъолияти 5-солаи МП ш.Кӯлоб (солҳои 2019 – 2023) баландшавии устувори нишондодҳои омӯри гувоҳӣ медиҳанд. Соли аввал пас аз ба истифода додани МП шумораи мурочиатҳо нисбат ба солҳои пешин 1,6 маротиба зиёд шуда, дар солҳои минбаъда боз 1,3 маротиба афзоиш ёфтааст, аз ҷумла 1,3 маротиба ба шӯъбаи таваллудӣ, 1,4 маротиба ба шӯъбаи бемориҳои давраи ҳомиладорӣ ва 2 маротиба ба шӯъбаи бемориҳои гинекологӣ (расми 3).



Расми 3 – Тамоюли муроҷиати занон барои кумаки тиббӣ то фаъолияти МП ва дар давраи фаъолияти МП, мутлақ

Дар давраи таҳлилшуда системаи фиристодан/бозфиристии перинаталӣ занони ҳомила ва занони таваллудкунандаи аз гурӯҳи хавф аз муассисаҳои КАТС беҳтар гардид: таваллуди бармаҳал 1,5 маротиба (мутаносибан аз 464/5047; 9,2 то 420/6884; 6,1%) ва 1,8 маротиба то валодат рехтани обҳои наздитифлӣ – ТВРОНТ (мутаносибан аз 851/5047; 16,9 то 640/6884; 9,2%) ($p < 0,05$) коҳиш ёфт. Ҳамзамон, таносуби занон бо ПВ 1,5 маротиба (мутаносибан аз 116/5047; 2,3 то 243/6884; 3,5%) ва 2 маротиба HELLP-синдром (мутаносибан аз 2/5047; 0,04 то 6/6884; 0,08%) ($p > 0,05$) зиёд гардид, дар баробари ин, таносуби ЭП (мутаносибан аз 15/5047; 0,3 то 10/6884; 0,1%) ва ХА 1,8 маротиба маротиба коҳиш ёфт (мутаносибан аз 218/5047; 4,3 то 170/6884; 2,4%) ($p > 0,05$). Дар сохтори ХА таносуби занон бо ПМ 1,3 коҳиш ёфта (мутаносибан аз 130/218; 13,7 то 18/170; 10,5%), тамоюли пастравии басомади БЧМДЧ ба амал омад (мутаносибан аз 165/218; 75,6% то 124/170; 73%), паствавии басомади ХП ба назар нарасида, таносубаш 1,5 маротиба афзудааст (мутаносибан аз 23/218; 10,5 то 28/170; 16,4%) ($p < 0,05$).

Дар давраи фаъолияти МП сифати хизматрасонии тиббӣ ҳангоми ХА беҳтар гардид: таносуби занон бо ХА фаровон 6,4 маротиба (> 1000 мл) (мутаносибан аз 19/57; 33,3 то 9/170; 5,2%) ва басомади садмаи геморрагӣ 9,5 маротиба коҳиш ёфт (мутаносибан аз 38/57; 66,6 то 12/170; 7,0%) ($p < 0,05$).

Дар давраи фаъолияти МП нишондоди ФМ 2 маротиба коҳиш ёфт (мутаносибан аз 295/5047; 6,2 то 208/6884; 3,0%), ки дар сохтораш фаваҷи таваллудии ҷанин дар ҷойи аввал меистод, тамоюли пастравии ин нишондод ба амал омад (мутаносибан аз 147/295; 49,8 то 97/208; 46,6%) ($p > 0,05$); ФБН асосан дар байни навзодони норасид ҷой дошт ва таносуби онҳо тамоюли устувори паствавӣ надорад (мутаносибан 136/295; 46,6 ва 101/208; 48,5%) ($p > 0,05$).

