

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ОРЕЛ ОЛЬГА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК: 614.2:618.3-06-07-084(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ РАНЬОГО
ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПАТОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ
ВАГІТНОСТІ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ**

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ О.В.Орел

Науковий керівник: Огнєв Віктор Андрійович, доктор медичних наук, професор

Харків 2024

АНОТАЦІЯ

Орел О.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (22- охорона здоров'я)

Дисертація виконана в Харківському національному медичному університеті МОЗ України, Харків, 2024.

Дисертація захищається в Харківському національному медичному університеті МОЗ України, Харків, 2024.

Дисертаційна робота присвячена вирішенню важливої науково-практичної задачі охорони здоров'я – медико-соціальному обґрунтуванню та розробці моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Мета роботи – забезпечення високого рівня фізіологічного перебігу вагітності та пологів шляхом наукового обґрунтування та розробки моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Для досягнення поставленої мети було визначено завдання та розроблено програму дослідження. Дослідження проводилося в шість етапів з використанням наступного методологічного інструментарію: бібліосемантичного, соціологічного, статистичного, епідеміологічного методів, методу прогнозування, концептуального моделювання та методу експертних оцінок, що дало змогу отримати достовірні результати для оцінки об'єкту дослідження.

У результаті медико-соціального дослідження було встановлено, що організація медичної допомоги вагітним жінкам потребує удосконалення. Отримані результати довели необхідність обґрунтування та розроблення моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності

в акушерській практиці.

Проведений аналіз міжнародних та вітчизняних джерел засвідчив актуальність патології перебігу вагітності переважно, в Україні порівняно з іншими країнами світу. Це обумовлено стабільно високими показниками поширеності станів, що ускладнюють вагітність, зростанням показника материнської смертності.

Результати епідеміологічного аналізу поширеності станів, що ускладнюють перебіг вагітності, не мають стійкої тенденції до зниження. Найбільш високі рівні поширеності становили анемії та інфекції сечостатевої системи. Найвище значення показника поширеності анемії зареєстровано у 2018 р. і дорівнює 26,1, найнижче - у 2020 р. та складає 24,3 на 100 вагітних, що завершили вагітність. Визначено, що показник поширеності інфекцій сечостатевої системи під час вагітності за період з 2017-2021рр. по Харківській області дещо перевищили середні по Україні з піковим значенням у 2019 р. (21,5 на 100 вагітних, у яких завершилась вагітність). Максимальні показники цього року були зареєстровані у таких районах області: Краснокутському (54,3), Богодухівському (40,6), Лозівському (33,7), Вовчанському (28,4), Зачепилівському (27,8 на 100 вагітних, у яких завершилась вагітність).

За результатами дослідження встановлено, що 28 чинників ризику мали достовірний вплив на виникнення патологічного перебігу вагітності. Вони були розподілені на три групи: медико-біологічні (до них належали наявність екстрагенітальної патології та акушерсько-гінекологічний анамнез), соціально-економічні та соціально-психологічні. Виявлено, що найбільш впливовими стали медико-біологічні чинники, що містили екстрагенітальну патологію, зокрема хвороби систем кровообігу, у т.ч. гіпертонічна хвороба, збільшують ризик виникнення ускладнень перебігу вагітності у 31,4 раза, захворювань нирок — у 26,2 раза, захворювань щитоподібної залози — у 14,3 раза, наявність інших захворювань (варикозної хвороби тощо) — у 11,1 раза, цукрового діабету — у 4,7 раза, соматоформної вегетативної дисфункції — у 4,0 раза, захворювань дихальних шляхів — у 1,7 раза, інфекцій сечової

системи — у 1,4 раза. При вивченні акушерсько-гінекологічного анамнезу спостерігалася тенденція наявності ускладнень перебігу вагітності другої та подальших вагітностей. Порушення менструального циклу в анамнезі погіршували прогноз перебігу вагітності у 8,2 раза. Також несприятливі наслідки мали розродження шляхом кесаревого розтину попередніх пологах, наявність передчасних пологів, викиднів та медичних абортів (ВШ=3,2; ВШ=2,2; ВШ=2,0 відповідно), наявність завмерлої вагітності (ВШ=1,8). Визначено, що серед соціально-економічних та соціально-психологічних чинників значний вплив на виникнення ускладнень перебігу вагітності мали наявність стресу у повсякденному житті (ВШ=42,6), депресивний психологічний стан (ВШ=40,7), низький рівень матеріального стану (ВШ=16,5), наявність шкідливих звичок у батька дитини (ВШ=10,5), вживання кави (ВШ=10,4), вживання фаст-фуду (ВШ=6,2), нечасте споживання фруктів (ВШ=6), сімейний стан (незаміжня, розлучена, удова) (ВШ=4,4), наявність шкідливих звичок у вагітної (ВШ=3,1), недотримання режиму харчування (ВШ=2,8), обіймання керівної посади на роботі (ВШ=2,4), відсутність вищої освіти (ВШ=1,6), тип темпераменту «холерик» (ВШ=1,2). На підставі отриманих результатів дослідження було розраховано прогностичні коефіцієнти з урахуванням сили впливу кожного чинника ризику та складнено індивідуальний прогноз виникнення патології перебігу вагітності.

У результаті проведеної оцінки та аналізу ефективності медичної допомоги вагітним жінкам, з'ясовано, що вагітні основної групи до настання вагітності в 6,9 разів менше зверталися за медичною допомогою до лікаря акушера-гінеколога (АГ) жіночої консультації (ЖК) й в 2 раза частіше були незадоволені ефективністю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) у зв'язку з недоброзичливим ставленням (ВШ=2,1) та іншими причинами (ВШ=13,4). Жінки з ускладненим перебігом вагітності рідко відвідували до настання вагітності ЖК за рік: один (ВШ=1,8) або два (ВШ=4,1) на відміну від жінок які мали фізіологічний перебіг вагітності. Під час

вагітності у зв'язку з її ускладненнями вагітні жінки зверталися до лікаря АГ у 6,9 разів частіше, ніж жінки з фізіологічним перебігом. Про стани, які виникають під час вагітності та ускладнюють її, недостатньо проінформовані 56,4% вагітних. Патологічний перебіг вагітності потребує фінансових затрат на додаткові дослідження та корекції стану вагітної, лише 23% вагітних мали можливість придбати собі необхідні препарати відразу, як у цьому виникала потреба. Вагітним обох груп було запропоновано визначення суб'єктивного ставлення жінок щодо вдосконалення якості медичної допомоги. Жінкам, які мали ускладнення вагітності, бракувало 4-х з 5-ти запропонованих складових якості медичної допомоги. Вагітним бракувало безпеки (ВШ=13,2) та компетентності (ВШ=9,4). Також результативності (ВШ=8,3), як складової якості, яка відіграє найважливішу роль і доступності (ВШ=2,7).

Результати отриманих досліджень слугували підставою для обґрунтування та розроблення моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, яку було розроблено, а також проведено її експертну оцінку. Згідно з даними висновків експертів визначено, що запропонована модель оцінена позитивно, а саме: профілактична спрямованість ($9,6 \pm 0,16$ бала), економічна доцільність ($8,8 \pm 0,19$ бала), відповідність сучасному міжнародному досвіду ($9,2 \pm 0,19$ бала), дієвість ($8,7 \pm 0,31$ бала), доступність ($8,4 \pm 0,25$ бала) та відповідає таким поняттям як комплексність ($8,9 \pm 0,26$ бала) і системність ($9,0 \pm 0,23$ балів), рівень інформованості вагітних – $9,0 \pm 0,2$ балів, задоволеність якістю медичної допомоги $8,9 \pm 0,2$ бала, рівень звернень за медичною допомогою – $8,7 \pm 0,2$ бала, ефективність медичної допомоги – $8,4 \pm 0,2$ бала, науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів – $8,1 \pm 0,2$ бала та економічність медичної допомоги $8,0 \pm 0,2$ балів.

Результати експертної оцінки пропонованої моделі довели необхідність її впровадження в практику охорони здоров'я.

Вважаємо, що дана модель має бути впроваджена на всіх рівнях: державному, регіональному, груповому та індивідуальному. Модель

ґрунтується на певних принципах та передбачає виконання основних завдань. Запропонована модель на сучасному етапі передбачає як існуючі елементи системи охорони здоров'я, так і впровадження нових. Взаємодія всіх елементів надасть моделі нових якостей у досягненні головної мети дослідження. До основних переваг моделі відносяться:

- зниження ризику розвитку ускладнень вагітності; своєчасне виявлення чинників ризику та груп підвищеного ризику патологічного перебігу вагітності; застосування профілактичних заходів для попередження ускладнень; покращення перинатальних результатів; підвищення якості медичної допомоги вагітним; удосконалення уніфікованих клінічних протоколів та стандартів надання медичної допомоги вагітним; оптимізація використання ресурсів системи охорони здоров'я; підвищення обізнаності вагітних жінок; покращення показників репродуктивного здоров'я.

Функціонально-організаційними складовими даної моделі є суб'єкти управління, об'єкт управління та блок наукового регулювання. Суб'єктами моделі є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) України, Міністерство освіти та науки (МОН) України, регіональні департаменти охорони здоров'я, керівництво закладів охорони здоров'я, завідувачі відділень, керівники профільних асоціацій та товариств, наглядові ради закладів охорони здоров'я. Об'єктом є процес надання медичної допомоги вагітним жінкам на всіх етапах вагітності. Блок наукового регулювання містить нормативно-правову, організаційно-структурну, ресурсну, кадрову, інформаційну, клінічну та наукову складові.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

1. Науково обґрунтовано і розроблено модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, що дозволить поліпшити якість медичної допомоги вагітним на всіх рівнях. Доведено ефективність моделі методом експертних оцінок за наступними

параметрами: профілактична спрямованість, економічна доцільність, відповідність сучасному міжнародному досвіду, дієвість, доступність, комплексність та системність .

2. Проведено комплексне дослідження поширеності станів, що ускладнюють вагітність в динаміці серед вагітних у Харківській області за період з 2017-2021 рр. У результаті дослідження було виявлено, що рівні поширеності ускладнень вагітності, які вивчались, не мають стійкої тенденції до зниження. Найбільш високий рівень поширеності становили анемії та інфекції сечостатевої системи.

3. Досліджено, що найбільш впливовими є медико-біологічні чинники, зокрема наявність екстрагенітальної патології та соціально-психологічні чинники, які мають достовірний вплив на виникнення патології перебігу вагітності.

4. Проаналізовано сучасний стан організації медичної допомоги вагітним у Харківській області.

5. Проведено оцінку ефективності надання медичної допомоги вагітним.

Удосконалено:

– статистичні дані щодо чинників ризику розвитку станів, що ускладнюють перебіг вагітності. Виявлено, що крім основних чинників, таких як наявність екстрагенітальних захворювань та обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу для вагітних Харківської області характерні також інші достовірні соціально-економічні та соціально-психологічні чинники ризику: стреси на робочому місці, стресові ситуації в сім'ї, тип темпераменту особистості.

– підходи щодо покращення організації та якості медичної допомоги вагітним на всіх рівнях її забезпечення.

Набули подальшого розвитку:

– знання щодо існуючих трендів поширеності станів, що ускладнюють перебіг вагітності у вагітних Харківської області;

– вивчення епідеміологічних даних щодо достовірних чинників

ризикі виникнення ускладнень перебігу вагітності;

– удосконалення надання медичної допомоги вагітним у Харківській області.

Теоретичне значення роботи полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині удосконалення надання медичної допомоги вагітним.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

– обґрунтування, розробки та впровадження в практику охорони здоров'я моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, з метою забезпечення медичної, соціальної та економічної ефективності;

– удосконалення медичного обслуговування вагітних у частині первинної та спеціалізованої медичної допомоги;

– удосконалення навчальних програм під час підготовки організаторів охорони здоров'я, загальної практики сімейних-лікарів, лікарів інших спеціальностей на додипломному та післядипломному рівнях щодо організації профілактики та медичної допомоги вагітним.

Ключові слова: громадське здоров'я, вагітність, ускладнення вагітності, патологічний перебіг, чинники ризику, раннє виявлення, профілактика, медична допомога, модель, прогнозування.

SUMMARY

O.V.Orel Medical and social substantiation of the model of early detection and prevention of the pathological course of pregnancy in obstetric practice – Qualifying academic paper in the form of a manuscript.

The dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 "Medicine", specialization "Social Medicine".

The dissertation is devoted to the solution of an important scientific and practical task of health care - medical and social substantiation and development of a model for early detection and prevention of the pathological course of pregnancy in midwifery practice.

The aim of the research is to substantiate scientifically, to develop a model for early detection and prevention of the pathological course of pregnancy.

To achieve the goal, the task was defined and a research program was developed. The research was conducted in six stages using the following methodological tools: bibliosemantic, sociological, statistical, epidemiological methods, forecasting method, conceptual modeling and expert evaluation method, which made it possible to obtain representative results for evaluating the object of research.

As a result of the medical and social research, it was established that the organization of medical care for pregnant women needs improvement. The obtained results indicate that it is necessary to substantiate and develop a model of early detection and prevention of the pathological course of pregnancy in obstetric practice.

The first stage of the research consisted of the formation of the goal, tasks, program, substantiation of the set of methods used, definition of the scope and periods of dissertation research, as well as from a systematic analysis of domestic and foreign scientific sources regarding the prevalence of conditions complicating pregnancy, studying the impact of risk factors on the development of pregnancy

complications, evaluating the organization of medical care for pregnant women at all levels. It was noted that the pathology of the course of pregnancy is important medically and socially mainly in Ukraine compared to other countries of the world. This is due to consistently high rates of conditions complicating pregnancy and rising rates of maternal mortality.

At the second stage, the prevalence of conditions complicating pregnancy among women of the Kharkiv region was studied. As a result of the study, it was found that the prevalence of the studied pregnancy complications does not have a steady downward trend. The highest levels of prevalence were anemia and infections of the genitourinary system. It was determined that the prevalence of complications of pregnancy due to infections of the genitourinary system in 2017-2021. in the Kharkiv region slightly exceeded the average for Ukraine with a peak value in 2019 (21.5 per 100 pregnant women who ended their pregnancy). The maximum indicators this year were registered in the following districts of the region: Krasnokutskyi (54.3), Bohodukhivskyi (40.6), Lozivskyi (33.7), Vovchanskyi (28.4), Zachepylivskyi (27.8 per 100 pregnant women who finished pregnancy).

The third stage of the study included an assessment of risk factors for the development of pathological pregnancy among women of the Kharkiv region. For this purpose, a sociological survey of 310 pregnant women with pregnancy complications and 220 pregnant women of the control group was conducted.

It was found that 28 risk factors had a reliable influence on the development of the pathological course of pregnancy. They were divided into three groups: medical and biological (these include the presence of extragenital pathology and obstetric and gynecological history), socio-economic and socio-psychological. It was found that the most influential medical and biological factors are the presence of extragenital pathology, yes, the presence of cardiovascular diseases, including hypertension, increase the risk of pregnancy complications by 31.4 times, kidney diseases by 23.3 times, thyroid diseases by 14.3 times, the presence of other diseases (varicose veins, etc.) by 11.1 times, diabetes diabetes — 4.7 times, somatoform

autonomic dysfunction — 4.0 times, respiratory tract diseases — 1.7 times, urinary system infections — 1.4 times. When studying the obstetric and gynecological anamnesis, a tendency was observed for the presence of complications during the course of the second and subsequent pregnancies. Violations of the menstrual cycle in the anamnesis worsened the prognosis of the course of pregnancy by 8.2 times. Previous cesarean delivery, premature births, miscarriages and medical abortions (OR=3.2; OR=2.2; OR=2.0 respectively), presence of frozen pregnancy (OR=1.8) also had unfavorable consequences. It was determined that among socio-economic and socio-psychological factors, the presence of stress in everyday life (OR=42.6), depressed psychological state (OR=40.7), low level of material condition (OR=16.5) had a significant impact on the occurrence of pregnancy complications, the presence of harmful habits in the child's father (OR=10.5), coffee consumption (OR=10.4), fast food consumption (OR=6.2), infrequent fruit consumption (OR=6), family status (unmarried, divorced, widowed) (OR=4.4), the presence of harmful habits in a pregnant woman (OR=3.1), non-compliance with the diet (OR=2.8), holding a managerial position at work (OR=2, 4), lack of higher education (OR=1.6), "choleric" temperament type (OR= 1.2). Women with a complicated course of pregnancy frankly answered that they rarely visited a health center in a year: one (OR = 1.8) or two (OR = 4.1), in contrast to women who had a normal pregnancy. During pregnancy, in connection with its complications, pregnant women turned to hypertension 6.9 times more often than women with a physiological course. 56.4% of female respondents noted that they are not sufficiently informed about conditions that arise during pregnancy and complicate it.

On the basis of the research results obtained at the sixth final stage, a model for early detection and prevention of the pathological course of pregnancy in midwifery practice was substantiated and developed, and its expert assessment was carried out.

This model should be implemented at all levels: state, regional, group and individual. The model is based on certain principles and provides for the performance of basic tasks. The proposed model at the current stage involves both

the existing elements of the health care system and the introduction of new ones. The interaction of all elements gave the model new qualities in achieving the main goal of the study. The main advantages of the model include: reducing the risk of pregnancy complications, timely identification of risk factors and groups at increased risk of pathological pregnancy, application of preventive measures to prevent complications, improvement of perinatal outcomes, improvement of the quality of medical care for pregnant women, improvement of unified clinical protocols and standards of medical care provision, optimization of the use of health care system resources health, raising awareness of pregnant women, improving reproductive health indicators.

The functional and organizational components of this model are management subjects, the management object and the unit of scientific regulation. The subjects of the model are the Ministry of Health of Ukraine, health departments, management of health care institutions, heads of departments, heads of specialized associations and societies, supervisory boards of health care institutions. The object is the process of providing medical care to pregnant women at all stages of pregnancy. The block of scientific regulation contains normative-legal, organizational-structural, resource, personnel, informational, clinical and scientific components.

The scientific novelty of the obtained results is that:

1. The model of early detection and prevention of pathological course of pregnancy in midwifery practice, improvement of medical care at all levels has been scientifically substantiated and developed.

2. A comprehensive study of the prevalence of conditions complicating pregnancy in dynamics among pregnant women of the Kharkiv region for 2017-2021 was conducted. As a result of the study, it was found that the prevalence of the studied pregnancy complications does not have a steady downward trend. The highest levels of prevalence were anemia and infections of the genitourinary system. It was determined that the prevalence of complications of pregnancy due to infections of the genitourinary system in 2017-2021. in the Kharkiv region slightly

exceeded the average for Ukraine with a peak value in 2019 (21.5 per 100 pregnant women who ended their pregnancy). The maximum indicators this year were registered in the following districts of the region: Krasnokutskyi (54.3), Bogodukhivskyi (40.6), Lozivskyi (33.7), Vovchanskyi (28.4), Zachepylivskyi (27.8 per 100 pregnant women who finished pregnancy).

3. The influence of medical and biological factors (these include the presence of extragenital pathology and obstetric and gynecological history), lifestyle factors: social, socio-economic and socio-psychological. It was found that the most significant biological factor is the presence of extragenital pathology, such as the presence of cardiovascular diseases, including hypertension increases the risk of pregnancy complications by 31.4 times, kidney diseases by 23.3 times, thyroid disease by 14.3 times, and the presence of other diseases by 11.1 times. When studying the obstetric and gynecological anamnesis, a tendency was observed for the presence of complications during the course of the second and subsequent pregnancies. Violations of the menstrual cycle in the anamnesis worsened the prognosis of pregnancy by 8.2 times. Previous cesarean delivery, premature births, miscarriages, and medical abortions also had unfavorable consequences (OR=3.2; OR= 2.2; OR = 2.0, respectively). the presence of harmful habits of the child's father (OR=10.5), drinking more than 1 cup of coffee per day (OR=10.4), non-compliance with the diet, especially the consumption of fast food (OR=6.2), the presence of harmful pregnancy habits of the mother. Among the socio-economic and socio-psychological factors, the presence of stress in everyday life, which in turn has an impact on the psychological state of the pregnant woman, increases the risk of pathology during pregnancy (OR=42.6 and OR=40.7, respectively). A low level of financial status also increases the risk of pregnancy complications by 16.5 times. Unmarried women had 4.4 times more complications during pregnancy than women with a normal course.

4. The current state of the organization of medical care for pregnant women is analyzed. As a result of the study and assessment of the quality of medical care for pregnant women, pregnant women of the main group before pregnancy were 6.9

times less likely to seek medical care from a woman's consultation doctor and were 2 times more likely to be dissatisfied with the quality of medical care at the health care center due to unfriendly attitudes (OR =2 ,1) and other reasons (OR=13.4).

Women with a complicated course of pregnancy frankly answered that they rarely visited a health center in a year: one (OR = 1.8) or two (OR = 4.1), in contrast to women who had a normal pregnancy. During pregnancy, in connection with its complications, pregnant women turned to hypertension 6.9 times more often than women with a physiological course. 56.4% of female respondents noted that they are not sufficiently informed about conditions that arise during pregnancy and complicate it.

Improved:

- statistical data on the risk factor for the development of conditions that complicate the course of pregnancy. It was found that in addition to the main factors, such as the presence of extragenital diseases and a burdened obstetric and gynecological history, other reliable social, socio-economic and socio-psychological risk factors are also characteristic of pregnant women in the Kharkiv region: stress at the workplace, stressful situations in the family, type of personality temperament.

- approaches to improving the organization and quality of medical care for pregnant women at all levels of its provision.

Acquired further development:

- knowledge about existing trends in the prevalence of conditions that complicate the course of pregnancy in pregnant women of the Kharkiv region;

- study of epidemiological data on reliable risk factors for the development of pregnancy complications;

- improving the provision of medical care to pregnant women in the Kharkiv region.

The theoretical significance of the work is a significant addition to the theory of social medicine and the organization of health care in terms of improving the

provision of medical care to pregnant women.

The practical significance of the obtained results is that they became the basis for:

- justification, development and implementation in health care practice of the model of early detection and prevention of pathological course of pregnancy in midwifery practice, with the aim of ensuring medical, social and economic efficiency;

- improvement of medical care for pregnant women at the primary, secondary and tertiary levels in order to improve medical and preventive care for this category of population;

- improvement of educational programs during the training of health care organizers, family doctors, doctors of other specialties at the undergraduate and postgraduate levels regarding the organization of prevention and medical care for pregnant women.

Key words: public health, pregnancy, complications of pregnancy, pathological course of pregnancy, risk factors, early detection, prevention, medical care, model, prognosis.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

(* особистий внесок здобувача)

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Огнєв В.А., Орел О.В. Деякі показники ускладнень вагітності по Харківській області порівняно з показниками по Україні / Огнєв В.А., Орел О.В.// Україна. Здоров'я нації. 2023. № 3 (73). С.113-117 *(Дисертації належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

2. Orel O.V., Ohniev V.A. Factors influencing pregnancy complications development. 2024;11(2):бр. In press. <https://doi.o> *(Дисертації належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

3. Орел О.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Опубліковані праці апробаційного характеру:

4. Orel O. Arterial hypertension as a risk of termination of pregnancy. /Orel O., Sokolova I.// Матеріали ІІІ науково-практичної конференції з міжнародною участю "Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення" – 05 листопада 2020 р. Харків: Вид-но ХНМУ,2020. – С.34 *(Дисертації належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

5. Orel O. Stress and pregnancy . /Orel O., Kadnai O.// Матеріали ІІІ науково-практичної конференції з міжнародною участю "Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення" – 05 листопада 2020 р. Харків: Вид-но ХНМУ,2020. – С.33 *(Дисертації належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

6. Orel O. V. Determination of risk factors of preeclampsia. /. Orel O. V. Syniepol A. V.// The 5 th International scientific and practical conference — Eurasian scientific congress|| (May 17-19, 2020) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2020. 788 p. – p.69 – 72*(Дисертації належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

7. Orel O. B. Вплив пренатального скринінгу на суспільне здоров'я /Orel O. B., Колесник М. Р.// The 5 th International scientific and practical conference “Science, society, education: topical issues and development prospects” (April 12-14, 2020), Kharkiv, Ukraine. 2020. 886р. p.143-150 (*Дисертації належить збір, аналіз матеріалу, написання тез*).

8. Orel O.V. Pregnancy during the COVID pandemic 19/ Orel O.V., Galicheva A.S.// Матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017), видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського державного медичного університету. Харків.2021(*Дисертації належить збір, аналіз матеріалу, написання тез*).

9. Orel O.V. Determinants that affect the occurrence of excess weight during pregnancy /Orel O.V., Galicheva A.S.// Матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017), видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського державного медичного університету. Харків. 2021. (*Дисертації належить збір, аналіз матеріалу, написання тез*).

10. Orel O. V., Yaremenko A. V. Stress as a risk factor of pregnancy complications. Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті. 2022. (*Дисертації належить збір, аналіз матеріалу, написання тез*).

11. Orel O.V. Prevalence of pregnancy complications in the Kharkiv region. Матеріали VI науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 100-річному ювілею кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету. 2023. (*Дисертації належить збір, аналіз матеріалу,*

написання тез).

12. Orel O.V. Organization of medical assistance for pregnant with hypertensive disorders. Матеріали VI науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 100-річному ювілею кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.2023. *(Дисертантці належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).*

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

13.Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 123183
Письмовий твір наукового характеру «Опитувальник для вивчення чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності. Дата реєстрації: 24.01.2024.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	21
ВСТУП	22
РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ВІТЗИЗНЯНОГО І МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ЩОДО ПОГЛЯДІВ ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНОСТІ В УКРАЇНІ І СВІТІ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	34
1.1 Аналіз епідеміології ускладнень вагітності.....	35
1.2 Чинники ризику виникнення патології перебігу вагітності.....	39
1.3 Організація медичної допомоги вагітним жінкам.....	44
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	48
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ПАТОЛОГІЇ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ СЕРЕД ВАГІТНИХ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ПОРІВНЯНО З ПОКАЗНИКАМИ ПО УКРАЇНІ.....	55
3.1 Поширеність патології перебігу вагітності серед вагітних Харківської області за період 2017-2021рр.....	56
РОЗДІЛ 4 ОЦІНКА ЧИННИКІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ПАТОЛОГІЇ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ.....	65
4.1 Ідентифікація чинників ризику та їх ролі у виникненні патології перебігу вагітності.....	65
4.2 Методика прогнозування ризику виникнення патології вагітності...	78
РОЗДІЛ 5 ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ ТА АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЇЇ НАДАННЯ	86
РОЗДІЛ 6 МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПАТОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ.....	96

6.1 Основні компоненти моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.....	97
6.2 Оцінка ефективності моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.....	113
РОЗДІЛ 7 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	118
ВИСНОВКИ	124
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	127
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	131
ДОДАТКИ	166

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ – акушер-гінеколог

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO)

ВРУ – Верховна рада України

ЖК – Жіноча консультація

ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я

ІСШ – Інфекції сечовивідних шляхів

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

КМУ – Кабінет міністрів України

ХМР – Харківська міська рада

КНП – Комунальне некомерційне підприємство

ЦГЗ – Центр громадського здоров'я

ПМД – Первинна медична допомога

ЄС – Європейський Союз

ЕГП – Екстрагенітальна патологія

ВСТУП

Актуальність теми. Останнє десятиріччя характеризується несприятливою демографічною ситуацією в Україні, яка набула сталого характеру. Сучасне буття населення України супроводжується глибоким порушенням механізму його відтворення, погіршенням не лише кількісних, але й якісних характеристик. Першоосновою відтворення населення є народжуваність, оскільки саме вона забезпечує формування-оновлення поколінь населення. Сучасний рівень народжуваності в Україні оцінюється як украй низький, як за історичним виміром, так і в міжнародному контексті [17,20,41].

На сьогодні збереження здоров'я населення в Україні виходить за межі суто медичної проблематики і стає загальнодержавною проблемою, що потребує вирішення на національному рівні. При цьому репродуктивне здоров'я є важливою передумовою сприятливих демографічних перспектив нації. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), репродуктивне здоров'я – це стан фізичного, розумового й соціального благополуччя. Однією з багатьох характеристик якого є здатність до безпечної вагітності, пологів, виживання й здоров'я дитини [78,265,267].

В умовах демографічної кризи в Україні стан репродуктивного здоров'я набуває особливого значення. Він є не лише складником загального стану здоров'я, яке в роки соціально-економічної кризи значно погіршилось, а й важливим чинником формування народжуваності і здоров'я молодого покоління.

Згідно з українськими та світовими даними актуальними питаннями репродуктивного здоров'я залишаються: материнська і дитяча смертність, інвалідність серед дітей, високий рівень абортів, невиношування вагітності, високий рівень ускладнень вагітності та пологів, поширеність жіночого та чоловічого безпліддя.

Відповідно до Цілей Сталого Розвитку, адаптованих для України (2015–

2030 роки), основними проблемними питаннями виокремлено: материнську смертність та смертність немовлят, високий рівень абортів, ускладнень вагітності та пологів, невиношування вагітності, поширеність жіночого та чоловічого безпліддя, зростання онкологічної патології у молодому віці. Від 2000 року в Україні спостерігається спадна динаміка рівнів дитячої та материнської смертності, проте вони все ще не відповідають середньоєвропейським значенням [62].

Медико-соціальна значущість характеру перебігу вагітності пов'язана з істотним впливом на показники материнської та малюкової смертності, інвалідності серед дітей та стану здоров'я майбутнього покоління. Це й визначило необхідність досліджень цього напрямку. Водночас офіційна документація закладів охорони здоров'я не відображує дійсний рівень показників поширеності патологічного перебігу вагітності на сьогодні, тому виявлення існуючої поширеності ускладненого перебігу вагітності серед вагітних Харківської області з подальшим вивченням сучасних детермінант які мають вплив на виникнення патології вагітності, організації медичної допомоги вагітним з ускладненим перебігом є актуальним. Вирішення цих завдань сприятиме підвищенню якості акушерсько-гінекологічної допомоги вагітним з патологічним перебігом на всіх її рівнях [82,83].

Вагітність є одним з найважливіших періодів у житті жінки, який супроводжується складними фізіологічними та психологічними змінами в її організмі. Незважаючи на те, що значна частка вагітностей має неускладнений перебіг, певна частина жінок стикається з різноманітними патологічними станами, які можуть негативно вплинути на здоров'я матері та плода. Це ускладнення такі як преєклампсія, передчасні пологи, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, кровотечі тощо одні з основних причин материнської та перинатальної захворюваності і смертності.

Раннє виявлення та ефективна профілактика патологічного перебігу вагітності мають вирішальне значення для забезпечення сприятливих умов для розвитку плода та зниження ризику ускладнень. Своєчасна ідентифікація

чинників ризику, таких як вік матері, наявність хронічних захворювань, репродуктивний анамнез, спосіб життя та навколишнє середовище, дозволяє розробити індивідуальний план ведення вагітності та взяти необхідних профілактичних заходів.

Актуальність даної теми підкреслюється кількома важливими аспектами:

1. Медичний аспект: патологічний перебіг вагітності несе серйозні ризики для здоров'я матері та дитини, включаючи можливість летальних наслідків. Своєчасне виявлення та профілактика ускладнень дозволяє значно знизити ці ризики та забезпечити сприятливий перебіг вагітності.

2. Соціальний аспект: лікування та госпіталізація у зв'язку з патологічним перебігом вагітності можуть потребувати певних фінансових витрат, що створює фінансовий тиск на сім'ю. Жінка може бути змушена взяти тривалу відпустку або навіть залишити роботу через ускладнення перебігу вагітності, що може вплинути на її кар'єрний шлях та економічну незалежність. Патологічний перебіг вагітності може створити додатковий тиск на стосунки та призвести до напруги в сім'ї через стрес, пов'язаний із наведеною ситуацією.

3. Психологічний аспект: Ускладнення під час вагітності можуть викликати у жінки стрес, тривогу, депресію та почуття безпорадності. Це може негативно вплинути на її психічне здоров'я, викликати емоційні розлади у вагітної та її сім'ї. Своєчасне втручання та підтримка можуть допомогти зменшити психологічне навантаження.

4. Науково-практичний аспект: дослідження, присвячені ранньому виявленню та профілактиці патологічного перебігу вагітності, сприяють розвитку акушерської практики, вдосконаленню профілактичних стратегій, що, в свою чергу, покращує якість медичної допомоги вагітним.

Таким чином, актуальність даної дисертаційної роботи полягає в необхідності комплексного медико-соціального підходу до проблеми патологічного перебігу вагітності, що дозволить підвищити ефективність

раннього виявлення та профілактики ускладнень, забезпечити сприятливі умови для перебігу вагітності та зменшити медичні, соціальні і психологічні наслідки для матері та дитини.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана відповідно до планів наукових досліджень кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету (ХНМУ) МОЗ України «Медико-соціальні аспекти якості життя осіб молодого віку з надлишковою вагою та ожирінням» (№ державної реєстрації 0121Ш 12044; термін виконання 2021- 2023 рр.).

Мета дослідження:

Забезпечення високого рівня фізіологічного перебігу вагітності та пологів шляхом наукового обґрунтування та розробки моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Завдання дослідження:

1. Провести системний аналіз інформаційних вітчизняних й міжнародних літературних джерел щодо сучасних поглядів на патологічний перебіг вагітності, як медико-соціальну проблему.
2. Проаналізувати поширеність патології перебігу вагітності серед вагітних Харківського області.
3. Ідентифікувати детермінанти та дослідити їх комплексний вплив на виникнення ускладнень перебігу вагітності.
4. Дослідити існуючий стан організації медичної допомоги вагітним та оцінити ефективність її надання у Харківській області.
5. Розробити, науково обґрунтувати та впровадити модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності у акушерській практиці.

Наукова база дослідження: КНП «Міський пологовий будинок №1», ХМР «Міський клінічний пологовий будинок №7» ХМР.

Об'єкт дослідження: організація профілактичних заходів у системі

надання акушерсько-гінекологічної допомоги щодо попередження патологічного перебігу вагітності.

Предмет дослідження: патологічний перебіг вагітності, поширеність патологічного перебігу вагітності, детермінанти патологічного перебігу вагітності, стан надання медичної допомоги вагітним з патологічним перебігом.

Матеріали та методи дослідження

1. *Бібліосемантичний* - для вивчення вітчизняного та міжнародного досвіду і досліджуваної проблеми.

2. *Епідеміологічний* – використано для виявлення основних тенденцій поширеності патологічного перебігу вагітності серед вагітних Харківської області за період 2017-2021рр.;

3. *Соціологічний* – для вивчення детермінант, які мають вплив на виникнення патології перебігу вагітності, ставлення до ефективності надання медичної допомоги, рівня інформованості з питань репродуктивного здоров'я.

4. *Медико-статистичний* - для статистичної обробки отриманих результатів дослідження та визначення їх статистичної достовірності за принципами доказової медицини.

5. *Концептуальне моделювання* - для розробки функціонально-структурної моделі раннього виявлення та профілактики патології перебігу вагітності.

6. *Експертних оцінок* - для встановлення медичної дієвості та економічної ефективності запропонованої моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

1. Науково обґрунтовано необхідність оптимізації моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Розроблено модель. Доведено її профілактичну спрямованість

($9,6 \pm 0,16$ бала), економічну доцільність ($8,8 \pm 0,19$ бала), відповідність сучасному міжнародному досвіду ($9,2 \pm 0,19$ бала), дієвість ($8,7 \pm 0,31$ бала), доступність ($8,4 \pm 0,25$ бала) та відповідність таким поняттям як комплексність ($8,9 \pm 0,26$ бала), і системність ($9,0 \pm 0,23$ бала).

2. Сформовано сучасні погляди на систему організації і надання медичної допомоги вагітним та представлено основні напрямки її вдосконалення на всіх рівнях організації медичної допомоги. Вони реалізуються шляхом раціонального використання всіх ресурсів, дотримання основних принципів надання медичної допомоги, використання телемедичних технологій, оптимізації стандартів та протоколів, розробки та впровадження нових проектів та програм, забезпечення та підвищення інформованості населення за допомогою сучасних інформаційно-комунікаційних технологій щодо профілактики патологічного перебігу вагітності, залучення роздаткових матеріалів та використання соціальної реклами, проведення психологічних та психотерапевтичних заходів з підтримки вагітної.

3. Проведено аналіз показників поширеності станів, що ускладнюють вагітність серед вагітних Харківської області за 2017-2021 рр. У результаті дослідження було виявлено, що поширеність ускладнень вагітності, які вивчались, не мають стійкої тенденції до зниження. Найбільш високі рівні поширеності становили анемії та інфекції сечостатевої системи. Визначено, що поширеність ускладнення вагітності інфекціями сечостатевої системи за 2017-2021 рр. у Харківській області дещо перевищували середні по Україні з піковим значенням у 2019 р. ($21,5$ на 100 вагітних, у яких завершилась вагітність). Максимальні показники цього року були зареєстровані у таких районах області: Краснокутському ($54,3$), Богодухівському ($40,6$), Лозівському ($33,7$), Вовчанському ($28,4$), Зачепилівському ($27,8$ на 100 вагітних, у яких завершилась вагітність).

