

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

ЗЮМРУД ФАИК КЫЗЫ МАХМУДБЕКОВА

**ОБЪЁМ, КАЧЕСТВО И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ
ЖЕНЩИНАМ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ**

3215.01 – акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание учёной степени доктора
философии по медицине**

БАКУ – 2014

Работа выполнена в Азербайджанском Государственном Институте Усовершенствования Врачей им. А. Алиева.

Научный руководитель:

Заслуженный деятель науки,

доктор медицинских наук, профессор

С.Г. Исрафилбеги

Официальные оппоненты:

д.м.н., профессор

Х.Ф. Багирова

к.м.н.

И.И. Алекперова

Ведущее учреждение – Азербайджанский Государственный Научно-Исследовательский Институт Акушерство и гинекологии отделение Акушерство

Защита состоится “_14_” __05__ 2014 года в ___ часов на заседании Диссертационного Совета D 03.011 при Азербайджанском Медицинском Университете

Адрес: AZ 1022, г. Баку, ул. Бакиханова 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского Медицинского Университета

Автореферат разослан «_____» «_____» 2014 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета

D 03.011, д.м.н., проф.

Ибрагимли Ш.Ф.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Благоприятный исход беременности, снижение риска материнской и перинатальной смертности и охрана репродуктивного здоровья значительно зависят от полноценности, своевременности и качества стационарной помощи в различных этапах гестации [Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А., 1997; Триада X, 1998 и др.; ВОЗ. – Женева, 1999; Кулакова В.И., 2000; Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М., 2002; Альбицкий В.Ю., Юсупова А.Н., Шарапова Е.И., Волков И.М., 2004;]. Необходимость стационарной помощи в I-II триместрах гестации часто обуславливается экстрагенитальными патологиями и тяжёлыми формами гестозов [Рыжкова С.Н., Куракбаева Г.К., Задорожный Ю.Н. 2001; Сидорова И.С., 2003; Рюмин И.И., Вартапетова Н.В., Бачи А., Корсунский А.А., Гусарова Г.И., Коробейников Н.П. 2004;]. При этом сохранение беременности и гарантированная безопасность материнства требует специальных условий для полноценной диагностики и квалифицированного лечения [Кулаков В.И., Фролова О.Г., 1997; Шехтман М.М., 1999; Гайдуков С.Н., 2002; Кошелева Н.Г., Плужникова Т.А., 2002; Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М., 2002.; Чернуха Е.А., 2003;]. Эти возможности могут быть созданы только в медицинских учреждениях крупных городов и республиканского центра. Поэтому научно-обоснованная тактика этапной организации стационарной помощи беременным женщинам считается приоритетом организации акушерско-гинекологической службы [Платонова С.Н., 2005; Беглов В.И., 2005 и др.; Орел В.И., 2005; Гамирова Е.В., 2007; Камалов Э.М., 2007; Скляр И.С., 2008].

Азербайджанская Республика по своим медико-демографическим, медико-географическим условиям характеризуется территориальным размещением поселений преимущественно в регионах. В республике, только в городах Гянджа и Сумгаите имеются достаточные возможности для развития современных служб стационарной дородовой помощи. Поэтому преобладающее число стационарной помощи при патологиях, осложняющих беременность и роды, обеспечивается на республиканском уровне, что свидетельствует об актуальности темы данного исследования.

Цель исследования. Получить клиническую характеристику стационарной дородовой и родовспомогательной помощи и обосновать комплекс мер, направленных на оптимизацию её на республиканском уровне.

Задачи исследования.

- Изучить объём и качество стационарной помощи на республиканском уровне при патологиях I-II триместра гестации;
- Оценить объём и качество стационарной помощи на республиканском уровне при патологиях III триместра беременности;
- Получить комплексное сведение об объёме и качестве родовспомогательной помощи на республиканском уровне;
- Обосновать потребность в дородовой и родовспомогательной стационарной помощи на республиканском уровне;
- Разработать рекомендации для совершенствования стационарной помощи беременным женщинам на республиканском уровне.

Научная новизна и теоретическая значимость. Впервые дана комплексная клинико-статистическая характеристика частоты и структура причин дородовой и родовспомогательной стационарной помощи в зависимости от потенциала акушерско-гинекологической службы в регионах страны. Отработана методология оценки качества и эффективности дородовой госпитализации, показана роль акушерских и экстрагенитальных патологий, основных и сопутствующих диагнозов в формировании потребностей в госпитализации и конечных результатов лечебной помощи. Разработана и применена методология изучения нормативов потребностей беременных женщин из регионов с разным потенциалом здравоохранения в дородовой и родовспомогательной стационарной помощи на республиканском уровне.

Научно-практическая значимость. Результаты исследования позволяют определить уровень дородовой и родовспомогательной помощи на республиканском этапе и структуру отделений патологии беременности в родовспомогательных учреждениях. Разработанные критерии качества и эффективности дородовой госпитализации и стационарного родоразрешения на республиканском этапе могут быть использованы в практической деятельности как региональной, так и республиканской службы акушерства и гинекологии. Обоснованные в ходе исследования нормативы потребности в стационарной дородовой и родовспомогательной помощи на республиканском уровне могут быть использованы при разработке перспективных планов развития региональных и республиканских акушерских стационаров.

