

Соціальна медицина та охорона громадського здоров'я

УДК: 614:618.3-06-036.4-07-084

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ
ПАТОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ
В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ****Орел О.В.***Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

У глобальній стратегії ВООЗ охорони здоров'я жінок, дітей та підлітків (2016–2030 рр.) зауважено на високу материнську смертність як негативне явище, яке можна попередити. 28 % випадків материнської смертності не пов'язані з акушерськими причинами. Потреби жінок в плануванні сім'ї залишаються незадовільними. За даними МОЗ України стан здоров'я вагітних жінок є незадовільним. У той же час стан здоров'я новонароджених обумовлений станом здоров'я вагітної та перебігом вагітності. Патологія вагітності (самі захворювання та їх ускладнення) зумовлює замкнутий цикл: хворий плід – хвора дитина – хворий підліток – хворі батьки. З кожним новим циклом, тривалість якого складає 20–25 років, патологічна ураженість новонароджених, а отже, і всієї дитячої популяції зростає. Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності являє собою дуже важливий процес, який ґрунтується на покращенні алгоритму дій та оптимізації якості надання послуг.

Ключові слова: ускладнення вагітності, суб'єкти управління, об'єкт управління, блок наукового регулювання.



Цитуйте українською: Орел ОВ. Медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Експериментальна і клінічна медицина. 2024;93(2):9с. In press. <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.oro>

Cite in English: Orel OV. Medical and social justification of the model of early detection and prevention of the pathological course of pregnancy in obstetric practice. Experimental and Clinical Medicine. 2024;93(2):9p. In press. <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.oro> [in Ukrainian].

Вступ

Ускладнення перебігу вагітності є одним з проблемних питань сучасної системи охорони здоров'я відповідно до Національної доповіді «Цілі Сталого Розвитку: Україна» 2015–2030 рр. Вагітність є унікальним фізіологічним станом

в житті жінки, який супроводжується значними змінами в усіх системах організму. Незважаючи на численні досягнення в галузі акушерства та гінекології, патологічний перебіг вагітності залишається серйозною проблемою для громадського здоров'я та однією з основ-

них причин материнської та перинатальної смертності [1–3]. Рання ідентифікація факторів ризику та своєчасна профілактика ускладнень вагітності є надзвичайно важливими для забезпечення благополуччя матері та дитини [4–5].

У цьому контексті розробка ефективної моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці є актуальним завданням. Така модель повинна ґрунтуватися на комплексному підході, який враховує медичні, соціальні, економічні та психологічні аспекти [6–7]. Необхідно також зосередитись на розробці індивідуалізованих стратегій профілактики, спрямованих на особливі потреби кожної вагітної жінки.

Мета – здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробити модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Матеріали та методи

З метою проведення медико-соціологічного обстеження було здійснення анкетування 498 вагітних жінок віком від 21 до 45 років, яких розділили на дві групи. Основну групу склали 299 жінок з ускладненнями перебігу вагітності, контрольну – 199 з фізіологічним перебігом. Медіанними значеннями терміну вагітності при анкетуванні були 28 тижнів для основної групи та 26 тижнів для контрольної ($p > 0,05$).

Також було здійснено викопіювання 300 індивідуальних карт вагітної та породіллі (форма 111/0) та карта стаціонарного хворого (форма 003/0) проанкетованих жінок.

При розробці моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, було використано дані, отримані при проведенні власних досліджень, а саме: визначення чинників ризику, які

мають вплив на перебіг вагітності; вивчення поширеності станів, які ускладнюють вагітність; оцінки якості надання допомоги вагітним жінкам.

Результати та їх обговорення

При аналізі ускладнень вагітності виявлена відсутність тенденції до зниження. За період 2017–2021 рр. показники поширеності анемій по Харківській області (24,3–25,1 на 100 жінок) незначно перевищували середньоукраїнські, і значно перевищили за поширеністю інфекцій сечостатевої системи під час вагітності (21,5 на 100 жінок області у 2019 році проти 14,5 по Україні).

Всі вивчені фактори ризику патологічного перебігу вагітності вони були розділені нами на такі групи: медико-біологічні, соціальні, соціально-економічні та соціально-психологічні.