4. Вивчено вплив чинників ризику на розвиток патологічного перебігу вагітності. Ідентифіковано чинники ризику, які за розрахунком мали найбільший вплив на виникнення ускладнень перебігу вагітності. Вони були

розподілені на медико-біологічні, соціально-економічні та соціально-психологічні. Виявлено, що найбільш впливовим став медико-біологічний чинник, включаючи екстрагенітальну патологію. Так, наявність серцево-судинних захворювань, у т.ч. гіпертонічної хвороби, збільшують ризик виникнення ускладнень перебігу вагітності у 31,4 раза, захворювань нирок — у 26,2 раза, захворювань щитоподібної залози — у 14,3 раза, наявність інших захворювань (варикозної хвороби тощо) — у 11,1 раза, цукрового діабету — у 4,7 раза, соматоформної вегетативної дисфункції — у 4,0 раза, захворювань дихальних шляхів — у 1,7 раза, інфекцій сечової системи — у 1,4 раза. При вивченні акушерсько-гінекологічного анамнезу спостерігалася тенденція наявності ускладнень перебігу вагітності другої та подальших вагітностей. Порушення менструального циклу в анамнезі погіршували прогноз перебігу вагітності у 8,2 раза. Порушення менструального циклу в анамнезі погіршували прогноз перебігу вагітності у 8,2 раза. Також несприятливі наслідки мали попереднє розродження шляхом кесаревого розтину, наявність передчасних пологів, викиднів та медичних абортів (ВШ=3,2; ВШ=2,2; ВШ=2,0 відповідно), наявність завмерлої вагітності (ВШ=1,8). Визначено, що серед соціально-економічних та соціально-психологічних чинників суттєвий вплив на виникнення ускладнень перебігу вагітності мали наявність стресу у повсякденному житті (ВШ=42,6), депресивний психологічний стан (ВШ=40,7), низький рівень матеріального стану (ВШ=16,5), наявність шкідливих звичок у батька дитини (ВШ=10,5), вживання кави (ВШ=10,4), вживання фаст-фудів (ВШ=6,2), нечасте споживання фруктів (ВШ=6), сімейний стан (незаміжня, розлучена, удова) (ВШ=4,4), наявність шкідливих звичок у вагітної (ВШ=3,1), недотримання режиму харчування (ВШ=2,8), обіймання керівної посади на роботі (ВШ=2,4), відсутність вищої освіти (ВШ=1,6), тип темпераменту «холерик» (ВШ=1,2).

5. Обґрунтовано методику прогнозування ризику розвитку патології перебігу вагітності, що базується на системному підході з метою виявлення груп ризику, практична цінність представленої методології прогностичної

оцінки патологічних процесів обумовлена її універсальністю, простотою та можливістю поетапного використання.

6. Вивчено та проаналізовано стан та якість організації медичної допомоги вагітним у Харківській області. У результаті вивчення та оцінки якості надання медичної допомоги вагітним жінкам вагітні основної групи до настання вагітності в 6,9 разів менше зверталися за медичною допомогою до лікаря АГ жіночої консультації і в 2 рази частіше були незадоволені якістю медичної допомоги ЗОЗ у зв'язку з недобррозичливим ставленням (ВШ=2,1) та інших причин (ВШ=13,4). Жінки з ускладненим перебігом вагітності відверто відповіли на те, що вони рідко відвідували ЖК упродовж року: один (ВШ=1,8) або два (ВШ=4,1) рази на відміну від жінок, у яких був фізіологічний перебіг вагітності. Під час вагітності у зв'язку з її ускладненнями вагітні жінки зверталися до акушера-гінеколога у 6,9 разів частіше ніж жінки з фізіологічним перебігом. 56,4% респондентки зауважили, що недостатньо проінформовані з приводу станів, які можуть виникати під час вагітності та ускладнюють її перебіг. Патологічний перебіг вагітності потребує фінансових затрат на додаткові дослідження та корекції стану вагітної, 23% вагітних малу змогу придбати собі необхідні препарату відразу, як тільки в цьому виникала потреба. Залишаються певні проблеми щодо охоплення вагітних спостереженням до 12 тижнів вагітності для досягнення цільових рівнів 90-95%.

Удосконалено:

– статистичні дані стосовно чинників ризику розвитку патологічного перебігу вагітності, виявлено, що крім основних чинників, таких як наявність екстрагенітальної патології та обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу для вагітних Харківської області характерні також інші достовірні соціальні-економічні та соціально-психологічні чинники ризику: стреси на робочому місці, стресові ситуації в сім'ї, тип темпераменту особистості.

– підходи щодо покращення організації та якості медичної допомоги

вагітним на усіх рівнях її забезпечення.

Набули подальшого розвитку:

- знання щодо існуючих трендів станів, що ускладнюють вагітність серед вагітних у Харківській області;
- вивчення епідеміологічних даних щодо достовірних чинників ризику розвитку патологічного перебігу вагітності;
- проблем надання акушерсько-гінекологічної допомоги вагітним Харківської області.

Теоретичне значення роботи полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини, громадського здоров'я й акушерства та гінекології в частині удосконалення раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

- обґрунтування, розробки та впровадження в практику охорони здоров'я моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, з метою забезпечення медичної, соціальної та економічної ефективності;
- удосконалення медичного обслуговування вагітних на всі етапах надання медичної допомоги;
- впровадження профілактичних заходів та корекції виявлених ризиків для запобігання патологічного перебігу вагітності;
- оптимізації медичного спостереження та ведення вагітних жінок відповідно до індивідуальних ризиків на основі розробленої моделі. Це підвищить якість акушерської допомоги.
- покращення знань при підготовці фахівців громадського здоров'я, лікарів акушерів-гінекологів на додипломному та післядипломному рівнях щодо організації раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності на всіх рівнях надання медичної допомоги вагітним з патологією

перебігу вагітності.

Отже, результати дисертації сприятимуть покращенню якості антенатальної допомоги, зміцненню здоров'я вагітних та зниженню показників материнської та перинатальної захворюваності і смертності.

Впровадження результатів дослідження здійснено:

а) на галузевому рівні при підготовці:

– свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір № 123183 «Опитувальник для вивчення чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності» (дата реєстрації: 24.01.2024);

б) на регіональному та локальному рівні:

– шляхом впровадження результатів дослідження у практичну охорону здоров'я КНП «Харківський міський пологовий будинок № 1» ХМР (акт впровадження від 05.06.2024 р.), КНП «Харківський клінічний пологовий будинок №7» ХМР (акт впровадження від 07.06.2024 р.)

Кількість актів впровадження - 4

– використанні в навчальному процесі кафедр: соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету (акт впровадження від 12.06.2024р.); соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету (акт впровадження від 12.06.2024р.); соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету (акт впровадження від 05.06.2024р.); громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету ім.І.Я.Горбачевського (акт впровадження від 07.06.2024р.)

Кількість актів впровадження – 4. (Додаток Г)

Особистий внесок здобувача. Дисертанткою разом з науковим керівником означено тему, мету та завдання дослідження. Авторкою особисто розроблено дизайн дослідження, вибрано методи дослідження; проведено аналітичний огляд сучасних джерел світової та вітчизняної літератури щодо

проблеми патології перебігу вагітності серед жінок фертильного віку; проведено соціологічне дослідження шляхом анкетування вагітних, розроблено модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Здобувачем самостійно виконано збір, систематизовано та сформовано первинну документацію досліджень, проведено статистичний аналіз та оцінку отриманих результатів, сформульовані основні положення, висновки і рекомендації щодо подальшого впровадження результатів дисертаційного дослідження, що нашло відображення в наукових працях опублікованих за темою дисертації.

Апробація результатів дисертації.

На III міжнародній науково-практичній конференції «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення», 05 листопада 2020 року, м. Харків; IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017), видатного вченого, завідувача кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського державного медичного університету м. Харків, 27 жовтня 2021 року; V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті м. Харків, 28 жовтня 2022 року; Всеукраїнській науковій конференції з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної розбудови» 5-6 жовтня 2023 року м. Ужгород; VI науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 100-річному ювілею кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, м. Харків, 02 листопада 2023 року.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 13 наукових робіт, у тому числі 3 статті у фахових виданнях, регламентованих МОН України (з

них: 2 в журналах, що входять до наукометричних баз, 1 – в фаховому журналі), 9 робіт у матеріалах наукових конференцій, 1 авторське свідоцтво на винахід.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 181 сторінці друкованого тексту в тому числі, на 130 сторінках основного тексту; включає анотацію, вступ, аналітичний огляд наукової літератури, програму дослідження та п'ять розділів власних досліджень з аналізом отриманих даних, аналіз та узагальнення результатів дослідження, висновки, практичні рекомендації, 4 додатка; містить 12 таблиць та 13 рисунків. Список використаних джерел літератури складається з 271 найменування, з них 184 – іноземні.

РОЗДІЛ І

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО І МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ЩОДО ПОГЛЯДІВ НА ПРОБЛЕМУ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ В УКРАЇНИ ТА КРАЇНАХ СВІТУ

(аналітичний огляд наукової літератури)

На фоні негативної демографічної ситуації, триваючої широкомасштабної збройної агресії російської федерації проти України, епідемії COVID-19 надзвичайного стратегічного значення для забезпечення сталого розвитку суспільства набувають питання збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я, як невід'ємного компонента стану здоров'я населення в цілому [46]. За даними Державної служби статистики України, чисельність жінок фертильного віку зменшилася з 9 998,5 тис. у 2018 році до 9 550,9 у 2022 році. Проблема патологічного перебігу вагітності залишається однією з провідних медико-соціальних і проблем сучасного акушерства, має значний вплив на здоров'я матері та дитини, суттєво підвищуючи ризики ускладнень та несприятливих наслідків. [85,164,195]. Вагітність є одним з небагатьох фізіологічних станів, що вимагають довгострокової і кардинальної перебудови функціональних систем організму у зв'язку з необхідністю підтримки гомеостазу на новому, енергетично більш високому рівні. У відповідь на вагітність в організмі жінки відбуваються фізіологічні адаптаційні перебудови у зв'язку з підвищеним перевантаженням на низку органів і систем. Патологія вагітності – це захворювання, ускладнення і несприятливі наслідки вагітності, що ставлять під загрозу перебіг вагітності або здоров'я жінки і розвиток плода, яка проявляється загрозою переривання, плацентарною дисфункцією та численними іншими патологічними станами [81,85].

Актуальність патологічного перебігу вагітності обумовлена багатьма аспектами такими як: медичними, соціальними, психологічними та

економічними. Попри численні наукові дослідження та впровадження дієвих практичних заходів, проблема виникнення патологічних станів під час вагітності залишається гострою у глобальному масштабі. Більше того, в багатьох країнах світу спостерігається тенденція до підвищення частоти цих станів. Така ситуація викликає серйозне занепокоєння у медичній спільноті та вказує на необхідність подальшого вдосконалення підходів до профілактики та лікування патології перебігу вагітності [75,79].

За даними ВООЗ патологічний перебіг вагітності є провідною причиною материнської та неонатальної смертності і захворюваності. Також ВООЗ засвідчує, що щоденно у світі помирає близько 800 жінок від причин пов'язаних з вагітністю, які можна попередити. Патологічний перебіг вагітності має широкий спектр негативних наслідків, що підкреслює важливість ранньої діагностики, профілактики та адекватного лікування ускладнень вагітності [13].

1.1 Аналіз епідеміології ускладнень вагітності

Незважаючи на впровадження регламентованих клінічними протоколами сучасних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю в діяльність первинної ланки акушерсько-гінекологічної допомоги, в цілому в Україні частота ускладнень і несприятливих наслідків вагітності все ще залишається високою, що спонукає до подальших досліджень для розробки ефективних стратегій профілактичних заходів.

Гіпертензивні розлади під час вагітності за даними Європейського кардіологічного товариства є найпоширенішими медичними ускладненнями, які спостерігаються у 5–10% вагітностей у всьому світі. Згідно з даними ВООЗ 20–33% випадків материнської смерті пов'язані саме з артеріальною гіпертензією. Вона залишається основною причиною захворюваності та смертності матерів, плодів та новонароджених. Ризики для матері включають передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, інсульт, поліорганну недостатність та синдром дисемінованого внутрішньосудинного

згортання крові. Плід має високий ризик затримки внутрішньоутробного росту (25% випадків преєклампсії), недоношеності (27% випадків преєклампсії) та внутрішньоутробної смерті (4% випадків преєклампсії). Преєклампсія, яка характеризується гіпертензією та протеїнурією після 20 тижнів вагітності, є однією з найпоширеніших та найнебезпечніших патологій вагітності. За даними різних науковців преєклампсія ускладнює від 2% до 18% всіх вагітностей та є однією з провідних причин материнської та перинатальної захворюваності та смертності. Численні дослідники відзначають відсутність тенденції до зниження частоти цього ускладнення. Крім того зростання важких форм преєклампсії. Важка форма преєклампсії потребує дострокового розродження - до 34 тижнів вагітності. Близько 80% економічних втрат і витрат на діагностику, лікування пацієнток пов'язані саме з цим типом преєклампсії [6,30,43,45].

За даними статистично-аналітичного довідника «Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2020 рік», опублікованого Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України», згідно даних жіночих консультацій зареєстровано 17592 випадки вагітностей, ускладнених набряками, протеїнурією та гіпертензивними розладами, що склало 6,4 на 100 вагітностей, у тому числі 5867 випадків преєклампсії, еклампсії, що склало 2,13 на 100 вагітностей, з них 701 випадок важких форм преєклампсії та еклампсії, що склало 0,25 на 100 вагітностей. Однак за даними акушерських стаціонарів кількість випадків ГВР була значно вищою, у 2020 р. зареєстровано 21 004 випадки пологів, ускладнених набряками, протеїнурією та гіпертензивними розладами, що склало 74,57 на 1000 пологів, у тому числі 11 075 випадків преєклампсії, еклампсії, що склало 39,32 на 1000 пологів, з них 1573 випадки тяжких форм преєклампсії та еклампсії, що склало 5,58 на 1000 пологів [77].

Анемія під час вагітності ще дна з серйозних глобальних проблем охорони здоров'я, на яку страждають 38,2% вагітних у всьому світі, переважно через дефіцит заліза. Інші причини включають дефіцит харчування,

гемоглобінопатії, інфекційні та хронічні захворювання. Географічні варіації мають місце з більшою поширеністю в менш розвинених країнах. ВООЗ визначає анемію як рівень гемоглобіну (Hb) <110 г/л на будь-якому терміні вагітності та <100 г/л після пологів. Наразі майже в кожній шостій вагітній в Україні відзначали анемію, яка значною мірою залежить від якості та повноцінного харчування, що зумовлено передусім соціально-економічним становищем сім'ї та є маркером соціально-економічного благополуччя країни, гіпоксії плода і може призвести до загрози викидня або передчасних пологів, плацентарної недостатності, невиношування вагітності, плодово-малюкових втрат [90,103,106].

Захворювання сечостатевої системи є поширеною проблемою серед вагітних жінок у всьому світі. За даними ВООЗ (2019), ці захворювання ускладнюють до 20% всіх вагітностей. Інфекції сечовивідних шляхів є найпоширенішою патологією сечостатевої системи під час вагітності. Систематичний огляд та мета-аналіз, проведений вченими з Греції (2018), показав, що глобальна поширеність безсимптомної бактеріурії серед вагітних жінок становить 8-10%. При цьому частота варіює від 2% у розвинених країнах до 15% у країнах, що розвиваються [116,119,124].

Гострий цистит, за даними дослідження польських науковців (2016), зустрічається у 1-4% вагітних. Пієлонефрит, найсерйозніша форма ІСШ, ускладнює 0,5-2% вагітностей у розвинених країнах та до 5% у країнах з низьким рівнем доходу [186].

За даними багатьох наукових досліджень бактеріальний вагіноз є ще одним поширеним захворюванням сечостатевої системи під час вагітності. Мета-аналіз показав, що глобальна поширеність бактеріального вагінозу серед вагітних жінок становить близько 23%, з варіаціями від 9% у розвинених країнах до 50% у деяких африканських країнах. Поширеність серед вагітних вагінального кандидозу серед жінок у різних популяціях становить 20-30% у різних популяціях [196,207,230].

Важливо відзначити, що частота захворювань сечостатевої системи

може значно відрізнятись залежно від географічного регіону, соціально-економічних умов та доступності медичної допомоги. Наприклад, дослідження науковців Нігерії показало, що поширеність ІСШ серед вагітних жінок досягає 86,6%, що значно вище, ніж у розвинених країнах. Також спостерігається тенденція до зростання частоти деяких захворювань сечостатевої системи. Зокрема, дослідження у США виявило збільшення частоти ІСШ під час вагітності на 15% за період з 2000 по 2015 рік [187,246,260].

Розуміння епідеміології захворювань сечостатевої системи під час вагітності є критично важливим для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування. Це особливо актуально з огляду на потенційні серйозні наслідки цих захворювань для матері та плода, включаючи передчасні пологи, низьку вагу при народженні та перинатальні інфекції. За даними МОЗ України спостерігається тенденція до зростання поширеності захворювань сечостатевої системи - з 13,97 у 2018р. до 14,1 випадків на 100 вагітних у 2022 р. Це значною мірою пов'язують з низьким рівнем репродуктивної культури та безвідповідальною статевою поведінкою. Такі захворювання можуть призводити до серйозних ускладнень вагітності, включаючи передчасний розрив плодових оболонок, порушення репродуктивної функції жінок, а також підвищують ризик перинатальної смертності та інвалідності у дітей [85].

Захворювання системи кровообігу становлять значну проблему в акушерській практиці, демонструючи варіабельність у різних регіонах світу. Аналіз епідеміологічних даних виявляє суттєві відмінності у поширеності цих патологій серед вагітних жінок у різних країнах. У розвинених країнах, таких як США та Великобританія, частота серцево-судинних захворювань під час вагітності коливається в межах 1-4% (American Heart Association, 2023). Європейські країни демонструють дещо нижчі показники - від 0,5% до 1,5% вагітностей ускладнюються кардіоваскулярними патологіями (European Society of Cardiology, 2022). Натомість, у країнах, що розвиваються,

спостерігається вища частота цих захворювань. Зокрема, в Індії показник сягає 4-5% (Indira et al., 2021), а в деяких африканських країнах може досягати 5-7%, що пов'язано з високою поширеністю ревматичних вад серця (Sliwa et al., 2020)[130,135].

Незважаючи на позитивну динаміку, частота хвороб систем кровообігу в Україні залишається досить високою і становить 7,57 у 2018р та 6,54 у 2022р. випадків на 100 вагітних відповідно. Ці патології можуть мати серйозні наслідки для вагітності, такі як плацентарна недостатність, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, хронічна гіпоксія плода, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Крім того, вони підвищують ризик розвитку гіпертензивної енцефалопатії, порушень мозкового кровообігу, масивних коагулопатичних кровотеч у вагітних [85].

1.2 Чинники ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності

Численні дослідження були присвячені вивченню різноманітних чинників, що можуть негативно впливати на перебіг вагітності. Медико-біологічні чинники ризику, такі як хронічні захворювання, є предметом багатьох досліджень. На сьогодні до настання вагітності багато жінок мають в анамнезі екстрагенітальні та гінекологічні захворювання, як наслідок порушення репродуктивного здоров'я. За узагальненими літературними даними до 55% видів патології перебігу вагітності обумовлене наявністю екстрагенітальної патології (ЕГП). Збільшення її частоти зумовлено погіршенням стану здоров'я населення і збільшенням питомої ваги жінок старше 35 років серед вагітних. ЕГП збільшують частоту ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду. Акушерські проблеми у жінок з ЕГП зумовлені впливом хвороби (специфічних і неспецифічних) на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду, виникненням специфічних акушерських ризиків, що пов'язані з характером ЕГП, навіть необхідністю в

окремих випадках переривання вагітності. Приділяється увага обтяженому акушерсько-гінекологічному анамнезу (викидні, попереднє розродження шляхом кесарева розтину, порушення менструального циклу) на виникнення ускладнень під час вагітності [8,10,17,31,32,38].

Дослідження вчених з різних країн світу підкреслюють важливість здорового способу життя для оптимального перебігу вагітності. Паління під час вагітності є відомим чинником ризику для таких ускладнень, як передчасні пологи, низька маса тіла при народженні та вроджені вади розвитку []. Дослідження ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children, 2023) показало, що куріння під час вагітності підвищує ризик передчасних пологів на 27% та затримки внутрішньоутробного розвитку на 33%. Мета-аналіз by Smith et al. (2022) виявив, що відмова від куріння до 15 тижня вагітності знижує ризик низької ваги при народженні до рівня некурців. Аналіз літературних джерел дозволяє стверджувати, що Україна належить до країн з високою поширеністю тютюнопаління. Усе більшої актуальності набуває проблема тютюнопаління під час вагітності. Дослідження вітчизняних учених дозволяють стверджувати, що у жінок, які перебувають під впливом тютюнопаління, підвищений ризик загрози переривання вагітності – 28%, несвоєчасного вилиття навколоплідних вод – 26%, передчасних пологів – 8%, які у свою чергу є головною причиною смерті новонароджених, відшарування та передлежання плаценти – 6%, затримки розвитку плода – 26% та гіпоксії плода – 34% та інших патологічних станів. Вживання алкоголю також пов'язане з підвищеним ризиком вроджених вад розвитку, передчасних пологів та затримки росту плода [113,114].

Дані наукових досліджень свідчать про тісний зв'язок між соціальними детермінантами та несприятливими наслідками для вагітності. Соціальні детермінанти — це чинники соціального середовища, які можуть впливати на здоров'я людини, її схильність до хвороб і доступність медичної допомоги. Це соціальні умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють. Тривалі збройні конфлікти не лише породжують політичні, правові,

соціально-економічні проблеми, а й призводять до масової міграції населення і впливають на фізичне та психічне здоров'я людей.

Психологічний стан вагітної жінки також може значно вплинути на перебіг вагітності та результати для матері та дитини. Дані наукових досліджень свідчать про зв'язок між депресією, тривожністю та стресом під час вагітності з підвищеним ризиком несприятливих наслідків вагітності. Стрес має вагомий вплив на перебіг вагітності тим самим призводить до збільшення частоти ускладнень. Надмірний стрес, тривожність та депресія під час вагітності можуть сприяти розвитку прееклампсії, передчасних пологів та низької маси тіла при народженні [3,58,59,]. Підвищене нервово напруження спричиняє збільшення виділення гормонів глюкокортикоїдів, які впливають на функціонування печінки та формування плаценти. Крім того, високий рівень цих гормонів у крові збільшує ризик виникнення захворювань серцево-судинної системи або цукрового діабету. У 2019–2020 рр. ускладнення під час вагітності зросли на 10,2% внаслідок пандемії коронавірусу (COVID-19) у 2019 р. Найчастішими ускладненнями були передчасні пологи, прееклампсія, перинатальна смерть. Хоча COVID-19 є респіраторним захворюванням, воно призводить до багатьох проблем зі здоров'ям, таких як хвороби серця, нирок та інші ускладнення. Початкове блокування COVID-19 призвело до соціальної ізоляції та втричі збільшило тривожність серед населення, досягнувши поширеності 46%. Тривога та депресія були найбільш зареєстрованими проблемами психічного здоров'я під час пандемії, і вони вражали переважно жінок, особливо вагітних. Ці стани мають вплив на вагітну та її плід збільшуючи частоту ускладнень перебігу вагітності та пологів [5,8,9].

Крім того, певні соціальні, соціально-психологічні та соціально-економічні фактори, такі як сімейний стан, низький рівень доходу, недостатній рівень освіти, відсутність доступу до медичної допомоги, також можуть негативно впливати на перебіг вагітності та збільшувати ризик виникнення ускладнень. Вагітність одиноких жінок пов'язана з підвищеним ризиком виникнення ускладнень вагітності та пологів через медико-соціальні,

психологічні та економічні особливості такого статусу жінок. Тому вагітні, які не перебувають у шлюбі, повинні бути включені до групи ризику розвитку перинатальної патології. Неприятливі соціально-побутові умови і низький матеріальний рівень негативно впливають на перебіг вагітності та формування материнських почуттів у вагітної жінки, а також на її психоемоційний стан. До особистих чинників можна віднести різноманітні аспекти. Об'єктивні чинники містять вікові кризи та особливості, такі як вищого рівня нервова активність. Суб'єктивні аспекти охоплюють особисті риси, такі як темперамент, наявність минулого стресового досвіду, недостатня самооцінка, а також підвищена тривожність, напруженість та інші. Також важливо враховувати чинники, що пов'язані з особливостями діяльності вагітної жінки, які можуть бути навчальними, професійними або пов'язаними з роботою. Наприклад, проблеми з організацією роботи, інформаційне перенавантаження та інші негативні аспекти можуть негативно впливати на психологічний стан вагітної жінки. Важливо відзначити, що ступінь стресу під час вагітності залежить не тільки від самої події, що його спричинила, але й від реакції вагітної на цю подію. Тривалі та інтенсивні хвилювання можуть негативно вплинути на важливі системи організму, перш за все, на нервову систему вагітної жінки. Якщо жінка зазнає значного стресу під час вагітності, це може проявитися наступними симптомами: запаморочення, прискорене серцебиття, тремор кінцівок, підвищений артеріальний тиск, нервозність без видимих причин, знижена працездатність, втрата апетиту, втомленість, апатія, порушення сну і таке інше. На сьогоднішній день не піддається сумніву той факт, що вказані чинники можуть впливати на розвиток нервової системи майбутньої дитини. Нідерландські дослідники виявили Generation R Study (2022) виявила, що високий рівень материнського стресу підвищує ризик передчасних пологів на 25-30%. Вчені Kumari et al. (2023) з Індії показали зв'язок між хронічним стресом та підвищеним ризиком гестаційної гіпертензії (на 40%) [140,142,144,147].

У США, Великобританії, Австралії, Канаді, Японії, Бразилії, Індії, Китаї,

Південній Африці, Швеції за літературними даними поширеність депресивних розладів варіює від 5 до 9%, що мають вплив на виникнення патології перебігу вагітності [151,165].

Вплив сну на перебіг вагітності є предметом багатьох досліджень, і аналіз наукової літератури свідчить про їх потенційно негативні наслідки для здоров'я матері та плода. Під час вагітності знижується якість сну. За даними науковців розлади сну розглядаються як чинник ризику виникнення патології перебігу вагітності. Симптоми порушень сну спостерігаються у близько третини вагітних жінок, переважно, у другому і третьому триместрі вагітності.

Ще одним з чинників, що визначає фізіологічність перебігу вагітності, є харчування жінки. Харчування відіграє важливу роль у забезпеченні фізіологічного перебігу вагітності та розвитку плода. Як надлишок, так і дефіцит певних поживних речовин у раціоні вагітної жінки можуть мати негативні наслідки. Раціональне харчування, яке означає адекватне в кількісному та повноцінне в якісному відношенні вживання їжі, задовольняє енергетичні та пластичні потреби організму матері та плода, що розвивається внутрішньоутробно, забезпечує необхідний рівень обміну речовин, засвоєння достатньої кількості білків, вітамінів та мінералів. Саме адекватне поповнення ззовні організму вагітної жінки білками, жирами, вуглеводами, вітамінами та мінералами забезпечує повноцінний розвиток плода без нанесення шкоди організму самої матері. Виходячи з цього, цілком закономірною є точка зору про те, що вагітні є найуразливішими щодо негативного впливу недостатнього за кількістю або неповноцінного за складом харчування. Дослідження Carmichael et al. (2021) виявило, що дієта з низьким вмістом фолатів підвищує ризик вроджених вад нервової трубки на 30-50%. Дослідження вчених Японії Okubo et al. (2022) показали, що традиційна японська дієта, багата на рибу та овочі, знижує ризик гестаційного діабету на 25%. Дефіцит певних поживних речовин під час вагітності також може мати серйозні наслідки для здоров'я матері та плода. Нестача фолатів (вітамін B9) у раціоні збільшує ризик вроджених вад розвитку нервової трубки плода [51,184,187]. Дефіцит заліза

може призвести до анемії, що пов'язана з підвищеним ризиком передчасних пологів, низької маси тіла при народженні та перинатальної смертності. Недостатнє споживання вітаміну D під час вагітності також може спричинити негативні наслідки, включаючи підвищений ризик прееклампсії, гестаційного діабету, низької маси тіла при народженні та порушень скелетного розвитку у немовлят. Баланс основних макронутрієнтів (білків, вуглеводів та жирів) у раціоні вагітної жінки також є важливим чинником. Надмірне споживання насичених жирів та простих вуглеводів може призвести до надмірної ваги, гестаційного діабету та інших метаболічних порушень. Натомість, адекватне споживання поліненасичених жирних кислот, особливо омега-3, асоціюється зі зниженим ризиком прееклампсії, передчасних пологів та підвищеним когнітивним розвитком дитини [58,59].

1.3 Організація медичної допомоги вагітним

ВООЗ визначає охорону материнства і дитинства однією з основних стратегій у політиці досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні. Глобальна стратегія ВООЗ з охорони здоров'я жінок і дітей підкреслює, що інвестиції у здоров'я жінок і дітей мають високу економічну доцільність і забезпечують гарантію продуктивної робочої сили в майбутньому [4]. В Україні завдання системи перинатальної допомоги узгоджуються з цілями сталого розвитку на 2016–2030 рр. та Глобальною стратегією охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (2016–2030 рр.) [5, 6]. Стратегічні напрями розвитку перинатальної допомоги в Україні передбачають удосконалення нормативно-правових засад, підвищення якості та доступності послуг, розвиток служб репродуктивного здоров'я, удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів, їх оснащення сучасною апаратурою, регіоналізацію перинатальної допомоги та впровадження сучасних медико-організаційних технологій [11].

Забезпечення належного рівня здоров'я матерів та дітей є важливим індикатором ефективності соціальної та економічної політики держави. За останні десятиліття у світі спостерігаються недостатні темпи зниження

материнської та неонатальної смертності, що пов'язано з низькою якістю медичної допомоги, а також сучасними викликами які наклала пандемія COVID 19 та повномасштабним вторгненням російської федерації. ВООЗ приділяє особливу увагу підвищенню якості перинатальної допомоги, оскільки саме в цей період можна запобігти значній кількості випадків материнської та неонатальної смертності. Дослідження, присвячені комплексній оцінці діяльності закладів перинатальної допомоги, є актуальними для вирішення проблем збереження перинатального здоров'я та оптимізації організації медичної допомоги при вагітності, в пологах і в неонатальному періоді [1,5].

За даними досліджень, організація трирівневої системи перинатальної допомоги та модернізація технічного оснащення в розвинених країнах, таких як Японія, США та країни Західної Європи, дозволили значно знизити материнські і плодово-малюкові втрати, рівні захворюваності та смертності новонароджених і дітей раннього віку [13,16]. Метою в Україні регіоналізації перинатальної допомоги є зниження материнської, перинатальної та малюкової захворюваності, інвалідності та смертності шляхом структурної реорганізації системи надання медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, а також їхнім новонародженим дітям [2,8]. Впровадження сучасних перинатальних технологій у діяльність закладів охорони здоров'я акушерсько-неонатологічної служби та регіоналізації перинатальної допомоги сприяли зменшенню в останнє десятиріччя захворюваності вагітних і новонароджених [1,8].

Незважаючи на досягнуті успіхи організації та надання акушерсько-гінекологічної допомоги показники поширеності станів, що ускладнюють вагітність не мають тенденції до зниження. У медичну практику уведено Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність». Стандарти визначають пріоритетними здоров'я і благополуччя вагітної, а не тільки попередження захворювань і смерті, що відповідає підходу, заснованому на дотриманні прав людини. Основними завданнями є забезпечення

антенатального спостереження, діагностика вагітності у ранні терміни вагітності (до 12 тиж.); спостереження за перебігом вагітності і станом плода; своєчасна профілактика і діагностика ускладнень вагітності; підготовка вагітної до пологів та народження дитини; попередження материнської і перинатальної захворюваності та смертності. Одним з пріоритетних напрямків у роботі Національної служби здоров'я України для забезпечення якісної та безпечної медичної допомоги матері і дитині є створення пакету медичних послуг «Ведення вагітності в амбулаторних умовах», який фінансується за рахунок державного бюджету за Програмою медичних гарантій, і включає динамічне спостереження вагітності, контроль за станом здоров'я вагітної, необхідні лабораторні та інструментальні обстеження і консультації; організацію та проведення диспансерного нагляду (взяття на облік, розробка індивідуального плану ведення вагітності відповідно до групи ризику), профілактику ускладнень вагітності тощо. Вагітна має право обрати лікаря і заклад охорони здоров'я, де відбувається спостереження за перебігом вагітності, незалежно від місця реєстрації чи фактичного проживання. Надзвичайно важливим в антенатальному спостереженні є надання вагітній адекватних доказово обґрунтованих рекомендацій для забезпечення неускладненого перебігу гестаційного процесу та народження здорової дитини. В умовах пандемії COVID-19 організація та надання медичної допомоги вагітним здійснюється відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я [73].

Проте, незважаючи на позитивну тенденцію, стан здоров'я жінок та дітей в Україні все ще не відповідає міжнародним стандартам, що обумовлює необхідність подальшого удосконалення системи перинатальної допомоги.

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ:

1. Проведений аналіз міжнародних та вітчизняних наукових джерел засвідчив актуальність проблеми патології вагітності. Незважаючи на численні дослідження цього напрямку частота станів, що ускладнюють

перебіг вагітності залишається на високому рівні, а у деяких країнах світу навіть має тенденцію до зростання.

2. Проаналізовані чинники ризику, які мають вплив на виникнення патології перебігу вагітності серед них медико-біологічні (наявність екстрагенітальної патології), соціально-економічні (недостатнє харчування, наявність шкідливих звичок), соціально-психологічні (стреси, депресивні стани).

3. Стан здоров'я жінок та дітей в Україні все ще не відповідає міжнародним стандартам, що обумовлює подальші дослідження цього напрямку.

4. Подальші дослідження в даному напрямку та розробка моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці в умовах викликів сьогодення є науково обґрунтованими.

РОЗДІЛ II

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГИ ТА МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення мети наукового дослідження було необхідним розробка спеціальної програми, обрання бази дослідження та визначення періоду та методики її проведення. Дослідження складалося з п'яти етапів. Кожний етап включав певні задачі, які необхідно було розв'язати визначеними методами. Така багаторівнева структура дала змогу отримати достовірну інформацію та досягти поставленої мети (рис.2.1).

Було застосовано шість основних методів (рис.2.2).

1. Бібліосемантичний - для вивчення вітчизняного та міжнародного досвіду і досліджуваної проблеми.

2. Епідеміологічний – використано для виявлення основних тенденцій поширеності патологічного перебігу вагітності серед вагітних Харківської області за період з 2017-2021рр.;

3. Соціологічний – для вивчення детермінант, які мають вплив на виникнення патології перебігу вагітності, ставлення до ефективності надання медичної допомоги, рівня інформованості з питань репродуктивного здоров'я.

4. Медико-статистичний - для статистичної обробки отриманих результатів дослідження та визначення їх статистичної достовірності за принципами доказової медицини.

5. Концептуальне моделювання - для розробки моделі раннього виявлення та профілактики патології перебігу вагітності.