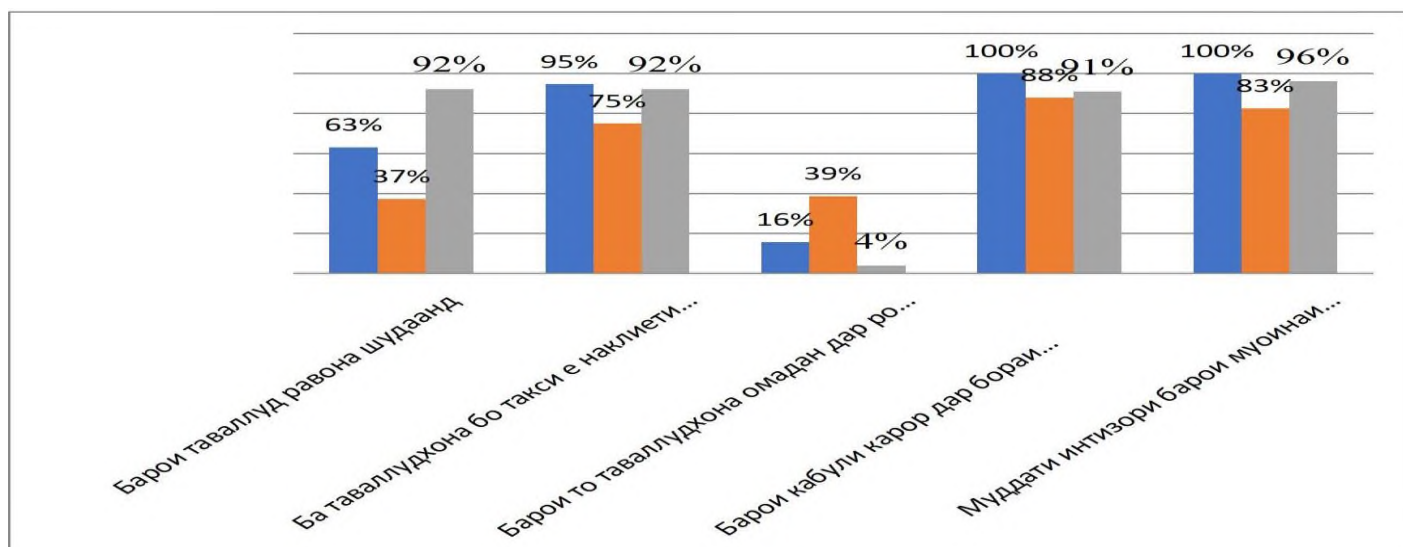
Дар давраи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ фаъолияти муассисаҳои сатҳҳои 1 ва 2-и минтақа дар самти бозравониҳои занони ҳомила, таваллудкунанда ва пас аз таваллуд ба МП ш.Кӯлоб фаъол гардид. Шумораи фиристодан/бозфиристии занон аз 4 муассисаҳои таваллудӣ 2 маротиба: БМН Восеъ, Муминобод, Ховалинг, ш. Кӯлоб ва зиёда аз 1,5 маротиба аз ноҳияҳои Данғара, Темурмалик, Ш. Шоҳин ва Кӯлоб зиёд гардид.

Барои беҳтар намудани механизми фиристодан/бозфиристии перинаталӣ байни муассисаҳои сатҳҳои гуногун, дар яке аз минтақаҳои дастрасиаш душвори вилояти Хатлон – ноҳияи Ш. Шоҳин таҳқиқоти харитакунонишуда гузаронида шуд.

Натиҷаи таҳқиқот имкон доданд, ки мушкилотҳои минтақавии фиристодан/бозфиристии перинаталӣ муайян шаванд: аз 5 объектҳои интихобшуда 3 ададаш дар масофаи дур (зиёда аз 30 км) ва бо шумораи ками таваллуд буданд: БМД Н. Маҳмудов, Чагами нав ва Даштиҷум. Рейтинги пасттарини КЗФАН дар БМД Доғистон ва БМД Чагами нав маълум карда шуд.

Аз руи натиҷаи пурсиши/мусоҳибаи анонимии 120 нафар модарон, гурӯҳи асосиро (I) 19 нафар зани дар минтақаи БМД Мирзо Алӣ зиндагикунанда ташкил намуд; ба гурӯҳи муқоисавӣ 75 нафар занон, ки ба БМД Н.Маҳмудов (II) ва 26 нафар занон пас аз таваллуд аз деҳаи Чагами нав тааллуқ доштанд, арзёбии қаноатмандӣ ва дастрасии хизматрасонии тиббӣ гузаронида шуд.

Муайян карда шуд, ки дар аксарияти ҳолатҳо барои аъзоёни оила қарор дар бораи таваллуд кардан, дар муассисаи тиббӣ муҳим мебошад (расми 4).