Внедрение результатов исследования. Полученные результаты и разработанные оценочные критерии используются в работе акушерско-гинекологических служб регионов на республиканского уровне, при подготовке акушер гинекологов и организаторов акушерских служб на курсах постдипломных обучения.

Апробация работы. Основные результаты и положения диссертации доложены и обсуждены на заседаниях общества акушер гинекологов, учёного совета хирургического факультета АзГИУВ им. А.Алиева и медицинского совета республиканской больницы. Апробация работы проведена на Апробационном семинаре при АзГИУВ им. А.Алиева (28 марта 2012 г., протокол №3) по специальности 3215.01 – акушерство и гинекология.

Публикации. По материалам диссертационной работы опубликовано 5 научных журнальных статей, в том числе 2 работы за рубежом и 3 тезиса доклада на республиканской конференции.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 164 страницах, состоит из введения, 7 глав, выводов, практических предложений и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 14 рисунками и 26 таблицами. В указателе использованной литературы 215 источников, из них 10 на азербайджанском языке, 150 на русском и 55 на других иностранных языках.

Основные положения диссертации, вынесенные на защиту:

- Объём и нозологическая структура причин дородовой и родовспомогательной помощи на республиканском уровне зависит от потенциала акушерско-гинекологической службы регионального здравоохранения;
- Эффективность дородовой и родовспомогательной стационарной помощи на республиканском уровне зависит от своевременности, плановости и экстренности, краткости дородовой госпитализации;
- Потребность в стационарной помощи беременных женщин из регионов на республиканском уровне изменчива, зависит от частоты и причин госпитализации, срока лечения и интенсивности лечения;
- Пути совершенствования стационарной помощи беременным женщинам определяются управляемыми факторами и имеются реальные возможности для их внедрения.

Программа, материалы и методы исследования были выбраны в соответствии с целью работы и решаемыми задачами. Программа исследования включала наблюдения в трех направлениях:

Единицей наблюдения при первом направлении исследования являлся случай госпитализации беременной женщины из регионов во всех профильных подразделениях учреждений республиканского уровня. Учетным документом для первичного скрининга явилась карта выбывшего из стационара. Для каждой единицы наблюдения была собрана полная информация о всех диагнозах; срок гестации, осложнения беременности, генитальные и экстрагенитальные заболевания. Все диагнозы были систематизированы как основные и сопутствующие заболевания, кодировка которых проводилась в соответствии с классами, блоками и рубриками международной классификации болезней (МКБ-10), которая была утверждена приказом министерства здравоохранения Азербайджанской Республики утвержденное для статистического анализа причин заболеваемости, смертности и инвалидности.

Административные единицы республиканского подчинения по интегральным критериям (количество врачей акушер-гинекологов и профильных коек и обеспечивать этими ресурсами) потенциала местного здравоохранения были разделены на 4 группы:

- Низкий и очень низкий потенциал (на 10 000 населения имеется менее 2,5 должности врача акушер – гинеколога);
- Средний потенциал (на 10000 населения имеется 2,0-3,0 должности врача акушер-гинеколога);
- Удовлетворительный потенциал (на 10000 населения имеется более 3-х должностей врачей акушер-гинеколога):

На основе анализа истории болезней госпитализированных оценивалось качество лечебно диагностического процесса. Учитывая опыт лечебной помощи в дородовом периоде в других странах лечебная помощь беременным на республиканском уровне была разделена на три группы:

- лечебная программа высокой интенсивности (строгий постельный режим, инфузионная терапия, наблюдение дежурной бригадой врачей акушер-гинекологов и анестезиологов – реаниматологов), которая была назначена сразу при поступлении;
- лечебная программа умеренной интенсивности (плановая этиопатогенетическая терапия, диагностические процедуры для уточ-

нения основного и сопутствующих диагнозов);

- лечебная программа низкой интенсивности (плановые обследования, соблюдение режима, воздержание от медикаментозной терапии).

Второе направление нашего исследования было получение комплексной характеристики случаев рододовой госпитализации в III триместре гестации на республиканском уровне. При этом также единицей наблюдения явился случай госпитализации женщин из регионов в III триместре гестации.

Качество лечебно – диагностического процесса оценивалось как путем экспертной оценки, так и вычислением показателей эффективности лечения (краткость госпитализации, экстренность и плановость доставки на стационарное лечение, преждевременные роды, мертворождаемость).

Третье направление исследования было посвящено оценке объема и качества стационарного этапа родоразрешения на республиканском уровне. Поводом для госпитализации в этом периоде являются роды, но в связи с возникновением проблем во время родоразрешения существует специальная классификация осложнений родов и родоразрешения.

Полученные материалы были использованы для обоснования потребностей в рододовой госпитализации в разные сроки гестации и в стационарной родовспомогательной помощи на республиканском уровне.

Базовой информацией для определения объема потребности явилась фактическая частота госпитализации. Реальная потребность была установлена на основе фактических данных о частоте госпитализации, дополненных экспертной оценкой. Экспертная оценка проводилась с нашим участием специалистами кафедры акушерства и гинекологии Азербайджанского Государственного Института Усовершенствования врачей имени А. Алиева.