6. Експертних оцінок - для встановлення медичної дієвості та економічної ефективності запропонованої моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

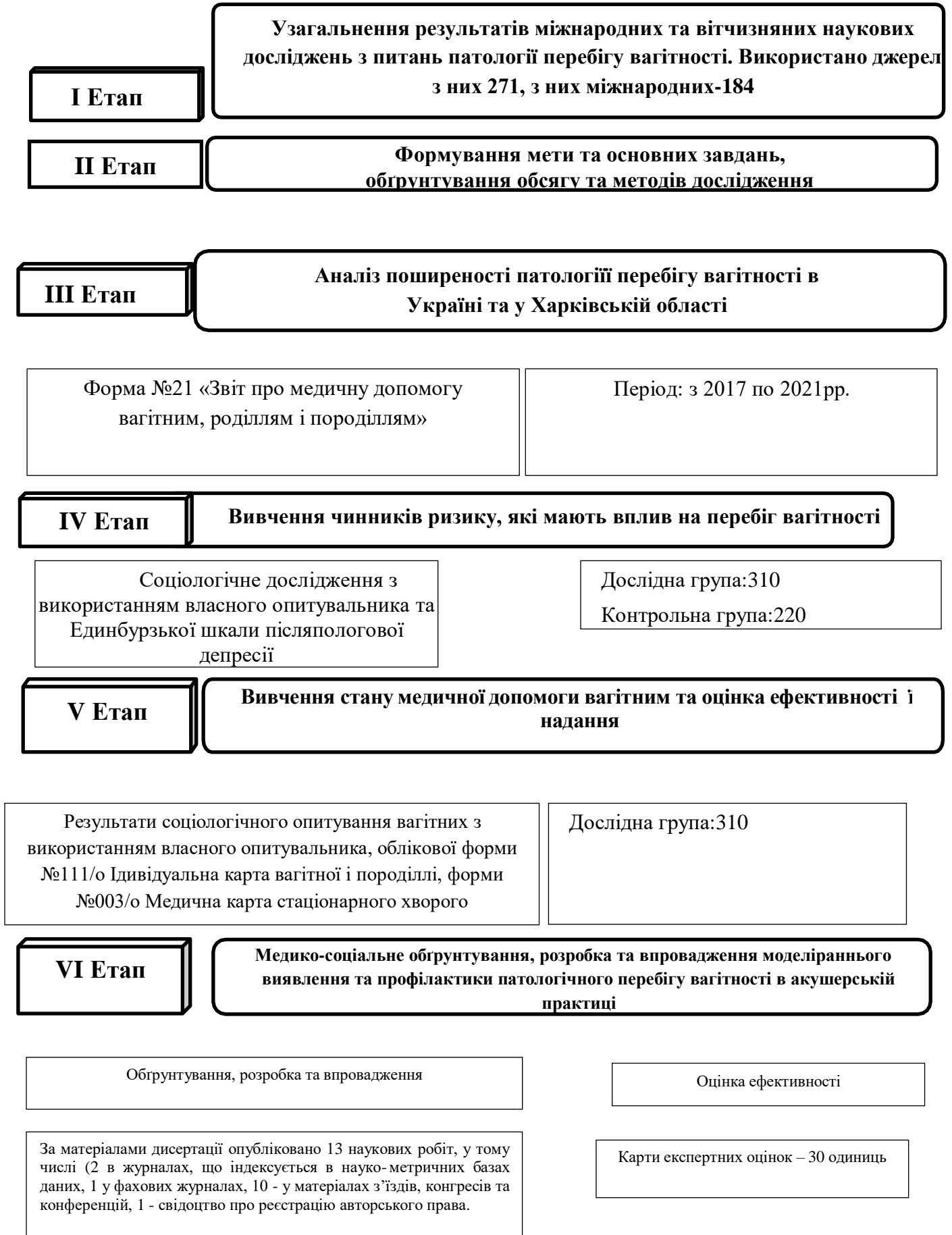


Рис. 2.1. Програма, матеріали та обсяги дослідження

Перший етап дослідження передбачав узагальнення результатів міжнародних та вітчизняних наукових досліджень з питань патології перебігу вагітності. Всього проаналізовано 271 з них 87 вітчизняних джерел літератури і 184 зарубіжних. Проведений літературний огляд дозволив узагальнити досвід патології перебігу вагітності у різних країнах та виокремити чинники ризику, які її провокують.

Другий етап дослідження містив у собі вибір напрямку, формування мети, завдань, програми, а також обґрунтування методів та обсягу дослідження.

На третьому етапі роботи проведено ретроспективний аналіз показників поширеності станів, які були або виникли під час вагітності та ускладнюють її перебіг серед вагітних Харківської області порівняно з показниками по Україні за період з 2017 по 2021 роки. Для цього використано статистичні дані Центру медичної статистики МОЗ України та «КНП ХОР обласний центр медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності», а саме Форма № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям».

На четвертому етапі наукового дослідження було визначено чинники ризику, які могли би мати несприятливий вплив на перебіг вагітності. Було проведено соціологічне дослідження серед двох груп вагітних. Основну групу дослідження склали жінки, які мали патологічний перебіг вагітності – 310 жінок, контрольну групу склали вагітні, які мали фізіологічний перебіг вагітності - 220 жінок. Мінімальне та максимальне значення (варіація вибірки) віку жінок основної групи було - 32 (21; 44) років, медіана, мінімальне та максимальне значення віку жінок контрольної групи - 31 (24; 45) років ($p > 0,05$).

З метою використання соціологічного дослідження розроблено «Опитувальник для вивчення чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності».

Перша група представляла собою медико-біологічні чинники ризику до

яких увійшли: екстрагенітальна патологія (захворювання серцево-судинної системи, дихальних шляхів, соматоформна вегетативна дисфункція, цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, захворювання нирок, інфекції сечової системи) та акушерсько-гінекологічний анамнез (перша вагітність, кесарів розтин, передчасні пологи, викидні, медичні аборти, завмерла вагітність, порушення менструального циклу).

До другої групи увійшли соціально-економічні та соціально-психологічні чинники способу життя: шкідливі звички у вагітної, шкідливі звички у батька дитини, недотримання режиму харчування, регулярне вживання фаст-фуду, нечасте вживання фруктів, вживання кави, гіподинамія, наявність стресу у повсякденному житті, тип темпераменту особистості, обіймання керівної посади на роботі, відсутність вищої освіти, низький рівень матеріального стану, сімейний стан, депресивний психологічний стан, недотримання режиму відпочинку. Для вивчення наявності депресивного стану використано Единбурзьку шкалу післяпологової депресії, унормовану діючими Стандартами «Нормальна вагітність» (Додаток Б).

Анкетування проводилося проінформованою групою осіб. Було обрано два заклади охорони здоров'я м. Харкова: КНП «Міський пологовий будинок №1» ХМР та КНП «Міський клінічний пологовий будинок №7» ХМР. Опитування респонденток відбувалося за умови їх попередньої письмової інформованої згоди щодо участі в науковому дослідженні.

Для уточнення наявності або відсутності супутньої патології у респондентки, було проведено викопіювання даних із індивідуальної карти вагітної і породіллі (форма №111/о) та медичної карти стаціонарного хворого (форма №003/о) у кількості 310 одиниць.

Після того, як дослідження було завершено, його результати було внесено в розроблену таблицю Microsoft Excel. Для порівняння медіанних значень використовували непараметричний статистичний аналіз для двох незалежних вибіркових сукупностей Mann- Withney (MW) test.

Для порівняння часток або пропорцій використовували тест Фішера.

Для визначення чинників ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності використовували логістичний регресійний аналіз з обчислюванням відношення шансів (ВШ) виникнення події за z-критерієм, визначено їх 95% інтервал достовірності (ДІ) за допомогою пакету програми «MedCalc Software» 1993-2014 (Acaciaaan 22 B-8400 Ostend, Бельгія). Різницю параметрів чотирьохполюї таблиці вважали статистично значущою при $p < 0,05$ та якщо ДІ не містив «1».

Критерії включення в основну групу:

1. Вік від 18 до 49 років;
2. Наявність патології перебігу вагітності;
3. Інформована згода вагітної на участь у дослідженні (Додаток А)

Критерії виключення:

1. Вік менше 18 та більше 49 років;
2. Фізіологічний перебіг вагітності;
3. Відмова підписання інформованої згоди;

Методи дослідження	Етапи дослідження
1. Бібліосемантичний	I - VI
2. Соціологічний	IV-V
3. Медико-статистичний	III-V
4. Прогнозування	IV
5. Моделювання	VI
6. Експертних оцінок	VI

Рис. 2.2. Методичний апарат дослідження

П'ятий етап дослідження складався з дослідження існуючого стану організації та оцінки ефективності надання медичної допомоги вагітним. Для цього було використано соціологічне опитування 310 вагітних з ускладненим

перебігом вагітності, яких було віднесено до основної групи та дані вкопювання облікової медичної документації медична карта стаціонарного хворого форма (№ 003/0) та індивідуальна карта вагітної і породіллі форма (№111/0) у кількості 310. З метою вивчення ефективності медичної допомоги було досліджено такі параметри: своєчасність надання медичної допомоги, задоволеність пацієнтів наданою медичною допомогою, отримання рекомендацій щодо поведінки під час вагітності.

На основі отриманих результатів на попередніх етапах на шостому етапі було обґрунтовано та розроблено модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Оцінка ефективності запропонованої моделі проводилася методом експертних оцінок з залученням експертів, та за результатами впровадження на етапах виконання дослідження. Запропонована модель оцінювалася за 10-бальною шкалою на основі карти експертних оцінок «Експертне заключення на модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці» за наступними параметрами: етапність та наступність у наданні лікувально-профілактичної допомоги вагітним, профілактична спрямованість медичної допомоги, дієвість, системність, комплексність, економічна доцільність, відповідність сучасному міжнародному досвіду та було визначено ставлення експертів щодо впровадження моделі у практику за наступними показниками: зменшення поширеності станів, що ускладнюють вагітність, покращення результатів вагітності, рівень інформованості вагітних, задоволеність якістю медичної допомоги, ефективність медичної допомоги, економічні переваги медичної допомоги, науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів. Протокол для проведення експертної оцінки розробленої моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, відображений у Додатку В.

Предмет та методи наукового дослідження відображено в наступних наукових працях [1-3].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

1. Для досягнення визначеної мети дослідження було розроблено дизайн дослідження, що передбачав виконання 6 взаємопов'язаних етапів із застосуванням 6 методів дослідження, що в цілому забезпечило послідовність виконання роботи, дозволило опрацювати отримані результати власних досліджень, систематизувати їх та сформулювати висновки.

2. Інформаційною базою роботи стали наукові джерела, нормативно-правова база, статистична інформація, отримані достовірні результати власних досліджень.

3. Програма та методи дослідження спрямовувались на вирішення поставлених завдань і отримання достовірних результатів, які стали передумовою для розробки та обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

РОЗДІЛ III

АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTI УСКЛАДНЕНЬ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ В МІСТІ ХАРКОВІ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Вагітність є періодом значного гемодинамічного, метаболічного та гормонального стресу, під час якого можуть виникати стани, які ускладнюють її перебіг [4]. Серед різних чинників негативної динаміки станів, що ускладнюють вагітність є високий рівень екстрагенітальної патології, яка є однією з головних причин ускладнень вагітності, материнських і перинатальних втрат на сучасному етапі. Ріст соматичної захворюваності останнім часом пов'язаний з пандемією COVID-19, широкомасштабною збройною агресією російської федерації, погіршенням економічного стану, зміною екологічної ситуації в країні, змінами якості харчування, тощо. Усі ці чинники негативно позначаються на рівні та поширеності станів, що ускладнюють вагітність серед вагітних жінок регіонів України [5].

Стан здоров'я вагітних жінок залишається незадовільним. Адже здоров'я вагітних впливає на результат вагітності і пологів, визначає життєздатність потомства на всіх етапах онтогенезу, здоров'я новонароджених і майбутніх поколінь. Спостерігається тенденція до збільшення частоти хвороб сечостатевої системи. За інформацією даних МОЗ України інтегральної оцінки несприятливих наслідків вагітності, упродовж останніх років проблемними регіонами залишаються Кіровоградська, Полтавська, Чернігівська і Харківська області [81].

Вивчення станів, що ускладнюють вагітність як одного із основних медико-соціальних показників репродуктивного здоров'я населення є актуальним, так як саме патологія вагітності є одним із найбільш інформативних критеріїв оцінки якості надання акушерсько-гінекологічної допомоги та ефективності проведення лікувальних та профілактичних заходів.

2017	2685552	-7181	-2,7	-19250	-7,2	12069	4,5
2018	2678371	-18409	-6,9	-22943	-8,6	4534	1,7
2019	2659962	-17137	-6,4	-22573	-8,4	5436	2,0
2020	2642825	-24627	-9,3	-27470	-10,4	2843	1,1
2021	2618198	-34870	-13,3	-39574	-15,1	4701	1,8

Чисельність жіночого населення у Харківській області складає 1404395 осіб, у тому числі жінок фертильного віку – 617825. (рис.3.1)

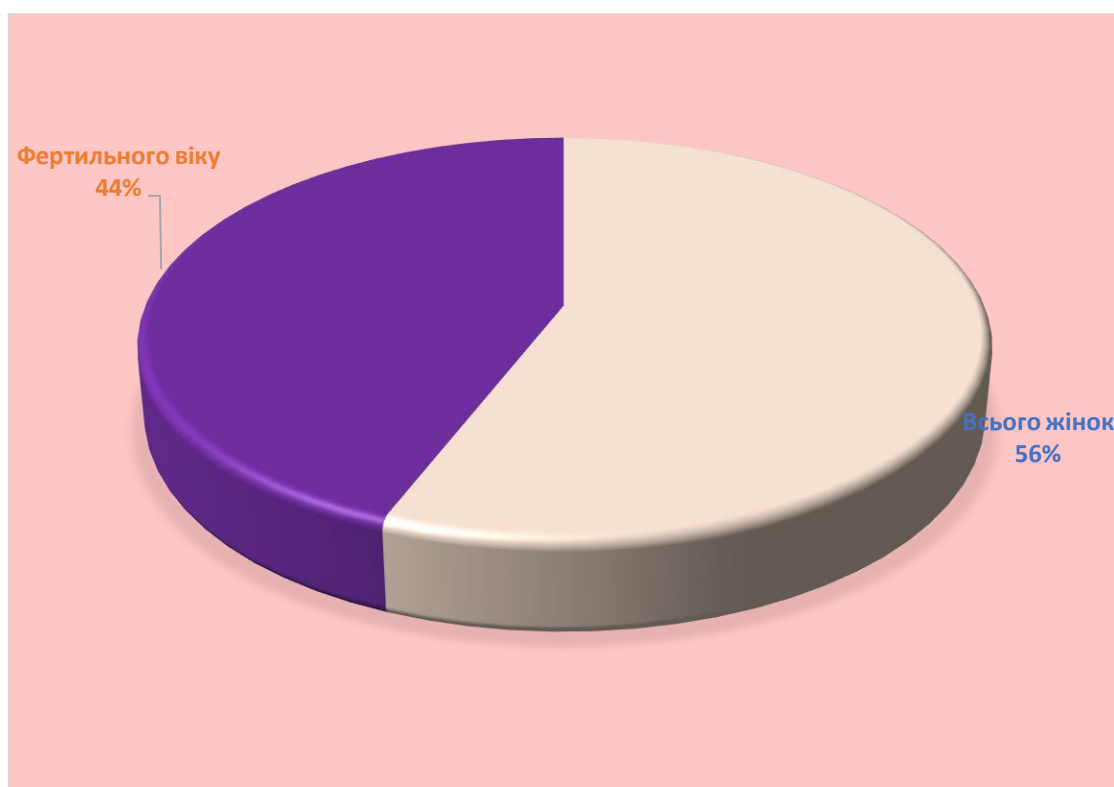


Рис.3.1 Питома вага жінок фертильного віку у Харківській області у 2021р.

Основним чинником регулювання чисельності населення є процес народжуваності, оскільки він забезпечує зміну та оновлення поколінь. Сучасний рівень народжуваності в Україні характеризується як дуже низький. Щоб забезпечити заміщення поколінь, потрібно, щоб на одну жінку припадало в середньому від 2,13 до 2,15 дітей. Деякі вчені вважають, що коли середній показник народжуваності становить 1,5 дитини на одну жінку, це є критично низький рівень і такий рівень народжуваності може активізувати механізми, спрямовані на подальше зниження народжуваності. До повномасштабної війни в Україні, у 2021 р., коефіцієнт народжуваності на одну жінку становив 1,16 – нижче норми природного відтворення (2,1–2,2).

На основі отриманих даних можна зробити висновок, що в Харківській області має місце негативний природний приріст населення.

Дослідження включало проведення аналізу показників поширеності станів, що ускладнюють вагітність.

Було оброблено статистичні дані центру громадського здоров'я МОЗ України та «КНП ХОР обласний центр медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності» (форма №21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям»). Статистичному обліку підлягають окремі захворювання, які були або виникли під час вагітності і ускладнюють вагітність, роди і післяпологовий період: інфекції сечостатевої системи, хвороби системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби щитоподібної залози, анемії, кровотеча, венозні ускладнення під час вагітності, набряки, протеїнурія та гіпертензивні розлади. (рис.3.2.)

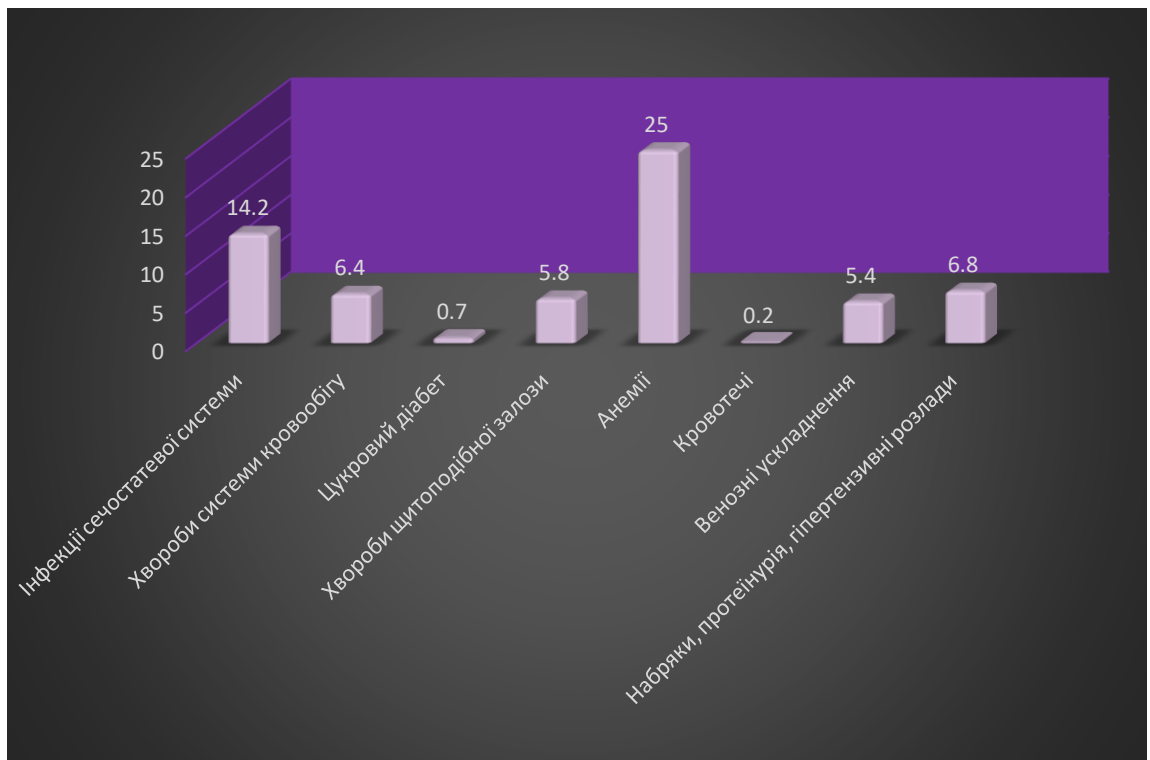


Рис.3.2. Окремі захворювання, які були або виникли під час вагітності, і ускладнюють вагітність по Харківській області за 2021 рік

Визначено, що серед показників, які вивчались, перші чотири місця за рівнем поширеності складають такі ускладнення: анемії; хвороби сечостатевої системи; хвороби системи кровообігу; набряки, протеїнурія, гіпертензивні розлади.

Під час вивчення динаміки показників поширеності анемії у вагітних за 2017-2021рр. по Україні визначено, що стійкої тенденції до зниження цього показника не спостерігається. Найвищий рівень анемії зареєстровано у 2018 р. (показник поширеності дорівнює 26,1), найнижчі - у 2020 р. з показником 24,3 на 100 вагітних, що завершили вагітність. Поширеність патологічних станів вагітності, які пов'язані з хворобами сечостатевої системи, хворобами системи кровообігу, набряками, протеїнурією, гіпертензивними розладами знаходяться на тому самому рівні та не мають тенденції до зниження. Найвищий показник зареєстровано у 2019 р. – 14,5, найнижчий - у 2020 – 13,8 на 100 вагітних, що завершили вагітність. При аналізі показників поширеності інфекцій сечостатевої системи у вагітних було зареєстровано певне

підвищення з 14,0 у 2017 р. до 14,2 у 2021р. на 100 вагітних, що завершили вагітність. Захворювання системи кровообігу у вагітних мають незначну тенденцію до зниження з 7,6 у 2017 р. до 6,4 у 2021р. на 100 жінок, що завершили вагітність. Рівні поширеності набряків, протеїнурії, гіпертензивних розладів у вагітних мали певне зростання з 6,3 у 2017 р. до 6,8 у 2021р. на 100 жінок, що завершили вагітність (рис.3.3.)

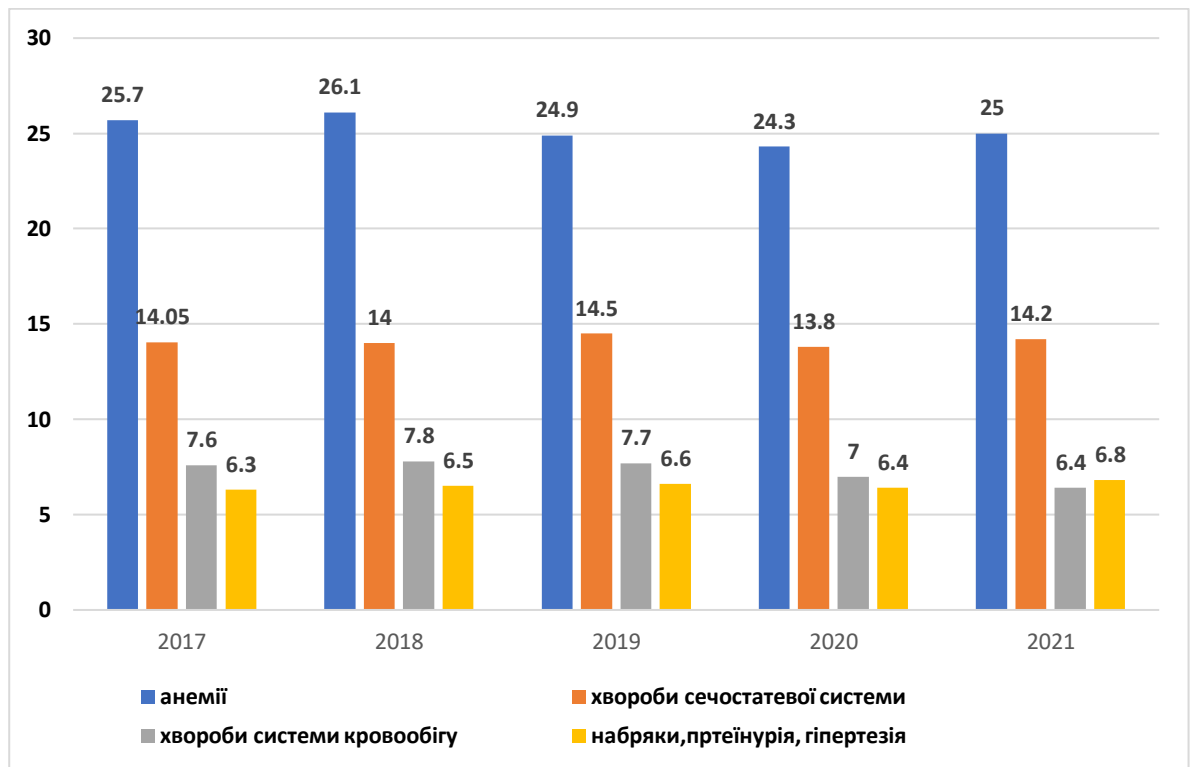


Рис.3.3.Динаміка показників поширеності деяких патологічних станів вагітності за 2017-2021рр. по Україні на 100 жінок, що завершили вагітність.

Досліджено рівні поширеності таких захворювань: анемії, хвороби системи кровообігу, хвороби сечостатевої системи, набряки, протеїнурія, гіпертензія у вагітних по Харківській області упродовж п'яти років (2017-2021рр.) При проведенні дослідження встановлено коливання показника поширеності анемії від 24,8 у 2017 р. до 23,4 на 100 вагітних, що завершили вагітність у 2021 р., максимальне значення зареєстровано у 2018 р. – 25,3, мінімальне - у 2021 р. - 23,4 на 100 вагітних, що завершили вагітність. Зареєстровано зростання показників поширеності інфекцій сечостатевої

системи з 17,4 у 2017 р. до 19,3 на 100 вагітних у 2023р. Найвищий рівень зареєстровано у 2020 р. (19,8), найнижчий у 2017р. - 17,4 на 100 жінок, що завершили вагітність. Захворювання системи кровообігу у вагітних мають незначну тенденцію до зниження з 5,2 у 2017 р. до 4,0 у 2021р. на 100 вагітних, що завершили вагітність. Максимальне значення цього показника визначено у 2019 р. - 5,5, мінімальне – у 2021 р. та складає 4,0 на 100 вагітних. Нестабільною є динаміка поширеності набряків протеїнурії та гіпертензивних розладів: найвищі показники зафіксовані у 2019 р. (5,5), найнижчі - у 2020 р. (4,9 на 100 вагітних, які закінчили вагітність) (табл.3.2).

Таблиця 3.2

Поширеність деяких патологічних станів вагітності по Харківській області на 100 вагітних, що завершили вагітність за 2017-2021рр.

Ускладнення	Роки				
	2017	2018	2019	2020	2021
Анемії	24,8	25,3	24,4	25,1	23,4
Інфекції сечостатевої системи	17,5	17,7	21,5	19,8	19,3
Хвороби системи кровообігу	5,2	5,3	5,5	4,6	4,0
Набряки, протеїнурії, гіпертензії	5,3	5,2	5,5	4,9	5,0

Під час дослідження було проведено порівняльний аналіз поширеності наступних захворювань: анемії, хвороб сечостатевої системи, хвороб системи кровообігу, набряків, протеїнурії, гіпертензивних розладів у вагітних у

Харківській області з середніми показниками по Україні. Виявлено, що при порівнянні в динаміці за 2017 - 2021рр. по Харківській області у 2020 р. зареєстровано незначне перевищення порівняно із середньоукраїнськими показниками поширеності анемії, де показник становив 25,1 та 24,3 на 100 жінок, що завершили вагітність. (рис.3.4.)

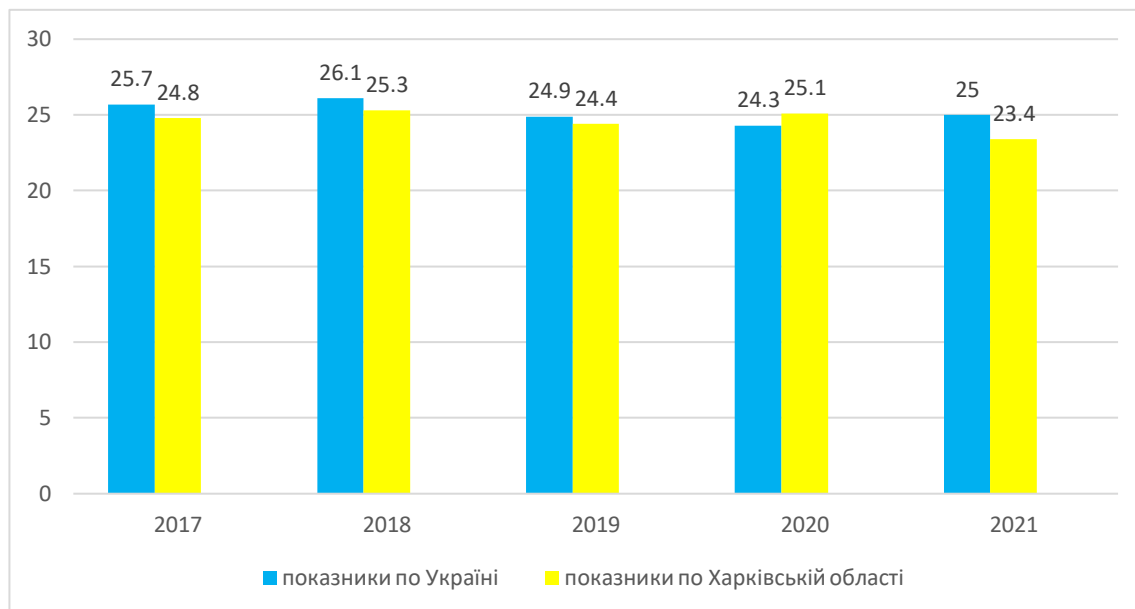


Рис.3.4. Динаміка поширеності анемії у вагітних по Харківській області порівняно з показниками по Україні за 2017-2021рр. на 100 жінок, що завершили вагітність

Упродовж п'яти досліджуваних років по Харківській області виявлено перевищення середньоукраїнських показників за поширеністю інфекцій сечостатевої системи з піковим значенням 21,5 на 100 жінок у 2019 р., по Україні цей показник склав 14,5.

Було проведено аналіз показників поширеності патологічних станів у вагітних та перевищили середньоукраїнські, таких як анемії та інфекції сечостатевої системи в динаміці за п'ять років. Висока поширеність анемії у вагітних Харківської області була зареєстрована у 2018 р. Найвищі показники поширеності зареєстровані у таких районах: Дворічанський (64,8),

Валківський (62,2), Зачепилівський (50,7), Сахновщинський (50,4) на 100 жінок, які закінчили вагітність. Максимальний показник перевищив середній по області в 2,6 раза. (рис.3.5.)

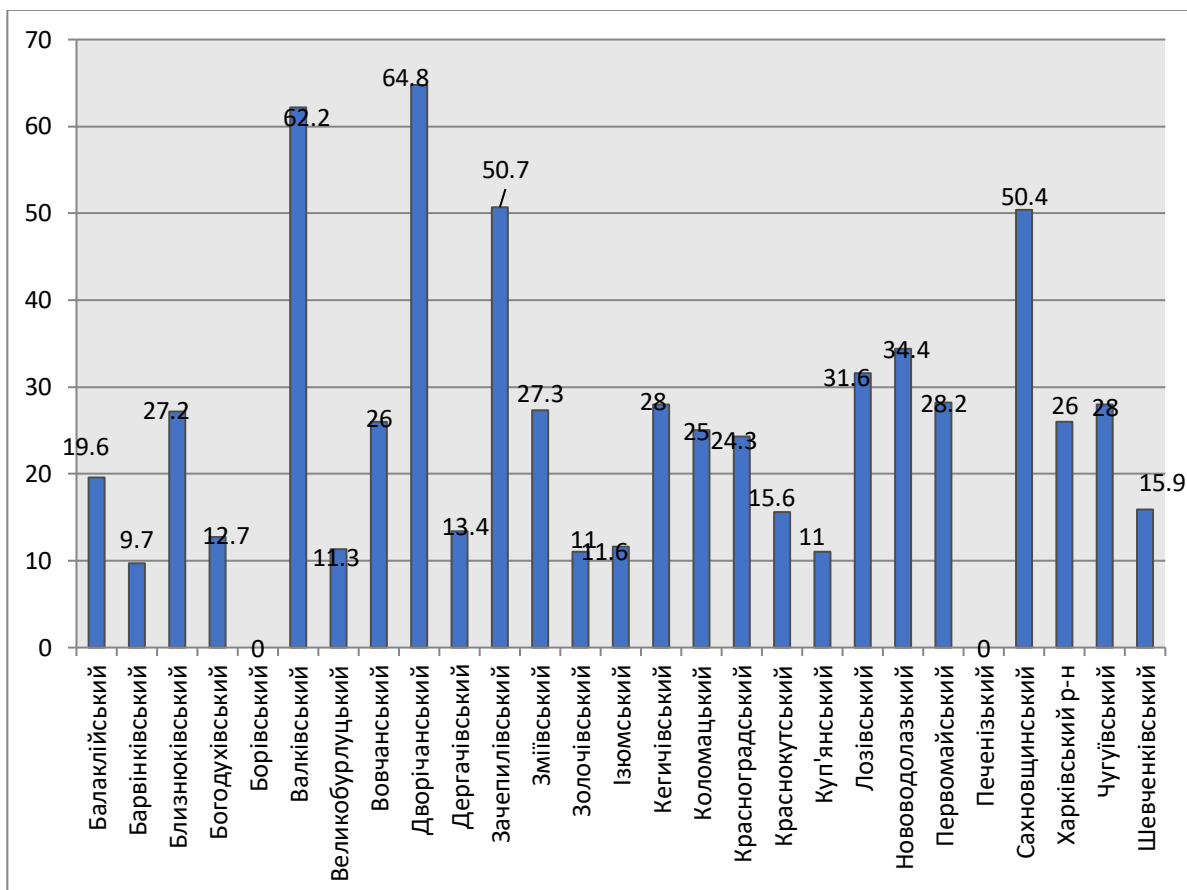


Рис.3.5. Поширеність анемії у вагітних на 100 жінок, що завершили вагітність, 2018 рік в розрізі районів Харківської області

За 2017-2021рр. інфекції сечостатевої системи у вагітних Харківської області знаходяться майже на одному рівні, а протягом досліджуваних років, перевищують середні по Україні з максимальним значенням у 2019 р. і у 1,5 раза вище за середньоукраїнський. Найнижчі показники поширеності зареєстрована у 2018 р. Високі показники цих ускладнень зареєстровані у таких районах: Краснокутському (54,3), Богодухівському (40,6), Лозівському (33,7), Вовчанському (28,4), Зачепилівському (27,8) на 100 вагітних, які закінчили вагітність. (рис.3.6)

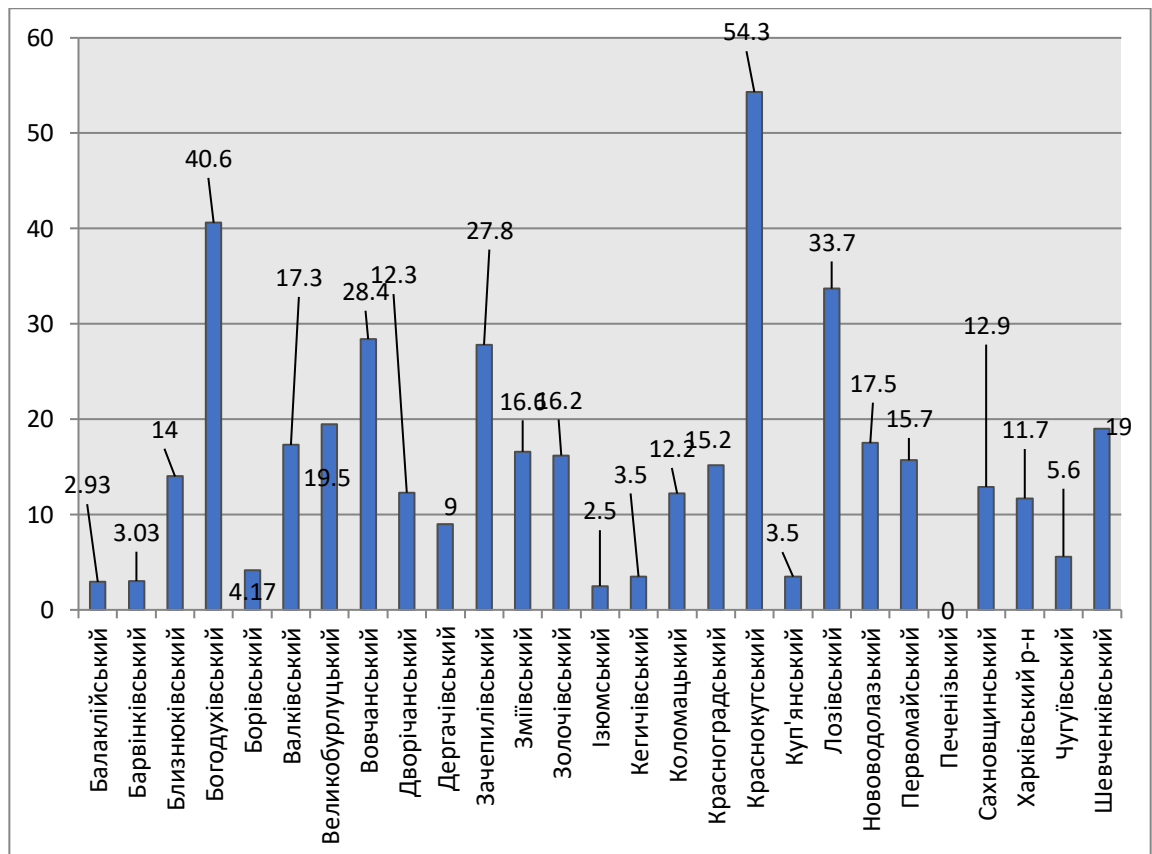


Рис.3.6. Поширеність інфекцій сечостатевої системи у вагітних на 100 жінок, що завершили вагітність по Харківській області за 2019 рік

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ

1. В ході дослідження встановлено, що поширеність ускладнень вагітності, які вивчались, не мають стійкої тенденції до зниження.
2. Серед ускладнень вагітності за рівнем поширеності в Харківській області перші чотири місця посідають: анемії, хвороби сечостатевої системи, хвороби системи кровообігу, набряки, протеїнурія та гіпертензивні розлади.
3. Визначено, що поширеність інфекцій сечостатевої системи за 2017-2021рр. по Харківській області дещо перевищили середні по Україні з піковим значенням у 2019 р. (21,5 на 100 вагітних, що завершили вагітність). Максимальні показники цього року були зареєстровані у таких районах області: Краснокутському (54,3), Богодухівському (40,6), Лозівському (33,7), Вовчанському (28,4), Зачепилівському (27,8 на 100 вагітних, які закінчили вагітність). Оpubліковані праці за темою розділу [1].