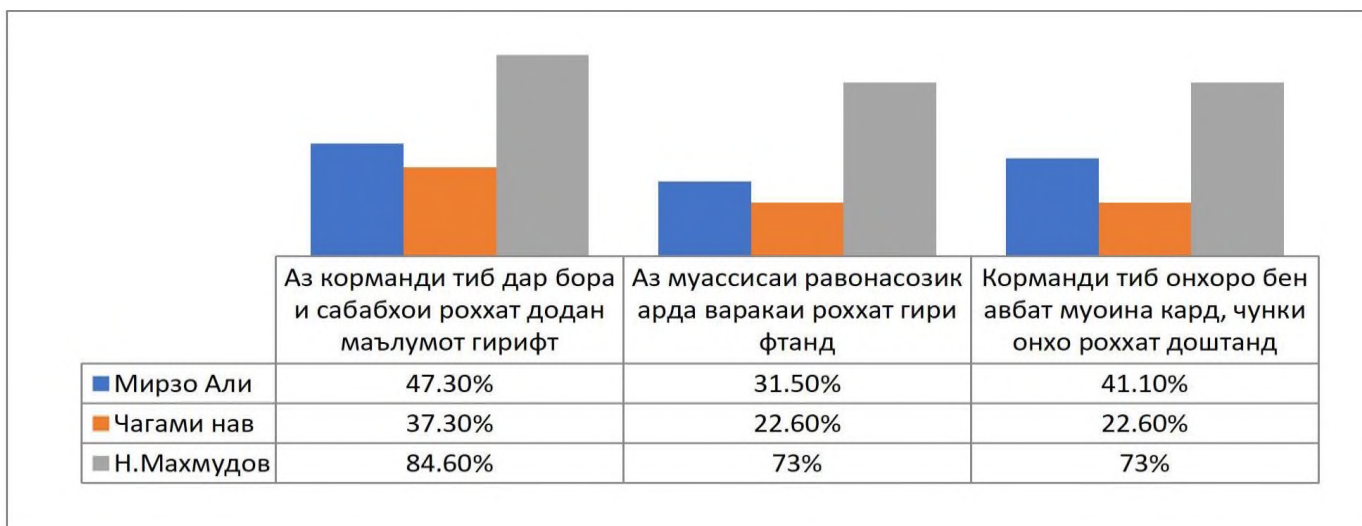


Расми 4. - Натиҷаи мусоҳиба бо занони пас аз таваллуд оид ба сифати хизматрасониҳои тиббӣ (n =120), %

Муайян карда шуд, ки аз нисф зиёди занон барои таваллуд аз дигар муассисаи тиббӣ равон карда шудаанд (64/53,3±12,9%), дар ҳоле ки зиёда аз 90,0% аз гурӯҳи III буда, дар муқоиса бо гурӯҳи I - 1,4 маротиба ва бо гурӯҳи II - 2,4 маротиба зиёд мебошад ($p < 0,05$). Ба таваллудхона зиёда аз 85,0% сокинони деҳот бо таксӣ ё бо нақлиёти шахсӣ омадаанд, барои роҳ аз 1/3 ҳиссаи модарони деҳаи Чагами нав зиёда аз як соат сарф кардаанд, ки дар муқоиса бо сокинони деҳаи Мирзо Алӣ 2,4 маротиба зиёд мебошанд ($p < 0,05$).

Зиёда аз 80% респондентон қайд кардаанд, ки пас аз расидан ба таваллудхона, вақти интизор шудан барои муоина аз 30 дақиқа зиёд набуд ($p > 0,05$).

Сабаби ба статсионар фиристоданро ба занони деҳаи Н. Маҳмудов кормандони тиб фаҳмонидаанд, ки дар муқоиса бо сокинони деҳаи Мирзо Алӣ 2 маротиба ва деҳаи Чагами нав 2,4 маротиба зиёд мебошад ($p < 0,05$) (расми 5).



Расми 5. - Натиҷаи мусоҳиба бо занон пас аз таваллуд оид ба мушкилотҳои фиристодан/бозфиристӣ ба муассисаҳои таваллудӣ (n=59), %

Зиёда аз 70% модарон аз гурӯҳи III аз муассисаи варакаи роҳхат гирифтаанд, дар муқоиса бо гурӯҳи I - 2,3 маротиба ва бо гурӯҳи II - 3,2 маротиба зиёд мебошад ($p < 0,05$). Дар статсионар аз тарафи кормандони тиб зиёда аз 70% занон, ки роҳхат доштан, бенавбат муоина карда шудаанд, ки дар муқоиса бо гурӯҳи I - 1,7 маротиба ва бо гурӯҳи II - 3,2 маротиба зиёд мебошад ($p < 0,05$).

Аз рӯи натиҷаи анкетакунонии анонимии 120 нафар кормандони тиб, ки ба фиристодан/бозфиристии перинаталӣ ҷалб шудаанд (147/75,7% - мутахассисони КАТС, 33/17 - БМД ва 14/7,2% - муассисаҳои таваллудкунӣ), амалияҳои мавҷудбудаи хизматрасонии занони ҳомила/пас аз таваллуд баҳогузорӣ карда шуда, монеаҳо барои кори самараноки системаи фиристодан/бозфиристӣ муайян гардиданд. Ҷавоби респондентон аз нокифоя донишгари хуҷҷатҳои тиббӣ, ки дар онҳо маълумот дар бораи фиристодан/бозфиристии занони ҳомила ва таваллудкунанда ба муассисаҳои таваллудкунӣ қайд мегардад, гувоҳӣ медоданд. Зиёда аз нисфи респондентон (53,0%) ҷавоб доданд, ки маслиҳатдиҳии занони ҳомила оид ба масъалаҳои интиқол ба кор ва вазифаҳои ҳамаҷунунии кормандони тиб дохил мебошад ва ҳангоми фиристодан/бозфиристии ғаври телефоннограмма истифода бурда, ба занони таваллудкунанда бланки бозгашт ба муассисаи сатҳи аввал барои назорати пас аз таваллудро медиҳанд.

Дар муассисаҳои кумаки таваллудкунии мавриди омӯзиш қароргирифта журнале мавҷуд буд, ки дар он тамоми маълумотҳо дар бораи занони ҳомила ва таваллудкунанда қайд карда мешуданд, аз ҷумла роҳхат/бозфиристӣ, аммо сабаби асосии додани роҳхат, ғаврият, сана ва вақт нишон дода нашудааст. Ҳамзамон, маълумот дар бораи бо кадом нақлиёт ва бо ҳамаҷунунии кӣ зани ҳомила фиристода шудааст ё бозфиристӣ шудааст, мавҷуд нест; маълумот дар бораи телефоннограммаи муассисаи қабулкунанда, шахси ҳамаҷунункунанда, насаби корманди тибии роҳхатдода ва қабулкунанда нишон дода нашудааст. Ҷавобҳои 148/76,2% кормандони тиб аз он шаҳодат медоданд, ки масъалаҳои фиристодан/бозфиристии занони ҳомила дар муассиса кам баррасӣ шудааст,

20/10,3% респондентон қайд карданд, ки масъалаи фиристодан/бозфиристиҳо ҳар моҳ, 17/8,8% - ҳар семоҳа ва 4-6% - якчанд маротиба дар як моҳ муҳокима мешавад.