ОБЪЕМ И КАЧЕСТВО СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ I-II ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ

Частота рододовой госпитализации на I-II триместре беременности на республиканском уровне зависит от возможностей региональной

акушерско-гинекологической службы и в зависимости от уровня условного показателя потенциала местного здравоохранения (обеспеченность врачами акушер-гинекологами и койками данного профиля) колеблется в пределах от 0,4 до 16,5 в расчете на 100 родов регистрируемых в регионах.

На республиканский уровень беременные меньше всего направляются из городов Гянджа и Сумгаит (где имеются удовлетворительный потенциал акушерской службы), а больше поступает из Апшеронского, Хызинского и Гобустанского районов (где акушерская служба достаточно слаба); обеспеченность населения регионов ресурсами родовспомогательной помощи имеет обратную корреляцию с частотой госпитализации беременных женщин на республиканском уровне ($\rho \geq 0,6$; $P \leq 0,05$).

В настоящее время в республике 8 административных единиц (город и район) имеют удовлетворительный, 19-средний, 10-низкий и 17-очень низкий потенциал местного здравоохранения для дородового обеспечения беременных качественным наблюдением на местах; в этой связи возникают проблемы по своевременному выявлению нуждающихся в дородовой госпитализации, колеблется в пределах от 2 до 46%. При нынешнем уровне потенциала местного здравоохранения считается, что на 100 ожидаемых родов в регионах с очень низким и низким, средним и удовлетворительным потенциалом здравоохранения следует планировать 2,5; 4,5; 7,5; и 10 случаев дородовой госпитализации в республиканских учреждениях.

В I-II триместре гестации ведущими причинами госпитализации на республиканском уровне являются болезни системы кровообращения (30,4±0,9%), анемия (26,4±0,9%), отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства – так называемые гестозы (16,0± 0,8%). Доля кровотечений в ранние сроки беременности (4,0± 0,4%), чрезмерной рвоты (1,7±0,3%), венозных осложнений (2,6±0,3%), инфекций мочеполовых путей (4,0±0,4%), сахарного диабета (0,5±0,1%), туберкулеза (1,8±0,3%), вирусного гепатита (1,9±0,3%), других вирусных болезней (3,2±0,4%), болезней щитовидной железы (2,2±0,3%), психических расстройств и болезней нервной системы (2,1±0,3%) и прочих патологий (3,2±0,4%), осложнивших беременность, относительно мала. Структура причин госпитализации на республиканском уровне в I-II триместре гестации изменчива в зависимости от потенциала местного здравоохранения.

Среди госпитализированных доля женщин со сроком гестации до 12 недель очень низка ($3,3 \pm 0,7\%$). Преобладающее большинство беременных из регионов с удовлетворительным потенциалом здравоохранения были госпитализированы по направлениям местных врачей ($91,1 \pm 3,2\%$). Из регионов с низким и очень низким потенциалом здравоохранения большая часть беременных была госпитализирована ($50,5 \pm 2,4\%$) без направления местных служб здравоохранения.

Клиническая характеристика и тактика лечения при госпитализации в I-II триместре существенно зависит от сопутствующих патологий, частота которых у госпитализированных из регионов с низким и очень низким, средним и удовлетворительным потенциалом здравоохранения составляет 2,89; 2,45 и 2,17 в расчете на одну женщину. Наиболее частными сопутствующими патологиями являются болезни органов пищеварения (за счет кариеса зубов), дыхания (за счет болезней верхних дыхательных путей), системы кровообращения (за счет сосудистых дистонии, артериальной гипертензии и гипотонии, венозных осложнений), крови (за счет анемии). Частота и структура сопутствующих заболеваний у беременных зависит от регионов страны, которые имеют разный уровень потенциала здравоохранения.

При госпитализации в I-II триместре гестации основная цель - сохранение беременности не удается в $9,9 \pm 0,6\%$ случаях; доля случаев прерывания беременности зависит от причин госпитализации, минимальна при анемиях ($0,8 \pm 0,4\%$), максимальна при кровотечениях в ранние сроки беременности ($42,4 \pm 5,0\%$); региональное различие этого показателя существенно ($P < 0,05$) только по риску прерывания беременности при кровотечениях в ранние сроки гестации (при низком и очень низком, среднем и удовлетворительном потенциале местного здравоохранения: $51,1 \pm 7,5$; $35,2 \pm 6,5$ и $42,4 \pm 5,0\%$).

Лечебная программа при дородовой госпитализации в I-II триместре гестации состоит в основном из этиопатогенетической терапии, соблюдения режима и динамического врачебного наблюдения. В зависимости от соотношения этих элементов можно различать терапию высокой и умеренной интенсивности. Критериями терапии высокой интенсивности явились: необходимость круглосуточного наблюдения акушер-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога; строгость соблюдения постельного режима; инфузионная терапия и другие виды терапии по необходимости. Доля беременных охваченных терапией высокой интенсивности колебалась в пределах от $19,8 \pm 2,0\%$ (у женщин из регионов с низким и очень низким потенциалом здравоохра-

нения) – $13,8 \pm 2,1\%$ (у женщин из регионов со средним и удовлетворительным потенциалом здравоохранения) при анемиях, осложнивших беременность, до 100% (у женщин из всех регионов) при чрезмерной рвоте. Необходимость терапии высокой интенсивности чаще обуславливается гестозами ($81,2 \pm 2,4$ и $7,9 \pm 3,4\%$), кровотечениями в ранние сроки беременности ($82,1 \pm 5,1$ и $77,8 \pm 5,7\%$).