РОЗДІЛ IV

ОЦІНКА ЧИННИКІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

4.1 Ідентифікація чинників ризику та їх ролі в розвитку патології перебігу вагітності

Вивчення чинників ризику виникнення патологій під час вагітності має важливе медико-соціальне значення. Ідентифікація ризикованих факторів зумовлює приймати профілактичні заходи для зменшення ймовірності виникнення ускладнень вагітності, які можуть загрожувати здоров'ю як майбутньої матері, так і її дитини. Уникнення ускладнень вагітності допоможе зменшити медичні витрати, пов'язані з лікуванням таких ускладнень, а також може зменшити витрати пов'язані з відсутністю роботи через медичні проблеми. Здорова вагітність і народження здорової дитини сприяють загальному соціальному благополуччю, забезпечуючи майбутнє для дитини і зменшуючи потенційні навантаження на систему охорони здоров'я та соціальний захист. Дослідження та ідентифікація чинників ризику вагітності має важливе значення як з медичної, так і з соціальної перспективи, сприяючи здоров'ю матері та дитини та зменшуючи витрати системи охорони здоров'я [35,47,80].

Чинники ризику – шкідливі чинники зовнішнього і внутрішнього середовища, здатні призвести до захворювання, тобто такі потенційно патогенні чинники, в разі контактування з якими у людини може виникнути певна хвороба. Наявність чинників ризику визначає ймовірність, тобто ризик виникнення певної події. Ризики можна підрахувати за результатами опрацювання інформації про певну групу осіб, а не одноосібно. Ранжування груп факторів ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності за показниками сили впливу та інформативності є важливим кроком для розробки ефективної моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Оцінка сили впливу різних чинників ризику

допомагає визначити, на які з них потрібно звернути найбільшу увагу при розробці профілактичних заходів. Чинники з найвищим ступенем впливу матимуть пріоритет у подальшій роботі. Ефективне використання ресурсів в акушерській практиці, як і в будь-якій іншій галузі охорони здоров'я, ресурси (людські, фінансові, технічні) є обмеженими. Ранжування чинників ризику за їх інформативністю дозволяє виявити найбільш значущі маркери, на виявленні яких слід зосередити зусилля та ресурси. Індивідуалізація підходу, розуміння сили впливу різних чинників ризику дозволяє краще стратифікувати вагітних за ступенем ризику та розробити індивідуалізовані профілактичні програми для кожної групи ризику. Підвищення ефективності скринінгу, акцентування уваги на найбільш інформативних маркерах підвищує точність та ефективність скринінгових програм, дозволяючи своєчасно виявляти групи підвищеного ризику[156,172,236].

При вивченні детермінант виникнення ускладнень перебігу вагітності було встановлено, що існують чинники які достовірно підвищують вірогідність виникнення та розвитку патологічного перебігу вагітності. Важливе значення має встановлення зв'язку між чинниками ризику та розвитком певних станів, що ускладнюють вагітність. Вивчення чинників ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності має вагоме медико-соціальне значення, оскільки дозволить:

1. Виявити жінок групи ризику та забезпечити їм відповідне спостереження і лікування для запобігання ускладненням вагітності. Це сприятиме зниженню материнської та перинатальної захворюваності й смертності;
2. Розробити ефективні профілактичні заходи для запобігання виникнення ускладнень вагітності, що покращить репродуктивні наслідки;
3. Оптимізувати використання ресурсів системи охорони здоров'я, що дозволить раціонально використовувати медичні ресурси відповідно до ризиків;
4. Виявити чинники, які впливають на перебіг вагітності, та розробити

відповідні програми для їх мінімізації.

З метою виявлення чинників ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності серед вагітних було проведено соціологічне опитування вагітних основної групи (310 осіб) та контрольної груп (220 осіб) ідентичних за віком, статтю та іншими показниками. Групи спостереження були валідними для порівняння, оскільки медіана, мінімальне та максимальне значення (варіація вибірки) віку жінок основної групи було - 32 (21; 44) років, медіана, мінімальне та максимальне значення віку жінок контрольної групи - 31 (24; 45) років ($p > 0,05$). Завдяки результатам опитування вагітних основної та контрольної групи стало можливим виявлення чинників ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності. Психологічний стан під час вагітності визначався за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії.

Визначено 28 чинників ризику, що підвищують ризик виникнення ускладнень перебігу вагітності. До них відносяться: екстрагенітальні захворювання (захворювання серцево-судинної системи, дихальних шляхів, соматоформна вегетативна дисфункція, цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, захворювання нирок, інфекції сечової системи та інше); дані акушерсько-гінекологічного анамнезу (перша вагітність, кесарів розтин, викидні, медичні аборти, завмерла вагітність, порушення менструального циклу); соціально-економічні та соціально-психологічні чинники способу життя (наявність шкідливих звичок у батька дитини, тютюнопаління, недотримання режиму харчування, регулярне споживання фаст-фуду, нечасте споживання фруктів та овочів, вживання кави, низька фізична активність, стрес у повсякденному житті, тип темпераменту особистості, обіймання керівної посади на роботі, відсутність вищої освіти, матеріальний стан, сімейний стан, психологічний стан під час вагітності. Завдяки отриманим даним та даним літературних джерел усі чинники ризику були об'єднані в 3 групи – медико-біологічні, чинники способу життя: соціально-економічні, соціально-психологічні.

За даними наукових досліджень вагітність при наявності ЕГП є

чинником ризику як для матері, так і для плода. До основних проблем, пов'язаних із наявністю у вагітної ЕГП патології, відносять терапевтичні або соматичні, які зумовлені негативним впливом вагітності на перебіг екстрагенітального захворювання; акушерські, внаслідок впливу захворювання на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду та перинатальні, які виникають у зв'язку з впливом захворювання на плід. За даними Європейського кардіологічного товариства гіпертензивні розлади під час вагітності є найпоширенішими медичними ускладненнями, які спостерігаються у 5–10% вагітностей у всьому світі. Захворювання нирок під час вагітності зустрічаються приблизно в 0,03-0,12% всіх вагітностей. Патологія ЩЗ негативно впливає на перебіг вагітності, розвиток плода й адаптацію новонародженого. Тиреоїдна дисфункція загрожує викиднями, передчасними пологами, преєклампсією, післяпологовим тиреоїдитом у матері, а також зниженням інтелектуального потенціалу народжених дітей. Отже, з урахуванням вищезазначеного надзвичайно важливим є правильне визначення тиреоїдного статусу вагітної жінки. За даними численних епідеміологічних досліджень, вегетативні порушення відзначають у 25–80% спостережень. В патогенезі ускладнень вагітності, пологів, перинатальної патології та загострення захворювання при соматоформній вегетативній дисфункції суттєва роль належить психоемоційному дистресу, порушенню психологічної адаптації та стану стрес-реалізуючих і стрес-лімітуючих систем на тлі стресових впливів, і що відрізняється доброякісним перебігом і сприятливим прогнозом [198,234,243,268].

Серед медико-біологічних чинників ризику нами вивчались наявність екстрагенітальних захворювань та акушерсько-гінекологічного анамнезу. Встановлено, що наявність захворювань системи кровообігу, переважно більшість яких складала артеріальна гіпертензія достовірно підвищувал ризик ускладнень перебігу вагітності у 31,4 раза порівняно з вагітними контрольної групи, наявність захворювань нирок — у 26,2 раза, захворювань щитоподібної залози — у 14,3 раза, інші (варикозне розширення вен тощо) — у 11,1 раза,

цукрового діабету — у 4,7 рази, соматоформної вегетативної дисфункції — у 4 рази, захворювань дихальної системи та інфекцій сечової системи — у 1,7 та 1,4 рази відповідно. (табл.4.1.)

Таблиця 4.1

Екстрагенітальна патологія в обстежених вагітних

Захворювання	Вихідні дані				ВШ	95% ДІ	p
	a	b	c	d			
Хвороби системи кровообігу (в т.ч. артеріальна гіпертензія)	41	258	1	198	31,4	4,2 – 230,1	0,0007
Захворювання нирок	35	264	1	198	26,2	3,1 – 171,1	0,0020
Захворювання щитоподібної залози	38	261	2	197	14,3	3,4 – 60,1	0,0003
Наявність іншої екстрагенітальної патології	16	238	1	198	13,3	1,4 – 85,1	0,0001
Цукровий діабет	7	292	1	198	4,7	0,5 – 38,8	0,1467
Соматоформна вегетативна дисфункція	89	210	19	180	4,0	23 – 6,8	0,0001
Захворювання дихальних шляхів	15	284	6	193	1,7	0,6 – 4,4	0,2813
Інфекції сечової системи	17	282	8	191	1,4	0,6 – 3,4	0,4067

Примітка. Тут і далі в табл. 1 - 4: а – жінки з ускладненим перебігом вагітності та наявністю ознаки; b – жінки з ускладненим перебігом вагітності

та відсутністю ознаки; с – жінки з фізіологічною вагітністю з наявністю ознаки; d – жінки з фізіологічною вагітністю та відсутністю ознаки.

Серед чинників акушерсько-гінекологічного анамнезу достовірно мали вплив на виникнення ускладнень перебігу вагітності порушення менструального циклу у 8,2 раза порівняно з контрольною групою, попереднє розродження шляхом кесаревого розтину – у 3,2 раза, наявність в анамнезі передчасних пологів та викиднів – у 2,2 та 2 раза відповідно, наявність в анамнезі медичних абортів та завмерлої вагітності – у 1,8 раза, фізіологічний перебіг вагітності спостерігався у жінок з першою вагітністю, тобто ускладнений перебіг був властивий другій та подальшим за рахунок вагітностями ($p < 0,05$)(табл.4.2).

Таблиця 4.2

Чинники ризику ускладненого перебігу вагітності
акушерсько-гінекологічного анамнезу

Акушерський анамнез	Вихідні дані				ВШ	95% ДІ	p
	a	b	c	d			
Порушення менструального циклу	213	86	46	153	8,2	5,4 – 12,4	0,0001
Кесарів розтин	62	237	15	184	3,2	1,7 – 5,8	0,0001
Передчасні пологи	13	286	4	195	2,2	0,7 – 6,9	0,1696
Викидні	27	272	9	190	2,0	0,9 – 4,5	0,0620
Медичні аборти	76	223	31	168	1,8	1,1 – 2,9	0,0094
Завмерла вагітність	27	282	10	189	1,8	0,8 – 3,8	0,1205
Перша вагітність	90	209	110	89	0,3	0,2 – 0,5	0,0001

Доведеним на сьогодні є факт, що тютюнопаління є надзвичайно шкідливими для жіночого організму. Цей чинник має здатність негативно

впливати не тільки на фертильність, яка є основою репродуктивної функції, але й на психоемоційний стан та здоров'я жінок. У жінок, що зазнають несприятливої дії тютюнопаління, спостерігають такі порушення репродуктивної функції, як безпліддя, порушення менструального циклу, хронічні запальні захворювання статевих органів та в тому числі ускладнення перебігу вагітності. Раціональне харчування під час вагітності має вирішальне значення для здоров'я майбутньої матері та нормального розвитку плода. Забезпечення достатньої кількості поживних речовин. Під час вагітності потреба організму у вітамінах, мінералах, білках, вуглеводах і жирах значно зростає для забезпечення розвитку плода та підготовки до грудного вигодовування. Недостатнє надходження певних нутрієнтів може призвести до ускладнень, порушень розвитку плода тощо. Профілактика дефіциту заліза та розвитку анемії. Під час вагітності потреба в залізі зростає, а його дефіцит може спричинити анемію, знижену працездатність, передчасні пологи тощо. Неправильне харчування пов'язане з підвищеним ризиком прееклампсії, гестаційного діабету, дефектів розвитку плода. Вживання кави під час вагітності може збільшувати ризик виникнення певних ускладнень. Кава містить кофеїн, який легко проникає через плацентарний бар'єр і може негативно впливати на плід. Потенційні ризики, пов'язані з вживанням кави під час вагітності: збільшення ризику викидня і передчасних пологів; кофеїн може стимулювати скорочення матки та порушувати нормальний перебіг вагітності також може викликати звуження судин, що своєю чергою погіршує постачання поживних речовин та кисню. Вживання кави має потенційний вплив на серцебиття плода, а також мати вплив на сон [23,36,37,59,63,65]. Серед соціальної категорії чинників способу життя достовірний вплив виникнення ускладнень перебігу вагітності у 10,4 раза підвищувало вживання кави порівняно з контрольною групою, наявність шкідливих звичок (тютюнопаління) підвищувало ризик ускладнень у 10,5 та 3,1 раза відповідно, регулярне вживання фаст-фуду та нечасте споживання фруктів - у 6,2 і 6,0 раза відповідно, недотримання режиму харчування – у 2,2 раза, низька фізична

активність (відсутність прогулянок на свіжому повітрі) у 2,2 раза(табл.4.3).

Таблиця 4.3

Соціально-економічні чинники способу життя

Чинник ризику	Вихідні дані				ВШ	95% ДІ	p
	a	b	c	d			
Шкідливі звички батька дитини (тютюнопаління, зловживання алкоголем)	173	126	24	176	10,5	6,4 – 17,1	0,0001
Вживання кави	15	284	1	198	10,4	1,3 - 79,8	0,0236
Регулярне вживання фаст-фуду	202	97	50	149	6,2	4,1 – 9,2	0,0001
Нечасте споживання фруктів	128	171	22	177	6,0	3,6 – 9,9	0,0001
Шкідливі звички у вагітної (тютюнопаління)	27	272	6	193	3,1	1,2 – 7,8	0,0118
Недотримання режиму харчування	178	121	67	122	2,8	1,9 – 4,2	0,0001
Низька фізична активність (відсутність прогулянок на свіжому повітрі)	256	36	145	54	2,2	1,4 – 3,4	0,0005

Низький рівень доходу пов'язані з гіршим харчуванням, стресом, обмеженим доступом до медичної допомоги, що підвищує ризики ускладнень вагітності. Обмежений доступ до медичної інформації та консультування

знижує здатність керувати вагітністю належним чином. Значна частина вагітних стикається з проблемою депресії, проте багато з них не отримують належної медичної допомоги. Сучасні наукові дослідження свідчать про те, що від 7% до 19% жінок під час вагітності страждають від депресивних розладів. () Основним чинником ризику виникнення депресії в період вагітності є наявність епізодів депресії в анамнезі, включаючи перинатальну депресію при попередніх вагітностях або депресію в інший період життя. Крім цього, підвищують ризик розвитку антенатальної депресії наступні чинники: поточний підвищений рівень тривоги, незапланована або небажана вагітність, стресові життєві ситуації, насильство з боку інтимного партнера, випадки фізичного та/або сексуального насильства в минулому, брак соціальної підтримки та наявність хронічних соматичних захворювань, не пов'язаних з вагітністю. Стрес, тривожність, депресія під час вагітності пов'язані з підвищеним ризиком передчасних пологів, низької ваги при народженні. Відсутність емоційної підтримки з боку партнера/сім'ї також має негативний вплив на перебіг вагітності. Наявність стресу у повсякденному житті має достовірний вплив на перебіг вагітності та підвищує ризик виникнення ускладнень у 42,6 разів, психологічний стан під час вагітності – у 40,7 разів, низький рівень матеріального стану - у 16,5 разів, сімейний стан (незаміжня) – у 4,4 разів, обіймання керівної посади – у 2,4 разів, відсутність вищої освіти - у 1,6 разів, тип темпераменту холерик – у 1,2 разів (Табл.4.4).

Таблиця 4.4

Соціально-психологічні чинники способу життя

Чинник ризику	Вихідні дані				ВШ	95% ДІ	р
	a	b	c	d			
Стрес у повсякденному житті	53	246	1	198	42,6	5,8 – 311	0,0002
Депресивний психологічний стан	51	248	1	198	40,7	5,5 – 297,1	0,0003

Низький рівень матеріального стану	43	256	2	197	16,5	3,9 – 69,1	0,0001
Сімейний стан (незаміжня, розлучена, удова)	123	176	27	172	4,4	2,7 - 7,1	0,0001
Обіймання керівної посади на роботі	38	261	11	188	2,4	1,2 – 4,9	0,0103
Відсутність вищої освіти	59	240	26	173	1,6	0,9 – 2,6	0,0542
Тип темпераменту особистості «холерик»	132	167	78	121	1,2	0,8 -1,7	0,2734

Проведено ранжування чинників ризику у залежності від показника сили впливу та інформативності задля виділення більш значущих та впливових. Знання про відносну силу впливу чинників ризику, дозволяє краще оцінювати індивідуальний ризик кожної вагітної та в подальшому допоможе розробці персоналізованих планів спостереження та лікування залежно від її конкретних детермінант. Ранжування груп чинників ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності за показниками сили впливу та інформативності є важливим інструментом для оптимізації акушерської допомоги, ефективного використання ресурсів, персоналізованого ведення вагітності та спрямування досліджень та профілактичних програм на найбільш значущі фактори ризику. Були визначені основні та другорядні чинники ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності. До основних факторів ризику було віднесено ті, які мали силу впливу 3% та більше. А саме: стрес у повсякденному житті (η –12%), депресивний психологічний стан під час вагітності (η –11%), наявність хвороб системи кровообігу в т.ч гіпертонічної хвороби (η –11%), захворювань нирок (η –10%), низький рівень матеріального стану (η –5%), наявність захворювань щитоподібної залози (η –5%), наявність

інших екстрагенітальних захворювань ($\eta=5\%$), наявність шкідливих звичок у батька дитини (тютюнопаління, зловживання алкоголем) ($\eta=4\%$), вживання кави ($\eta=4\%$), порушення менструального циклу ($\eta=4\%$), регулярне вживання фаст-фуду ($\eta=3\%$), нечасте споживання фруктів ($\eta=3\%$), захворювання на цукровий діабет ($\eta=3\%$), сімейний стан (розлучена, незаміжня, удова) ($\eta=3\%$), соматоформна вегетативна дисфункція ($\eta=3\%$), кесарів розтин в анамнезі ($\eta=3\%$). Другорядними вважалися ті фактори, які мали силу впливу 2% і менше. До них було віднесено: недотримання режиму харчування ($\eta=2\%$), обіймання керівної посади ($\eta=2\%$), передчасні пологи в анамнезі ($\eta=2\%$), гіподинамія ($\eta=2\%$), самовільні викидні ($\eta=2\%$), завмерла вагітність ($\eta=2\%$), медичні аборти ($\eta=2\%$), захворювання дихальних шляхів ($\eta=1\%$), відсутність вищої освіти ($\eta=1\%$), тип темперамента «холерик» ($\eta=1\%$), перша вагітність ($\eta=1\%$) (табл. 1.5).

Таблиця 4.5.

Ранжування груп чинників ризику

розвитку ускладнень перебігу вагітності залежно від значення показника сили впливу та інформативності

	Чинник ризику	Показник сили впливу η (%)	Показник інформативності	Загальний ранг
1	Стрес у повсякденному житті	12	1,906	1
2	Психологічний стан під час вагітності	11	1,675	2
3	Захворювання системи кровообігу (в т.ч. артеріальна гіпертензія)	11	1,213	3
4	Захворювання нирок	10	1,112	4

5	Низький рівень матеріального стану	5	0,498	5
6	Захворювання щитоподібної залози	5	0,478	6
7	Наявність іншої екстрагенітальної патології	5	0,442	7
8	Наявність шкідливих звичок у батька дитини	4	0,301	8
9	Вживання кави	4	0,301	9
10	Порушення менструального циклу	4	0,290	10
11	Регулярне вживання фаст-фуду	3	0,284	11,5
12	Нечасте споживання фруктів	3	0,284	11,5
13	Цукровий діабет	3	0,276	12
14	Сімейний стан (незаміжня, розведена, удова)	3	0,274	13
15	Соматоформна вегетативна дисфункція	3	0,267	14
16	Кесарів розтин в анамнезі	3	0,207	15
17	Шкідливі звички у вагітної	2	0,191	16

18	Недотримання режиму харчування	2	0,191	17
19	Обіймання керівної посади на роботі	2	0,290	18
20	Передчасні пологи в анамнезі	2	0,261	19
21	Гіподинамія (відсутність прогулянок на свіжому повітрі)	2	0,246	20
22	Викидні в анамнезі	2	0,238	21,5
23	Завмерла вагітність	2	0,238	21,5
24	Медичні аборти	2	0,228	22
25	Захворювання дихальних шляхів	2	0,207	23
26	Відсутність вищої освіти	1	0,191	24
27	Тип темпераменту холерик	1	0,156	25
28	Перша вагітність	1	0,121	26

Таким чином, поєднання медико-біологічних та соціальних і соціально-психологічних чинників значною мірою підвищує ризик розвитку ускладнень перебігу вагітності. Тому насамперед необхідно розробляти заходи для

профілактики впливу цих чинників. Це дасть можливість запобігти дії конкретних чинників на розвиток патології перебігу вагітності.

4.2 Методика прогнозування ризику розвитку патології перебігу вагітності серед вагітних

Медичний прогноз (грец. prognosis – передбачення) є передбаченням ймовірності характеру перебігу й результату хвороби, що ґрунтується на знанні закономірностей патологічних процесів. Визначення чинників ризику, власне ризиків і прогнозування відіграють важливу роль у медицині [80].

Прогнозування дозволить на ранніх термінах вагітності дозволить визначити жінок з підвищеним ризиком розвитку ускладнень. Це надасть можливість цілеспрямовано спостерігати за перебігом вагітності та розпочати своєчасно профілактику ускладнень. Результати прогнозування дозволять лікарям скоригувати тактику ведення вагітності, призначити додаткові обстеження або терапію відповідно до індивідуальних чинників ризику кожної вагітної. Ефективне прогнозування дозволить завчасно виявити вагітних з високим ризиком розвитку таких серйозних ускладнень, як прееклампсія, передчасні пологи, затримка росту плода тощо. Виявлення груп ризику в подальшому дозволить раціонально використовувати медичні ресурси, інтенсивність спостереження можуть бути розподілені та зосереджені саме на вагітних, які їх найбільше потребують. Застосування методик прогнозування патології вагітності в кінцевому підсумку сприятиме зниженню частоти виникнення патології перебігу вагітності, материнської та перинатальної захворюваності і смертності.

Таким чином, методики прогнозування ризиків під час вагітності є важливим інструментом, які в подальшому дозволять підвищити якість акушерської допомоги, забезпечити безпеку матері та плода і покращити перинатальні результати.

Прогнозування – це процес розробки прогнозу з метою отримання науково обґрунтованих даних. Усі вивчені чинники є основою розробленої

методики прогнозування ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності. Повноцінний аналіз патологічних процесів, загрозливих станів, оцінювання чинників ризику та власне ризиків потребує прогнозування (адже наявність/відсутність ризиків визначає прогноз), а також багаточинникового аналізу, який найчастіше ґрунтується на ймовірнісному методі А. Вальда.

У медичній статистиці існують методики прогнозування популяційного та індивідуального ризику виникнення захворювань. У нашому дослідженні було використано методику індивідуального прогнозування виникнення ускладнень перебігу вагітності.

Якісний аналіз прогнозування ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності з урахуванням різних груп чинників ризику не може бути проведено без поліфакторного підходу до даної теми дослідження. Проведено дисперсійний та регресійний аналіз за допомогою яких розраховано прогностичні коефіцієнти для кожної градації ознаки та ступінь їх значущості. Далі була використана послідовна діагностична процедура, що базується на послідовному аналізі Вальда.

В основі методики прогнозування лежала розробка прогностичних таблиць, що складалися із чинників ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності, які було розташовано в порядку зменшення інформативності ознаки (28 факторів) (табл. 4.6). Для кожної інформаційної групи було розраховано прогностичні коефіцієнти. Підрахунок загального прогностичного коефіцієнту відбувається шляхом додавання кожного прогностичного коефіцієнта до попереднього. Оцінка груп ризику проводилася на основі визначення суми окремих значень прогностичних коефіцієнтів, яка порівнювалася з табличними. Обчислення припинялося, якщо загальна сума досягала більшого або меншого порогового значення (± 13). Математично-прогностична цінність кожного чинника виражалася у прогностичному коефіцієнті: зі знаком «+» при наявності ознаки та зі знаком «-» за відсутності ознаки. Якщо сума цих коефіцієнтів дорівнювала + 13 та більше, то це означало, що з вірогідністю 95% існує ризик виникнення

захворювання, а якщо -13 , то ризик відсутній. Сума коефіцієнтів від -12 до $+12$ відповідала наявності ймовірного ризику (рис. 4.7).

Таблиця 4.6

Прогностична таблиця для визначення належності до певної групи ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності

№п/п	Фактор ризику	Градація чинника	Прогностичні коефіцієнти
1	Стрес у повсякденному житті	Так	+6,0
		Ні	-2,8
2	Психологічний стан під час вагітності (депресивний)	Так	+6,0
		Ні	-1,8
3	Захворювання системи кровообігу (в т.ч. артеріальна гіпертензія)	Так	+8,7
		Ні	-0,3
4	Захворювання нирок	Так	+4,0
		Ні	-2,4
5	Низький рівень матеріального стану	Так	+4,5
		Ні	-0,9
6	Захворювання щитоподібної залози	Так	+5,0
		Ні	-0,8
7	Наявність іншої екстрагенітальної патології	Так	+4,9
		Ні	-1,1
8	Наявність шкідливих звичок у батька	Так	+2,3
		Ні	-1,1
9	Вживання кави	Так	+3,8
		Ні	-1,2

10	Порушення менструального циклу	Так	+3,6
		Ні	-0,8
11	Регулярне вживання фаст-фуду	Так	+4,6
		Ні	-0,6
12	Нечасте споживання фруктів	Так	+3,1
		Ні	-0,9
13	Цукровий діабет	Так	+4,6
		Ні	-0,6
14	Сімейний стан (незаміжня, розлучена, удова)	Так	+2,9
		Ні	-0,8
15	Соматоформна вегетативна дисфункція	Так	+2,9
		Ні	-0,8
16	Кесарів розтин в анамнезі	Так	+3,5
		Ні	-0,5
17	Шкідливі звички у вагітної	Так	+4,0
		Ні	-0,6
18	Недотримання режиму харчування	Так	+3,8
		Ні	-0,6
19	Обіймання керівної посади	Так	+2,5
		Ні	-0,8
20	Передчасні пологи в анамнезі	Так	+1,9
		Ні	-0,7
21	Гіподинамія	Так	+3,9
		Ні	-0,6
22	Самовільні викидні в анамнезі	Так	+4,0
		Ні	-0,3
23	Завмерла вагітність	Так	+4,5
		Ні	-0,5

24	Медичні аборти	Так	+2,7
		Ні	-0,6
25	Захворювання дихальних шляхів	Так	+1,7
		Ні	-0,4
26	Відсутність вищої освіти	Так	+3,1
		Ні	-0,4
27	Тип темпераменту холерик	Так	+2,4
		Ні	-0,5
28	Перша вагітність	Так	+2,5
		Ні	-0,4

На основі отриманих даних виділяють три прогностичні групи:

- 1 група. Сума прогностичних коефіцієнтів -13 і менше – ризик розвитку ускладнень відсутній.
- 2 група. Сума прогностичних коефіцієнтів від -12 до +12 – ризик розвитку ускладнень імовірний.
- 3 група. Сума прогностичних коефіцієнтів +13 і більше – ризик розвитку ускладнень високий.

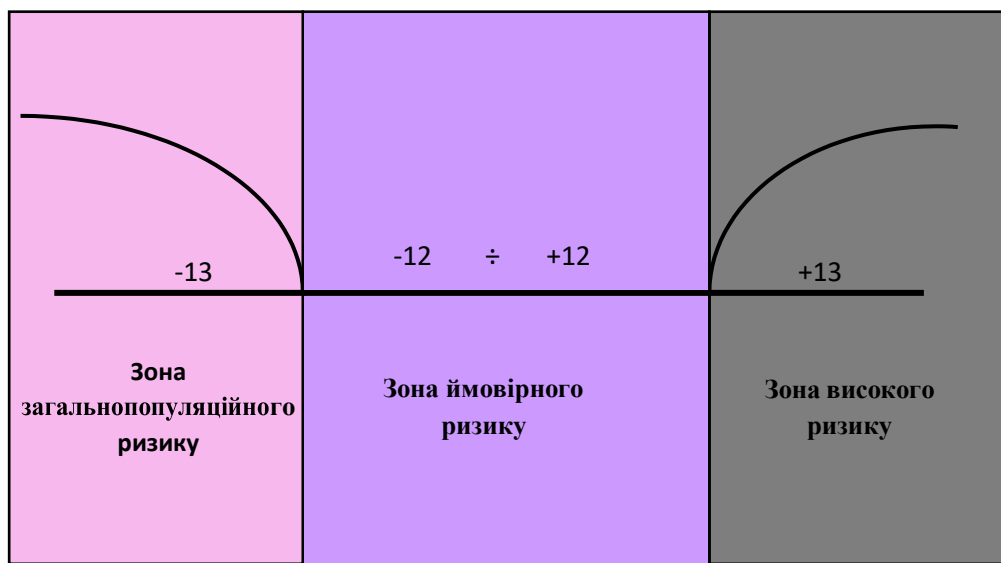


Рис.4.1. Шкала визначення ступеня ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності

Прогностичн і групи		
1-а група	2-а група	3-я група
Відсутній ризик	Ймовірний ризик	Високи й ризик

Наведена методика прогнозування складається з наступних етапів:

1. Визначення належності вагітної до певної прогностичної групи щодо ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності.
2. Виявлення потенційного ризику виникнення патології вагітності у залежності від прогностичної групи.
3. Розробка профілактичних заходів щодо зниження ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності в залежності від прогностичної групи.

Приклад використання прогностичних таблиць з метою визначення ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності (табл.4.7).

Таблиця 4.7

Приклад опитування Надії К.

№п/п	Фактори ризику	Прогностичні коєфіцієнти	Відповіді	Сума прогностичних коєфіцієнтів
1	Стрес у повсякденному житті	+6,0	Так	+6,0
		-2,8		
2	Психологічний стан під час вагітності (депресивний)	+6,0	Так	+12,0
		-1,8		
3	Захворювання серцево-	+8,7	Ні	11,7
		-0,3		

	судинної системи (в т.ч. артеріальна гіпертензія)			
4	Захворювання нирок	+4,0	Ні	+9,3
		-2,4		
5	Низький рівень матеріального стану	+4,5	Ні	+8,4
		-0,9		
6	Захворювання щитоподібної залози	+5,0	Ні	+7,6
		-0,8		
7	Наявність іншої екстрагенітальної патології	+4,9	Так	+12,5
		-1,1		
8	Наявність шкідливих звичок у батька	+2,3	Ні	+11,4
		-1,1		
9	Вживання кави	+3,8	Так	+15,2

Таким чином, Надію К. необхідно віднести до 3 групи – з високим ризиком розвитку ускладнень перебігу вагітності з подальшим спостереженням.

Практична цінність представленої методології прогностичної оцінки виникнення патології перебігу вагітності обумовлена її універсальністю і простотою, це надасть можливість вчасно виявити ризик потенційних ускладнень вагітності та вжити профілактичних заходів.

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ

1. Встановлено, що основні чинники ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності належали до медико-біологічних та соціально-психологічних. Соціально-економічні, соціальні чинники також мали певний вплив. Відзначено, що найбільш значущими серед групи медико-біологічних чинників є наявність екстрагенітальної патології, а саме: хвороб системи кровообігу (в т.ч. артеріальної гіпертонії) (OR=31,4; p=0,0007; η-12%) та наявність захворювань нирок (OR=23,3; p =0,0020; η-10%), щитоподібної

залози (OR=14,3; p=0,0003; η - 5%), наявність інших захворювань (OR=11,1; p=0,0001; η -5%), цукрового діабету (OR=4,7; p=0,1467; η -3%), соматоформної вегетативної дисфункції (OR=4,0; p=0,0001; η -3%), захворювань дихальних шляхів (OR=1,7; p=0,2813; η -1%), які мали також значний вплив на розвиток ускладнень перебігу вагітності.

2. Доведено, що найбільш впливовими серед чинників акушерсько-гінекологічного анамнезу є порушення менструального циклу (OR=8,2; p=0,0001; η -5%) та наявність в анамнезі розродження шляхом кесаревого розтину (OR=3,2; p=0,0001; η -4%). Також було доведено, що такі передчасні пологи (OR=2,2; p=0,1696; η -2%), викидні (OR=2,0; p=0,0620; η -2%), медичні аборти (OR=1,8; p=0,0094; η -2%), завмерла вагітність (OR=1,8; p=0,0001; η -2%) мають певний вплив.

3. Визначено, що соціально-економічні, соціально-психологічні чинники наступні: стрес у повсякденному житті (OR=42,6; p=0,0002; η -12%), психологічний стан під час вагітності (депресивний) (OR=40,7; p=0,0003; η -11%), низький рівень матеріального стану (OR=16,5; p=0,0001; η -5%), наявність шкідливих звичок у батька дитини (OR=10,5; p=0,0001; η -4%), вживання кави (OR=10,4; p=0,0236; η -4%), регулярне вживання фаст-фуду (OR=10,4; p=0,0236; η -4%), нечасте споживання фруктів (OR=6,0; p=0,0001; η -3%), сімейний стан (незаміжня, розлучена, удова). Також було визначено, що наявність шкідливих звичок у вагітної (OR=3,1; p=0,0118; η -2%), недотримання режиму харчування (OR=2,8; p=0,0001; η -2%), обіймання керівної посади, низька фізична активність (відсутність прогулянок на свіжому повітрі) (OR=2,4; p=0,0103; η -2%), відсутність вищої освіти (OR=1,6; p=0,0542; η -1%), тип темперамента «холерик» мають вплив (OR=1,2; p=0,2734; η -1%).

4. На основі отриманих даних було розроблено методіку прогнозування ризику виникнення ускладнень перебігу. Матеріали розділу відображені в таких наукових роботах [2,4-6].

РОЗДІЛ V

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Основними проблемними питаннями репродуктивного здоров'я в Україні є зростання показників материнської смертності, високий рівень абортів, ускладнень вагітності та пологів, невиношування вагітності, поширеність жіночої безплідності, зростання онкологічної патології у молодому віці. Причини від яких помирають жінки під час вагітності в переважній більшості можна попередити. Організація медичної допомоги вагітним дає змогу покращити стан здоров'я даної категорії жінок та зменшити показники материнської смертності [44, 109].

Організація та якість медичної допомоги вагітним є надзвичайно важливою для забезпечення здоров'я матері та дитини. Рання діагностика та лікування ускладнень вагітності сприяє здоровому перебігу вагітності та дозволяє попередити негативні наслідки для здоров'я матері та дитини. Пандемія COVID-19 та військова агресія росії проти України створили безпрецедентні виклики для організації та надання медичної допомоги вагітним в Україні у відношенні доступу до медичної допомоги, зокрема, громадян на окупованих територіях. Через військові дії вимушене переміщення, і, як наслідок, дефіцит медичних кадрів та ресурсів. Психологічний стрес, тривога та депресія у вагітних через війну, негативно позначаються на перебігу вагітності. Значна кількість вагітних, як внутрішньо переміщених осіб, ускладнює забезпечення безперервної медичної допомоги. Пошкодження та руйнування медичної інфраструктури, особливо у прифронтових зонах, внаслідок бойових дій; логістичні проблеми з постачанням медикаментів, витратних матеріалів та обладнання до цих регіонів [46,70,72].

Своєчасний доступ до якісної акушерської допомоги має важливе значення для благополуччя матері, дитини та суспільства в цілому. Наразі в

Україні триває реформування медичної допомоги вагітним шляхом регіоналізації перинатальної допомоги.

Медична допомога здоровим вагітним здійснюється на підставі наказу МОЗ України від 19.03.2018 №504 Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги зазначений у додатку 1 до цього наказу; Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність», затвердженого наказом МОЗ України від 09.08.2022р №1437, уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» затвердженого наказом МОЗ України від 24.01.2022р. № 151 клінічного протоколу «Фізіологічні пологи» затвердженого наказом МОЗ України від 26.01.2022р. № 170 й уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин» затвердженого наказом МОЗ України від 05.01.2022р. №8. Організація медичної допомоги вагітним здійснюється на різних рівнях системи охорони здоров'я, залучаючи ЗОЗ та медичних працівників різної кваліфікації і спеціалізації.