Ҳамин тавр, набудани маҳзани ягонаи занони ҳомила пас аз таваллуд оид ба фиристодан ва бозфиристиҳо, гузаронидани таҳлили принципи фиристодан/бозфиристи занон аз гурӯҳи хавфи баландро дар минтақаҳои дастрасиашон душвори ҷумҳурӣ мушкил мегардонад ва ба гузаронидани мониторинги мукаммали сифати хизматрасонии тиббӣ ва банақшагирии чорабиниҳои ташкилӣ барои коҳиш додани ғавти неонаталӣ ва ғавти модарӣ монеа мешавад.

Дар робита ба ин, мо модели инноватсионии рақамии фиристодан/бозфиристи перинаталиро пешниҳод намудем, ки имкон медиҳад маълумотҳои электронии занони ҳомила, ки аз БС саркарда дар минтақа ба қайди диспансерӣ гирифта шудааст, ташаккул дода шавад, хизматрасонии тиббӣ ба модар ва тифл бо муайян кардани нақши ҳар як муассисаи кумаки таваллудкунӣ нисбат ба ҳар як зани ҳомила марҳила ба марҳила таъмин карда шавад (Нақша).

Нақша - Марҳилаҳои ворид намудани модели инноватсионии фиристодан/бозфиристи перинаталӣ



Аз самаранок будани воридсозии регистри электронӣ натиҷаҳои мониторинг гувоҳӣ медиҳанд, ки мутобиқи он дар як соли истифодабарии фарогирии занони ҳомила дар журнали электронӣ, аз давраи ворид кардани маълумотҳо 2,6 маротиба (аз 185/18,4 то 1096/48%), дар журнали занони ҳомила ба қайд гирифташуда 8,4 маротиба (аз 122/66,0 то 1029/93,8%), роҳхатҳои нақшавӣ 1,3 маротиба (аз 80/65,5 то 878/85,3%) ($p < 0,05$), фиристодан/бозфиристии фаврӣ ба муассисаҳои сатҳи сеюм 3 маротиба (аз 2/1,6 то 51/5%) зиёд гардид; 375 нафар занони хавфи баланддошта ба МП ш.Кӯлоб фиристода шуд ва ба 500 нафар занон пас аз таваллуд ба муассисаҳои КАТС роҳхати бозгашт дода шудааст.

Ҳамин тавр, воридсозии регистри электронии занони ҳомила тартиби амалкунандаи фиристодан/бозфиристии перинаталиро дар минтақаи дастрасиаш душвори вилояти Хатлон – ноҳияи Ш.Шоҳин барои оптимизатсияи фиристодан/бозфиристии системаи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ тағйир дод.

Хулоса

1. Дар давраи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ (солҳои 2015 – 2022) дар вилояти Хатлон фавти кӯдакони синни то 1- сола 1,5 маротиба коҳиш ёфт (аз 19,2 то 12,9 ба 1000 зиндатаваллуд), тамоюли коҳишёбии ФП (аз 17,5 то 16,7 ба 1000 зиндатаваллуд), мурдатаваллуд (мутаносибан аз 9,9 то 9,4 ба 1000 зиндатаваллуд), ФБН (мутаносибан аз 8,6 то 7,4 ба 1000 зиндатаваллуд) ба қайд гирифта шуд; фарогирии бармаҳали занони ҳомила зиёд гардид (мутаносибан аз 67,0 то 85,4%), таносуби занони гирифтори камхунӣ 2 маротиба (мутаносибан аз 71,3 то 49,8%), таваллуд дар хона 2,7 маротиба (мутаносибан аз 6,1 то 2,2%), таваллуди пешазмуҳлат 2 маротиба (мутаносибан аз 9,0 то 4,3%) коҳиш ёфта, фарогирии бо маводҳои контрацептивӣ 1,4 маротиба (мутаносибан аз 26,0 то 36,6%) зиёд ва таносуби исқоти ҳамли тиббӣ 1,3 маротиба кам гардид (мутаносибан аз 36,0 то 26,8%) [1-М,8-М,9-М,19-М,20-М,22-М].
2. Мушкилотҳои ҳалношудаи тиббӣ – ташкилии сифати хизматрасонии тиббӣ инҳо мебошанд: нишондодҳои пастанашавандаи ФМ ва ХА, норасоии мутахассисон ва дараҷанокии пасти онҳо [10-М,12-М,13-М,14-М].
3. Омилҳои тиббӣ – иҷтимоӣ ва ташкилӣ, ки ба ФМ таъсир мерасонанд инҳо буданд: давраи COVID-19 ва давраи пас аз ковид, сатҳи пасти маълумотнокии занон оид ба аломатҳои хатар ва сирояти коронавирӯсӣ, басомади баланди БҒГ (бемориҳои ғайригениталӣ), сифати пасти нигоҳубини тотаваллудӣ, риоя накардани фиристодан/бозфиристии занони ҳомила ва занони таваллудкунанда аз гурӯҳи хавфи баланд. Дар муқоиса бо давраи COVID-19 дар давраи пас аз ковид сифати хизматрасонии тиббӣ беҳтар гардид: қариб 1,6 маротиба фиристодан/бозфиристии занон аз гурӯҳи хавфи баланд ба сатҳи болотари муассисаҳои кумаки таваллудкунӣ зиёд гардид: аз 19,6 то 31,0% занон ба статсионар бо воситаи нақлиёти ёрии таъҷилӣ дастрас карда шудаанд. Дар сохтори сабабҳои идорашавандаи ФМ тағйирот ба вуҷуд омад: ХА 2,3 маротиба (аз 44,2 то 18,6%), ЭОН 1,9 маротиба (аз 4,4 то 2,3%), сепсис 1,3 маротиба (аз 9,7 то 7,0%) коҳиш ёфта, ПВ 1,3 маротиба (аз 30,0 то 39,5%), ЭП 4,2 маротиба (аз 2,7 то 11,6%) ва таносуби занони фавтида аз ТЭШШ 1,4 маротиба (мутаносибан аз