Доля неэффективных случаев стационарного лечения в I-II триместре гестации (прерывание беременности, отсутствие стойкого улучшения состояния) колебалась в пределах от $2,1 \pm 0,7\%$ (при анемии у беременных из регионов с низким и очень низким потенциалом здравоохранения) до $51,1 \pm 7,5\%$ (при кровотечениях в ранние сроки беременности у женщин из регионов с низким и очень низким потенциалом здравоохранения) и зависит от причин – нозологических форм для госпитализации.

ОБЪЁМ И КАЧЕСТВО СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ III ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ

На основе характеристики объема и качества стационарной помощи на республиканском уровне при патологиях III триместра гестации можно прийти к заключениям:

– На 100 родов в регионах приходится 2,38 случаев госпитализации на республиканском уровне при III триместре гестации. Величина этого показателя по регионам с низким и очень низким, средним и удовлетворительным потенциалом здравоохранения составляла 3,46; 1,94 и 0,7. Наиболее частыми причинами госпитализации являются гестозы (0,7), инфекции мочеполовых путей (0,54), медицинская помощь в связи с неправильным предлежанием плода (0,44) и патологиями плода (0,2), ложные схватки (0,22), многоводие и другие нарушения со стороны амниотической жидкости (0,18);

– У госпитализированных женщин в III триместре гестации часто имеется сопутствующая патология. В зависимости от акушерского диагноза частота сопутствующих заболеваний (на 1000 женщин с сопутствующим диагнозом) колеблется в пределах от $1137,4\%$ (у женщин, госпитализированных в связи с неправильном предлежанием плода) до $3335,0\%$ (у женщин, госпитализированных в связи с патологиями плода). В III триместре также часто встречаются анемия и болезни системы кровообращения в качестве сопутствующих патологий;

– При госпитализации в III триместре гестации проводится терапия высокой, умеренной и низкой интенсивности соответственно в $26,3 \pm 0,9$; $48,9 \pm 1,0$ и $24,8 \pm 0,9\%$ случаях. Терапия высокой интенсивности часто применяется при гестозах ($54,5 \pm 1,8\%$), ложных схватках ($50,4 \pm 3,2\%$) и плацентарных нарушениях ($37,3 \pm 4,8\%$);

– Критериями эффективности стационарной помощи в III триместре гестации являются частота повторных случаев госпитализации, преждевременных родов и мертворождаемости. Уровень этих показателей может измениться в зависимости от характера госпитализации (плановость и экстренность стационарной помощи);

– Из-за недостаточной эффективности стационарной помощи из числа госпитализированных женщин на республиканском уровне $7,3 \pm 0,6\%$ двукратно, $2,6 \pm 0,3\%$ трехкратно и более раз госпитализируется в III триместре гестации. Доля многократных случаев госпитализации зависит от клинических поводов стационарной помощи, которая составляла $6,5\%$ при гестозах, $4,8\%$ при инфекциях мочеполовых путей, $40,3\%$ при патологиях плода, $17,2\%$ при многоводии и других нарушениях со стороны амниотической жидкости и плодных оболочек, $29,9\%$ при плацентарных нарушениях и предлежании плаценты, $14,0\%$ при ложных схватках;

– Из всех случаев госпитализации на республиканском уровне в III триместре гестации среди женщин из регионов с низким и очень низким, средним и удовлетворительным потенциалом местного здравоохранения соответственно $20,7 \pm 1,0$; $13,5 \pm 1,3$ и $7,4 \pm 2,1\%$ были доставлены по экстренным показаниям. Вероятность экстренной госпитализации зависит от регионов проживания беременных и патологий, осложняющих беременность. Экстренная госпитализация у контингента из регионов с низким и очень низким потенциалом здравоохранения значительно часто наблюдается при патологиях плода ($36,8 \pm 4,5\%$), ложных схваток ($34,0 \pm 3,9\%$), плацентарных нарушениях и предлежании плаценты ($29,4 \pm 5,5\%$);

– Преждевременные роды, как критерий недостаточной эффективности стационарной помощи в III триместре беременности, среди женщин из регионов с низким и очень низким, средним и удовлетворительным потенциалом местного здравоохранения встречались с частотой $19,5 \pm 0,96$; $15,4 \pm 1,38$ и $12,3 \pm 2,58\%$. Максимальный риск преждевременных родов отмечался при ложных схватках ($26,7 \pm 3,61$;

16,7±4,22 и 16,7±10,76%) и патологиях плода (20,6±3,46; 18,8±4,88 и 16,7±15,22%);

– Частота мертворождаемости в III триместре гестации у госпитализированных женщин на республиканском уровне в зависимости от потенциала местного здравоохранения составляла 2,0±0,34; 1,2±0,41 и 0,6±0,6%.