Наказом МОЗ України від 31.10.2011р.№726 зі змінами від 18.12.2018р. визначені III рівня ЗОЗ які надають перинатальну допомогу.

До закладів I рівня надання перинатальної допомоги належать:

1. на амбулаторному (догоспітальному) етапі – фельдшерсько-акушерській пункт, фельдшерський пункт, сільська лікарська амбулаторія, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі - ПМСД), амбулаторія загальної практики сімейної медицини, жіночі консультації, центри/кабінети планування сім'ї;

- 2 на госпітальному етапі - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування першого рівня з кількістю пологів 400 і більше на рік, пологові відділення районних, центральних районних та міських лікарень;

3 у пілотних регіонах на I рівні перинатальна допомога надається на амбулаторному (догоспітальному) етапі в центрах ПМСД та жіночих консультаціях консультативних поліклінік лікарні планового лікування.

До закладів охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги належать:

1. на догоспітальному етапі - жіночі консультації як юридичні особи, так і відокремлені структурні підрозділи міських пологових будинків, та/або міських багатoproфільних поліклінік, та/або міських багатoproфільних лікарень;

2. на госпітальному етапі - багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування другого рівня з кількістю пологів 800 і більше на рік, міські пологові будинки, перинатальні центри II рівня, у тому числі створені на базі міських пологових будинків або багатoproфільних лікарень (центральної районних лікарень), що виконують функції міжрайонних перинатальних центрів, з кількістю пологів 1500 і більше на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км.

До закладів охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги належать:

1. обласний (республіканський Автономної Республіки Крим) перинатальний центр або міський перинатальний центр (міст Києва та Севастополя) як юридична особа, так і відокремлений структурний підрозділ закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги.

2. заклади охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги на тих адміністративно-територіальних одиницях, які мають вищі медичні навчальні заклади I-IV рівнів акредитації, можуть бути клінічними базами кафедр державних вищих медичних навчальних закладів.

Належна взаємодія між різними рівнями надання медичної допомоги, чітка маршрутизація вагітних та своєчасне залучення необхідних фахівців забезпечить якість допологового спостереження та зменшить ризики ускладнень.

Так, до вагітності жінки, які мають патологічний перебіг вагітності до

закладів первинної медичної допомоги зверталися в 6,9 разів менше ніж жінки, які мають фізіологічний перебіг. Жінки з ускладненим перебігом рідко відвідували ЖК упродовж року до настання вагітності: один (ВШ=1,8) або два (ВШ=4,1) на відміну від жінок, у яких вагітність мала фізіологічний перебіг. Саме на етапі надання первинної медичної допомоги можна попередити виникнення деяких ускладнень вагітності. У зв'язку з патологією перебігу вагітності жінки основної групи зверталися до лікаря АГ у 6,2 раза частіше ніж жінки контрольної групи. Це питання потребує вивчення з боку фінансового тягаря на медичну допомогу.

Довіра між лікарем та пацієнтом є фундаментальним чинником ефективності медичної допомоги, особливо в галузі акушерства. Вона виступає ключовим елементом, що суттєво підвищує результативність лікувальних та профілактичних заходів, формуючи основу для сприятливого перебігу вагітності та пологів. Проведене дослідження виявило, що 64,8% вагітних висловлюють повну довіру до свого лікаря, що позитивно впливає на їхній емоційний стан та готовність слідувати медичним рекомендаціям, 27,1% жінок частково довіряють своїм лікарям, 8,1% вагітних взагалі не довіряють своїм лікарям й саме ці вагітні можуть стикатися з підвищеним ризиком ускладнень через потенційне недотримання медичних рекомендацій або затримку у зверненні по допомогу. Ці дані підкреслюють важливість постійної роботи над покращенням комунікації між лікарями та пацієнтами. Створення атмосфери довіри не лише підвищує задоволеність медичною допомогою, але й суттєво впливає на результати лікування. Це особливо важливо в контексті вагітності, де емоційний стан жінки відіграє ключову роль у стані її здоров'я.

Проведена оцінка задоволеності вагітних організацією діагностичного та лікувального процесів у ЗОЗ первинної ланки. Так, 31,2% вагітних оцінили організацію діагностичного процесу на «відмінно», 53,1% на «добре» та 15,7% «задовільно». Щодо характеристики організації медичного спостереження за перебігом вагітності було отримано наступні дані: 43,3% вагітних оцінили на «відмінно», 46,6% - на «добре» та 10,1% - на «задовільно».

Також здійснено опитування вагітних щодо задоволеності санітарно-побутовими умовами ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу вагітним. Так, 52,2% вагітних оцінили санітарно-побутові умови на «добре», 18,7% - на «відмінно» та 29,1% - на «задовільно».

Патологія перебігу вагітності зазвичай потребує додаткових фінансових затрат та додаткових досліджень і корекції стану вагітної. Лише 27% вагітних з ускладненим перебігом вагітності мали змогу придбати всі необхідні лікарські препарати, як тільки-но виникала в цьому потреба, а 73% такої можливості не мали. Ці показники можуть звертати увагу на необхідність системних змін у підході до надання медичної допомоги вагітним з ускладненнями, включаючи перегляд механізмів фінансування, розширення програм соціальної підтримки та вдосконалення системи забезпечення необхідними лікарськими засобами.

За критеріями якісного та результативного надання медичної допомоги 56,3% вагітних зазначили, що необхідно вдосконалити доступність медичної допомоги, 5,8% – етапність надання медичної допомоги, 20,3% компетентність середнього медичного персоналу, 2,4% безпечність, 15,2% результативність.

Надання детальних письмових рекомендацій (плану) щодо перебігу вагітності та станів, які її ускладнюють. За даними дослідження 82,3% вагітних були надані письмові рекомендації, 17,7% не мали наданих рекомендацій. У 38,7 % вагітні основної групи та 46,2 % контрольної групи не виконували жодних лікарських рекомендацій, що складає 41,7% з 498 загальної когорти.

Вагітні з фізіологічним перебігом вагітності не мали потреби в стаціонарній допомозі та не зверталися за наданням екстреної медичної допомоги. Статистично значуща була частота звернень за медичною допомогою вагітних які мали патологічний перебіг вагітності як щойно відчули зміни стану здоров'я - 66,8% у порівнянні з тими, хто очікував поліпшення стану здоров'я – 33,1 % ($p < 0,005$). Лише 10,7% вагітних з патологічним перебігом вагітності зверталися до ЕМД. Всі відмітили, що лікарі бригад ЕМД мали всі необхідні засоби для стабілізації їхнього стану. До

59,3% вагітних бригади ЕМД дісталися за 10 хвилин, до 40,7 % - за 10-30 хвилин. Госпіталізація вагітних з ускладненим перебігом вагітності відбувалася у 47,1 % випадків за направленням лікаря, $p < 0,005$, у 10,7 % - транспортуванням ЕМД, самозвернень не зареєстровано. Для планування фінансового навантаження на охорону здоров'я важливим є дані кількості госпіталізацій жінок з патологічним перебігом вагітності, серед вагітних основної групи, які потребували стаціонарної допомоги: 1 раз – 82,4 %, 2-3 рази – 12,3 %, понад 3 – 5,3 %. Оцінка задоволеності медичними послугами в стаціонарі продемонструвало, що цілком задоволені лише 8,0% вагітних основної групи, незадоволені - 5,6 %, частково задоволені – 86,4%. Задоволеність лікарями приймального відділення більше порівняно з суб'єктивною оцінкою від загальної стаціонарної допомоги: цілком задоволені – 22,4 % вагітних, незадоволені – 4,6 %, частково – 73%. Задоволеність вагітних послугами лікарів стаціонару: цілком задоволені – 7,6%, незадоволені – 4,3%, частково – 88,1 %. Розподіл питомої ваги відповідей вагітних щодо задоволеності умовами перебування в стаціонарі: цілком – 12,7 %, незадоволені – 9,3%, частково – 78%. Причинами незадоволеності зазначені неналежні умови перебування та неуважне ставлення медичного персоналу. За даними опитування вагітних щодо задоволеності якістю діагностичного процесу в стаціонарі відповіді розподілились наступним чином: «незадовільно» – 11,8%, «задовільно» – 57,1%, «добре» – 17,7%, «відмінно» – 37%. За суб'єктивною оцінкою вагітними ефективності надання медичної допомоги, зокрема задоволеністю лікувального процесу в стаціонарі було наступним: «незадовільно» оцінили 3,3% респонденток, «задовільно» – 9,6 %, «добре» – 63,5 %, «відмінно» – 18,7%. Загальна оцінка задоволеністю якістю надання стаціонарної медичної допомоги за даними опитування розподілена наступним чином: «незадовільно» – 4,6%, «задовільно» – 46,1%, «добре» – 41,3, «відмінно» – 8,0%. Загальна оцінка задоволеністю якістю надання роботи сімейного лікаря за даними анкетування : «незадовільно» оцінили 4,6% респонденток, «задовільно» – 50,8%, «добре» – 36,1%, «відмінно» – 8,5%.

Серед вагітних, які отримали екстрену медичну допомогу суб'єктивні оцінки розподілені наступним чином: «незадовільно» – 0, «задовільно» – 10,8%, «добре» – 81,2 %, «відмінно» – 8,0%.

Вагітним обох груп було запропоновано визначення суб'єктивного ставлення жінок щодо вдосконалення якості медичної допомоги. Жінкам, які мали ускладнення вагітності, бракувало 4-х з 5-ти запропонованих складових якості медичної допомоги. Ранговий аналіз доводить, що, перш за все, вагітним жінкам бракувало безпеки (ВШ=13,2) та компетентності (ВШ=9,4). Тобто, всі медичні заклади повинні включати в себе дійову системи безпеки пацієнта. Також результативності (ВШ=8,3), як складової якості, яка відіграє найважливішу роль, доступності (ВШ=2,7) – це той показник, який продемонстрував, що медична допомога загалом доступна, але є питання, які потребують вдосконалення, зокрема географічна доступність (можливість доступу до медичної допомоги у віддалених районах області), фінансова (наявність програм фінансової підтримки ведення вагітності), інформаційна (обізнаність щодо доступних послуг, інформації щодо прегравідарної підготовки, ефективної комунікації), технологічна (доступність до телемедичних послуг й онлайн-консультацій, забезпеченість сучасним медичним обладнанням у районах області) .

Стандартах медичної допомоги «Нормальна вагітність» затверджених наказом МОЗ України від 09.08.2022 №1437 визначені індикатори якості медичної допомоги, до них належать:

- 1.Раннє взяття вагітних під спостереження (до 12 тижнів вагітності).
2. Охоплення вагітних проведенням УЗД до 22-х тижнів вагітності.
- 3.Охоплення вагітних обстеженням на ВІЛ.
- 4.Охоплення вагітних обстеженням на сифіліс.
- 5.Охоплення вагітних обстеженням на безсимптомну бактеріурію.
6. Обстеження вагітних обстеженням на стрептококи групи В. (табл.6.1)

Таблиця 5.1

Порівняльна характеристика показників якості медичної допомоги відповідно до критеріїв якості по Харківській області за 2017 та 2022рр.

Індикатор	Роки	
	2017	2022
Охоплення вагітних спостереженням % в термін до 12 тижнів	89,0%	69,8%
Охоплення проведенням УЗД до 22-х тижнів	95,6%	92,4%
Охоплення вагітних обстеженням на ВІЛ	99,5	98%
Охоплення вагітних обстеженням на сифіліс	94,6%	91,9%

Показники діяльності жіночих консультацій є важливим інструментом для забезпечення якісної, ефективної та орієнтованої на пацієнта медичної допомоги в сфері охорони материнства та дитинства. (табл.6.2)

Таблиця 5.2

Показники діяльності жіночих консультацій Харківської області за 2017-2021 рік

Показник	2017	2021
Частота завершень вагітності	94,0	94,2

в строк, на 100 пологів		
Частота завершень вагітності запізнілими пологами, на 100 пологів	0,05	0,04
Частота завершень вагітності передчасними пологами, на 100 пологів	3,64	3,45
Частота вагітностей, що завершилися абортами, на 100 вагітностей	2,37	2,34
Частота вагітностей, що завершилися самовільними абортами, на 100 вагітностей	1,55	1,68

Наведені у таблиці дані свідчать про погіршення доступності та якості медичної допомоги вагітним в Харківській області за останні 5 років, особливо щодо своєчасного отримання пренатальної допомоги вірогідно обумовлене впливом пандемії COVID-19 та збройною агресією російської федерації. Відповідно до паспортів індикаторів медичної допомоги бажаний рівень охоплення вагітних спостереження має знаходитися на рівні 90 – 95%. (рис.6.1).



Рис. 6.1 Охоплення вагітних спостереженням основної групи

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ

1. Доведено, що до настання вагітності жінки, які мали ускладнення перебігу у 6,9 разів менше зверталися за медичною допомогою, що потребує удосконалення профілактичних заходів на етапі планування вагітності.

2. Встановлено, що більша частина вагітних з патологічним перебігом вагітності, а саме 73%, не мають змоги сплатити додаткові діагностичні дослідження та лікарські препарати, що необхідні для стабілізації стану. Лише 27% вагітних мають достатньо коштів для сплати всіх необхідних аналізів та медикаментів. Це негативно впливає на доступність та результативність надання медичної допомоги вагітним жінкам.

3. Встановлено, що 82,3% вагітних були надані письмові рекомендації та 17,7% не мали даних рекомендацій. 38,7 % вагітних основної групи та 46,2 % контрольної групи не виконували жодних лікарських рекомендацій, що потребує покращення комунікації щодо відповідального ставлення до власного здоров'я.

4. Матеріали розділу висвітлено в таких наукових роботах [3,7,12].

РОЗДІЛ VI

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПАТОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Вагітність є одним з найважливіших періодів у житті кожної жінки та її родини. Це унікальний процес, під час якого відбуваються значні фізіологічні, психологічні та соціальні зміни, який потребує ретельного медичного спостереження та своєчасного виявлення можливих ускладнень. Забезпечення безпечного перебігу вагітності та народження здорової дитини є пріоритетним завданням для системи охорони здоров'я і суспільства в цілому. Значна частина вагітностей супроводжується різноманітними ускладненнями та патологічними станами. Охорона материнства і дитинства є одним з пріоритетних напрямків сучасної медицини та соціальної політики. Особливу увагу в цій сфері приділяють виявленню та профілактиці патологічного перебігу вагітності, що має вирішальне значення для здоров'я матері та новонародженої дитини. Саме тому розробка ефективних моделей раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці є надзвичайно актуальним питанням. Своєчасна ідентифікація факторів ризику, застосування сучасних діагностичних методів та впровадження відповідних профілактичних заходів. Це, своєю чергою, сприятиме покращенню показників здоров'я матерів та новонароджених, зниженню рівня ускладнень під час вагітності та пологів, а також зменшенню економічних витрат на лікування ускладнень. У цьому розділі буде представлено медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Впровадження моделі в медичну практику передбачає підвищення ефективності раннього виявлення потенційних ризиків та своєчасного впровадження відповідних профілактичних заходів, що в кінцевому підсумку повинно призвести до покращення реалізації репродуктивного здоров'я

населення та зниження материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

6.1 Основні компоненти моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності

Основою запропонованої моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, слугували дані міжнародного та вітчизняного досвіду щодо станів, які ускладнюють вагітність та отримані дані в ході етапів нашого дослідження: вивчення поширеності патологічних станів вагітних та ідентифікація чинників ризику ускладнень перебігу вагітності, якості надання медичної допомоги вагітним. У результаті дослідження було виявлено, що поширеність патологічних станів вагітності, які вивчались, не мають стійкої тенденції до зниження. Найбільш високі рівні поширеності становили анемії та інфекції сечостатевої системи. Визначено, що поширеність ускладнення вагітності інфекціями сечостатевої системи за 2017-2021рр. по Харківській області дещо перевищили середні по Україні з піковим значенням у 2019 році (21,5 на 100 вагітних, які закінчили вагітність). Максимальні показники цього року були зареєстровані у таких районах області: Краснокутському (54,3), Богодухівському (40,6), Лозівському (33,7), Вовчанському (28,4), Зачепилівському (27,8 на 100 вагітних, які закінчили вагітність). Ідентифіковано чинники ризику, які за розрахунком мали найбільший вплив на виникнення ускладнень перебігу вагітності; 28 чинників ризику мали достовірний вплив на розвиток виникнення патологічного перебігу вагітності. Вони були розподілені на три групи: медико-біологічні (до них належать наявність екстрагенітальної патології та акушерсько-гінекологічний анамнез), соціально-економічні та соціально-психологічні. Виявлено, що найбільш впливовими медико-біологічними чинниками є наявність екстрагенітальної патології, так, наявність хвороб системи кровообігу, у т.ч. гіпертонічної хвороби, збільшують

ризик виникнення патології перебігу вагітності у 31,4 рази, захворювань нирок — у 26,2 рази, захворювань щитоподібної залози — у 14,3 рази, наявність інших захворювань (варикозної хвороби тощо) — у 11,1 рази, цукрового діабету — у 4,7 рази, соматоформної вегетативної дисфункції — у 4,0 рази, захворювань дихальних шляхів — у 1,7 рази, інфекцій сечової системи — у 1,4 рази. При вивченні акушерсько-гінекологічного анамнезу спостерігалася тенденція наявності ускладнень перебігу вагітності другої та подальших вагітностей. Порушення менструального циклу в анамнезі погіршували прогноз перебігу вагітності у 8,2 рази. Також несприятливі наслідки мали попереднє розродження шляхом кесаревого розтину, наявність передчасних пологів, викиднів та медичних абортів (ВШ=3,2; ВШ=2,2; ВШ=2,0 відповідно), наявність завмерлої вагітності (ВШ=1,8). Визначено, що серед соціально-економічних та соціально-психологічних чинників суттєвий вплив на виникнення ускладнень перебігу вагітності мали наявність стресу у повсякденному житті (ВШ=42,6), депресивний психологічний стан (ВШ=40,7), низький рівень матеріального стану (ВШ=16,5), наявність шкідливих звичок у батька дитини (ВШ=10,5), вживання кави (ВШ=10,4), вживання фаст-фудів (ВШ=6,2), нечасте споживання фруктів (ВШ=6), сімейний стан (незаміжня, розлучена, удова) (ВШ=4,4), наявність шкідливих звичок у вагітної (ВШ=3,1), недотримання режиму харчування (ВШ=2,8), обіймання керівної посади на роботі (ВШ=2,4), відсутність вищої освіти (ВШ=1,6), тип темпераменту «холерик» (ВШ=1,2).

У результаті вивчення та оцінки якості надання медичної допомоги вагітним жінкам вагітні основної групи до настання вагітності в 6,9 разів менше зверталися за медичної допомоги 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 рідко відвідували ЖК за рік: один (ВШ=1,8) або два (ВШ=4,1) 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 разів частіше ніж жінки з фізіологічним перебігом. 56,4% респонденток були недостатньо проінформовані з приводу станів, які виникають під час вагітності та ускладнюють її. Вагітним обох груп було запропоновано визначення суб'єктивного ставлення жінок щодо вдосконалення якості медичної допомоги. Жінкам, які мали ускладнення вагітності, бракувало 4-х з 5-ти запропонованих складових якості медичної допомоги. Ранговий аналіз доводить, що, перш за все, вагітним жінкам бракувало безпеки (ВШ=13,2) та компетентності (ВШ=9,4). Тобто, всі медичні заклади повинні включати в себе дійову системи безпеки пацієнта. Також результативності (ВШ=8,3), як складової якості, яка відіграє найважливішу роль, доступності (ВШ=2,7) – це той показник, який продемонстрував, що медична допомога загалом доступна, але є питання, які потребують вдосконалення, зокрема географічна доступність (можливість доступу до медичної допомоги у віддалених районах області), фінансова (наявність програм фінансової підтримки ведення вагітності), інформаційна (обізнаність щодо доступних послуг, інформації щодо прегравідарної підготовки, ефективної комунікації), технологічна (доступність до телемедичних послуг й онлайн-консультацій, забезпеченість сучасним медичним обладнанням у районах області) .

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

Таблиця 6.2

Наукове обґрунтування та розробка моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці на різних рівнях організації надання медичної допомоги

Рівень	Пропозиції
Міжнародний	- співпраця з міжнародними організаціями (ВООЗ, ЮНІСЕФ та ін.) для обміну досвідом, розробки рекомендацій та впровадження кращих світових практик

	<ul style="list-style-type: none"> - залучення міжнародного фінансування та грантів на програми покращення перинатальної допомоги - участь у міжнародних дослідженнях та клінічних випробуваннях у сфері акушерства та гінекології
Національний	<ul style="list-style-type: none"> - розробка нових та оптимізація існуючих національних стандартів та клінічних протоколів медичної допомоги вагітним - реформування системи ОЗ підготовки та перепідготовки медичних кадрів акушерсько-гінекологічного профілю з питань раннього виявлення та патології перебігу вагітності - забезпечення рівного доступу до якісних послуг для вагітних у всіх регіонах країни - проведення національних інформаційно-освітніх кампаній щодо здорового способу життя вагітних
Регіональний	<ul style="list-style-type: none"> - оптимізація мережі закладів, які надають допомогу вагітним, задля покращення доступності шляхом подальшого розвитку регіоналізації перинатальних послуг, завершення формування мережі центрів перинатальної допомоги III рівня, перегляду і оптимізації маршрутів пацієнтів, розробки чітких критеріїв для направлення вагітних на різні рівні допомоги, забезпечення ефективності маршрутів вагітної - вдосконалення телемедицини та консультативної допомоги для віддалених регіонів - забезпечення ЗОЗ необхідними кваліфікованими кадрами, обладнанням та витратними матеріалами - організація регіональних тренінгів та підвищення кваліфікації медичного персоналу в рамках

	безперервного професійного розвитку.
Місцевий	<ul style="list-style-type: none"> - налагодження ефективної взаємодії між ЗОЗ всіх рівнів надання медичної допомоги вагітним для її безперервності - покращення матеріально-технічної бази ЗОЗ, що надають медичну допомогу вагітним - організація робочих груп з покращення якості та безпеки медичної допомоги вагітним - проведення інформаційних кампаній серед місцевого населення
Особистісний	- формування відповідального ставлення пацієнток до власного здоров'я

Комплексний підхід на всіх рівнях організації медичної допомоги дозволить суттєво покращити якість та безпечність медичної допомоги для вагітних та зменшити частоту виникнення патології перебігу вагітності.

Дана модель базується на таких принципах:

- профілактична спрямованість, яка передбачає виявлення на ранніх термінах вагітності груп ризику з метою попередження розвитку її 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 перебігом вагітності на всіх етапах надання медичної допомоги ;
- доказовість, що передбачає використання унормованих 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;

- просвіта, 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 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 наступних 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 і 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 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;
- опосередковано підвищення показників народжуваності здорових дітей.

Наукове обґрунтування та безперервне вдосконалення моделі полягає у:

- використанні 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. Міністерство освіти і науки України в частині інтегрування теми репродуктивного здоров'я та планування сім'ї в курс біології та основ здоров'я це сприятиме здоровому способу життя та поліпшення репродуктивного

здоров'я молоді, що в подальшому дозволить зменшити частоту виникнення патології перебігу вагітності.

3. 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;

4. керівництво закладів охорони здоров'я (пологових стаціонарів, 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;

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

6. керівники профільних асоціацій та товариств (Асоціації акушерів-гінекологів України, Асоціації неонатологів України тощо), які можуть брати у розробці клінічних протоколів, стандартів та рекомендацій, у навчанні певним технологіям медичних працівників для підвищення їх кваліфікації;

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

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. Він містить в собі новітні наукові дослідження, клінічні протоколи стандарти та рекомендації, наукові дані доказової медицини та найкращих клінічних практик, науково-методичне-забезпечення. Компоненти блоку наукового регулювання (нормативно-правовий, організаційно-структурний, ресурсний, кадровий, інформаційний, клінічний та науковий).

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.

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

- організацію та надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги вагітним;
- діяльність мультидисциплінарних команд фахівців, залучених до ведення вагітних із груп ризику (до складу входять акушери-гінекологи, терапевти, генетики, фахівці ультразвукової діагностики (УЗД), психологи, психіатри та ін.);
- процеси проведення скринінгових обстежень, лабораторної та інструментальної діагностики для своєчасного виявлення чинників ризику та попередження ускладнень перебігу вагітності;
- впровадження профілактичних заходів, корекцію способу життя, медикаментозне лікування та профілактику;
- маршрутизацію та госпіталізацію вагітних до відповідних ЗОЗ в разі необхідності;
- ведення медичної документації та формування реєстрів вагітних груп ризику;
- забезпечення ЗОЗ необхідними ресурсами (кадровими, фінансовими, матеріально-технічними тощо) для належного функціонування системи;
- підготовку та підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- інформаційно-комунікаційну роботу серед вагітних (рис.7.2).

Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці (рис.7.1)



Рис.6.1 Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці

Порівнюючи запропоновану модель з діючою практикою, можна виділити наступні переваги:

1. Комплексний підхід, що полягає в охопленні всіх аспектів ведення вагітності, від діагностики до профілактики та лікування.
2. Акцент на ранню діагностику в частині раннього виявлення патологій дозволяє вчасно розпочати лікування.
3. Індивідуалізований підхід, що враховуватиме індивідуальні чинники ризику кожної вагітної та дозволить розробити персоналізований план ведення вагітності.
4. Міждисциплінарна взаємодія, що покращить координацію між різними спеціалістами й забезпечить більш ефективне лікування супутніх захворювань.
5. Посилена профілактична складова приділяє більше уваги

попередженню патологічних станів під час вагітності.

6. Освітній компонент підвищуватиме обізнаність вагітних щодо можливих ризиків та сприятиме більш відповідальному ставленню до вагітності.

7. Систематичний моніторинг забезпечить регулярне відстеження стану вагітної та плода і дозволить швидко реагувати на зміни в стані здоров'я вагітної.

8. Оцінка ефективності надасть можливість постійно вдосконалювати підходи акушерсько-гінекологічної допомоги.

9. Психологічна підтримка сприятиме кращому емоційному стану жінки під час вагітності.

Ці переваги можуть сприяти зниженню частоти патологічного перебігу вагітності та покращенню загальних результатів акушерської практики.

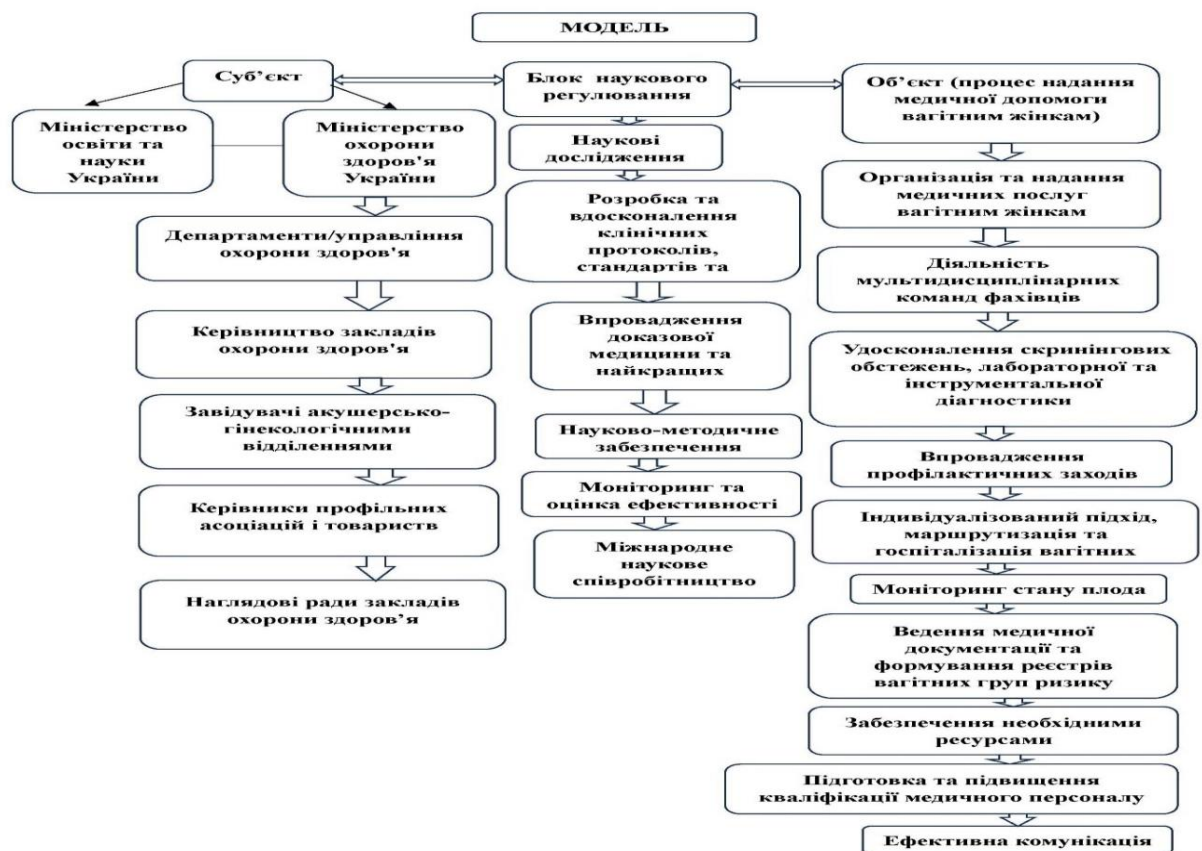


Рис. 6.2 Функціонально-організаційна модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці

Компоненти блоку наукового регулювання містять у собі нормативно-правову, організаційно-структурну, ресурсну, кадрову, інформаційну, клінічну та наукову складники.

Нормативно-правовий складник є важливим елементом наукового регулювання моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Він містить в собі: закони України, накази та інструкції МОЗ України, які регламентують акушерську допомогу, клінічні протоколи та стандарти надання медичної допомоги при вагітності та пологах. Етичні норми та принципи щодо забезпечення рівного доступу до медичної допомоги. Систему акредитації та ліцензування щодо закладів, які надають акушерсько-гінекологічну допомогу. Контроль якості та безпеки: стандарти безпеки обладнання та медичних препаратів, що використовуються в акушерській практиці, вимоги до збору, аналізу та звітних даних про перебіг вагітності, моніторинг та оцінки ефективності профілактичних заходів. Розподіл фінансів та ресурсів: розподіл ресурсів для забезпечення доступності та якості акушерсько-гінекологічної допомоги.

Організаційно-структурний складник: система надання акушерської допомоги включає маршрутизацію пацієнток залежно від ризиків та ускладнень вагітності, налагодження ефективної взаємодії між закладами різних рівнів організації медичної допомоги. Формування мультидисциплінарних команд (лікарі акушери-гінекологи, лікарі-генетики, лікарі-неонатологи тощо). Забезпечення необхідними ресурсами та обладнанням для діагностики та лікування ускладнень вагітності. Система підготовки кадрів: організація безперервного професійного розвитку та підвищення кваліфікації медичного персоналу, забезпечення можливостей для обміну досвідом та передовими практиками. Налагодження співпраці між клінічними та науково-дослідними установами. Забезпечення фінансування та ресурсів для проведення наукових досліджень. Система збору та аналізу даних: електронні медичні картки та реєстри вагітних. Використання сучасних методів аналітики даних для виявлення закономірностей та тенденцій.

Моніторинг та оцінка ефективності впроваджених заходів.

Ресурсний складник містить в собі: забезпеченість кадровими ресурсами, кваліфікованими медичними працівниками (лікарями акушерами-гінекологами, медсестрами, генетиками, тощо). Залучення науковців, дослідників та аналітиків для проведення наукових досліджень. Фінансові ресурси: залучення грантів для проведення наукових досліджень щодо даної проблематики. Матеріально-технічні ресурси: забезпеченість закладів охорони здоров'я сучасним діагностичним обладнанням, постачання необхідних медичних препаратів, витратних матеріалів та засобів індивідуального захисту. Інформаційні ресурси: забезпечення доступу медичних працівників до актуальних наукових досліджень, клінічних протоколів, стандартів медичної допомоги та рекомендацій. Організаційні ресурси: розробка та вдосконалення вже існуючих стандартизованих клінічних протоколів, керівних принципів та політик. Налагодження ефективної системи координації та обміну інформацією між різними рівнями надання медичної допомоги.

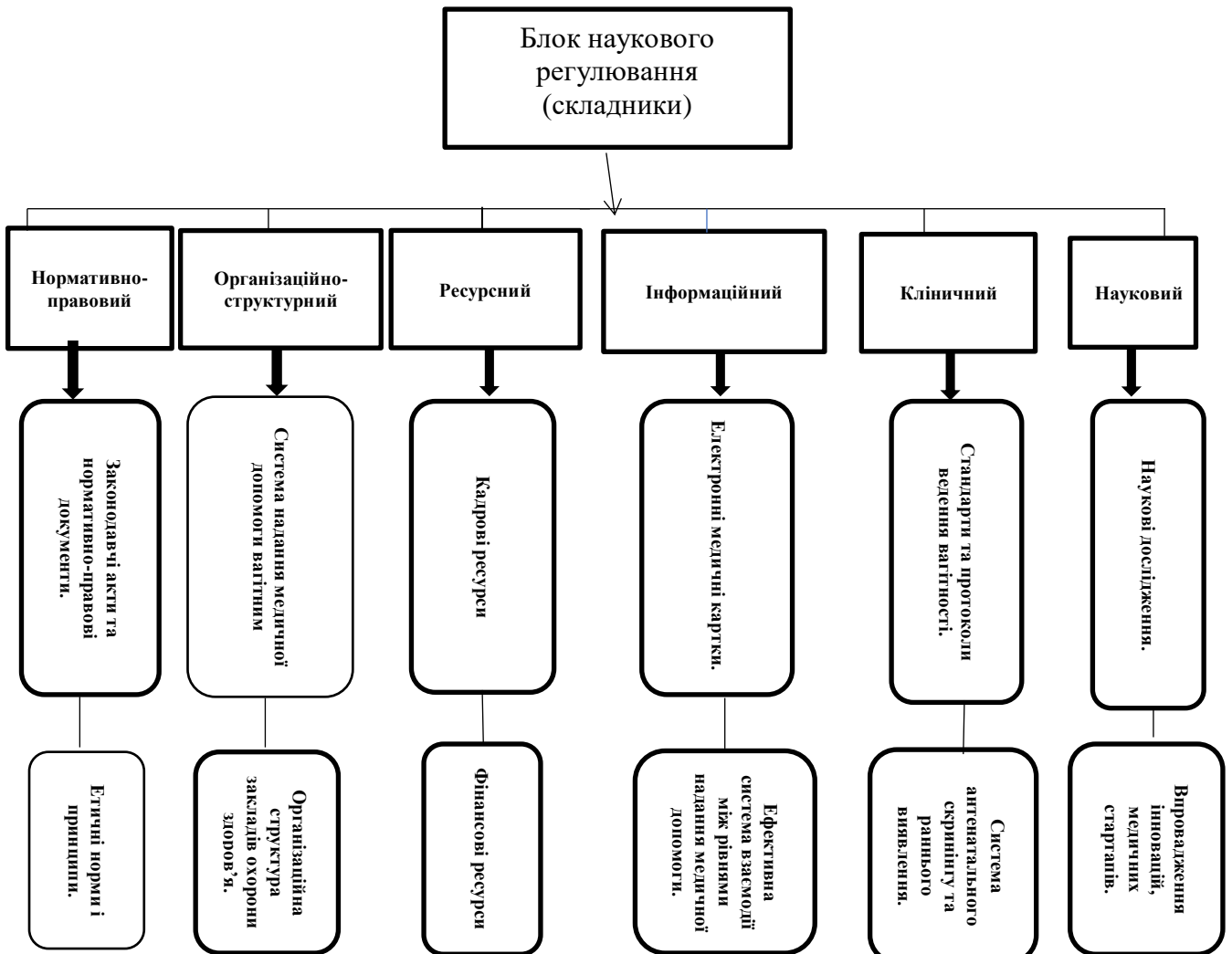
Кадровий складник містить: забезпеченість кваліфікованими фахівцями, безперервну професійну освіту та підвищення кваліфікації. Залучення наукових кадрів. Систему мотивації та стимулювання: створення належних умов праці та оплати, забезпечення можливостей для кар'єрного зростання та професійного розвитку. Планування та оптимізація розподілу кадрів між медичними закладами різних рівнів.

Інформаційний складник: електронні системи для збору, зберігання та аналізу даних про перебіг вагітності. Доступ до наукових досліджень та клінічних рекомендацій: забезпечення медичних працівників актуальною науковою інформацією з питань акушерства та гінекології. Телемедицина та дистанційне консультування: можливість дистанційного моніторингу стану вагітних та обміну медичними даними між закладами, покращення доступності спеціалізованої акушерської допомоги у віддалених регіонах. Освітні та навчальні ресурси: онлайн-платформи для професійного навчання

та підвищення кваліфікації медичних працівників.