39,8 то 55,8%) зиёд гардид [4-М,5-М, 7-М,8-М,9-М,10-М,21-М] .

4. Чанбаҳои тиббӣ – ташкилии ФБН дар статсионари сатҳи сеюм инҳо буданд: басомади баланди БҒГ дар модарон, нигоҳубини тотаваллудии нокифоя, риоя накардани фиристодан/бозфиристии занони ҳомила ва занони таваллудкунанда аз гурӯҳи хавфи баланд (75,8%), ТП (81,1%); вазни бениҳоят кам (экстремалӣ) (24,1%) ва вазни ниҳоят ками навзодон (36,1%). Сабабҳои ФБН инҳо буданд: асфиксияи чанин дар вақти таваллуд (33,0%), ҳолатҳои вобаста бо оризаҳо аз тарафи модар (26,0%), НМИ (24,0%), алоими боздошти инкишофи чанин (20,0%), бемории мембранаҳои гиалинӣ (14,0%), осебҳои таваллудӣ (13,0%) – ҳолатҳои септикийи навзодон (10,0%) [19-А, 20-А].

5. Дар давраи фаъолияти 5-солаи МП ш.Кӯлоб (солҳои 2019 – 2023) шумораи муроҷиати занон барои кумаки тиббӣ 1,3 маротиба зиёд гардида, ТП 1,5 маротиба (аз 9,2 то 6,1%), таваллудҳои аворизнокшуда 4,2 маротиба (аз 6,4 то 1,5%), ХА 1,7 маротиба (аз 4,3 то 2,4%), хунравии акушерии фаровон (аз 33,3% то 5,2%) ва нишондоди ФП 2 маротиба (аз 6,2 то 3,0% ба шумораи умумии зиндатаваллуд) коҳиш ёфта, нишондоди ПВ 1,5 маротиба (аз 2,3 то 3,5%), HELLP-синдром 2 маротиба (аз 0,04 то 0,08%), шумораи занони аз муассисаҳои таваллудии сатҳи 2 фиристодашуда 1,7 маротиба ва бештар (аз 1046 то 1776 нафар) зиёд гардид [11-М,16-М, 18-М,22-М].

6. Дар давраи минтақавӣ кардани кумаки перинталӣ дар минтақаҳои дастрасиашон душвори вилояти Хатлон мушкilotҳои минтақавӣ ва ташкилӣ муайян гаштанд, ки ба механизми фиристодан/бозфиристии перинаталӣ таъсир мерасонад: дар масофаи дур ҷойгир будани муассисаҳои таваллудкунии деҳотии сатҳи 1, миқдори ками таваллуд, рейтинги пасти КЗФАН [2-М,3-М,6- М,15-М,17-М].

7. Ҳангоми истифодабарии системаи инноватсионии рақамии фиристодан/бозфиристии перинаталӣ дар муассисаҳои дастрасиашон душвори вилояти Хатлон, ҳаҷми кумаки машваратӣ ба занони ҳомилаи аз гурӯҳи хавфи баланд ва фарогирии бармаҳали занони ҳомила дар муддати як сол 2,6 маротиба (аз 18,4% то 48%), дар журнали занони ҳомила ба қайд гирифташуда 8,4 маротиба (аз 66,0 то 93,8%), роҳхатҳои нақшавӣ 1,3 маротиба (аз 65,5 то 85,3%), роҳхатҳои фаврӣ ба муассисаҳои сатҳи сеюм 3 маротиба (аз 1,6 то 5,0%) зиёд гардид [3-М, 9-М, 20-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

Ба роҳбарони муассисаҳои кумаки таваллудкунии вилояти Хатлон:

1. Мунтазам гузаронидани мониторинги иҷроии ҳуҷҷати меъёрии «Дар бораи Тартиби ба занҳо расонидани кумаки тиббӣ дар давраи ҳомиладорӣ, таваллуд ва баъди таваллуд дар ташкилотҳои низоми давлатии тандурустӣ» (қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 545 аз 30.12.2021 сол).