До групи медико-біологічних факторів були включені обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез та екстрагенітальна патологія. Екстрагенітальна патологія включала: серцево-судинні захворювання (ВШ 31,4; 95 % ДІ 4,2–230,1; $p = 0,0007$); захворювання нирок (ВШ 23,3; 95 % ДІ 3,1–171,1; $p = 0,0020$); захворювання щитоподібної залози (ВШ 14,3; 95 % ДІ 3,4–60,1; $p = 0,0003$); соматоформна вегетативна дисфункція (ВШ 4; 95 % ДІ 2,3–6,8; $p = 0,0001$).

При вивченні чинників акушерсько-гінекологічного анамнезу було встановлено, що фізіологічний перебіг вагітності був властивий жінкам з першою вагітністю, а ускладнена вагітність була переважно притаманна другій та подальшим вагітностям ($p < 0,05$). Попередні розродження шляхом операції кесаревого розтину (ВШ=3,2) та наявність в анамнезі медичних абортів (ВШ=1,8) ускладнювали перебіг вагітностей. Наявність у гінекологічному анамнезі порушень менструального циклу збільшувало ризик виникнення патологічного перебігу вагітності у 8,2 раза (ВШ 8,2; 95 % ДІ 5,4–12,4; $p = 0,0001$).

Аналіз соціальних чинників патології вагітності жінок показав, що вагітні основної групи у 10,4 раза частіше вживали каву (більше ніж одна чашка на день) у порівнянні з вагітними контрольної групи (ВШ 10,4; 95 % ДІ 1,3–79,8; $p=0,0236$). Наявність шкідливих звичок у батька дитини (куріння, зловживання алкоголем) збільшувало ризик порушень перебігу вагітності у 10,5 раза. Недотримання режиму харчування, а особливо вживання фаст-фуду (ВШ 6,2; 95 % ДІ 4,1–9,2; $p=0,0001$) та вживання недостатньої кількості фруктів (ВШ 6,0; 95 % ДІ 3,6–9,9; $p=0,0001$), також мало вплив на перебіг вагітності та відповідно. Серед соціально-психологічних та соціально-економічних чинників було виявлено достовірний негативний вплив на перебіг вагітності стресу у повсякденному житті (ВШ 42,6; 95 % ДІ 5,8–311; $p=0,0002$) та депресії (ВШ 40,7; 95 % ДІ 5,5–297,1; $p=0,0003$). Виявлено залежність перебігу вагітності від сімейного стану. Так, незаміжні жінки у 4,4 раза частіше має ускладнений перебіг вагітності (ВШ 4,4; 95 % ДІ 2,7–7,1; $p=0,0001$). Низький рівень доходу у 16,5 рази збільшував ризик виникнення ускладнень вагітності (ВШ 16,5; 95 % ДІ 3,9–69,1; $p=0,0001$).

Оцінки медичної допомоги вагітним жінкам виявила, що до настання вагітності жінки основної групи в 6,9 разів менше зверталися за медичною допомогою до лікаря жіночої консультації, й в 2 рази частіше були незадоволені якістю медичної допомоги ЛПЗ за рахунок недоброзичливого ставлення (ВШ=2,1) та інших причин (ВШ=13,4).

Жінки з ускладненим перебігом вагітності повідомили, що вони рідка відвідували ЖК за рік: один (ВШ=1,8) або два (ВШ=4,1) рази, на відміну від жінок, у які мали фізіологічний перебіг. Під час вагітності у зв'язку з її ускладненнями вагітні жінки зверталися до АГ

у 6,9 раза частіше ніж жінки з фізіологічним перебігом. 56,4% респонденток зауважили, що були недостатньо проінформовані з приводу станів, які виникають під час вагітності та ускладнюють її.

На основі отриманих даних нами було розроблено модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності.

Основною метою запропонованої моделі є запобігання та зменшення ризиків для здоров'я матері та плода шляхом вчасного виявлення можливих ускладнень та прийняття необхідних заходів для їх попередження. Дана модель базується на таких принципах:

- профілактична спрямованість, яка передбачає виявлення на ранніх термінах вагітності груп ризику з метою попередження розвитку ускладнень;

- диференційований підхід, що полягає у розподілі вагітних на групи ризику з урахуванням акушерсько-гінекологічного анамнезу, соматичного та репродуктивного здоров'я;

- етапність, яка передбачає поетапний моніторинг стану здоров'я вагітної з метою своєчасного виявлення патологічних змін;

- міждисциплінарна взаємодія, що передбачає залучення лікарів різних спеціальностей для комплексної оцінки стану здоров'я вагітної;

- наступність, яка забезпечує безперервність спостереження за вагітною на всіх етапах надання медичної допомоги (від жіночої консультації до стаціонару);