Клінічний складник: стандарти та клінічні протоколи ведення вагітності, антенатальний скринінг, мультидисциплінарний підхід у веденні вагітних високого ризику ускладнень вагітності, використання сучасних методів лікування та профілактики. Допологова підготовка та психологічна підтримка. Моніторинг та оцінка результатів.

Науковий складник: наукові дослідження, впровадження інноваційних підходів. Аналітика даних та моделювання: виявлення закономірностей, чинників ризику та тенденцій з застосуванням штучного інтелекту. Міжнародна співпраця та обмін знаннями. Підготовка наукових кадрів в галузі акушерства та гінекології (рис.6.3)



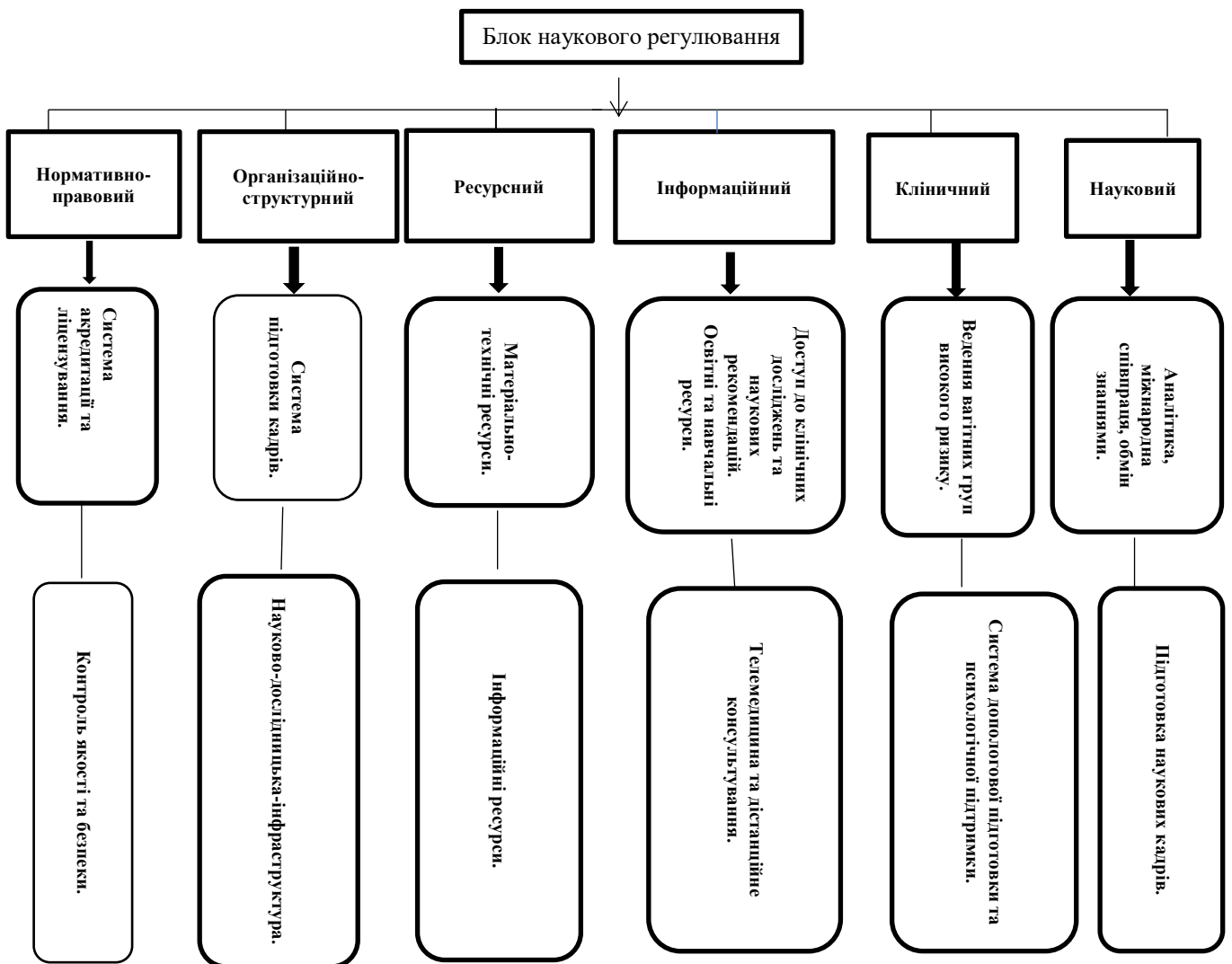


Рис.6.3 Складники блоку наукового регулювання

Шляхи удосконалення даної моделі реалізуються через:

1. Впровадження новітніх діагностичних методів, а саме:
 - використання передових методів пренатальної діагностики (в їх числі неназивний 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 та психотерапевтичної підтримки вагітних;

3. Оптимізацію маршрутизації та госпіталізації вагітних, що передбачає:

- удосконалення системи маршрутизації вагітних до закладів вищого рівня у 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, психологами, психіатрами 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.

6.2. Оцінка ефективності моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності

Оцінка ефективності запропонованої моделі проводилась методом експертних оцінок. Даний метод передбачає вираження думки експертів. Всього у дослідженні прийняло участь 30 експертів, з яких 20 науково-педагогічних працівників кафедр соціальної медицини медичних ЗВО України з науковим ступенем кандидата чи доктора медичних наук та 10 практикуючих акушер-гінекологів ЗОЗ з вищою категорією. Середній вік експертів становив $60,5 \pm 2,2$ років, загальний стаж роботи в медицині $29,7 \pm 2,2$ років, в тому числі по спеціальності – $26,3 \pm 2,4$. Наведені дані дозволяють вважати їх оцінку експертною. Запропонована модель оцінювалась за наступними параметрами:

профілактична спрямованість, комплексність, системність, економічна доцільність, відповідальність міжнародному досвіду, дієвість, доступність які були оцінені за 10-бальною шкалою (табл. 7.2).

Більшість експертів зі значним ступенем узгодженості думок оцінили профілактичну спрямованість моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності, про що свідчить високий бал їх оцінювання: $9,6 \pm 0,16$ бала (середній рівень коефіцієнту варіації $C_v = 18,10\%$) із 10 можливих. Також експерти високо оцінили відповідність сучасному міжнародному досвіду та системність запропонованої моделі $9,2 \pm 0,19$ бала і $9,0 \pm 0,23$ балів відповідно при значному рівні узгодженості думок експертів ($C_v = 15,35\%$ та $C_v = 14,25\%$). Комплексність була оцінена експертами $8,9 \pm 0,26$ бала при рівні узгодженості думок експертів $C_v = 13,07\%$, економічна доцільність була оцінена експертами $8,8 \pm 0,19$ бала, дієвість $8,7 \pm 0,31$ та доступність $8,4 \pm 0,25$ з рівнем узгодженості думок $C_v = 16,24\%$, $C_v = 12,38\%$, $C_v = 11,29\%$ відповідно.

Таблиця 6.2

**Оцінка експертами досягнення завдань розробленої моделі
раннього виявлення та профілактики патологічного
перебігу вагітності в акушерській практиці**

	Параметри оцінки	Бали
1	Профілактична спрямованість	9,6
2	Відповідність сучасному міжнародному досвіду	9,2
3	Системність	9,0
4	Комплексність	8,9
5	Економічна доцільність	8,8
6	Дієвість	8,7
7	Доступність	8,4

Впровадження даної моделі в практику охорони здоров'я вплине на такі показники: поліпшення показників стану здоров'я вагітних, рівень інформованості пацієнтів, задоволеність якістю медичної допомоги, рівень звернень за медичною допомогою, ефективність медичної допомоги, науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів, економічність медичної допомоги.

Таблиця 6.3

Оцінка експертами впливу розробленої моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності, на покращення показників

	Показники	Бали
1	Рівень інформованості вагітних на етапі прегравідарної підготовки	9,0
2	Задоволеність якістю медичної допомоги	8,9
3	Рівень звернень за медичною допомогою	8,7
4	Ефективність медичної допомоги	8,4
5	Науково технічний рівень запропонованих інноваційних елементів	8,1
6	Економічність медичної допомоги	8,0

Всі експерти (100%) визначили позитивні ставлення щодо впровадження запропонованої моделі у практику. Було отримано наступні результати: рівень інформованості вагітних – $9,0 \pm 0,2$ при рівні узгодженості думок експертів $C_v = 8,75\%$, задоволеність якістю медичної допомоги $8,9 \pm 0,2$ ($C_v = 7,63\%$), рівень звернень за медичною допомогою – $8,7 \pm 0,2$ ($C_v = 7,63\%$), ефективність медичної допомоги – $8,4 \pm 0,2$ ($C_v = 6,29\%$), науково-технічний рівень

запропонованих інноваційних елементів – $8,1 \pm 0,2$ ($Cv=10,68\%$) та економічність медичної допомоги $8,0 \pm 0,2$ ($Cv=5,92\%$) (табл. 7.3).

Належна експертна оцінка запропонованої моделі управління дозволяє виокремити основні критерії очікуваної медичної, соціальної та економічної ефективності.

– **Медична ефективність** включає підвищення якості медичного супроводу вагітних, своєчасному виявленню ризиків та патологій перебігу вагітності, а також дозволить вчасне застосування профілактичних заходів та коригувати лікування. Це, у свою чергу, покращить показники здоров'я матерів та новонароджених, зменшить ризик ускладнень та матиме позитивний вплив на демографічну ситуацію в цілому. Ефективна профілактика допоможе зменшити кількість випадків ускладнень під час вагітності, що потребують високоспеціалізованої допомоги. Завдяки попередженню ускладнень та забезпеченню належного медичного супроводу, модель сприятиме зменшенню фізичного та психологічного навантаження на вагітну жінку.

– **Соціальна ефективність** запропонованої моделі проявляється у покращенні якості життя сімей, зменшенні соціально-економічного навантаження, підвищенні рівня освіченості та відповідальності, зміцненні репродуктивного здоров'я нації та формуванні позитивного іміджу системи охорони здоров'я. Успішна реалізація цієї моделі матиме довгостроковий позитивний вплив на суспільство та сприятиме сталому розвитку країни. Виношування здорової дитини та запобігання ускладненням для матері значно підвищує якість життя молодих сімей, сприятиме їх соціальній та психологічній стабільності

– **Економічна ефективність** полягатиме в зменшенні фінансових витрат на лікування ускладнень вагітності та пологів, а також оптимізувати використання ресурсів системи охорони здоров'я. Крім того, профілактика ускладнень сприятиме підвищенню продуктивності праці та економічної

активності жінок. Тому впровадження даної моделі є економічно обґрунтованим та вигідним як для окремих сімей, так і для суспільства в цілому. Інвестиції в профілактику ускладнень вагітності можуть принести значну економію коштів у довгостроковій перспективі, зменшуючи витрати на лікування хронічних станів та підтримку осіб з інвалідністю дитинства.

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ

1. У результаті дослідження встановлено, що обґрунтування та розробка моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці сприятиме покращенню основних показників стану здоров'я вагітних та новонароджених.

2. Розробка та впровадження в практичну діяльність моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, обґрунтована результатами проведеного дисертаційного дослідження. У ході дослідження було встановлено дані щодо основних чинників ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності, поширеності патологічних станів, що ускладнюють вагітність, організації медичної допомоги вагітним.

3. Доведено, що розроблена модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, надасть можливість вдосконалити якість надання медичної допомоги вагітним.

4. Розроблена модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці була оцінена експертами на достатньо високому рівні: профілактична спрямованість ($9,6 \pm 0,16$), економічна доцільність ($8,8 \pm 0,19$), відповідальність сучасному міжнародному досвіду ($9,2 \pm 0,19$), дієвість ($8,7 \pm 0,31$), доступність ($8,4 \pm 0,25$) та відповідає таким поняттям як комплексність ($8,9 \pm 0,26$), і системність ($9,0 \pm 0,23$). Матеріали розділу висвітлені в таких наукових роботах [3].

РОЗДІЛ VII

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я збереження здоров'я матері та дитини залишаються пріоритетними напрямками розвитку системи охорони здоров'я. Патологія перебігу вагітності має серйозні медичні, психологічні, економічні та соціальні наслідки для матері, дитини та сім'ї тому профілактика виникнення станів, які виникають під час вагітності та ускладнюють її перебіг вкрай важлива. У зв'язку з цим перспективною є обґрунтування та розробка моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Відповідно до мети та задач наукового дослідження було проведено соціологічне опитування 530 вагітних, які знаходилися у стаціонарі, або під наглядом жіночої консультації в КНП «Міський пологовий будинок №1» Харківської міської ради та КНП «Міський клінічний пологовий будинок №7» Харківської міської ради. Медіана, мінімальне та максимальне значення (варіація вибірки) віку жінок основної групи було - 32 (21; 44) років, медіана, мінімальне та максимальне значення віку жінок контрольної групи - 31 (24; 45) років ($p > 0,05$). Медіанними значеннями терміну вагітності при анкетуванні були 28 тижнів для основної групи та 26 тижнів для контрольної ($p > 0,05$).

Контрольну групу склали 220 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності.

Дизайн дослідження складався з шести етапів.

Перший етап дослідження включав аналіз вітчизняного та світового досвіду щодо досліджуваної проблеми. Було проаналізовано 87 вітчизняних та 188 іноземних інформаційних ресурсів щодо проблематики вивчення станів, що ускладнюють перебіг вагітності та чинників, що мають вплив на виникнення даної патології, організації медичної допомоги вагітним. Особлива увага була направлена на вивчення профілактичних заходів щодо

попередження виникнення патологічних станів під час вагітності.

Другий етап включав в себе вибір напрямку дослідження, формування мети, завдань, програми, а також обґрунтування методів та обсягу.

Третій етап дослідження складався з вивчення поширеності станів, які були або виникли під час вагітності та ускладнюють її перебіг серед вагітних Харківської області за період 2017-2021рр. Вивчення показників захворювання проводилось шляхом опрацювання статистичних даних центру громадського здоров'я МОЗ України та «КНП ХОР обласний центр медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності» (форма №21 Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям).

У ході дослідження встановлено, що поширеність ускладнень вагітності, які вивчались, не мають стійкої тенденції до зниження. Найбільш високі рівні поширеності становили анемії та інфекції сечостатевої системи. Визначено, що поширеність ускладнення вагітності інфекціями сечостатевої системи за 2017-2021рр. по Харківській області дещо перевищили середні по Україні з піковим значенням у 2019 році (21,5 на 100 вагітних, які закінчили вагітність). Максимальні показники цього року були зареєстровані у таких районах області: Краснокутському (54,3), Богодухівському (40,6), Лозівському (33,7), Вовчанському (28,4), Зачепилівському (27,8 на 100 вагітних, які закінчили вагітність).

Четвертий етап дослідження складався з визначення та аналізу чинників ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності серед вагітних. З метою реалізації соціологічного дослідження було розроблено «Опитувальник для вивчення чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності», який містив у собі вивчення 3 групи чинників ризику.

Перша група представляла собою медико-біологічні чинники ризику, такі як: екстрагенітальна патологія та чинники акушерсько-гінекологічного анамнезу.

До другої та третьої групи чинників способу життя увійшли, чинники соціально-психологічної та соціально-економічної категорії. Для вивчення

психологічного стану під час вагітності було застосовано Единбурзьку шкалу післяпологової депресії.

Опитування респонденток проходило за умови їх попередньої письмової згоди щодо участі у науковому дослідженні.

З метою уточнення наявності або відсутності супутньої патології у респондентки, було проведено викопіювання даних із індивідуальної карти вагітної і породіллі (форма №111/о), карти стаціонарного хворого (форма №003/о).

У ході дослідження було встановлено, що основними чинниками ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності відносились до медико-біологічних. Найбільш значущими серед групи медико-біологічних факторів є наявність екстрагенітальної патології

Наступний крок на четвертому етапі складався з розробки методики прогнозування на основі неоднорідної послідовної процедури розпізнавання, яка базувалася на послідовному аналізі Вальда. В основі даної методики прогнозування лежить розробка прогностичних таблиць, що складаються із чинників ризику виникнення ускладнення перебігу вагітності, які розташовано у порядку зменшення інформативності ознаки. Для кожної інформаційної групи розраховуються прогностичні коефіцієнти. Оцінка груп ризику проводиться на основі визначення суми окремих значень прогностичних коефіцієнтів, яка порівнювалася з табличними. Обчислення припиняється, коли загальна сума досягає більшого або меншого порогового значення (± 13). Математично-прогностична цінність кожного фактора виражається у прогностичному коефіцієнті: зі знаком «+» при наявності ознаки та зі знаком «-» при відсутності ознаки. Якщо сума цих коефіцієнтів дорівнює + 13 та більше, то це означає, що з вірогідністю 95% існує ризик виникнення захворювання, а якщо -13, то ризик відсутній. Сума коефіцієнтів від -12 до +12 відповідає наявності ймовірного ризику.

На четвертому етапі проведено оцінку та аналіз якості медичної допомоги вагітним жінкам було здійснено. Проведено соціологічне

опитування 320 вагітних, які мали ускладнення перебігу вагітності та здійснено викопіювання даних індивідуальної карти вагітної і породіллі (форма 111/о), медичної карти стаціонарного хворого (форма 003/0). У результаті вивчення та оцінки якості надання медичної допомоги вагітним жінкам вагітні основної групи до настання вагітності 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 рідко відвідували ЖК за рік: один (ВШ=1,8) або два (ВШ=4,1) 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 разів частіше ніж жінки з фізіологічним перебігом. 56,4% респонденток зауважили, що недостатньо проінформовані з приводу станів, які виникають під час вагітності та ускладнюють її. Патологічний перебіг вагітності потребує фінансових затрат на додаткові дослідження та корекції стану вагітної, 23% вагітних малу змогу придбати собі необхідні препарату відразу, як в цьому виникла потреба.

Жінкам, які мали ускладнення вагітності, бракувало 4-х з 5-ти запропонованих складових якості медичної допомоги. Ранговий аналіз доводить, що, перш за все, вагітним жінкам бракувало безпеки (ВШ=13,2) та компетентності (ВШ=9,4). Тобто, всі медичні заклади повинні включати в себе дійову системи безпеки пацієнта. Також результативності (ВШ=8,3), як складової якості, яка відіграє найважливішу роль, доступності (ВШ=2,7) – це той показник, який продемонстрував, що медична допомога загалом доступна, але є питання, які потребують вдосконалення, зокрема географічна доступність (можливість доступу до медичної допомоги у віддалених районах області), фінансова (наявність програм фінансової підтримки ведення вагітності), інформаційна (обізнаність щодо доступних послуг, інформації щодо прегравідарної підготовки, ефективної комунікації), технологічна (доступність до телемедичних послуг й онлайн-консультацій, забезпеченість

сучасним медичним обладнанням у районах області) .

На основі отриманих результатів на попередніх етапах на шостому етапі було обґрунтовано та розроблено модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Доведено, що розроблена модель надає можливість вдосконалити профілактичну складову надання медичної допомоги вагітним, що, в свою чергу, сприятиме покращенню показників стану здоров'я вагітних.

Оцінка ефективності запропонованої моделі проводилася методом експертних оцінок із залученням експертів та за результатами впровадження на етапах виконання дослідження. Запропонована модель оцінювалася за 10-бальною шкалою на основі карти експертних оцінок «Експертне заключення на модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці» за наступними параметрами: етапність та наступність в наданні лікувально-профілактичної допомоги вагітним, профілактична спрямованість медичної допомоги, дієвість, системність, комплексність, економічна доцільність, відповідність сучасному міжнародному досвіду та було визначено ставлення експертів щодо впровадження моделі в практику за наступними показниками: покращення показників стану здоров'я вагітним, рівень інформованості про перебіг вагітності, рівень звернень за медичною допомогою, задоволеність якістю медичної допомоги, ефективність медичної допомоги, економічність медичної допомоги, науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів.

Розроблена модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці була оцінена експертами на досить високому рівні: профілактична спрямованість ($9,6 \pm 0,16$), економічна доцільність ($8,8 \pm 0,19$), відповідність сучасному міжнародному досвіду ($9,2 \pm 0,19$), дієвість ($8,7 \pm 0,31$), доступність ($8,4 \pm 0,25$) та відповідає таким поняттям як комплексність ($8,9 \pm 0,26$) і системність ($9,0 \pm 0,23$), рівень інформованості вагітних – $9,0 \pm 0,2$, задоволеність якістю медичної допомоги

8,9±0,2, рівень звернень за медичною допомогою – 8,7±0,2, ефективність медичної допомоги – 8,4±0,2, науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів – 8,1±0,2 та економічність медичної допомоги 8,0 ±0,2.

Статистичну обробку даних було здійснено за допомогою статистичних пакетів програм Statistica 8.

Отримані результати проведеного дослідження дали можливість рекомендувати для запровадження в практику охорони здоров'я розроблену модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, з метою удосконалення надання медичної допомоги вагітним та частоти станів, які ускладнюють вагітність.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено вирішення одного з актуальних медико-соціальних наукових завдань – обґрунтовано та розроблено модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці, яка побудована на основних принципах надання медичної допомоги, ґрунтується на світовому та вітчизняному досвіді, особистих здобутках дисертантки, спрямована на зниження впливу основних чинників ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності та покращення показників стану здоров'я вагітних. Дієвість даної моделі позитивно оцінили експерти. Отримані у ході дослідження науково-практичні результати дають підставу зробити висновки:

1. Комплексний аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових джерел виявив, що проблема патології перебігу вагітності саме для України є актуальною. Особливої уваги потребує забезпечення безперервного професійного розвитку. Це завдання набуває ще більшої актуальності в контексті поточних реформ системи охорони здоров'я України, спрямованих на підвищення якості та доступності медичної допомоги для вагітних жінок.

2. Доведено, що показники поширеності станів, що ускладнюють вагітність у Харківській області, не мають стійкої тенденції до зниження. Найбільш високий рівень поширеності становили інфекції сечостатевої системи. Визначено, що поширеність ускладнення вагітності інфекціями сечостатевої системи за 2017-2021рр. по Харківській області дещо перевищили середні по Україні з піковим значенням у 2019 році (21,5 на 100 вагітних, які закінчили вагітність). Максимальні показники цього року були зареєстровані у таких районах області: Краснокутському (54,3), Богодухівському (40,6), Лозівському (33,7), Вовчанському (28,4), Зачепилівському (27,8 на 100 вагітних, які закінчили вагітність).

3. Встановлено, що найбільш впливовим медико-біологічним чинником є наявність екстрагенітальної патології, так наявність серцево-судинних

захворювань у т.ч. гіпертонічної хвороби збільшують ризик ускладнень вагітності у 31,4 раза, захворювань нирок у 23,3 раза, захворювань щитоподібної залози в 14,3 раза, наявність інших захворювань в 11,1 раза. З чинників акушерсько-гінекологічного анамнезу достовірний вплив мали порушення менструального циклу в анамнезі погіршували прогноз виношування вагітності у 8,2 раза. Також несприятливі наслідки мали попереднє розродження шляхом кесаревого розтину, наявність передчасних пологів, викиднів та медичних абортів (ВШ=3,2; ВШ= 2,2; ВШ= 2,0 відповідно). Визначено, що серед соціальних чинників способу життя суттєвий вплив мають наявність шкідливих звичок у батька дитини (ВШ=10,5), вживання кави більш ніж 1 чашки на день (ВШ=10,4), недотримання режиму харчування, а особливо вживання фаст-фуду (ВШ=6,2), наявність шкідливих звичок до вагітності у матері. Серед соціально-економічних та соціально-психологічних чинників наявність стресу у повсякденному житті, який своєю чергою має вплив на психологічний стан вагітної збільшує ризик виникнення патології перебігу вагітності (ВШ=42,6, та ВШ=40,7 відповідно). Низький рівень матеріального стану також у 16,5 раза збільшує ризик ускладнень перебігу вагітності. Незаміжні жінки у 4,4 раза мали ускладнення перебігу вагітності, ніж жінки з фізіологічним перебігом.

4. Розроблено методику прогнозування ризику виникнення ускладнень перебігу вагітності серед вагітних та доведено її ефективність. Дана методика ґрунтується на виявленні груп ризику розвитку ускладнень перебігу вагітності серед вагітних. Якщо сума прогностичних коефіцієнтів дорівнює + 13 та більше, то з вірогідністю 95% існує ризик виникнення ускладнення перебігу вагітності, якщо -13 та менше – ризик відсутній, якщо сума прогностичних коефіцієнтів від - 12 до + 12 – це вказує на наявність ймовірного ризику. У практиці охорони здоров'я запропонована методика прогнозування може застосовуватися при проведенні заходів раннього виявлення та профілактики з метою попередження виникнення ускладнень вагітності.

5. Доведено, що до настання вагітності жінки, які мали ускладнення

перебігу у 6,9 раза менше зверталися по медичну допомогу, що потребує удосконалення профілактичних заходів на етапі планування вагітності. Встановлено, що більша частина вагітних з патологічним перебігом, а саме 73%, не мають змоги сплатити додаткові діагностичні дослідження та препарати необхідні для стабілізації стану. Лише 27% вагітних мають достатньо коштів для сплати всіх необхідних аналізів та препаратів. Це негативно впливає на доступність та результативність надання медичної допомоги вагітним жінкам. Визначено, що 82,3% вагітних були дані письмові рекомендації та 17,7% не мали даних рекомендацій. 38,7 % жінок основної групи та 46,2 % контрольної не виконували жодних лікарських рекомендацій, що потребує покращення комунікації з питань відповідального ставлення до свого здоров'я.

6. Вивчено ставлення вагітних до ефективності надання медичної допомоги. Вагітним, які мали ускладнення вагітності, бракувало 4-х з 5-ти запропонованих складових оцінки ефективності медичної допомоги. Перш за все, вагітним жінкам бракувало безпеки (ВШ=13,2) та компетентності (ВШ=9,4). Тобто, всі медичні заклади повинні включати в себе дійову системи безпеки пацієнта. Також результативності (ВШ=8,3), як складової якості, яка відіграє найважливішу роль, доступності (ВШ=2,7) – це той показник, який продемонстрував, що медична допомога загалом доступна, але є питання, які потребують вдосконалення, зокрема географічна доступність (можливість доступу до медичної допомоги у віддалених районах області), фінансова (наявність програм фінансової підтримки ведення вагітності), інформаційна (обізнаність щодо доступних послуг, інформації щодо прегравідарної підготовки, ефективної комунікації), технологічна (доступність до телемедичних послуг й онлайн-консультацій, забезпеченість сучасним медичним обладнанням у районах області) .

7. Обґрунтовано та розроблено модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності, що базується на ряді принципів. Дана модель на сучасному етапі передбачає оптимізацію існуючих

елементів системи охорони здоров'я. Функціонально-організаційними складовими даної моделі є суб'єкти управління, об'єкт управління та блок наукового регулювання. Взаємодія всіх елементів надала моделі нових якостей із досягненням головної мети дослідження.

8. Розроблена модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці була оцінена експертами на досить високому рівні: профілактична спрямованість ($9,6 \pm 0,16$), економічна доцільність ($8,8 \pm 0,19$), відповідність сучасному міжнародному досвіду ($9,2 \pm 0,19$), дієвість ($8,7 \pm 0,31$), доступність ($8,4 \pm 0,25$) та відповідає таким поняттям як комплексність ($8,9 \pm 0,26$) і системність ($9,0 \pm 0,23$), рівень інформованості вагітних – $9,0 \pm 0,2$, задоволеність якістю медичної допомоги $8,9 \pm 0,2$, рівень звернень за медичною допомогою – $8,7 \pm 0,2$, ефективність медичної допомоги – $8,4 \pm 0,2$, науково-технічний рівень запропонованих інноваційних елементів – $8,1 \pm 0,2$ та економічність медичної допомоги $8,0 \pm 0,2$.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати проведеного дослідження дають можливість рекомендувати:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

– запровадження в практику охорони здоров'я розроблену модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці з метою удосконалення надання медичної допомоги вагітним;

2. Міністерству освіти та науки України:

– розглянути можливість включення в програму курсу біології та основ здоров'я тем репродуктивного здоров'я та планування сім'ї;

2. Департаментам охорони здоров'я обласних державних адміністрацій:

- розроблення шляхів щодо забезпечення міжсекторальної співпраці під час впровадження моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці;
- проведення заходів з розробки обласних програм щодо профілактики виникнення ускладнень перебігу вагітності;
- сприяння налагодженню міжсекторальної співпраці між медичними працівниками, соціальними службами та громадськими організаціями для комплексного підходу до профілактики патологічного перебігу вагітності;
- запровадження системи електронного обміну даними та медичною інформацією між закладами охорони здоров'я всіх рівнів.

3. *Директорам закладів охорони здоров'я, які надають акушерсько-гінекологічну допомогу:*

- розробити деталізований план дій з впровадження моделі в закладі, визначити відповідальних осіб, розподілити обов'язки та встановити чіткі терміни виконання завдань;
- забезпечити наявність необхідного сучасного діагностичного обладнання, лабораторного устаткування та витратних матеріалів для ефективної реалізації моделі;
- під час звернення вагітних до закладів охорони здоров'я скерувати прицільну увагу на виявлення основних чинників ризику патологічного перебігу вагітності;
- проводити обов'язковий моніторинг стану здоров'я вагітних з метою попередження розвитку ускладнень;
- покращити роботу щодо підвищення поінформованості вагітних з профілактики станів, що ускладнюють вагітність.

4. *КНП ХОР Обласному центру медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності:*

- забезпечення розробки та впровадження інформаційно-комунікаційної кампанії для підвищення обізнаності населення, особливо

серед жінок репродуктивного віку, про важливість відповідального ставлення до власного здоров'я;

- налагодження співпраці з соціальними службами, неурядовими організаціями та місцевими громадами для підтримки вагітних жінок, особливо з груп ризику в межах нормативно-правового регулювання;

- забезпечення в регіонах розвиток системи громадського здоров'я.

5. *Закладам вищої освіти МОЗ та МОН України та закладам післядипломної освіти системи МОЗ та МОН України:*

- ініціювання проведення наукових досліджень та аналізу кращих світових практик для постійного вдосконалення та оновлення моделі відповідно до сучасних стандартів.

- забезпечення внесення змін до навчальних програм на додипломному та післядипломному рівнях навчання лікарів з питань організації профілактики та спеціалізованої допомоги вагітним в тому числі з патологічним перебігом;

- доповнити програми навчання студентів з курсу «Соціальна медицина, Громадське здоров'я», «Акушерство та гінекологія» з метою включення питань раннього виявлення чинників ризику, діагностики та профілактики патологічного перебігу вагітності відповідно до нової моделі; включити в програму підвищення кваліфікації лікарів загальної практики / сімейної медицини питання щодо вивчення чинників ризику патологічного перебігу вагітності та надання медичної допомоги вагітним;

- розробити окремі навчальні курси, тренінги та майстер-класи для лікарів-інтернів і лікарів-курсантів закладів післядипломної освіти з питань впровадження моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерську практику;

- залучити провідних фахівців у галузі акушерства та гінекології, а також інших суміжних спеціальностей для проведення лекцій, семінарів та практичних занять з метою підготовки висококваліфікованих кадрів для реалізації моделі;

– налагодити співпрацю з міжнародними навчальними та науковими центрами для обміну досвідом та впровадження кращих світових практик у сфері охорони репродуктивного здоров'я жінок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ

1. Т.В. Авраменко Гестаційний діабет: профілактика під час вагітності, скринінг і діагностика захворювання /Т.В. Авраменко, Д.О. Говсєєв, В.С. Явір, І.М. Мелліна // Український журнал «Здоров'я жінки» 1(157)/2021 С.26-32.
2. Т.П. Андрійчук Профілактика ускладнень вагітності та пологів у пацієнок із обтяженим гінекологічним анамнезом. Репродуктивне здоров'я жінки №6(51) 2021 С.56-60.
3. І.А. Анчева Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів / І.А. Анчева // Здоров'я жінки. – 2017. – № 5 (121) – С.32 –34.
4. В. М. Астахов Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінанти / В. М. Астахов F, О. В. Бацилєва , І. В. Пузь // Zaporozhye medical journal. Volume 22. No. 5, September – October 2020 С.701-708.
5. А.В.Балан Особливості перебігу коронавірусної хвороби у вагітних та частота виникнення перинатальних ускладнень залежно від ступеня важкості захворювання Український журнал «Здоров'я жінки» 2(159)/2022 С.20-25.
6. Бен Амор Маріам Чинники ризику та наслідки вагітності в жінок із преєклампсією / Бен Амор Маріам, О.П. Гнатко, Н.Р. Кучма// Акушерство. Гінекологія. Генетика – 2017. – Том 3, № 2 – С.24 – 28.
7. О.В. Боднар Психологічні особливості соціально-демографічного і психосоціального статусу у жінок з патологією вагітності / О. В. Боднар// Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2015. –. Том 2, №2 (4) – С.74–80.
8. С.Ю. Вдовиченко Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів / Вдовиченко С.Ю.// Здоров'я жінки. –2017. - №3 (119) – 79-81.

9. І.Б. Вовк Загроза переривання вагітності в ранні терміни: сучасні погляди на етіологію, патогенез, діагностику та лікування (огляд літератури). / І.Б. Вовк, В.К. Кондратюк, О.В. Трохимович, А.І. Коваленко// Здоров'я жінки. – 2012. – № 5 (71) – С.50 –56.

10. І.Б. Вовк Клінічні аспекти ускладненого перебігу вагітності та ранніх репродуктивних втрат Медичні аспекти здоров'я жінки 2 (115)' 2018 С.28-32.

11. Л.І. Воробей Оптимізація тактики ведення вагітних з перинатальними втратами в анамнезі Український журнал «Здоров'я жінки» №3 (119)/2017 С.41-45.

12. Л.І. Воробей Сучасні аспекти діагностики патології вагітності і організації медичної допомоги вагітним з обтяженим акушерським анамнезом Сімейна медицина №5(73) 2017 С.42-48.

13. Глобальна стратегія ВООЗ охорони здоров'я жінок дітей підлітків (2016-2030pp.) Режим доступу: <https://www.who.int/ru/publications/i/item/A71-19>

14. Голованова ІА, Белікова ІВ, Ляхова НО. Основи медичної статистики: навч. посіб. для аспірантів та клінічних ординаторів. Полтава; 2017. 113 с. (Golovanova IA, Belikova IV, Lyakhova NO. Fundamentals of Medical Statistics. Textbook for graduate students and clinical residents, Poltava; 2017. 113 p.) (Ukrainian).

15. О.В.Голяновський Ускладнення перебігу вагітності та пологів пов'язані з порушенням сну /О.В.Голяновський, С.В.Фролов// Український журнал «Здоров'я жінки». – 2022. – №5(162) – С.11 – 16.

16. Т.С. Грузева, В.М. Лехан, В.А. Огнєв, Л.І. Галієнко, Л.В. Крячкова, Б.І. Паламар, Н.В. Гречишкіна, Л.О. Литвинова, Т.Г. Гутор [та ін.]. Біостатистика : підруч. для підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти / за ред. проф. Т.С. Грузевої. Вінниця : Нова книга, 2020. 384 с.

17. В.Ю. Добрянська Кардіальні прояви недиференційованої дисплазії сполучної тканини та їх вплив на виношування вагітності./ Добрянська В.Ю., Геряк С.М., Маланчук Л.М. та ін.,// Збірник наукових праць асоціації

акушерів-гінекологів України. – 2021. – №1(47). – С.14 – 22.

18. У.С. Дорофєєва Медико-соціальні особливості пацієнток пізнього репродуктивного віку зі зниженим оваріальним резервом /У.С. Дорофєєва, О.Г.Бойчук// Український журнал «Здоров'я жінки». – 2022. – №2(159) – С.14 – 19.

19.О.О. Дудіна Сучасний стан захворюваності вагітних і новонароджених / О.О. Дудіна // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2 (26). – С. 13–19.

20. О.О. Дудіна Медичні аспекти народжуваності (стан дітородної діяльності)/ О.О. Дудіна, Ю.Ю. Габорець// Україна. Здоров'я нації.– 2017. № 4/1 (46).С.39 – 45.

21. Л.В. Дудченко Соціальний моніторинг чинників ризику виникнення перинатальних ускладнень у жінок, залежних від тютюнокуріння / Л. В. Дудченко , С. А. Цинтар, В. В. Бойко// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2018. № 4 (78) С.64-68

22. Жабченко І.А. Особливості фактичного харчування вагітних - переміщених осіб. / Жабченко І.А., Корнієць Н.Г., Тертична-Телюк С.В.// Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – 2018. – №1(41). – С.77 – 84.