2. Тақвият бахшидани робитаи ҳамкорӣ байни МП, МСР ва муассисаҳои кумаки таваллудкунии сатҳҳои 1 ва 2 бо тавачҷӯҳ ба минтақаҳои душворгузар.

3. Таъмин намудани муассисаҳои кумаки таваллудкунӣ, аз ҷумла МП ш.Кӯлоб бо захираи катҳо ва мутахассисон, тибқи тавсияҳои ВТ ва ҲИА ҶТ.

4. Мусоидат намудан ба воридсозии технологияҳои инноватсионӣ дар муассисаҳои

кумаки таваллудкунӣ барои беҳтар намудани кумаки тиббӣ ва баланд бардоштани сифати хизматрасонии тиббӣ.

Ба роҳбарони марказҳои перинаталӣ:

1. Ташкил намудани мониторинги перинаталии ҳомилагии физиологӣ ва патологӣ бо мақсади такмили механизми равнасосиҳои перинаталӣ дар системаи сесатҳии кумаки таваллудӣ бо назардошти омилҳои хавф, хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ, ҳолати ҷанин ва муҳлати таваллудкунонӣ.
2. Таъмин додани ҷамоҳангсозӣ ва сарпарастӣ байни муассисаҳои кумаки таваллудии вилоят ва Пажӯҳишгоҳи АГ ва П, гузаронидани аудити акушерӣ ва перинаталӣ барои муайян намудани имкониятҳои аз дастрафта; таъмин намудани машварати мутахассисони соҳавӣ дар маркази омӯзишӣ.
3. Таъмин намудани таълими доимии мутахассисон оид ба машваратдиҳӣ ва расонидани ёрии фаврии акушерӣ мутобиқи протоколҳои клиникӣ ва стандартҳои миллӣ дар заминаи МП аз ҷониби омӯзгорони кафедраҳои таҳсилоти то- ва баъдидипломӣ бо мақсади такмил додани фаъолияти ҳуди марказ.
4. Мунтазам гузаронидани мониторинги истифодабарии феҳристи электронии занони ҳомила бо мақсади васеъ намудани дастрасӣ ба хизматрасониҳои тиббӣ ва такмили низоми равнасосиҳои перинаталӣ.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М]. Юнусова Д.З. Таҳлили сифати расонидани ёрии тиббӣ ба занони ҳомила, таваллудкунанда ва таваллудкардаи гирифтори оризаи хунравии акушерӣ [Текст] / С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, Ш.М. Курбанов, Р.А.Абдуллаева//Авҷи Зухал. -2021(3).-С.16-21.

[2-М]. 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-М]. 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-М]. 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-М]. Юнусова, Д.З. Динамика и структура ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных в Республике Таджикистан [Текст]/ /С.М. Мухамадиева, Б.Т. Мирзабекова, Д.З. Юнусова// Вестник Академии медицинских наук. -2023-С.40-46.

[6-М]. 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-М]. 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.

Мақола ва фишурдаҳо дар маҷаллаҳо, маҷмуаи анҷуман ва конференсияҳо

[8-М]. 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-М]. 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-М]. 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-М]. 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-М]. Юнусова, Д.З. Оценка комплексной и базовой неотложной акушерской и неонатальной помощи (КНАНП и БНАНП) [Текст]/Д.З. Юнусова, Б.Т. Мирзабекова, Ш. К. Шакарлова //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-М]. 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- С 36-37.

[14-М]. 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-М]. 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-М]. Юнусова, Д.З. Анализ значимых факторов перинатального центра г. Куляб 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 ИПОвСЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения»-Душанбе-2022. - С. 49-50.

[17-М]. 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 ежегодичной XXVIII научно- практической конференции с международным участием ГОУ ИПОСЗРТ «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения»-Душанбе-2022. - С.24-25.

[18-М]. 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-М]. Юнусова, Д.З. Этапы внедрения клинического протокола «Венозные тромбозоболоческие 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-М]. 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-М]. 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-М]. 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 ежегодичной 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.

Пешниҳоди ратсионализаторӣ

1. Юнусова, Д.З. Способ сбора данных для электронного регистра перинатальных направлений/перенаправлений [Текст]/С.М. Мухамадиева, Д.З. Юнусова, Б.Т. Мирзабекова, А.А. Сулаймонов, Д.Ш.Курбанов// Рационализаторское предложение от 04.02. 2023г) – г. Душанбе. - 2023г.