- доказовість, що передбачає використання сучасних діагностичних методів та лікувально-профілактичних технологій, ефективність яких підтверджена науковими дослідженнями;

- інформаційна підтримка, яка полягає у постійному інформуванні вагітної про стан її здоров'я, перебіг вагітності та необхідні профілактичні заходи;

- освіта та інформування, що передбачає введення в загальноосвітні навчальні заклади програм по збереженню репродуктивного здоров'я та підготовки дівчаток до майбутнього материнства, використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

Для досягнення мети було сформовано такі завдання:

- розробити комплексну програму раннього виявлення ризиків патологічного перебігу вагітності, своєчасного застосування лікувально-профілактичних заходів та задля зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень;

- провести моніторинг стану здоров'я вагітних жінок;

- оцінити забезпечення вагітних жінок якісною та ефективною допомогою з урахуванням чинників ризику які мають вплив на перебіг вагітності.

Впровадження даної моделі передбачає досягнення таких результатів:

- зниження ризику розвитку ускладнень вагітності;

- своєчасне виявлення факторів ризику та груп підвищеного ризику патологічного перебігу вагітності;

- застосування профілактичних заходів для попередження ускладнень перебігу вагітності.

Підвищення якості медичної допомоги вагітним передбачає:

- впровадження уніфікованих клінічних протоколів та стандартів надання медичної допомоги та удосконалення існуючих;

- використання сучасних методів діагностики та профілактики;

- налагодження міждисциплінарної співпраці між різними фахівцями.

Оптимізація використання ресурсів системи охорони здоров'я передбачає:

- раціональне використання кадрових та фінансових ресурсів;

- зменшення потреби у високовартісних втручаннях та тривалому стаціонарному лікуванні.

Підвищення обізнаності та залучення вагітних жінок можна досягнути за рахунок проведення інформаційно-комунікаційних кампаній, які сприятимуть кращому розумінню важливості своєчасного звернення за медичною допомогою. В результаті їх проведення вагітні мають стати активними учасниками процесу збереження свого здоров'я та здоров'я своїх майбутніх дітей.

Покращення показників репродуктивного здоров'я населення означатиме:

- зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень на популяційному рівні;

- підвищення показників народжуваності здорових дітей.

Наукове обґрунтування та безперервне вдосконалення моделі полягає у:

- використання сучасних наукових даних та доказової медицини;

- постійний моніторинг та оцінка ефективності, можливість вносити корективи.

Функціонально-організаційними складовими даної моделі є *суб'єкти управління, об'єкт управління та блок наукового регулювання*. Суб'єктами управління даної моделі є:

1. Міністерство охорони здоров'я України, яке здійснює загальне керівництво та координацію політики в галузі охорони здоров'я матері та дитини, розробляє нормативно-правову базу, затверджує клінічні протоколи та стандарти медичної допомоги;

2. департаменти/управління охорони здоров'я обласних та міських державних адміністрацій, які забезпечують реалізацію державної політики на регіональному рівні, здійснюють організаційно-методичне керівництво та контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я на підлеглий території;

3. керівництво закладів охорони здоров'я (пологових будинків, перинатальних центрів, жіночих консультацій тощо), яке відповідає за впровадження моделі на рівні конкретного закладу, розподіл ресурсів, організацію роботи мультидисциплінарних команд, забезпечення належних умов для надання медичної допомоги вагітним;

4. завідувачі акушерсько-гінекологічними відділеннями та профільними кабінетами, які здійснюють безпосереднє керівництво процесом надання медичної допомоги вагітним, контролюють дотримання клінічних протоколів та стандартів;

5. керівники профільних асоціацій та товариств (Асоціації акушерів-гінекологів України, Асоціації неонатологів України тощо), які беруть участь у розробці клінічних протоколів, стандартів та рекомендацій, організовують навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників;

6. наглядові ради закладів охорони здоров'я, які здійснюють громадський контроль за діяльністю закладів, забезпечують прозорість та підзвітність керівництва.