23. І.А. Жабченко Звичне невиношування: що необхідно робити і чого робити не слід (Огляд) Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2018. - № 1(127). - С. 9-13.

24. Н. М. Жеребак Характер ранніх гестаційних ускладнень у вагітних із хронічними гастритами /Н. М. Жеребак, О. П. Гнатко, Н. Г. Скурятіна //Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2018. – №2 – С.37 – 41.

25. Н.Р. Ковида Перебіг вагітності, пологів та стан новонароджених у жінок з рубцем на матці після попереднього кесарева розтину /Н.Р. Ковида, Н.П. Гончарук// Український журнал «Здоров'я жінки» №8 (154)/2020 С.42-46.

26. Коренєва Ю. П. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми / Ю. П. Коренєва // Психологічні перспективи. - 2018. - Вип. 32. - С. 149-161. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2018_32_15.

27. О.О. Корчинська Особливості перебігу захворювань нирок на фоні коронарвірусної інфекції у вагітних (огляд клінічних випадків) Україна. Здоров'я нації. 2021. № 2 (64) С.101-104.

28. Курочка В.В. Клінічні та медико-соціальні аспекти вагітності, пологів і стану новонародженого у одиноких жінок./ Курочка В.В., Королюк Н.П., Бенюк С.В., Момот А.А.//Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – 2019. – №2(44). – С.72 – 75.

29. Ю.Я. Круть Фактори ризику затримки росту плода у вагітних із артеріальною гіпертензією /Ю.Я. Круть, О.В. Дейніченко// Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2019. - № 1(137). - С. 88-91.

30. І.В. Лахно Сучасні можливості прогнозування та профілактики преєклампсії Медичні аспекти здоров'я жінки № 2 (137)' 2021 С.17-19.

31. Н.Ю. Леміш Соматичний та репродуктивний анамнез вагітних, які мали ускладнення із групи великих акушерських синдромів / Н.Ю. Леміш// Український журнал «Здоров'я жінки». – 2022. – №1(158) – С.18 – 24.

32.Н.Ю. Леміш Екстрагенітальні захворювання у жінок із гестаційним діабетом /Н.Ю. Леміш, Ю.Ю. Бобик//Буковинський медичний вісник. – 2016. – Том 20, № 2 (78). – С. 70 – 73.

33. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Колесник В. І., Гриценко Л. О. Роль первинної ланки в організації профілактичних заходів, заснованих на доказах. Сімейна медицина. 2018. № 5. С. 27-31.

34.Лотоцька, О. В., and О. Є. Гавліч. "Значення раціонального харчування для здоров'я вагітних." Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України 3 (2021): 9-17.

35.О.М. Маланчук Оцінка факторів ризику перинатальної патології у жінок із порушенням менструальної функції / О.М. Маланчук, Є.Б.

Шаргородська, О.С. Школьник// Буковинський медичний вісник. 2021. Т.25, №2 (98) С.76 – 81.

36.Малачинська М. Й. Зміни у підходах та методології дослідження державного регулювання системи перинатальної допомоги в умовах війни / М. Й. Малачинська // Ефективність державного управління. - 2022. - Вип. 4. - С. 17-21. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2022_4_4.

37. Малєєва К.А. Світовий досвід надання психологічної допомоги вагітним жінкам / К.А. Малєєва // Габітус. - 2022. - Вип. 41. - С. 290-294. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2022_41_53.

38. В.В. Маркевич Особливості перебігу вагітності і пологів у першороділей різних вікових груп / В.В. Маркевич// Здоров'я жінки – 2016. №2 (108) - С. 95-97.

39. В.В. Маркевич Особливості перебігу вагітності у жінок різного віку./ В.В. Маркевич// Здоров'я жінки. – 2018. – №4 (130) – С.39 – 42.

40. Р.В. Марушко, Н.Г.Гойда, О.О.Дудіна Характеристика акушерської допомоги в Україні. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 2021; 1(85): 30–41. DOI: 10.15574/PP.2021.85.30 [Українською мовою].

41. Марушко Р. В. Сучасні аспекти перинатальної смертності в Україні / Р. В. Марушко, О. О. Дудіна // Укр. журн. перинатологія і педіатрія. - 2020. - № 2. - С. 76-85.

42.Марушко Р. В. Оцінка ефективності перинатальної допомоги в Україні / Р. В. Марушко, Н. Г. Гойда, О.О. Дудіна, Т.Л. Марушко // Український журнал Перинатологія і Педіатрія. - 2023. - № 1. - С. 26-36. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/perynatology_2023_1_6.

43.Медведь В.І. Вагітність та її вплив на перебіг серцево-судинних захворювань у матері. Медичні аспекти здоров'я жінки. 2021. № 2 (137). С. 9–12.

44.Медведь, Володимир. Материнство-2021 у цифрах офіційної статистики: короткі підсумки / В. Медведь // Жіночий лікар. - 2022. - N 3. - С. 6-10.

45.І.М. Меллина Поетапна система надання медичної допомоги вагітним з гіпертонічною хворобою / І. М. Мелліна [та ін.] // Мед. аспекти здоров'я жінки : видання для лікаря-практика. - 2014. - № 4. - С. 5-14.

46.І.С.Миронюк Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України / І.С.Миронюк, Г.О.Слабкий, О.С.Щербінська, В.Й. Білак-Лук'янчук//Репродуктивне здоров'я жінки. – 2022. – №8(63) – С.26 – 31.

47.Д.Є. Москвяк-Лесняк Вивчення факторів, які впливають на зростання рівня кесаревого розтину, за період 2017–2018 рр./ Д. Є. Москвяк-лесняк, А. В. Красівська, І. Т. Жигалюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 3 (81)-С.25-29

48. Н.І. Мушак Клініко-статистичні особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з хронічною артеріальною гіпертензією. Здоров'я жінки. – 2017. - №10 (126) – 92-95.

49. О.В. Набхан Профілактика невиношування вагітності у II триместрі у жінок, які багато народжують / О.В. Набхан// Здоров'я жінки. – 2017. – №5 (121) –С.71– 73.

50. Л.Г. Назаренко Окремі актуальні аспекти профілактики патології пологової діяльності в сучасній акушерській практиці (Клінічна лекція) / Л.Г. Назаренко, Л.Ю. Дуброва, О.В. Тарусіна // Здоров'я жінки. – 2016. – № 10 (116). – С. 11-16.

51. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 вересня 2017 року № 1073 «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 жовтня 2017 року за № 1206/31074.

52. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 №504 Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> .

53. Нормальна вагітність клінічна настанова, заснована на доказах. Режим доступу: <https://www.dec.gov.ua/mtd/normalna-vagitnist/>.

54. Огнєв В.А., Орел О.В. Деякі показники ускладнень вагітності по Харківській області порівняно з показниками по Україні / Огнєв В.А., Орел О.В.// Україна. Здоров'я нації. 2023. № 3 (73). С.113-117 (

55.Онул Н.М. Гігієнічна оцінка регіональних особливостей частоти та структури репродуктивних ускладнень у вагітних Дніпропетровської області Вісник проблем біології і медицини -2015 -Вип.3 Том 2(123).С.190-194.

56. Орел О.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. (Дисертантці належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

57.Остафійчук С. О. Аналіз акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з патологічною прибавкою маси тіла під час вагітності / С. О. Остафійчук // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. - 2015. - Вип. 2. - С. 180-184. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpaagu_2015_2_46.

58.В.І. Пирогова Вітамінно-мінеральні комплекси у профілактиці репродуктивних втрат та ускладнень вагітності /В.І. Пирогова, О.О. Ошуркевич, І.І. Охабська// Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2019. - № 1(137). - С. 36-39.

59. Попадюк, Н. О. Раціональне харчування як профілактика ускладнень вагітності / Н. О. Попадюк // Хист : всеукраїнський медичний журнал молодих вчених. - 2019. - Вып. 21. - С. 90.

60.І. Ю. Романенко Перебіг вагітності, пологів та перинатальні наслідки розродження жінок із загрозою переривання вагітності та статусом внутрішньо переміщених осіб, які проживають у Луганській області / І. Ю. Романенко// Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2019. – №2 – С.63 –69.

61.Т.Г.Романенко Сучасний погляд на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з алогенним плодом/Н.В.Єсип// Український журнал «Здоров'я жінки» 1(158)/2022. С.34-43.

62. Рекомендації ВООЗ щодо надання допологової допомоги для формування позитивного досвіду вагітності [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2017 г. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

63. Романів О. П. Психогігієна особистості як важлива складова підготовки до вагітності через призму громадського здоров'я / О. П. Романів, Б. Я. Надь // Науково-практичний журнал "Економіка і право охорони здоров'я" №1 (7), 2018р. - ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»-ДВНЗ "УжНУ", с. 23-26

64. Сахарук І. С. Імплементация в Україні стандартів ЄС у сфері безпеки та охорони здоров'я вагітних працівниць, працівниць, які нещодавно народили, або годують: сучасний стан та напрями вдосконалення / І. С. Сахарук // Соціальне право. - 2018. - № 2. - С. 54-61. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sopr_2018_2_13.

65. Семененко І. В. Вплив перенесеного пренатального стресу на майбутнє репродуктивного здоров'я жінок Український журнал медицини, біології та спорту –2021 – Том 6, № 1 (29) С.18-24.

66. Сіромаха С. О. Мультидисциплінарна допомога вагітним та породіллям з кардіальною патологією в Україні / С. О. Сіромаха // Врacheбное дело. - 2017. - № 3-4. - С. 152-157. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/LiSp_2017_3-4_32.

67. Н.Я. Скрипченко Профілактика та лікування акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з аденоміозом /Н.Я. Скрипченко, О.М. Павлова// Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2019. - № 1(137). - С. 69-73

68. Слабкий Г. О. Застосування SWOT-аналізу при оцінці впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / Г. О. Слабкий, Н. Г. Гойда, Р. О. Моїсеєнко, А. В. Терещенко, О. О. Дудіна // Україна. Здоров'я нації. - 2016. - № 4. - С. 142–161. - Режим доступу: <http://surl.li/tzyps>.

69. Слабкий Г. О. Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги України / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна, С. В. Дудник // Україна.

Здоров'я нації. - 2019. - № 1. - С. 79–87. - Режим доступу: <http://surl.li/tzyqe>

70. Слабкий Г. О. Регіоналізація перинатальної допомоги – важливий чинник забезпечення національної безпеки країни / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець // Україна. Здоров'я нації. - 2016. - № 4(1). - С. 196-204. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4\(1\)__36](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4(1)__36).

71. Слабкий Г. О. Методологія комплексної оцінки стану перинатальної допомоги / Г. О. Слабкий, О. О. Дудіна, С. В. Дудник // Перинатологія и педиатрія. - 2019. - № 1. - С. 36-41- Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/perynatology_2019_1_8.

72. Г. О. Слабкий, О. С. Щербинська 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 [Українською мовою].

73. Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність». Наказ МОЗ від 09.08.2022 №1437. Режим доступу: <https://www.dec.gov.ua/mtd/normalna-vagitnist/>.

74. В. Г. Сюсюка Медико-психологічна корекція та реабілітація вагітних із соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи / В. Г. Сюсюка // Запорізький медичний журнал. – 2014. – №1(82) – С.55 – 59.

75. Теренда, Н. О., Подільська, Т. І., Котяш, Н. О., & Денефіль, О. В. (2022). Фактори ризику та профілактика гестаційного цукрового діабету. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, (3), 68-74.

76. В. І. Ткаченко Ожиріння та вагітність: ведення пацієнток та профілактика факторів ризику (Лекція дистанційного навчання) Сімейна медицина №4(90) 2020 С.6-11.

77. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді. Наказ МОЗ України від 24 січня 2022 №151. Режим доступу: <https://www.dec.gov.ua/mtd/gipertenzyvni-rozlady-y-vagitnyh/>.

78. Указ Президента України Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030р. від 30.09.2019р. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text>

79.Т.В.Фартушок Профілактика невиношування вагітності в умовах стресу під час військового стану Міжнародний науковий журнал «Грааль науки» | № 25 (березень, 2023) С.475-488.

80.О. П. Фаюра Чинники ризику: методика визначення й оцінювання, прогнозування в медицині (огляд літератури; приклади використання у власній клінічній практиці) – повідомлення перше. /А. О. Максимук, О. О. Абрагамович, М. О. Абрагамович та інші// Lviv Clinical Bulletin. 2021, 1(33) – 2(34): 51-64.

81.В. О. Феськов Перебіг та закінчення вагітності у жінок із ендометріозом яєчників після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Міжнародний медичний журнал, 2018, № 1 С.47-51.

82.Шевчук Д. В. Перспективні напрями розвитку державної політики щодо збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я в Україні : (огляд) / Д. В. Шевчук, Т. В. Запорожець, Н. О. Васюк // Укр. журн. Здоров'я жінки. - 2021. - № 1. - С. 39-46.

83.Д.В. Шевчук Перспективні напрями розвитку державної політики щодо збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я в Україні Український журнал «Здоров'я жінки» 1(157)/2021 С.40-46.

84. Щербінська О. С. Відношення вагітних до можливості отримання акушерської допомоги у сімейних лікарів / О. С. Щербінська // Україна. Здоров'я нації. - 2020. - № 2. - С. 35-38. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2020_2_7.

85.Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік. Київ: Міністерство охорони здоров'я України; 2023.39С. Режим доступу: <http://surl.li/thbzc>.

86.Щуревська О. Д. Рівень тривожності вагітних в аспекті акушерських ускладнень / О. Д. Щуревська, С. І. Жук // Збірник наукових праць Асоціації

акушерів-гінекологів України. - 2016. - Вип. 1. - С. 117-122. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpaagu_2016_1_26.

87.Н.В. Якимчук Поширеність різних типів психологічної домінанти під час вагітності високого акушерського та перинатального ризику. Особливості акушерських ускладнень із урахуванням психосоматичних взаємозв'язків / Н.В. Якимчук //Здоров'я жінки №8 (134)/2018 С.70-74.

88.Abahussain E, Al-Otaibi M, Al-Humaidi K, Al-Mutairi S, Al-Khatir A, Abualnaja A, et al. Pregnancy Complications in Pandemics: Is Pregnancy-Related Anxiety a Possible Physiological Risk Factor International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(19). doi: 10.3390/ijerph191912119.

89.Abdullah RK, Massey IY, Liu N, Zhao Y, Zeng H. The differences in characteristics of uterine leiomyomas and the diverse adverse pregnancy outcomes. J Obstet Gynaecol. 2021 Aug;41(6):841-847. doi: 10.1080/01443615.2020.1846020. Epub 2021 Feb 22. PMID: 33615961.

90.Abisror N, Mekinian A, Hachulla E, Lambert M, Morel N, Chapelon C, Martis N, Fuzibet JG, Belenotti P, Swiader L, Dhote R, Mouthon L, Sarrot-Reynault F, Andre M, Amar S, Gauthier JB, Cathebras P, Neel A, Vandergheynst F, Rondeau M, Fur A, Renou F, Godeau B, Devaux B, Veyssier-Belot C, Cacoub P, Pourrat O, Haroche J, Maurier F, Lahuna C, Fain O, Guillevin L, Le Guern V, Costedoat-Chalumeau N. Analysis of risk factors for complications and adverse obstetrical outcomes in women with Takayasu arteritis: a French retrospective study and literature review. Clin Rheumatol. 2020 Sep;39(9):2707-2713. doi: 10.1007/s10067-020-05024-4. Epub 2020 Mar 23. PMID: 32206974.

91.Amiel Castro RT, Pinard Anderman C, Glover V, O'Connor TG, Ehlert U, Kammerer M. Associated symptoms of depression: patterns of change during pregnancy. Arch Womens Ment Health. 2017 Feb;20(1):123-128. doi: 10.1007/s00737-016-0685-6. Epub 2016 Nov 22. PMID: 27878386; PMCID: PMC5237451.

92.Amjad S, MacDonald I, Chambers T, Osornio-Vargas A, Chandra S, Voaklander D, et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth

outcomes in adolescent pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2019;33(1):88-99. doi: 10.1111/ppe.12529.

93.Andraweera PH, Lassi ZS, Pathirana MM, Plummer MD, Dekker GA, Roberts CT, Arstall MA. Pregnancy complications and cardiovascular disease risk perception: A qualitative study. *PLoS One*. 2022 Jul 21;17(7):e0271722. doi: 10.1371/journal.pone.0271722. PMID: 35862420; PMCID: PMC9302856.

94.Arendt KW, Lindley KJ. Obstetric anesthesia management of the patient with cardiac disease. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2019;37:73-85. doi: 10.1016/j.ijoa.2018.09.011.

95.Arora KS, Shields LE, Grobman WA, D'Alton ME, Lappen JR, Mercer BM. Triggers, bundles, protocols, and checklists-what every maternal care provider needs to know. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;214(4):444-51. doi: 10.1016/j.ajog.2015.10.011.

96.Avorgbedor F, McCoy TP, Gondwe KW, Xu H, Spielfogel E, Cortes YI, et al. Cardiovascular Disease-Related Emergency Department Visits and Hospitalization among Women with Hypertensive Disorders of Pregnancy. *American Journal of Preventive Medicine*. 2023;64(5):686-94. doi: 10.1016/j.amepre.2023.01.004.

97.Banke-Thomas OE, Banke-Thomas AO, Ameh CA. Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in Low-and middle-income countries: a systematic review. *Bmc Pregnancy and Childbirth*. 2017;17. doi: 10.1186/s12884-017-1246-3.

98.Baptiste C, D'Alton ME. Applying Patient Safety to Reduce Maternal Mortality. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2019;46(2):353. doi: 10.1016/j.ogc.2019.01.016.

99.Barreix M, Barbour K, McCaw-Binns A, Chou D, Petzold M, Gichuhi GN, et al. Standardizing the measurement of maternal morbidity: Pilot study results. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018;141:10-9. doi: 10.1002/ijgo.12464.

100.Bartal MF, Sibai BM. Eclampsia in the 21st century. *American Journal*

of Obstetrics and Gynecology. 2022;226(2):S1237-S53. doi: 10.1016/j.ajog.2020.09.037.

101. Balaj M, McNamara CL, Eikemo TA, Bambra C. The social determinants of inequalities in self-reported health in Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*. 2017;27:107-14. doi: 10.1093/eurpub/ckw217.

102. Beardmore-Gray A, Vousden N, Silverio SA, Charantimath U, Katageri G, Bellad M, et al. Planned early delivery for late preterm pre-eclampsia in a low- and middle-income setting: a feasibility study. *Reproductive Health*. 2021;18(1). doi: 10.1186/s12978-021-01159-y.

103. Belizan JM, Miller S, Williams C, Pingray V. Every woman in the world must have respectful care during childbirth: a reflection. *Reproductive Health*. 2020;17(1). doi: 10.1186/s12978-020-0855-x.

104. Bernstein PS, Martin JN, Jr., Barton JR, Shields LE, Druzin ML, Scavone BM, et al. National Partnership for Maternal Safety <i>Consensus Bundle on Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period</i>. *Obstetrics and Gynecology*. 2017;130(2):347-57. doi: 10.1097/aog.0000000000002115.

105. Bernstein S. Scoping Review on the Use of Early Warning Trigger Tools for Women in Labor. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2021;50(3):256-65. doi: 10.1016/j.jogn.2021.01.003.

106. Blumenshine P, Egerter S, Barclay CJ, Cubbin C, Braveman PA. Socioeconomic Disparities in Adverse Birth Outcomes A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2010;39(3):263-72. doi: 10.1016/j.amepre.2010.05.012.

107. Blumenthal EA, Hooshvar N, McQuade M, McNulty J. A Validation Study of Maternal Early Warning Systems: A Retrospective Cohort Study. *American Journal of Perinatology*. 2019;36(11):1106-14. doi: 10.1055/s-0039-1681097.

108. Blumenthal EA, Hooshvar N, Tancioco V, Newman R, Senderoff D, McNulty J. Implementation and Evaluation of an Electronic Maternal Early Warning

Trigger Tool to Reduce Maternal Morbidity. *American Journal of Perinatology*. 2021;38(09):869-79. doi: 10.1055/s-0040-1721715.

109. Bornstein E, Eliner Y, Chervenak FA, Grunebaum A. Concerning trends in maternal risk factors in the United States: 1989-2018. *Eclinicalmedicine*. 2020;29-30. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100657.

110. Bruckner TA, Mortensen LH, Catalano RA. Spontaneous Pregnancy Loss in Denmark Following Economic Downturns. *American Journal of Epidemiology*. 2016;183(8):701-8. doi: 10.1093/aje/kww003.

111. Blondel B, Coulm B, Bonnet C, Goffinet F, Le Ray C, Natl Coordination Grp N. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2017;46(10):701-13. doi: 10.1016/j.jogoh.2017.09.002.

112. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *Plos Medicine*. 2015;12(6). doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.

113. Boo YY, Gwacham-Anisiobi U, Thakrar DB, Roberts N, Kurinczuk JJ, Lakhanpaul M, et al. Facility-based stillbirth review processes used in different countries across the world: a systematic review. *Eclinicalmedicine*. 2023;59. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.101976.

114. Blondel B, Coulm B, Bonnet C, Goffinet F, Le Ray C, Natl Coordination Grp N. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2017;46(10):701-13. doi: 10.1016/j.jogoh.2017.09.002.\

115. Brown JPR. Following NEWS trend: charting progress in obstetrics? *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2018;33:1-3. doi: 10.1016/j.ijoa.2017.09.006.

116. Beers K, Patel N. Kidney Physiology in Pregnancy. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2020 Nov;27(6):449-454. doi: 10.1053/j.ackd.2020.07.006. PMID: 33328060.

117. Brownfoot F, Rolnik DL. Prevention of preeclampsia. *Best Pract Res Clin*

Obstet Gynaecol. 2024 Mar;93:102481. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2024.102481. Epub 2024 Feb 15. PMID: 38373378.

118. Bryant AS, Coleman J, Shi X, Rodriguez M, Papadopoulos AS, Merz K, et al. The Power and Promise of Postpartum Self Care: Evaluation of a Web-Based Tool for Underserved Women. *Maternal and Child Health Journal*. 2023.

119. Buyon JP, Kim MY, Guerra MM, Laskin CA, Petri M, Lockshin MD, Sammaritano L, Branch DW, Porter TF, Sawitzke A, Merrill JT, Stephenson MD, Cohn E, Garabet L, Salmon JE. Predictors of Pregnancy Outcomes in Patients With Lupus: A Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2015 Aug 4;163(3):153-63. doi: 10.7326/M14-2235. PMID: 26098843; PMCID: PMC5113288.;27(3):548-55. doi: 10.1007/s10995-023-03605-8.

120. Cabailot A, Lavarenne M, Chiffre JV, Tessieres F, Olagne MV, Laporte C, et al. Perceptions and behaviour of pregnant women in socioeconomic deprivation in rural areas. A qualitative study in France. *Health Expectations*. 2022;25(5):2255-63. doi: 10.1111/hex.13472.

121. Callahan T, Zaharatos J, St Pierre A, Merkt PT, Goodman D. Enhancing Reviews and Surveillance to Eliminate Maternal Mortality. *Journal of Womens Health*. 2021;30(8):1068-73. doi: 10.1089/jwh.2021.0357.

122. Camille A. Fabiyi, PhD, MPH Postpartum Health Care Use After Gestational Diabetes and Hypertensive Disorders of Pregnancy/ Camille A. Fabiyi, PhD, MPH, Lawrence D. Reid, PhD, MPH, and Kamila B. Mistry, PhD, MPH.// *Journal of women's health* 2019.

123. Campbell OMR, Calvert C, Testa A, Strehlow M, Benova L, Keyes E, et al. The scale, scope, coverage, and capability of childbirth care. *Lancet*. 2016;388(10056):2193-208. doi: 10.1016/s0140-6736(16)31528-8.

124. Canobbio MM, Warnes CA, Aboulhosn J, Connolly HM, Khanna A, Koos BJ, et al. Management of Pregnancy in Patients With Complex Congenital Heart Disease A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(8):E50-E87. doi: 10.1161/cir.0000000000000458.

125.Ceulemans M, Van Calsteren K, Allegaert K, Foulon V. Information Needs and Counseling Preferences among Potential Users of the Future Teratology Information Service in Belgium: A Cross-Sectional Study Involving the Public and Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(14). doi: 10.3390/ijerph19148605.

126.Chakraborty S, Saggurti N, Adanu R, Bando DAB, Berrueta M, Gausman J, et al. Validating midwifery professionals' scope of practice and competency: A multi-country study comparing national data to international standards. *Plos One*. 2023;18(5). doi: 10.1371/journal.pone.0286310.

127.Chakravarthy K, Pandya ST, Nirmalan PK. Implementation and Efficacy of "Saving Mothers Score" in Predicting Maternal Morbidity and Improving Maternofetal Outcome. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care* 35.Coco L, Giannone TT, Zarbo G. Management of high-risk pregnancy. *Minerva Ginecol*. 2014 Aug;66(4):383-9. PMID: 25020057. 2019;9(1). doi: 10.4103/joacc.JOACC_53_18.

128.Chantry AA, Berrut S, Donati S, Gissler M, Goldacre R, Knight M, et al. Monitoring severe acute maternal morbidity across Europe: A feasibility study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2020;34(4):416-26. doi: 10.1111/ppe.12557.

129.Chen P, Wang S, Ji J, Ge A, Chen C, Zhu Y, Xie N, Wang Y. Risk factors and management of gestational diabetes. *Cell Biochem Biophys*. 2015 Mar;71(2):689-94. doi: 10.1007/s12013-014-0248-2. PMID: 25269773.

130.Corsello SM, Paragliola RM. Evaluation and Management of Endocrine Hypertension During Pregnancy. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Dec;48(4):829-842. doi: 10.1016/j.ecl.2019.08.011. Epub 2019 Sep 19. PMID: 31655779.

131.Creanga AA, Berg CJ, Syverson C, Seed K, Bruce FC, Callaghan WM. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2006-2010. *Obstetrics and Gynecology*. 2015;125(1):5-12. doi: 10.1097/aog.0000000000000564.

132.Creanga AA, Catalano PM, Bateman BT. Obesity in Pregnancy. *N Engl J Med*. 2022 Jul 21;387(3):248-259. doi: 10.1056/NEJMra1801040. PMID:

35857661.

133.Daalderop LA, Lagendijk J, Steegers EAP, El Marroun H, Posthumus AG. Psychological distress during pregnancy and adverse maternal and perinatal health outcomes: The role of socioeconomic status. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2023. DOI: 10.1002/ijgo.14891

134.D'Alton M, Moroz L. Maternal risk: assessment and management. *Journal of Perinatology*. 2021;35(10):1733-1740. doi: 10.1097/01.ppt.0000911111.100623. Epub 2021 Nov 2. PMID: 33148440; PMCID: PMC7605748.

135.Di Toro F, Gjoka M, Di Lorenzo G, De Santo D, De Seta F, Maso G, Risso FM, Romano F, Wiesenfeld U, Levi-D'Ancona R, Ronfani L, Ricci G. Impact of COVID-19 on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2021 Jan;27(1):36-46. doi: 10.1016/j.cmi.2020.10.007. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33148440; PMCID: PMC7605748.

136.du Toit E, Jordaan E, Niehaus D, Koen L, Leppanen J. Risk factors for unplanned pregnancy in women with mental illness living in a developing country. *Arch Womens Ment Health*. 2018 Jun;21(3):323-331. doi: 10.1007/s00737-017-0797-7. Epub 2017 Nov 9. PMID: 29124444.

137.Dunkel Schetter C, Niles AN, Guardino CM, Khaled M, Kramer MS. Demographic, Medical, and Psychosocial Predictors of Pregnancy Anxiety. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2016 Sep;30(5):421-9. doi: 10.1111/ppe.12300. Epub 2016 May 25. PMID: 27221458.

138.Dymara-Konopka W, Laskowska M, Oleszczuk J. Preeclampsia - Current Management and Future Approach. *Curr Pharm Biotechnol*. 2018;19(10):786-796. doi: 10.2174/1389201019666180925120109. PMID: 30255751.

139.Dzakpasu S, Deb-Rinker P, Arbour L, Darling EK, Kramer MS, Liu S, et al. Severe maternal morbidity surveillance: Monitoring pregnant women at high risk for prolonged hospitalisation and death. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*.

2020;34(4):427-39. doi: 10.1111/ppe.12574. *atal Medicine*. 2015;43(6):645-8. DOI: 10.1515/jpm-2015-0284.

140.Eileen Wang Social Determinants of Pregnancy-Related Mortality and Morbidity in the United States /Eileen Wang, BA, Kimberly B. Glazer, PhD, MPH, Elizabeth A. Howell, MD, MPP, and Teresa M. Janevic, PhD, MPH//Obstetrics & gynecology. – 2020. – №4 – P.896 –915.

141.Elkayam U, Goland S, Pieper PG, Silverside CK. High-Risk Cardiac Disease in Pregnancy Part I. *Journal of the American College of Cardiology*. 2016;68(4):396-410. doi: 10.1016/j.jacc.2016.05.048.

142.England N, Madill J, Metcalfe A, Magee L, Cooper S, Salmon C, et al. Monitoring maternal near miss/severe maternal morbidity: A systematic review of global practices. *Plos One*. 2020;15(5). doi: 10.1371/journal.pone.0233697.

143.Eslier M, Azria E, Chatzistergiou K, Stewart Z, Dechartres A, Deneux-Tharoux C. Association between migration and severe maternal outcomes in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine*. 2023;20(6). doi: 10.1371/journal.pmed.1004257.

144. Fabiyi CA, Reid LD, Mistry KB. Postpartum Health Care Use After Gestational Diabetes and Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Journal of Womens Health*. 2019;28(8):1116-23. doi: 10.1089/jwh.2018.7198.

145.Filippova RD, Stepanova NR, Nikiforova VN. HEALTH STATUS OF PREGNANT WOMEN. *Wiad Lek*. 2015;68(4):596-7. PMID: 26887145.

146.Holness N. High-Risk Pregnancy. *Nurs Clin North Am*. 2018 Jun;53(2):241-251. doi: 10.1016/j.cnur.2018.01.010. Epub 2018 Apr 7. PMID: 29779516.

147.Fladeby LKL, Raunedokken M, Fonkalsrud HE, Hvidtjorn D, Lukasse M. Midwives' experiences of using the Obstetric Norwegian Early Warning System (ONEWS): A national cross-sectional study. *European Journal of Midwifery*. 2021;5. doi: 10.18332/ejm/134510.

148.Frayne J, Pinchon D. Anaemia in pregnancy. *Aust J Gen Pract*. 2019 Mar;48(3):125-129. doi: 10.31128/AJGP-08-18-4664. PMID: 31256475.

149.Friedman AM. Maternal Early Warning Systems. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2015;42(2):289-+. doi: 10.1016/j.ogc.2015.01.006.

150.Gibson P, Narous M, Firoz T, Chou D, Barreix M, Say L, et al. Incidence of myocardial infarction in pregnancy: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes*. 2017;3(3):198-207. doi: 10.1093/ehjqcco/qcw060.

151.Gillian M. Maher Association between socioeconomic status with pregnancy and neonatal outcomes: An international multicenter cohort/ Gillian M. Maher, Liam J. Ward, Leah Hernandez, Marius Kublickas, Johannes J. Duvekot, Fergus P. McCarthy, Ali S. Khashan, Karolina Kublickiene.// *Acta Obstet Gynecol Scand*.

152.Goncalves AS, Ferreira IM, Pestana-Santos M, McCourt C, Prata AP. Antenatal care policy in high-income countries with a universal health system: A scoping review. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2022;32. doi: 10.1016/j.srhc.2022.100717.2023. –102:1459–1468.

153.Goncalves AS, Ferreira IM, Pestana-Santos M, Prata AP, McCourt C. Antenatal care policies for low-risk pregnant women in high-income countries with a universal health system: a scoping review protocol. *Jbi Evidence Synthesis*. 2020;18(7):1537-45. doi: 10.11124/jbisrir-d-19-00197.

154.Goldbart A, Pariente G, Sheiner E, Wainstock T. Identifying risk factors for placental abruption in subsequent pregnancy without a history of placental abruption. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023 May;161(2):406-411. doi: 10.1002/ijgo.14446. Epub 2022 Sep 21. PMID: 36083780.

155.Gryseels C, Dossou J-P, Vigan A, Hounsou CB, Kanhonou L, Benova L, et al. Where and why do we lose women from the continuum of care in maternal health? A mixed-methods study in Southern Benin. *Tropical Medicine & International Health*. 2022;27(3):236-43. doi: 10.1111/tmi.13729.

156.Guedes-Martins L. Chronic Hypertension and Pregnancy. *Adv Exp Med Biol*. 2017;956:395-407. doi: 10.1007/5584_2016_81. PMID: 27722962.

157.Guglielminotti J, Landau R, Li G. The 2014 New York State Medicaid Expansion and Severe Maternal Morbidity During Delivery Hospitalizations. *Anesthesia and Analgesia*. 2021;133(2):340-8. doi: 10.1213/ane.0000000000000537.

158.Gunnarsson OS, Timpka S. Pregnancy Complication History in 10-Year Cardiovascular Disease Risk Prediction: a Review of Recent Evidence. *Current Epidemiology Reports*. 2019;6(3):321-8. doi: 10.1007/s40471-019-00208-2.

159.Hacker FM, Linkov F, Serra AE, Petticord V, Zabielski MT, Simhan HN, et al. Lessons Learned From a Gap Analysis of Obstetric Hemorrhage Protocols across a Health System. *Maternal and Child Health Journal*. 2021;25(1):59-65. doi: 10.1007/s10995-020-03050-x.

160.Harju M, Pekkanen J, Heinonen S, Keski-Nisula L. Maternal anemia during pregnancy and slightly higher risk of asthma in male offspring. *J Obstet Gynaecol Res*. 2018 Apr;44(4):614-622. doi: 10.1111/jog.13569. Epub 2018 Jan 4. PMID: 29314471.

161.Hidalgo-Lopezosa P, Isabel Cobo-Cuenca A, Manuel Carmona-Torres J, Luque-Carrillo P, Manuel Rodriguez-Munoz P, Aurora Rodriguez-Borrego M. Factors associated with late fetal mortality. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2018;297(6):1415-20. doi: 10.1007/s00404-018-4726-4.

162.Hinton L, Chisholm A, Jakubowski B, Greenfield S, Tucker KL, McManus RJ, et al. "You Probably Won't Notice Any Symptoms": Blood Pressure in Pregnancy-Discourses of Contested Expertise in an Era of Self-Care and Responsibilization. *Qualitative Health Research*. 2021;31(9):1632-44. doi: 10.1177/10497323211003067.

163.Horner-Johnson W, Garg B, Darney BG, Biel FM, Caughey AB. Severe maternal morbidity and other perinatal complications among women with physical, sensory, or intellectual and developmental disabilities. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2022;36(5):759-68. doi: 10.1111/ppe.12873.

164.Howell EA, Zeitlin J. Improving hospital quality to reduce disparities in severe maternal morbidity and mortality. *Seminars in Perinatology*. 2017;41(5):266-72. doi: 10.1053/j.semperi.2017.04.002.

165.Iannuzzi L, Branchini L, Clausen JA, Ruiz-Berdun D, Gillen P, Healy M, et al. Optimal outcomes and women's positive pregnancy experience: a comparison between the World Health Organization guideline and recommendations in European national antenatal care guidelines. *Minerva Ginecologica*. 2018;70(6):650-62. doi: 10.23736/s0026-4784.18.04301-0.

166.Jasper R, Skelding K. Cardiovascular disease risk unmasked by pregnancy complications. *Eur J Intern Med*. 2018 Nov;57:1-6. doi: 10.1016/j.ejim.2018.07.020. Epub 2018 Jul 25. PMID: 30055847.

167.Jenabi E, Salehi AM, Masoumi SZ, Maleki A. Maternal Smoking and the Risk of Placenta Accreta Spectrum: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int*. 2022 Jul 11;2022:2399888. doi: 10.1155/2022/2399888. PMID: 35860796; PMCID: PMC9293521.

168.Joseph KS, Boutin A, Lisonkova S, Muraca GM, Razaz N, John S, Mehrabadi A, Sabr Y, Ananth CV, Schisterman E. Maternal Mortality in the United States: Recent Trends, Current Status, and Future Considerations. *Obstet Gynecol*. 2021 May 1;137(5):763-771. doi: 10.1097/AOG.0000000000004361. PMID: 33831914; PMCID: PMC8055191.

169.Katon W, Russo J, Gavin A. Predictors of postpartum depression. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014 Sep;23(9):753-9. doi: 10.1089/jwh.2014.4824. Epub 2014 Aug 14. PMID: 25121562.

170.Kaur J, Thompson C, McLeod S, Varner C. Application of the Modified Early Obstetrical Warning System (MEOWS) in postpartum patients in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2023;25(6):481-8. doi: 10.1007/s43678-023-00500-7.