Номгӯи ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ

ХА	- хунравии акушерӣ
КЗФАН	- кумаки заминавии фаврии акушерӣ – неонатологӣ
СЧТ	- Созмони Ҷаҳонии Тандурустӣ
ДТБКСТ ЧТ	- Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон
ПАГ ва П	- Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ
МСШ	- маркази саломатии шахрӣ
БС	- бунгоҳи саломатӣ
ТВРОНТ	- то таваллуд рехтани обҳои наздитифлӣ
ҲНӢ	- ҳолати норасогии йод
БҚ	- буриши қайсарӣ
ВТ ва ҲИА ЧТ	- Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
ФМ	- фавти модарӣ
КФА	- кумаки фаврии акушерӣ
ММСР	- Маркази миллии солимии репродуктивӣ
ШОҶ	- шуъбаи оризаҳои ҳомиладорӣ
ФП	- фавти перинаталӣ
МП	- Маркази перинаталӣ
ХП	- хунравии пас аз таваллудӣ
КАТС	- кумаки аввалияи тиббию санитарӣ
БЧМДЧ	- барвақт ҷудошавии машинаи дуруст ҷойгиршуда
ПМ	- пешомади машина
ТП	- таваллуди пешазмуҳлат
ФБН	- фавти барвақти неонаталӣ
БМД	- беморхонаи минтақавии деҳотӣ
МСД	- маркази саломатии деҳотӣ
ПВ	- преэклампсияи вазнин
ТЭШШ	- тромбоемболияи шараёни шушӣ
БМН	- беморхонаи марказии ноҳия
БҒГ	- бемориҳои ғайригениталӣ
ЭОН	- эмболия бо обҳои наздитифлӣ
ЭП	- эклампсия

Аннотация Юнусова Дилрабо Зокирджоновна

Оптимизация системы направлений/ перенаправлений в период регионализации перинатальной помощи в Хатлонской области

Ключевые слова: регионализация, направление, материнская смертность, перинатальная смертность, перинатальный центр, электронный регистр беременных

Цель работы. Изучить состояние службы родовспоможения в Хатлонской области в период регионализации перинатальной помощи и разработать предложения по оптимизации системы перинатальных направлений.

Материал и методы исследования. Сборники республиканского центра медицинской статистики и информации МЗСЗНРТ, форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным» (2015-2022гг), медицинская документация 156 случаев МС во время КОВИД 19 и постковидный период и 228 - РНС, отчеты ПЦ г. Куляб до и в период его функционирования (2017 - 2023гг). Картографическое исследование труднодоступных населенных пунктов и 5 СУБ в районе Ш. Шохин (2021г.), анкетирование матерей (120) и медработников (194), вовлеченных в перинатальные направления. Разработка компьютерной программы для ввода данных в электронный регистр беременных. Статистическая обработка материала с использованием программы «Statistica 10» (Stat Soft Ins., США).

Полученные результаты и их новизна. Впервые в Таджикистане проанализирована система регионализации перинатальной помощи на примере Хатлонской области. Изучены медико-демографические показатели, характеризующие службу родовспоможения региона. Выявлены медико-социальные и организационные проблемы МС во время КОВИД-19 и в постковидный период; установлены факторы, влияющие на РНС в стационаре третьего уровня; определены резервы повышения качества медицинских услуг в снижении репродуктивных потерь. Дана оценка деятельности ПЦ г. Куляб, как эффективно действующего самостоятельного учреждения в трехуровневой системе Хатлонской области. Выявлены территориальные и организационные проблемы в труднодоступных регионах, влияющие на механизм перинатальных направлений и качество медицинских услуг. Доказана эффективность электронного регистра беременных в улучшении механизма перинатальных направлений в системе регионализации перинатальной помощи.

Рекомендация по использованию. Внедрение инновационных технологий (электронный регистр) в родовспомогательные учреждения труднодоступных регионов страны позволит повысить активность медицинской помощи и улучшить механизм перинатальных направлений в трехуровневой системе родовспоможения, снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.

Область применения: общественное здравоохранение, акушерства и гинекология, семейная медицина.

Аннотатсия

Юнусова Дилрабо Зокирчонова

Оптимизатсияи системаи фиристодан/бозфиристӣ дар давраи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ дар вилояти Хатлон

Калимаҳои калидӣ: минтақавӣ кардан, самт, фавти модарӣ, фавти перинаталӣ, маркази перинаталӣ, регистри электронии занони ҳомила.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши вазъи фаъолияти муассисаҳои кумаки таваллудкунӣ дар вилояти Хатлон, дар давраи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ ва таҳияи пешниҳодот оид ба оптимизатсияи системаи фиристодан/бозфиристии перинаталӣ.