Об'єктом управління є процес надання медичної допомоги вагітним жінкам на всіх етапах вагітності. Цей процес включає в себе наступні ключові складові:

1. організацію та надання медичних послуг вагітним жінкам на різних рівнях надання медичної допомоги:

- на рівні первинної ланки (до неї належать жіночі консультації, амбулаторії сімейної медицини);

- на рівні вторинної ланки (багатопрофільні лікарні, пологові будинки);

- на рівні третинної ланки (перинатальні центри, клініки високоспеціалізованої допомоги);

2. діяльність мультидисциплінарних команд фахівців, залучених до ведення

вагітних із груп ризику (до складу входять акушери-гінекологи, терапевти, генетики, фахівці Ультразвукової Діагностики (УЗД), психологи, психотерапевти та ін.);

3. процеси проведення скринінгових обстежень, лабораторної та інструментальної діагностики для своєчасного виявлення чинників ризику та попередження ускладнень вагітності;

4. впровадження профілактичних заходів, корекцію способу життя, медикаментозне лікування та профілактику;

5. маршрутизацію та госпіталізацію вагітних до відповідних закладів в разі необхідності;

6. моніторинг стану плода з використанням сучасних методів пренатальної діагностики;

7. ведення медичної документації та формування реєстрів вагітних груп ризику;

8. забезпечення медичних закладів необхідними ресурсами (кадровими, фінансовими, матеріально-технічними тощо) для належного функціонування системи;

9. підготовку та підвищення кваліфікації медичного персоналу;

10. інформаційно-просвітницьку роботу серед вагітних жінок.

Блок наукового регулювання відіграє важливу роль у функціонуванні даної моделі. Цей блок забезпечує наукове обґрунтування та постійне вдосконалення самої моделі, а також методів і підходів, що використовуються в її межах. До основних складових блоку наукового регулювання можна віднести (рис.):

1. наукові дослідження:

- епідеміологічні дослідження для вивчення поширеності та чинників ризику патологічного перебігу вагітності;

- клінічні дослідження ефективності різних методів діагностики, профілактики та лікування ускладнень вагітності;