ОБЪЕМ И КАЧЕСТВО РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ

С целью родовспомогательной помощи 3,96% беременных из регионов страны госпитализируется на республиканском уровне, величина показателя зависит от потенциала местного здравоохранения, которая колеблется в пределах от 0,06% (регионы с удовлетворительным потенциалом здравоохранения) до 5,31% (регионы с низким и очень низким потенциалом здравоохранения). Сравнительно частая госпитализация на республиканском уровне для родоразрешения из регионов с низким и очень низким потенциалом здравоохранения обусловлена необходимостью родоразрешения посредством кесарева сечения (0,86%);

При родоразрешении на республиканском уровне на 1000 родов приходится 1058,3 осложнений, в том числе 66,1±3,8 преждевременные роды, 77,7±4,1 нарушения родовой деятельности, 20,5±6,2 затрудненные роды вследствие неправильного положения и предлежания плода, 53,4±3,5 затыжные роды, 75,6±4,1 другие затрудненные роды, 70,9±3,9 кровотечения во время родов, 50,8±3,4 патологические состояния пуповины, 73,5±4,0 послеродовые кровотечения;

70,4% рожениц до родоразрешения получали стационарное дородовое лечение на республиканском уровне и 29,6% были без предварительной дородовой госпитализации. Структура способов родоразрешения в этих группах была различной: соответственно роды завершились: 78,23±0,76 и 81,60±1,04% случаях самопроизвольно, 13,22±0,62 и 10,28±0,86% случаях посредством кесарева сечения, 8,21±0,42 и 7,73±0,72% случаях применением различных акушерских пособий;

Перинатальная смертность у рожениц из регионов с низким и очень низким, средним и удовлетворительным потенциалом местного здравоохранения при родоразрешении на республиканском уровне была различной и составляла 2,52±0,35; 1,70±0,34% при самопроиз-

вольных родоразрешениях, $2,86 \pm 0,81$ и $1,92 \pm 1,34\%$ при родоразрешениях посредством кесарева сечения.

Эффективность родовспомогательной помощи на республиканском уровне зависит от качества дородового наблюдения в регионах.

ПОТРЕБНОСТЬ В ДОРОДОВОЙ И РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ

Потребность в стационарной помощи во время беременности и родов формируется в связи с акушерскими и перинатальными патологиями, экстрагенитальными заболеваниями, а также процессами родоразрешения. Причины госпитализации в зависимости от срока гестации изменяются.

Расчеты показали, что ежегодно на 1000 родов в регионах регистрируются $47,4 \pm 0,7$ случаев дородовой госпитализации в учреждениях республиканского уровня. Причем $47,7\%$ из этих случаев приходится на I – II триместре гестации. В регионах с разным уровнем кадрового потенциала здравоохранения частота направления женщин на республиканский уровень друг от друга отличалась существенно. Так, например, в районах республиканского подчинения, где обеспеченность врачами меньше 15 должностей (на 10 тыс. населения) – регионы с низким и очень низким кадровым потенциалом здравоохранения величина этого показателя составляла $64,8 \pm 1,1$ на 1000 родов и более чем в 3 раза превышала таковую ($16,8 \pm 0,9$ на 1000 родов) в регионах с удовлетворительным (обеспеченность врачами больше 25 на 10 тыс. населения) кадровым потенциалом. Доля случаев госпитализации в I – II триместре гестации по этим регионам (46,2 и 58,8%) также была разной. Регионы с удовлетворительным кадровым потенциалом отличались тем, что они относительно больше госпитализировали в республиканском уровне в I – II триместре гестации, что свидетельствует о раннем выявляемости показаний для стационарного лечения.

Итоговая частота госпитализации на республиканском уровне существенно была высока в регионах с низким и очень низким потенциалом здравоохранения ($117,5 \pm 1,45\%$), которая превышала таковую в регионах со средним ($83,9 \pm 1,47\%$) и удовлетворительным ($25,8 \pm 1,04\%$) потенциалом здравоохранения. Доля случаев госпитализации в I – II и III триместре гестации, в периоде родов в регионах с низким и очень низким (25,4; 29,5 и 45,1%), со средним (28,0; 23,1 и 48,9%) и

удовлетворительным (37,9; 27,1 и 35,0%) потенциалом здравоохранения также друг от друга отличается.

Принимая во внимание существенность различия частоты и структуры госпитализации на республиканском уровне по этапам гестации для контингента из разных регионов страны для удовлетворения существующей потребности необходим дифференцированный подход. При этом сроки лечения также разные. Поэтому итоговый показатель срока лечения изменяется непропорционально в зависимости от потенциала местного здравоохранения. Итоговый средний срок лечения беременных рожениц и родильниц из регионов на республиканском уровне составляет $10 \pm 0,14$ дней. Величина показателя для контингента из регионов с низким и очень низким, средним и удовлетворительным потенциалом местного здравоохранения соответственно составляла: $10,8 \pm 0,19$; $8,8 \pm 0,20$ и $9,1 \pm 0,18$ дней ($P < 0,05$).