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Таҳлили маҷмуаҳои оморӣ ҳамасолаи Маркази ҷумҳуриявӣ омор ва иттилооти тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва шакли №32 «Маълумот оид ба кумаки тиббӣ ба занони ҳомила, баъд аз таваллуд ва навзодон» (солҳои 2015-2022). Таҳқиқоти ретроспективии клиникӣ – омории ҳуччатҳои аввалияи тиббии 156 ҳодисаи фавти модарон, 228 - фавти барвақтии неонаталӣ маҳал дар муассисаи статсионари сатҳи сеюм, таҳлили сифатӣ ва миқдорӣ фаъолияти Маркази перинаталӣ ш.Кӯлоби вилояти Хатлон дар давраи то фаъолият ва дар давраи фаъолият (солҳои 2017- 2023); таҳқиқоти картографии нуқтаҳои аҳолинишин ва 5 муассисаи тиббии дастрасиаш душвори ноҳияи Ш. Шохин, пурсиши анонимии 120 нафар модарон ва 194 нафар мутахассисон, ки ба равносозӣҳои перинаталӣ ҷалб шудаанд. Таҳияи барномаи компютерӣ барои ворид намудани маълумотҳо ба регистри электронии занони ҳомила. Барои коркарди мавод барномаи «Statistica 10» (Stat Soft Ins., ИМА) истифода бурда шуд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағмиҳо. Аввалин маротиба дар Тоҷикистон системаи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ дар мисоли вилояти Хатлон таҳлил карда шуд. Нишондодҳои тиббӣ – демографӣ, ки муассисаҳои кумаки таваллудкунӣ минтақаро тавсиф менамоянд, омӯхта шуд. Мушкилотҳои тиббӣ – иҷтимоӣ ва ташкилии фавти модарон дар давраи COVID-19 ва баъд аз он муайян карда шуд; омилҳои ба фавти барвақтии неонаталӣ дар муассисаҳои сатҳи сеюм таъсиррасонанда муқаррар карда шуд; захираи баланд бардоштани сифати хизматрасонии тиббӣ ва коҳиш додани талафотҳои репродуктивӣ муайян карда шуд.

Ба фаъолияти Маркази перинаталӣ ш.Кӯлоб, ҳамчун муассисаи мустақили самаранок фаъолияткунандаи сатҳи сеюми вилояти Хатлон баҳо дода шуд. Дар минтақаҳои дастрасиаш душвор мушкилотҳои минтақавӣ ва ташкилӣ муайян карда шуданд, ки ба механизми фиристодан/бозфиристии перинаталӣ ва сифати кумаки тиббӣ таъсир мерасонанд. Самаранокии регистри электронии занони ҳомила дар беҳтарсозии механизми фиристодан/бозфиристии перинаталӣ дар системаи минтақавӣ кардани кумаки перинаталӣ, исбот карда шуд.

Тавсияҳо барои истифода. Ворид намудани технологияи инноватсионӣ (регистраи электронӣ) дар муассисаҳои кумаки таваллудкунӣ минтақаҳои дастрасиаш душвори ҷумҳурӣ имкон медиҳад, ки хизматрасонии тиббӣ баланд бардошта шавад, механизми фиристодан/бозфиристии перинаталӣ дар системаи сесатҳии кумаки таваллудкунӣ беҳтар гардад, беморшавӣ ва фавти перинаталӣ коҳиш дода шавад.

Соҳаи истифодабарӣ: тандурустии ҷамъиятӣ, соҳаи акушерӣ ва гинекологӣ, тибби оилавӣ.

ANNOTATION

Yunusova Dilrabo Zokirjonovna

Optimization of the referral system during the period of regionalization of perinatal care in the Khatlon region.

Keywords: regionalization, referral, maternal mortality, perinatal mortality, perinatal center, electronic registry of pregnant women.

The purpose of the study. To analyze the state of the obstetric service in Khatlon region during the period of regionalization of perinatal care and to develop proposals for optimizing the system of perinatal referrals.

Research methods. Collections of the Republican Center for Medical Statistics and Information of the Ministry of Health, Social Protection and Health of the Republic of Tajikistan, form No. 32 "Information on medical care for pregnant women, women in labor and newborns" (2015-2022), medical documentation of 156 cases of maternal mortality during COVID-19 and the post-COVID period and 228-early neonatal mortality, reports of the Perinatal Center of Kulyab city before and during its operation (2017-2023). Cartographic study of hard-to-reach settlements and 5 rural district hospitals in the Sh. Shokhin district (2021), questionnaires of mothers (120) and health workers (194) involved in perinatal referrals. Development of a computer program for entering data into the electronic register of pregnant women. Statistical data processing using the «Statistica 10» program (StatSoftIns., USA).

The results obtained and their novelty. For the first time in Tajikistan, the system of regionalization of perinatal care was analyzed using the example of the Khatlon region. Medical and demographic indicators characterizing the obstetric services in the region were studied. Medical, social and organizational problems of the maternal mortality during COVID-19 and in the post-COVID period were identified; factors influencing the early neonatal mortality in a third-level hospital were established; reserves for improving the quality of medical services in reducing reproductive losses were identified. Assessment was made of the activities of the Kulob city perinatal center, as an effectively operating independent institution in the three-level system of the Khatlon region. Territorial and organizational problems in hard-to-reach regions that affect the mechanism of perinatal referrals and the quality of medical services have been identified. The effectiveness of the electronic registry of pregnant women in improving the mechanism of perinatal referrals in the system of regionalization of perinatal care has been proven.

Recommendation for use. Introduction of innovative technologies (an electronic registry of pregnant women) in maternity institutions in hard-to-reach regions of the country will increase the medical care activity and improve the mechanism of perinatal referrals in the three-level system of obstetric care, reduce maternal and perinatal morbidity and mortality.

The scope of application: public health, obstetrics and gynecology, family medicine.