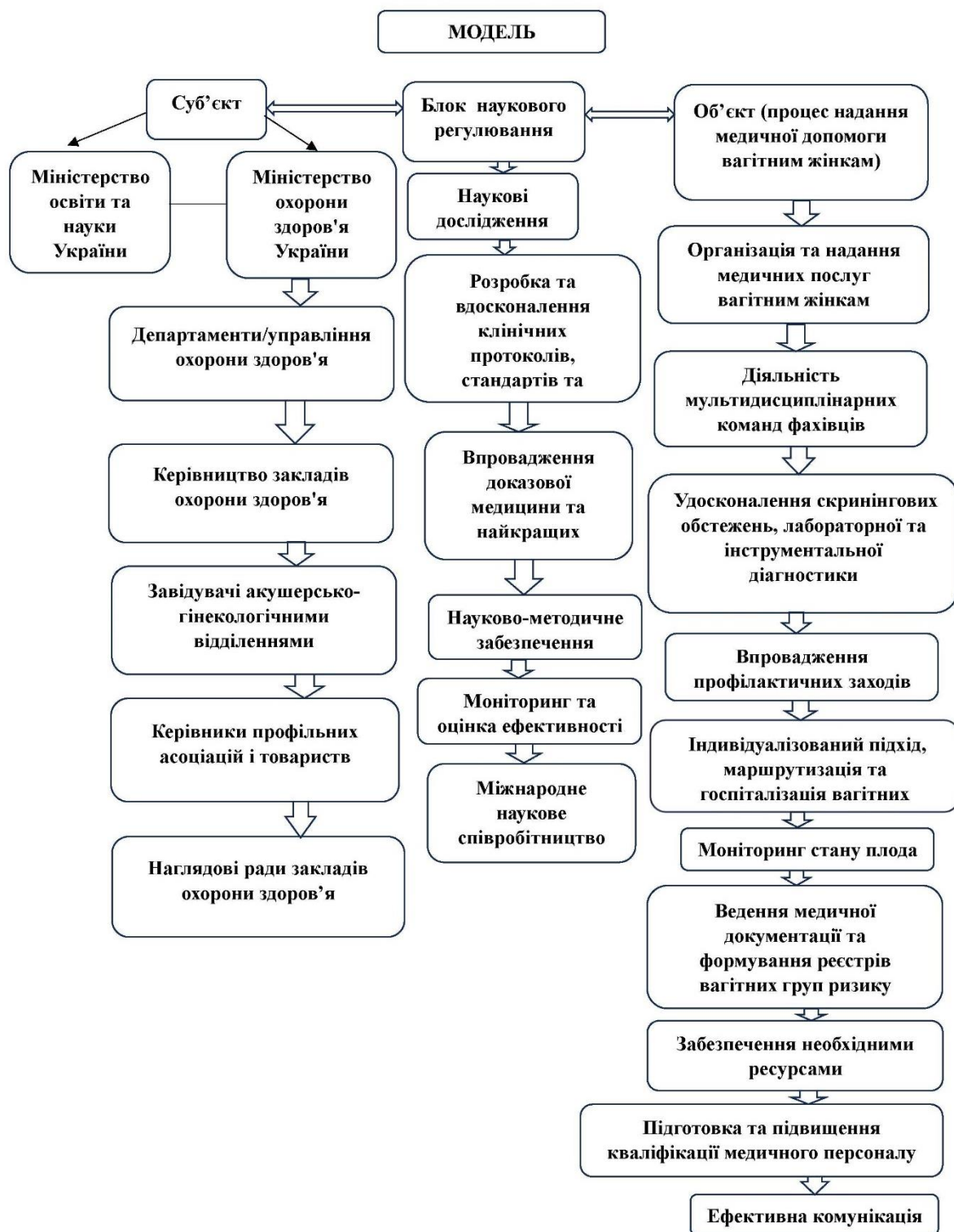


Рис. Функціонально-організаційна модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

- дослідження в галузі репродуктивної медицини, генетики, пренатальної діагностики тощо;

2. розробку та вдосконалення клінічних протоколів, стандартів та рекомендацій:

- адаптацію міжнародних клінічних рекомендацій до українських реалій;

- створення робочих груп з провідних фахівців для розробки та регулярного оновлення протоколів;

3. впровадження доказової медицини та найкращих клінічних практик:

- аналіз і синтез наукових даних для прийняття обґрунтованих клінічних рішень;

- навчання медичного персоналу принципам доказової медицини;

4. науково-методичне забезпечення:

- розробку нових методик діагностики, профілактики та лікування патологічного перебігу вагітності;

- створення навчальних програм та методичних матеріалів для фахівців;

5. моніторинг та оцінку ефективності наукових розробок:

- збір та аналіз даних про результати впровадження моделі;

- проведення наукових досліджень для оцінки ефективності різних складових моделі;

6. міжнародне наукове співробітництво:

- обмін досвідом та найкращими практиками з іноземними фахівцями та науковцями;

- участь у міжнародних наукових проєктах та клінічних дослідженнях.

Блок наукового регулювання повинен тісно взаємодіяти з іншими суб'єктами управління моделлю, забезпечуючи наукове підґрунтя для прийняття рішень та вдосконалення клінічної практики. Його робота сприятиме підвищенню якості медичної допомоги вагітним жінкам та зниженню ризику патологічного перебігу вагітності.

Шляхи удосконалення даної моделі реалізуються через:

1. впровадження новітніх діагностичних методів, а саме:

- використання передових методів пренатальної діагностики (в їх числі не-називний пренатальний тест, розширена ехографія та ін.);

- застосування сучасних лабораторних методів для виявлення генетичних та біохімічних маркерів ризику;

- використання новітніх технологій, таких як штучний інтелект, для аналізу даних та прогнозування ризиків;

2. розширення та вдосконалення профілактичних програм:

- впровадження нових ефективних схем медикаментозної профілактики ускладнень вагітності;

- розробку індивідуалізованих програм корекції способу життя та харчування для вагітних груп ризику;

- впровадження психологічної підтримки та психотерапевтичних підтримки вагітних;

3. оптимізацію маршрутизації та госпіталізації вагітних, що передбачає:

- удосконалення системи маршрутизації вагітних до закладів вищого рівня в разі необхідності;

- забезпечення безперервності надання медичної допомоги під час переведення вагітної жінки між закладами усіх рівнів надання медичної допомоги;

4. оптимізацію використання телемедичних технологій, що передбачає:

- оптимізацію телемедичних консультацій та дистанційного моніторингу стану вагітних;

- створення електронних реєстрів та баз даних для обміну інформацією між різними закладами;

5. посилення міждисциплінарної співпраці, що передбачає:

- налагодження тісної взаємодії між акушерами-гінекологами, терапевтами, генетиками, фахівцями УЗД, психоло-

гами, психотерапевтами та іншими спеціалістами;

- створення мультидисциплінарних команд для ведення вагітних із груп ризику;

6. покращення системи підготовки та навчання медичного персоналу, що передбачає:

- регулярне підвищення кваліфікації медичних працівників з питань раннього виявлення та профілактики ускладнень вагітності;