Учитывая заданную плановую величину средней занятости коек нормативное количество коек для полного удовлетворения потребностей женщин в госпитализации на республиканском уровне в связи с патологиями беременности, родов и послеродового периода будет составлять 2,9 коек в расчете на 1000 родов в регионах страны. С учетом экспертных рекомендаций было установлено, что на 1000 родов в регионах с низким и очень низким, средним потенциалом местного здравоохранения дополнительно следует планировать соответственно $6,4 \pm 0,36$ и $2,9 \pm 0,28$ случаев дородовой госпитализации.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ

Существующая практика с дородовой госпитализацией имеет ряд дефектов, которые снижают ожидаемую эффективность лечения на республиканском уровне. Наиболее существенными дефектами организации дородовой госпитализации на республиканском уровне при I-II триместре гестации явились:

- Несвоевременность $78 \pm 1,3\%$ случаев госпитализации;
- Низкий уровень качества до госпитального обследования во всех случаях;
- Недостаточный объем отбора для дородовой госпитализации (20% беременных с выраженными формами заболеваний системы кровообращения при наличии явных показаний для госпитализации не были госпитализированы);

– Фактическая госпитализации при анемии, осложнившие беременность более чем в 2 раза ее необходимого объема;

– Применение терапии высокой интенсивности при отсутствии прямых показаний в 19,5% случаях.

Характер и тяжесть патологий у беременных на фоне выше отмеченных дефектов в организации врачебного наблюдения и дородовой госпитализации ассоциируется следующими негативными результатами:

– Из регионов с очень низким и низким, средним и удовлетворительным потенциалом местного здравоохранения на республиканском этапе госпитализации в I-II триместре гестации у $9,0 \pm 0,9$ и $10,5 \pm 0,8\%$ беременных не удается сохранить беременность, частота этого показателя значительно больше при кровотечениях в ранние сроки беременности (35,2-51,1%), чрезмерной рвоте (23,5-32,0%), туберкулезе (12,5-18,5%), и заболеваниях системы кровообращения (14,8-16,9%);

– Доля неэффективных случаев дородовой госпитализации в зависимости от поводов стационарного лечения и региона поступления колебалась в пределах от 1,8% (при анемии) до 51,1% (при кровотечениях в ранние сроки беременности).

Эти факты убедительно показывают, что существующая практика дородовой госпитализации в I-II триместре гестации не оптимальна и нуждается в серьезных переменах, программа которых может быть основана на выявленные дефекты и их тяжелые последствия. В первую очередь в регионах следует обеспечить раннее наблюдение за беременными женщинами. При этом максимально следует использовать местные ресурсы здравоохранения для обследования беременных, недостающая часть необходимого объема обследований и консультаций должна быть удовлетворена на республиканском уровне. Для эффективной преемственности в акушерско-гинекологической помощи необходимо привлечение специалистов республиканского уровня путем обеспечения регулярной плановой выездной консультативной помощи на базе центральных районных больниц.

Анализ объема и качество стационарной помощи на III триместре гестации позволяет выявить дополнительные дефекты в организации лечения и предложить рекомендации для его совершенствования:

– Республиканский этап госпитализации при адекватности динамического наблюдения беременных в регионах должен быть в основном плановым. Фактически $20,7 \pm 1,0\%$ всех госпитализированных,

в том числе $34,0 \pm 3,9\%$ при ложных схватках, $36,8 \pm 4,5\%$ при патологических состояниях плода, из регионов с низким потенциалом здравоохранения поступают на стационарное лечение на республиканском уровне по экстренным показаниям, что существенно затрудняет лечебный процесс и снижает эффективность лечения. Следовательно, в регионах следует усилить систему динамического наблюдения и минимизировать необходимость экстренной госпитализации.

ВЫВОДЫ

1. Стационарная помощь беременным женщинам состоит из дородовой госпитализации и стационарного родоразрешения, частота которой (в расчете на 1000 родов) составляет $87,0 \pm 0,86\%$ на республиканском уровне, зависит от потенциала местной акушер – гинекологической службы и колеблется в пределах от $25,8 \pm 1,04\%$ в регионах с удовлетворительным, до $117,5 \pm 1,45\%$ с низким потенциалом здравоохранения.

2. В I-II триместре гестации частота дородовой госпитализации из регионов с очень низким, низким, средним и удовлетворительным потенциалом здравоохранения составляет 1,3; 2,0; 3,1 и 8,5 случаев на 100 родов, ведущими причинами которой являются болезни системы кровообращения ($30,4 \pm 0,9\%$), анемия ($26,4 \pm 0,9\%$), гестозы ($16,0 \pm 0,8\%$), кровотечения в ранние сроки беременности ($4,0 \pm 0,4\%$), инфекции мочеполовых путей ($4,0 \pm 0,4\%$) и прочие патологии. У госпитализированных из регионов с низким и очень низким, средним и удовлетворительным потенциалом здравоохранения на одну женщину приходится соответственно 2,89; 2,45 и 2,17 сопутствующих заболеваний, среди которых преобладают болезни органов пищеварения (включая патологии зубов), дыхания, системы кровообращения, крови.

3. В III триместре гестации частота дородовой госпитализации из регионов с очень низким, низким, средним и удовлетворительным потенциалом здравоохранения соответственно составляет 3,46; 1,94 и 0,7 случаев на 100 родов, ведущими причинами которой являются гестозы, инфекции мочеполовых путей, неправильное предлежание и патологии плода, многоводие и другие нарушения со стороны амниотической жидкости плацентарные нарушения и предлежание плаценты, ложные схватки и ассоциируется несколькими сопутствующими заболеваниями (1,1-3,3 заболевания на одну женщину).

4. Родоразрешения $3,96\%$ беременных из регионов республики (в том числе из регионов с очень низким и низким, средним и удовле-

творительным потенциалом здравоохранения 5,31; 1,06 и 0,62%) обеспечиваются на республиканском уровне, которые ассоциируются преждевременными родами (66,1±3,8‰), нарушениями родовой деятельности (77,7±4,1‰), затяжными (53,4±3,5‰) и затрудненными родами (280,6±6,71‰), кровотечениями (70,9±3,9‰), дистрессом плода (18,7±2,1‰), патологиями пуповины (50,8±3,4‰) и осуществляются в 12,35±0,50% случаях кесаревым сечением, 8,07±0,41% случаях различными акушерскими пособиями.

5. Терапия высокой интенсивности (соблюдение постельного режима, инфузионная терапия под постоянным наблюдением акушер-гинеколога и реаниматолога) необходима при дородовой госпитализации в зависимости от состояния здоровья у 19,8±2,0 – 100,0% беременных в I-II триместре, 10,7±2,1-54,5± 1,8% беременных в III триместре гестации. Частота назначения терапии высокой интенсивности изменяется в зависимости от срока гестации, основного и сопутствующего заболевания, региона доставки на госпитализацию.

6. Основными критериями качества и эффективности стационарной помощи беременным женщинам являются снижение частоты прерывания беременности в I-II триместре, мертворождаемости, перинатальной смертности, краткости дородовой госпитализации. В зависимости от основной и сопутствующей патологии у беременных, регионов их доставки, экстренности и плановости госпитализации пределы колебания составляет: 0,7-51,1% для частоты прерывания беременности в I-II триместре гестации, 0,8-3,6% для частоты мертворождаемости, 0,34-15,0% для частоты перинатальной смертности.

7. Экспертной оценкой установленная частота госпитализации, на республиканском уровне в связи с беременностью, родами и послеродовыми проблемами в зависимости от потенциала местного здравоохранения колеблется в пределах 25,8±1,04 – 123,9±1,49 на 1000 родов, средние сроки лечения соответственно составляет 8,8±0,2-10,8± 0,19 дней, удовлетворение которой требует планирование 3,0 койки в расчете на 1000 случаев родов в регионах.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Планирование объема и структуры стационарной помощи беременным женщинам на республиканском уровне рекомендуется осуществлять с учетом потенциала местной акушерско-гинекологической службы;

2. Своевременное и плановое направление беременных из регионов на республиканский уровень для госпитализации;
3. Широкое применение терапии высокой интенсивности при дородовой госпитализации;
4. Каждый случай повторной дородовой госпитализации следует рассматривать как чрезвычайное событие и с участием высококвалифицированных специалистов проводить экспертную оценку и разрабатывать адекватное мероприятие.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Махмудбекова З. Ф. Нозологическая структура причин стационарной помощи беременным женщинам (I и II триместр) из регионов на республиканском уровне // Журнал “Sağlamlıq”, Баку, 2009.– ISBN №-5-80-35-0168-а стр. стр. 47-50.
2. Махмудбекова З.Ф. Региональные особенности частоты госпитализации беременных женщин (I и II триместр гестации) на республиканском уровне // Журнал “Azərbaycan Tibb Jurnalı” ATİ, Баку, 2010. №2 118-121.
3. Махмудбекова З.Ф. Потребность дородовой стационарной помощи на республиканском уровне // Журнал “Azərbaycan Tibb Jurnalı”– Баку, 2010. №1. стр. 143-146.
4. Махмудбекова З. Ф. Региональные особенности частоты родовспомогательной стационарной помощи на республиканском уровне // Журнал “Проблемы управления Здравоохранения”, Москва, 2010. №1 (50) – стр. 54-57.
5. Махмудбекова З. Ф. О частоте акушерской (III триместр гестации) стационарной дородовой помощи на республиканском уровне // Журнал “Экономика Здравоохранения”. Москва, 2010. №2 (101). стр. 76-79.
6. Махмудбекова З. Ф. Организационные аспекты дородовой стационарной помощи на республиканском уровне // Материалы Международной Научной Конференции, посвященной 80-летию Азербайджанского Медицинского Университета. Баку, 2010. стр. 150
7. Махмудбекова З.Ф. Пути совершенствования стационарной помощи беременным женщинам на республиканском уровне. Ə. Əliyevin 115 illiyinə həsr olunmuş elmi konfransın məcmuəsi. Bakı, 2012, s.339-344.
8. Махмудбекова З.Ф. Основания потребности в дородовой и родовспомогательной помощи на республиканском уровне / Prof. Ə.N.Hüseynovun 110 illik yubileyinə həsr olunmuş “Mamalıq, ginekologiya, perinatologiya patologiyaların bəzi məsələləri” mövzusunda respublika elmi-praktik konfransın məqalələr toplusu. Bakı, 2010. s. 16-22