- впровадження сучасних навчальних програм та симуляційних тренінгів;

7. посилення наукової складової, що передбачає:

- проведення додаткових досліджень для вивчення чинників ризику та розробки нових профілактичних стратегій;

- регулярний перегляд та оновлення клінічних протоколів та рекомендацій на основі нових наукових даних;

8. залучення громадських організацій та пацієнтських об'єднань, у тому числі:

- співпрацю з організаціями, що представляють інтереси вагітних жінок та їх сімей;

- організацію інформаційно-просвітницьких кампаній для підвищення обізнаності населення;

9. забезпечення належного фінансування та ресурсного забезпечення, що передбачає:

- виділення достатніх бюджетних коштів на реалізацію програм раннього виявлення та профілактики;

- оснащення закладів охорони здоров'я сучасним обладнанням та витратними матеріалами.

Запропоновану модель планується впровадити в заклади охорони здоров'я, які надають медичну допомогу вагітним жінкам.

Висновок

Розроблена модель передбачає комплексне медичне, психологічне та соціальне обстеження вагітних, що дозволяє ідентифікувати групи ризику патологічного перебігу вагітності на ранніх термінах. Впровадження моделі до системи практичної охорони здоров'я здатно призвести до зменшення частоти ускладнень вагітності, а також покращенню психологічного стану вагітних. У свою чергу це може значно дозволить покращити здоров'я матерів та новонароджених.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Maternal health. WHO. [Internet]. Available at: <https://www.who.int/health-topics/maternal-health> [accessed 20 Mar 2024].
2. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік. Київ: Міністерство охорони здоров'я України; 2023. 39 с. Доступно на: <http://surl.li/thbzc>
3. ЦСУ у дії. ПРООН. Україна. [Internet]. Доступно на: <https://www.undp.org/uk/ukraine/tsili-staloho-rozvytku> [Доступ отримано 20 бер 2024].
4. Стандарт медичної допомоги «Нормальна вагітність». Затверджений Наказом МОЗ України № 1437 від 09.08.2022. Доступно на: <https://www.dec.gov.ua/mtd/normalna-vagitnist>
5. Слабкий ГО, Щербинська ОС. Шляхи інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;4(82):61-7. DOI: 10.11603/1681-2786.2019.4.10950.

6. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді». Затверджений Наказом МОЗ України № 151 від 24.01.2022. Доступно на: <https://www.dec.gov.ua/mtd/gipertenzyvni-rozlady-y-vagitnyh>

7. Марушко РВ, Гойда НГ, Дудіна ОО. Характеристика акушерської допомоги в Україні. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 2021;1(85):30-41. DOI: 10.15574/PP.2021.85.30.

Orel O.V.

MEDICAL AND SOCIAL JUSTIFICATION OF THE MODEL OF EARLY DETECTION AND PREVENTION OF THE PATHOLOGICAL COURSE OF PREGNANCY IN OBSTETRIC PRACTICE

According to the WHO global strategy for the health of women, children and adolescents (2016–2030), high maternal mortality is a negative phenomenon that can be prevented. The pathological course of pregnancy is an urgent problem of midwifery practice and mother and child health care in Ukraine. A significant prevalence of complications during pregnancy and childbirth leads to the risk of adverse consequences for the health of the mother and fetus, premature mortality of newborns, as well as an increase in the economic burden on the health care system. The purpose of the work was the development and medical and social substantiation of the functional and organizational model of early detection and prevention of the pathological course of pregnancy in midwifery practice. When developing a model for early detection and prevention of the pathological course of pregnancy in midwifery practice, we used data obtained during our own research, namely: identification of risk factors that have an impact on the course of pregnancy; studying the prevalence of conditions that complicate pregnancy; assessment of the quality of assistance to pregnant women. Scientific information from domestic and foreign sources was used. The developed model provides for a complex medical, psychological and social examination of pregnant women. The proposed model will allow identification of risk groups of the pathological course of pregnancy in the early stages. The implementation of the model will lead to a decrease in the frequency of pregnancy complications, as well as an improvement in the psychological state of pregnant women. Wide implementation of the model can significantly improve the health of mothers and newborns.

Keywords: *pregnancy complications, subjects of management, object of management, block of scientific regulation.*

Надійшла до редакції 02.03.2024

Відомості про авторів

Орел Ольга Володимирівна – аспірантка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

Поштова адреса: Україна, м. Харків, 61022, пр. Науки, 4.

E-mail: ov.orel@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-7760-8386.