ZÜMRÜD FAİQ qızı MAHMUDBƏYOVA

RESPUBLİKA SƏVIYYƏSİNDƏ HAMİLƏ QADINLARA STASİONAR YARDIMININ HƏCMI VƏ KEYFİYYƏTİNİN TƏKMİLLƏŞDİRİLMƏSİ YOLLARI

XÜLASƏ

Tədqiqat işi ölkədə ana və uşaqların müdafiəsini gücləndirmək məqsədi ilə regionlarda hamilə qadınların doğuşqabağı və doğuş zamanı respublikanın mərkəzi klinikalarında müalicəsinin optimallaşdırılması yollarına həsr olunmuşdur. Regional səhiyyənin imkanlarından asılı hamilə, doğan və zahı qadınların respublika klinikalarında müalicə yardımına tələbatının öyrənilməsi əsasında müvafiq normativlər verilmişdir.

Müəyyən olunmuşdur ki, hamiləliyin I-II trimestrində respublika səviyyəsində hospitalaşma yerli səhiyyə sisteminin resurs təminatından asılıdır və müvafiq olaraq hər 100 doğuşa görə 1,3-8,5 intervalında dəyişir. Hamiləliyin III trimestrində bu göstərici müvafiq olaraq 0,7-3,46% təşkil edir. Respublika səviyyəsində hospitalaşmanın əsas səbəbləri ekstragenital patologiyalar, hestozlar, dölün qeyri normal yerləşməsi və gəlişi, plasentart pozğunluqlar və digər xəstəliklərdir.

Respublika səviyyəsində hamiləliklə, doğuşlarla və doğuşdan sonrakı problemlərlə bağlı olaraq hospitalaşdırılma tezliyi, yerli səhiyyənin potensialından asılı 1000 doğuşa görə $25,8 \pm 1,04$ - $123,9 \pm 1,49$ həddində tərəddüd edir. Müalicənin orta müddəti müvafiq olaraq $8,8 \pm 0,2$ - $10,8 \pm 0,19$ gün təşkil edir və regionda hər 1000 doğuşa görə respublika səviyyəsində 3,0 çarpayı planlaşdırılmalıdır.

Respublika səviyyəsində hospitalaşma hadisələrində hamiləlik və doğuş zamanı göstərilən tibbi yardımın əsas keyfiyyət göstəriciləri hospitalaşmanın adekvatlığından asılı dəyişir. Respublika səviyyəsində regionlardan olan hamilə qadınlara tibbi yardımın yaxşılaşdırılması yolları əsaslandırılmışdır.

MAKHMUDBAYOVA ZUMRUD FAIK

VOLUME, QUALITY AND WAYS OF PERFECTION OF STATIONARY AID TO PREGNANT WOMEN ON REPUBLICAN LEVEL

SUMMARY

Our investigation aim to receive the clinical characteristic of the stationary prebirth and birth auxiliary aid and to base the complex of measures directed to its optimization on the republican level. It was worked out and applicated methodology of the standard study of pregnant women necessities from the regions with the different potential of Public Health in pre-birth and birth auxiliary stationary aid on the republican level.

It was detected that hospitalization in I-II terms of pregnancy on the republican level depended on the resource providing of the local Public Health and accordingly fluctuated between 1,3-8,5 interval on 100 birth. This parameter forms accordingly 0,7-3,46 per cent in the 3rd term of gestation. Extragenital pathologies, gestosises, wrong presentation and pathologies of fetus, disturbances and other diseases are the basic causes of hospitalization on the republican level.

The frequency of hospitalization on the republican level in connection with pregnancy, birth and postbirth problems subject to potential of the local Public Health fluctuates within $25,8 \pm 1,04$ - $12,3 \pm 1,49$ for 1000 birth, mean terms of the treatment accordingly form $8,8 \pm 0,2$ - $10,8 \pm 0,19$ days which demands satisfaction of planning 3,0 bed calculating on 1000 cases of the birth in the regions.

The basic parameters of quality of the proposed medical aid change subject to hospitalization adequacy in cases of one on the republican level during pregnancy and birth. It was based the ways of perfection of the medical aid to the pregnant women from the regions on the republican level.

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ
NAZİRLİYİ**

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

ZÜMRÜD FAİQ QIZI MAHMUDBƏYOVA

**RESPUBLIKA SƏVIYYƏSİNDƏ HAMILƏ
QADINLARA STASIONAR YARDIMIN HƏCMI VƏ
KEYFİYYƏTİNİN TƏKMİLLƏŞDIRİLMƏSİ
YOLLARI**

3215.01 – mamalıq və ginekologiya

**Tibb elmləri üzrə fəlsəfə doktoru alimlik dərəcəsi
almaq üçün dissertasiya işinin**

AVTOREFERATI

Bakı – 2014