171.Kern-Goldberger AR, Ewing J, Polin M, D'Alton M, Friedman AM, Goffman D. The Predictive Value of Vital Signs for Morbidity in Pregnancy: Evaluating and Optimizing Maternal Early Warning Systems. *American Journal of Perinatology*. 2022. doi: 10.1055/s-0041-1739432.

172.Kilpatrick SJ, Abreo A, Gould J, Greene N, Main EK. Confirmed severe maternal morbidity is associated with high rate of preterm delivery. *American*

Journal of Obstetrics and Gynecology. 2016;215(2). doi: 10.1016/j.ajog.2016.02.026.

173.Knox-Kazimierczuk F, Trinh S, Odems D, Shockley-Smith M. Challenges and lessons learned birthing during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Health Science Reports*. 2023;6(7). doi: 10.1002/hsr2.1387.

174.Krebs F, Lorenz L, Nawabi F, Alayli A, Stock S. Effectiveness of a Brief Lifestyle Intervention in the Prenatal Care Setting to Prevent Excessive Gestational Weight Gain and Improve Maternal and Infant Health Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(10). doi: 10.3390/ijerph19105863.

175.Lang AY, Boyle JA, Fitzgerald GL, Teede H, Mazza D, Moran LJ, Harrison C. Optimizing preconception health in women of reproductive age. *Minerva Ginecol*. 2018 Feb;70(1):99-119. doi: 10.23736/S0026-4784.17.04140-5. Epub 2017 Sep 12. PMID: 28895680.

176.Langley-Evans SC, Pearce J, Ellis S. Overweight, obesity and excessive weight gain in pregnancy as risk factors for adverse pregnancy outcomes: A narrative review. *J Hum Nutr Diet*. 2022 Apr;35(2):250-264. doi: 10.1111/jhn.12999. Epub 2022 Mar 20. PMID: 35239212; PMCID: PMC9311414.

177.Laskowska M. Eclampsia: A Critical Pregnancy Complication Demanding Enhanced Maternal Care: A Review. *Med Sci Monit*. 2023 Jul 7;29:e939919. doi: 10.12659/MSM.939919. PMID: 37415326; PMCID: PMC10334845.

178.Lazzerini M, Semenzato C, Kaur J, Covi B, Argentini G. Women's suggestions on how to improve the quality of maternal and newborn hospital care: a qualitative study in Italy using the WHO standards as framework for the analysis. *Bmc Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1). doi: 10.1186/s12884-020-02893-0.

179.Lazzerini M, Valente EP, Covi B, Semenzato C, Ciuch M. Use of WHO standards to improve quality of maternal and newborn hospital care: a study collecting both mothers' and staff perspective in a tertiary care hospital in Italy. *Bmj Open Quality*. 2019;8(1). doi: 10.1136/bmjoq-2018-000525.

180. Levinson A, Miranda J, Rojas-Suarez JA. Predictors of Maternal Mortality and Prognostic Models in Obstetric Patients. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. 2017;38(2):191-200. doi: 10.1055/s-0037-1602244.

181. Lin J, Yang Y, Nuermaimaiti A, Ye T, Liu J, Zhang Z, et al. Impact of ambient temperature on adverse pregnancy outcomes: a birth cohort study in Fuzhou, China. *Frontiers in Public Health*. 2023;11. doi: 10.3389/fpubh.2023.1183129.

182. Lin-Lewry M, Tzeng YL, Li CC, Lee GT, Lee PH, Chen SR, Kuo SY. Trajectories of sleep quality and depressive symptoms in women from pregnancy to 3 months postpartum: a prospective cohort study. *J Sleep Res*. 2023 Oct;32(5):e13918. doi: 10.1111/jsr.13918. Epub 2023 May 1. PMID: 37128654.

183. Liu Y, Wang Y, Wu Y, Chen X, Bai J. Effectiveness of the CenteringPregnancy program on maternal and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;120. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103981.

184. Longmore DK, Barr ELM, Barzi F, Lee IL, Kirkwood M, Connors C, Boyle J, O'Dea K, Zimmet P, Oats J, Catalano P, McIntyre HD, Brown ADH, Shaw JE, Maple-Brown LJ; PANDORA study research team. Social and economic factors, maternal behaviours in pregnancy and neonatal adiposity in the PANDORA cohort. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020 Mar;161:108028. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108028. Epub 2020 Jan 19. PMID: 31962087.

185. Lyndon A. Failure to Rescue, Communication, and Safety Culture. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2019;62(3):507-17. doi: 10.1097/grf.0000000000000461.

186. Magalhães JE, Sampaio-Rocha-Filho PA. Pregnancy and neurologic complications of COVID-19: A scoping review. *Acta Neurol Scand*. 2022 Jul;146(1):6-23. doi: 10.1111/ane.13621. Epub 2022 Apr 7. PMID: 35388457; PMCID: PMC9111489.

187. Maher GM, Ward LJ, Hernandez L, Kublickas M, Duvekot JJ, McCarthy FP, Khashan AS, Kublickiene K. Association between socioeconomic status with

pregnancy and neonatal outcomes: An international multicenter cohort. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023 Nov;102(11):1459-1468. doi: 10.1111/aogs.14659. Epub 2023 Aug 21. PMID: 37602747; PMCID: PMC10577636.

188. Maher GM, Ward LJ, Hernandez L, Kublickas M, Duvkot JJ, McCarthy FP, et al. Association between socioeconomic status with pregnancy and neonatal outcomes: An international multicenter cohort. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica.* 2023;102(11):1459-68. doi: 10.1111/aogs.14659.

189. Malhame I, Danilack VA, Raker CA, Hardy EJ, Spalding H, Bouvier BA, et al. Cardiovascular severe maternal morbidity in pregnant and postpartum women: development and internal validation of risk prediction models. *Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2021;128(5):922-32. doi: 10.1111/1471-0528.16512.

190. Markin L, Fartushok T, Mrochko Y, Pidhirnyj Y. MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH COVID-19 - OWN EXPERIENCE. *Georgian Med News.* 2022 Feb;(323):38-47. PMID: 35271469.

191. Martinelli KG, Nogueira da Gama SG, do Vale de Almeida AH, Pacheco VE, dos Santos Neto ET. Advanced maternal age and factors associated with neonatal near miss in nulliparous and multiparous women. *Cadernos De Saude Publica.* 2019;35(12). doi: 10.1590/0102-311x00222218.

192. Maxime Eslier Association between migration and severe maternal outcomes in high-income countries: Systematic review and meta-analysis./Maxime EslierID1, Elie AzriaID1, Konstantinos ChatzistergiouID, Zelda StewartID, Agnès DechartresID, Catherine Deneux-Tharaux// *PLOS Medicine* | <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004257> June 22, 2023.

193. Mengistu TS, Turner JM, Flatley C, Fox J, Kumar S. Impact of severe maternal morbidity on adverse perinatal outcomes in high income countries: systematic review and meta-analysis protocol. *Bmj Open.* 2019;9(6). doi: 10.1136/bmjopen-2018-027100.

194. Mirzakhani K, Ebadi A, Faridhosseini F, Khadivzadeh T. Pregnant women's experiences of well-being in high-risk pregnancy: A qualitative study.

Journal of Education and Health Promotion. 2023;12(1). doi: 10.4103/jehp.jehp_1542_21.

195.Moshki M, Cheravi K. Relationships among depression during pregnancy, social support and health locus of control among Iranian pregnant women. *Int J Soc Psychiatry*. 2016 Mar;62(2):148-55. doi: 10.1177/0020764015612119. Epub 2015 Nov 18. PMID: 26582784.

196.Nair M, Knight M, Kurinczuk JJ. Risk factors and newborn outcomes associated with maternal deaths in the UK from 2009 to 2013: a national case-control study. *Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016;123(10):1654-62. doi: 10.1111/1471-0528.13978.

197.Nayak H, Gadhavi R, Solanki B, Aroor B, Gameti H, Shringarpure KS, Joshi J, Kazi Z. Screening for gestational diabetes, Ahmedabad, India. *Bull World Health Organ*. 2022 Aug 1;100(8):484-490. doi: 10.2471/BLT.22.288045. Epub 2022 Jun 22. PMID: 35923278; PMCID: PMC9306388.

198.Nisarga V, Anupama M, Madhu KN. Social and obstetric risk factors of antenatal depression: A cross-sectional study from South-India. *Asian J Psychiatr*. 2022 Jun;72:103063. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103063. Epub 2022 Mar 11. PMID: 35334285.

199.Nwabueze N, Docheva N, Arenas G, Mueller A, Perdigao JL, Rana S. Prevalence and management of severe intrapartum hypertension in patients with preeclampsia at an urban tertiary care medical center. *Pregnancy Hypertension-an International Journal of Womens Cardiovascular Health*. 2022;27:87-93. doi: 10.1016/j.preghy.2021.12.011.

200.Ogawa K, Morisaki N, Piedvache A, Nagata C, Sago H, Urayama KY, Arima K, Nishimura T, Sakata K, Tanno K, Yamagishi K, Iso H, Yasuda N, Kato T, Saito I, Goto A, Shimazu T, Yamaji T, Iwasaki M, Inoue M, Sawada N, Tsugane S. Association Between Birth Weight and Risk of Pregnancy-Induced Hypertension and Gestational Diabetes in Japanese Women: JPHC-NEXT Study. *J Epidemiol*. 2022 Apr 5;32(4):168-173. doi: 10.2188/jea.JE20200302. Epub 2021 Apr 13. PMID: 33853974; PMCID: PMC8918619.

201. Orel O.V., Ohniev V.A. Factors influencing pregnancy complications development. 2024;11(2):6p. In press. <https://doi.org/>
202. Ornoy A, Becker M, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Diabetes during Pregnancy: A Maternal Disease Complicating the Course of Pregnancy with Long-Term Deleterious Effects on the Offspring. A Clinical Review. *Int J Mol Sci*. 2021 Mar 15;22(6):2965. doi: 10.3390/ijms22062965. PMID: 33803995; PMCID: PMC7999044.
203. Pearlstein T. Depression during Pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015 Jul;29(5):754-64. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.04.004. Epub 2015 Apr 17. PMID: 25976080.
204. Peterson-Besse JJ, Knoll JE, Horner-Johnson W. Internet networks as a source of social support for women with mobility disabilities during pregnancy. *Disability and Health Journal*. 2019;12(4):722-6. doi: 10.1016/j.dhjo.2019.04.003.
205. Phillips-Bell G, Holicky A, Macdonald M, Hernandez L, Watson A, Dawit R. Collaboration Between Maternal and Child Health and Chronic Disease Epidemiologists to Identify Strategies to Reduce Hypertension-Related Severe Maternal Morbidity. *Preventing Chronic Disease*. 2019;16. doi: 10.5888/pcd16.190045externalicon.
206. Pierce P, Whitten M, Hillman S. The impact of digital healthcare on vulnerable pregnant women: A review of the use of the MyCare app in the maternity department at a central London tertiary unit. *Frontiers in Digital Health*. 2023;5. doi: 10.3389/fdgth.2023.1155708.
207. Polli FS, Kohlmeier KA. Prenatal Nicotine Exposure in Rodents: Why Are There So Many Variations in Behavioral Outcomes? *Nicotine Tob Res*. 2020 Oct 8;22(10):1694-1710. doi: 10.1093/ntr/ntz196. PMID: 31595949.
208. Qaderi K, Khodavirdilou R, Kalhor M, Behbahani BM, Keshavarz M, Bashtian MH, et al. Abortion services during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Reproductive Health*. 2023;20(1). doi: 10.1186/s12978-023-01582-3.
209. Raghuraman N, Tuuli MG. Preconception Care as an Opportunity to Optimize Pregnancy Outcomes. *Jama-Journal of the American Medical Association*.

2021;326(1):79-80. doi: 10.1001/jama.2020.27244.

210.Raineau M, Deneux-Tharoux C, Seco A, Bonnet M-P, Grp ES. Antepartum severe maternal morbidity: A population-based study of risk factors and delivery outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2022;36(2):171-80. doi: 10.1111/ppe.12847.

211.Raoust GM, Bergstrom J, Bolin M, Hansson SR. Decision-making during obstetric emergencies: A narrative approach. *Plos One*. 2022;17(1). doi: 10.1371/journal.pone.0260277.

212.Riner ME, Ofner S. Global nurse/midwife workforce and reproductive health through social ecology lens. *Public Health Nursing*. 2019;36(5):683-93. doi: 10.1111/phn.12648.

213.Rossen LM, Ahrens KA, Womack LS, Uddin SFG, Branum AM. Rural-Urban Differences in Maternal Mortality Trends in the United States, 1999-2017: Accounting for the Impact of the Pregnancy Status Checkbox. *American Journal of Epidemiology*. 2022;191(6):1030-9. doi: 10.1093/aje/kwab300.

214.Ruan HC, Zhang YH, Chen L, Zhou WX, Lin J, Wen H. The risk factors for miscarriage of viable intrauterine pregnancies in patients with heterotopic pregnancy after surgical intervention. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Dec 22;102(51):e36753. doi: 10.1097/MD.00000000000036753. PMID: 38134099; PMCID: PMC10735068.

215.Ryan HM, Jones MA, Payne BA, Sharma S, Hutfield AM, Lee T, et al. Validating the Performance of the Modified Early Obstetric Warning System Multivariable Model to Predict Maternal Intensive Care Unit Admission. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2017;39(9):728-+. doi: 10.1016/j.jogc.2017.01.028.

216.Salvig JD. Præeklampsi – en graviditetskomplikation med mange facetter [Pre-eclampsia – a pregnancy complication with many facets]. *Ugeskr Laeger*. 2017 Apr 3;179(14):V68968. Danish. PMID: 28416065.

217.Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*.

2014;2(6):E323-E33. doi: 10.1016/s2214-109x(14)70227-x.

218.Say L, Chou D, Grp WHOMMW. Maternal morbidity: Time for reflection, recognition, and action. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018;141:1-3. doi: 10.1002/ijgo.12499.

219.Scharff D, Enard KR, Tao D, Strand G, Yakubu R, Cope V. Community Health Worker Impact on Knowledge, Antenatal Care, And Birth Outcomes: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*. 2022;26(1):79-101. doi: 10.1007/s10995-021-03299-w.

220.Schneider PD, Sabol BA, King PAL, Caughey AB, Borders AEB. The Hard Work of Improving Outcomes for Mothers and Babies Obstetric and Perinatal Quality Improvement Initiatives Make a Difference at the Hospital, State, and National Levels. *Clinics in Perinatology*. 2017;44(3):511-+. doi: 10.1016/j.clp.2017.05.007.

221.Schulz AA, Wirtz MA. Midwives' empathy and shared decision making from women's perspective-sensitivity of an assessment to compare quality of care in prenatal and obstetric care. *Bmc Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1). doi: 10.1186/s12884-022-05041-y.

222.Seijmonsbergen-Schermers AE, Peters LL, Goodarzi B, Bekker M, Prins M, Stapert M, et al. Which level of risk justifies routine induction of labor for healthy women *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2020;23. doi: 10.1016/j.srhc.2019.100479.

223.Sewpaul R, Crutzen R, Dukhi N, Sekgala D, Reddy P. A mixed reception: perceptions of pregnant adolescents' experiences with health care workers in Cape Town, South Africa. *Reproductive Health*. 2021;18(1). doi: 10.1186/s12978-021-01211-x.

224.Sharon NZ, Shiber Y, Vaknin Z, Betser M, Copel L, Maymon R. Endometriosis and pregnancy: a complication to be aware of. *Arch Gynecol Obstet*. 2023 Jan;307(1):71-72. doi: 10.1007/s00404-022-06592-3. Epub 2022 May 15. PMID: 35569062.

225.Shaw D, Guise JM, Shah N. Drivers of maternity care in high-income

countries: can health systems support woman-centred care? (vol 388, pg 2282, 2016). *Lancet*. 2016;388(10057):2238.

226. Shields LE, Wiesner S, Klein C, Pelletreau B, Hedriana HL. Use of Maternal Early Warning Trigger tool reduces maternal morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;214(4). doi: 10.1016/j.ajog.2016.01.154.

227. Shuffrey LC, Firestein MR, Kyle MH, Fields A, Alcántara C, Amso D, Austin J, Bain JM, Barbosa J, Bence M, Bianco C, Fernández CR, Goldman S, Gyamfi-Bannerman C, Hott V, Hu Y, Hussain M, Factor-Litvak P, Lucchini M, Mandel A, Marsh R, McBrien D, Mourad M, Muhle R, Noble KG, Penn AA, Rodriguez C, Sania A, Silver WG, O'Reilly KC, Stockwell M, Tottenham N, Welch MG, Zork N, Fifer WP, Monk C, Dumitriu D. Association of Birth During the COVID-19 Pandemic With Neurodevelopmental Status at 6 Months in Infants With and Without In Utero Exposure to Maternal SARS-CoV-2 Infection. *JAMA Pediatr*. 2022 Jun 1;176(6):e215563. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.5563. Epub 2022 Jun 6. PMID: 34982107; PMCID: PMC8728661.

228. Singh A, Guleria K, Vaid NB, Jain S. Evaluation of maternal early obstetric warning system (MEOWS chart) as a predictor of obstetric morbidity: a prospective observational study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016;207:11-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.09.014.

229. Singh M, Crowe F, Thangaratinam S, Abel KM, Black M, Okoth K, et al. Association of pregnancy complications/risk factors with the development of future long-term health conditions in women: overarching protocol for umbrella reviews. *Bmj Open*. 2022;12(12). doi: 10.1136/bmjopen-2022-066476.

230. Smith C, Brown J. Could Pregnant Canadian Women Benefit From an Early Obstetric Warning System? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018;40(4):397-8. doi: 10.1016/j.jogc.2017.10.012.

231. Smith ER, Oakley E, Grandner GW, Rukundo G, Farooq F, Ferguson K, et al. Clinical risk factors of adverse outcomes among women with COVID-19 in the pregnancy and postpartum period: a sequential, prospective meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2023;228(2):161-77. doi:

10.1016/j.ajog.2022.08.038.

232.Smith LK, Hindori-Mohangoo AD, Delnord M, Durox M, Szamotulska K, Macfarlane A, et al. Quantifying the burden of stillbirths before 28 weeks of completed gestational age in high-income countries: a population-based study of 19 European countries. *Lancet*. 2018;392(10158):1639-46. doi: 10.1016/s0140-6736(18)31651-9.

233.Some A, Baguiya A, Coulibaly A, Bagnoa V, Kouanda S. Prevalence and Factors Associated with Late First Antenatal Care Visit in Kaya Health District, Burkina Faso. *African Journal of Reproductive Health*. 2020;24(2):19-26. doi: 10.29063/ajrh2020/v24i2.2.

234.Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Режим доступа: <http://surl.li/uaulc>.

235.St Pierre A, Zaharatos J, Goodman D, Callaghan WM. Challenges and Opportunities in Identifying, Reviewing, and Preventing Maternal Deaths. *Obstetrics and Gynecology*. 2018;131(1):138-42. doi: 10.1097/aog.0000000000002417.

236.Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women Birth*. 2015 Sep;28(3):179-93. doi: 10.1016/j.wombi.2015.02.003. Epub 2015 Mar 9. PMID: 25765470.

237.Stierman EK, Maliqi B, Mary M, Dohlsten MAJ, Katwan E, Moran AC, et al. Changes in the health systems and policy environment for maternal and newborn health, 2008-2018: An analysis of data from 78 low-income and middle-income countries. *Social Science & Medicine*. 2023;321. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115765.

238.Stroscia M, Landriscina T, Mondo L, Rusciani R, Carna P, Zengarini N, et al. Maternal childbirth-related mortality in the last 40 years in Turin, Italy: the impact of universal health coverage on inequalities in a developed country. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2020;40(3):367-72. doi: 10.1080/01443615.2019.1647517.

239. Stuart JJ, Tanz LJ, Rimm EB, Spiegelman D, Missmer SA, Mukamal KJ, Rexrode KM, Rich-Edwards JW. Cardiovascular Risk Factors Mediate the Long-Term Maternal Risk Associated With Hypertensive Disorders of Pregnancy. *J Am Coll Cardiol*. 2022 May 17;79(19):1901-1913. doi: 10.1016/j.jacc.2022.03.335. PMID: 35550687; PMCID: PMC9176211.

240. Swift EM, Tomasson G, Gottfredsdottir H, Einarsdottir K, Zoega H. Obstetric interventions, trends, and drivers of change: A 20-year population-based study from Iceland. *Birth-Issues in Perinatal Care*. 2018;45(4):368-76. doi: 10.1111/birt.12353.

241. Szczuko M, Palma J, Kikut J, Komorniak N, Ziętek M. Changes of lipoxin levels during pregnancy and the monthly-cycle, condition the normal course of pregnancy or pathology. *Inflamm Res*. 2020 Sep;69(9):869-881. doi: 10.1007/s00011-020-01358-6. Epub 2020 Jun 2. PMID: 32488315; PMCID: PMC7395003.

242. Szyhta CC, da Silva ZP, Alencar GP, de Almeida MF. Risk factors for perinatal death in high-risk pregnant women at a tertiary hospital in Curitiba-PR, Brazil: a case-control study. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2023;28(4):1043-58. doi: 10.1590/1413-81232023284.16042022en.

243. Tallhage S, Arestedt K, Schildmeijer K, Oscarsson M. Prevalence of amniotomy in Sweden: a nationwide register study. *Bmc Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1). doi: 10.1186/s12884-022-04805-w.

244. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord*. 2019 Jun 15;253:292-302. doi: 10.1016/j.jad.2019.05.003. Epub 2019 May 2. PMID: 31077972.

245. Tanner D, Murthy S, Ferres JML, Ramirez J-M, Mitchell EA. Risk factors for late (28+weeks' gestation) stillbirth in the United States, 2014-2015. *Plos One*. 2023;18(8). doi: 10.1371/journal.pone.0289405.

246. Thomson K, Moffat M, Arisa O, Jesurasa A, Richmond C, Odeniyi A, et al. Socioeconomic inequalities and adverse pregnancy outcomes in the UK and

Republic of Ireland: a systematic review and meta-analysis. *Bmj Open*. 2021;11(3). doi: 10.1136/bmjopen-2020-042753.

247.Thorgeirsdottir LT, Linden K, Bergman L, Sengpiel V, Nyman V, Elden H. The experience of being a partner to a childbearing woman whose pregnancy is complicated by pre-eclampsia: A Swedish qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2023;36. doi: 10.1016/j.srhc.2023.100847.

248.Thumm EB, Rees R, Nacht A, Heyborne K, Kahn B. The Association Between Maternal Mortality, Adverse Childhood Experiences, and Social Determinant of Health: Where is the Evidence? *Maternal and Child Health Journal*. 2022;26(11):2169-78. doi: 10.1007/s10995-022-03509-z.

249.Tinius RA, Maples JM, Schafer MA, Paudel A, Fortner KB, Zite NB, et al. To Be Active or to Stop? A Cross-Sectional Retrospective Study Exploring Provider Advice and Patient Fears Surrounding Physical Activity in Pregnancies Complicated by Fetal Growth Restriction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(10). doi: 10.3390/ijerph19106076.

250.Tontus HO, Nebioglu S. Improving the Caesarean Decision by Robson Classification: A Population-Based Study by 5,323,500 Livebirth Data. *Annals of Global Health*. 2020;86(1). doi: 10.5334/aogh.2615.

251.Traylor CS, Johnson JD, Kimmel MC, Manuck TA. Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: an expert review. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 Nov;2(4):100229. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100229. Epub 2020 Sep 24. PMID: 32995736; PMCID: PMC7513755.

252.Troiano NH, Witcher PM. Maternal Mortality and Morbidity in the United States *<i>Classification, Causes, Preventability, and Critical Care Obstetric Implications</i>*. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2018;32(3):222-31. doi: 10.1097/jpn.0000000000000349.

253.Umar A, Ameh CA, Muriithi F, Mathai M. Early warning systems in obstetrics: A systematic literature review. *Plos One*. 2019;14(5). doi: 10.1371/journal.pone.0217864.

254.Umar A, Manu A, Mathai M, Ameh C. Development and validation of an obstetric early warning system model for use in low resource settings. *Bmc Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1). doi: 10.1186/s12884-020-03215-0.

255.Uri Elkayam High-Risk Cardiac Disease in Pregnancy/ Uri Elkayam, MD, Sorel Goland, MD,b Petronella G. Pieper, MD, Candice K. Silverside, MDd//<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2016.05.048>.

256.Van Otterloo LR, Connelly CD. Risk-Appropriate Care to Improve Practice and Birth Outcomes. *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2018;47(5):661-72. doi: 10.1016/j.jogn.2018.05.004.

257.VanGompel ECW, Perez SL, Datta A, Carlock FR, Cape V, Main EK. Culture That Facilitates Change: A Mixed Methods Study of Hospitals Engaged in Reducing Cesarean Deliveries. *Annals of Family Medicine*. 2021;19(3):249-57. doi: 10.1370/afm.2675.

258.Victoria lazarova Spasova Relationship of maternal vitamin b12 status in pregnancy with preterm birth and maternal health risks /lilia Ivanova Koleva, Marieta Antonova Popova, Valentina Boyanova Petkova, Milen Ventzislavov Dimitrov// *Міжнародний медичний журнал*, 2020, № 2 С.32-38.

259.Vousden N, Nathan HL, Shennan AH. Innovations in vital signs measurement for the detection of hypertension and shock in pregnancy. *Reproductive Health*. 2018;15. doi: 10.1186/s12978-018-0533-4.

260.Wagijo M-a, Crone M, Bruinsma-van Zwicht B, van Lith J, Billings DL, Rijnders M. Contributions of CenteringPregnancy to women's health behaviours, health literacy, and health care use in the Netherlands. *Preventive Medicine Reports*. 2023;35. doi: 10.1016/j.pmedr.2023.102244.

261.Wallace J, Hoehn-Velasco L, Tilden E, Dowd BE, Calvin S, Jolles DR, et al. An alternative model of maternity care for low-risk birth: Maternal and neonatal outcomes utilizing the midwifery-based birth center model. *Health Services Research*. 2023. doi: 10.1111/1475-6773.14222.

262.Wang E, Glazer KB, Howell EA, Janevic TM. Social Determinants of Pregnancy-Related Mortality and Morbidity in the United States A Systematic

Review. *Obstetrics and Gynecology*. 2020;135(4):896-915. doi: 10.1097/aog.0000000000003762.

263. Wang S, Rexrode KM, Florio AA, Rich-Edwards JW, Chavarro JE. Maternal Mortality in the United States: Trends and Opportunities for Prevention. *Annual Review of Medicine*. 2023;74:199-216. doi: 10.1146/annurev-med-042921-123851.

264. White AH, Crowther SA, Lee SH. Supporting rural midwifery practice using a mobile health (mHealth) intervention: a qualitative descriptive study. *Rural and Remote Health*. 2019;19(3). doi: 10.22605/rrh5294.

265. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2017 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912> .

266. Wastnedge EAN, Reynolds RM, van Boeckel SR, Stock SJ, Denison FC, Maybin JA, Critchley HOD. Pregnancy and COVID-19. *Physiol Rev*. 2021 Jan 1;101(1):303-318. doi: 10.1152/physrev.00024.2020. Epub 2020 Sep 24. PMID: 32969772; PMCID: PMC7686875.

267. World Health Organization: WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.

268. Yaya S, Ghose B. Global Inequality in Maternal Health Care Service Utilization: Implications for Sustainable Development Goals. *Health Equity*. 2019;3(1):145-54. doi: 10.1089/heq.2018.0082.

269. Yin X, Sun N, Jiang N, Xu X, Gan Y, Zhang J, Qiu L, Yang C, Shi X, Chang J, Gong Y. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2021 Feb;83:101932. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101932. Epub 2020 Oct 25. PMID: 33176244.

270. Zhang C, Rawal S, Chong YS. Risk factors for gestational diabetes: is prevention possible? *Diabetologia*. 2016 Jul;59(7):1385-1390. doi: 10.1007/s00125-016-3979-3. Epub 2016 May 10. PMID: 27165093; PMCID: PMC6364673.

271. Zheng J, Zhang L, Zhou Y, Xu L, Zhang Z, Luo Y. Development and evaluation of a nomogram for adverse outcomes of preeclampsia in Chinese pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Jun 20;22(1):504. doi:

10.1186/s12884-022-04820-x. PMID: 35725446; PMCID: PMC9210655.

ДОДАТКИ

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Огнєв В.А., Орел О.В. Деякі показники ускладнень вагітності по Харківській області порівняно з показниками по Україні / Огнєв В.А., Орел О.В.// Україна. Здоров'я нації. 2023. № 3 (73). С.113-117 (Дисертантці належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

2. Orel O.V., Ohniev V.A. Factors influencing pregnancy complications development. 2024;11(2):бр. In press. <https://doi.o> (Дисертантці належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

3. Орел О.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. (Дисертантці належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

Опубліковані праці апробаційного характеру:

4. Orel O. Arterial hypertension as a risk of termination of pregnancy. /Orel O., Sokolova I.// Матеріали III науково-практичної конференції з міжнародною участю "Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення" – 05 листопада 2020 р. Харків: Вид-но ХНМУ,2020. – С.34 (Дисертантці належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).

5. Orel O. Stress and pregnancy . /Orel O., Kadnai O.// Матеріали III науково-практичної конференції з міжнародною участю "Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення" – 05 листопада 2020 р. Харків: Вид-но ХНМУ,2020. – С.33 (Дисертантці належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).

6. Orel O. V. Determination of risk factors of preeclampsia. / Orel O. V. Syniepol A. V.// The 5 th International scientific and practical conference — Eurasian scientific congress (May 17-19, 2020) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2020. 788 p. – p.69 – 72(Дисертантці належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).

7. Орел О. В. Вплив пренатального скринінгу на суспільне здоров'я /Орел О. В., Колесник М. Р.// The 5 th International scientific and practical conference “Science, society, education: topical issues and development prospects” (April 12-14, 2020), Kharkiv, Ukraine. 2020. 886p. p.143-150 (Дисертантці належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).

8. Orel O.V. Pregnancy during the COVID pandemic 19/ Orel O.V., Galicheva A.S.// Матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017), видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського державного медичного університету. Харків.2021(Дисертантці належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).

9. Orel O.V. Determinants that affect the occurrence of excess weight during pregnancy /Orel O.V., Galicheva A.S.// Матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017), видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського державного медичного університету. Харків. 2021. (Дисертантці належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).

10. Orel O. V., Yaremenko A. V. Stress as a risk factor of pregnancy complications. Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті. 2022. (Дисертантці належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).

11. Orel O.V. Prevalence of pregnancy complications in the Kharkiv region. Матеріали VI науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 100-річному ювілею кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету. 2023. (Дисертантці належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).

12. Orel O.V. Organization of medical assistance for pregnant with hypertensive disorders. Матеріали VI науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 100-річному ювілею кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету. 2023. (Дисертантці належить збір, аналіз матеріалу, написання тез).

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

13. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 123183 Письмовий твір наукового характеру «Опитувальник для вивчення чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності. Дата реєстрації: 24.01.2024.

**Форма
Інформованої згоди пацієнта на участь в науковому дослідженні**

Я, що нижче підписався (лася) _____

(фамілія, ім'я, по-батькові)

і мешкаю за адресою _____

Згоден (на) прийняти участь в проведенні дослідження по темі: «Медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці»

(суть дослідження, в якому бере участь суб'єкт)

Я детально поінформований лікарем (науковцем) _____

Орел Ольгою Володимирівною

(фамілія, ім'я, по-батькові)

який проводить дане дослідження, про його мету, завдання та строки дослідження. Я мав(ла) можливість задати йому запитання по всім аспектам дослідження. Мені також було надано для ознайомлення Інформаційний лист учасника дослідження.

Отримавши роз'яснення, я повністю згоден(на) співробітничати з дослідником та негайно інформувати його в разі порушення самопочуття.

Я проінформований(на) про те, що ми можемо вийти з дослідження на будь-якому з його етапів і це не впливатиме на моє подальше отримання медичної допомоги.

Я знаю, що інформація про нашу участь в дослідженні залишається суворо конфіденційною.

Я згоден(на) з тим, що узагальнені результати дослідження можуть бути опубліковані, обговорюватись дослідниками, а також представниками уповноважених державних структур із збереженням конфіденційності щодо наших особистих даних.

(підпис дослідника)

«Прочитав і згоден»

« _____ » _____ 20__ р.

(підпис)

Единбурзька шкала післяпологової депресії (ЕШПД)

Ім'я: _____ Адреса: _____

Ваша дата народження: _____

Дата народження дитини: _____ Телефон: _____

Якщо Ви вагітні або нещодавно народили дитину, ми б хотіли дізнатися, як ви себе почуваєте. Будь ласка, підкресліть відповідь, яка найбільше відповідає Вашому самопочуттю **ВПРОДОВЖ ОСТАННІХ 7 ДНІВ** (саме останні 7 днів, а не сьогодні).

НАПРИКЛАД:

Я відчувала себе щасливою:

- Так, впродовж усього часу
- Так, більшу частину часу. І це справді означатиме: "Я відчувала себе щасливою більшу частину часу" впродовж тижня, що минув.
- Ні, не дуже часто
- Ні, не відчувала

Будь ласка, аналогічно дайте відповіді на інші питання. Впродовж останніх 7 днів:

1. Я могла сміятися та помічати смішні сторони речей

- Настільки, наскільки я могла робити це завжди
- Не так часто, як раніше
- Значно рідше, ніж раніше
- Зовсім не могла

2. Я прямувала у майбутнє, насолоджуючись моментами

- Так, як і раніше
- Рідше, аніж раніше
- Значно рідше, ніж раніше
- Зовсім цього не робила

3. Я безпідставно звинувачувала себе, коли щось відбувалося не так

- Так, більшість часу
- Так, іноді
- Не дуже часто
- Ні, ніколи

4. Я відчувала тривогу або переживала без вагомих причин

- Зовсім ні
- Дуже рідко
- Так, іноколи

- Так, дуже часто

5. Мені було страшно (або я відчувала паніку) без вагомих підстав

- Так, досить часто
- Так, іноді
- Ні, нечасто
- Зовсім ні

6. Я вже не в змозі впоратися з усім цим

- Так, більшу частину часу я не була в змозі впоратися
- Так, іноді я не справлялася так, як зазвичай
- Ні, більшу частину часу я справлялась досить добре
- Ні, я справлялась так само добре, як завжди

7. Я почувалась настільки нещасливою, що мала труднощі зі сном

- Так, більшу частину часу
- Так, іноді
- Не дуже часто
- Зовсім ні

8. Я почувалась сумною або нещасною

- Так, більшість часу
- Так, досить часто
- Не дуже часто
- Зовсім ні

9. Я почувалась такою нещасливою, що плакала

- Так, більшість часу
- Так, досить часто
- Іноді
- Ні, ніколи

10. У мене були думки заподіяти собі шкоду

- Так, досить часто
- Іноколи
- Майже ніколи
- Ніколи

Додаток Г

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАРТА ЕКСПЕРТНИХ ОЦІНОК
«ЕКСПЕРТНЕ ЗАКЛЮЧЕННЯ НА МОДЕЛЬ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА
ПРОФІЛАКТИКИ ПАТОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ В
АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ»

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка свою думку щодо моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Дякуємо за співпрацю!

Прізвище, ініціали експерта _____ Вік _____

Місце роботи _____

Посада _____

Стаж роботи в медицині _____, в т.ч. по теперішній спеціальності _____

Кваліфікаційна категорія _____

Науковий ступінь _____

Вчене звання _____

1) В кожній клітинці рейтингової таблиці проранжуйте рівень досягнення завдань по кожному із елементів моделі. Використовуйте шкалу від 1 до 10. Високий рівень отримує високий бал.

<i>Параметри оцінки</i>	<i>Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці</i>
Профілактична спрямованість	
Економічна доцільність	
Відповідність сучасному міжнародного досвіду	
Дієвість	
Доступність	
Комплексність	
Системність.	
Недоліки (вказіть прописом)	

2) Чи впровадження моделі в практику вплине на покращання показників і як саме:

<i>Назва показника</i>	<i>Імовірні зміни показника</i>
Рівень інформованості вагітних	
Рівень звернень за медичною допомогою	
Задовільність якістю медичної допомоги	
Ефективність медичної допомоги	
Економічність медичної допомоги	
Науково-технічний рівень	
Інші (вказіть які)	

Дата _____

Підпис _____

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи Тернопільського національного медичного університету імені І.Я.Горбачевського МОЗ України



проф. А.Г. Шульгай

р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: д.мед.н., проф. Огнєв В. А., Орел О.В.

Джерело інформації: В.А.Огнєв, О.В.Орел Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Експериментальна і клінічна медицина.

DOI: <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.oro>

Установа, в якій проведено впровадження: Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України.

Термін впровадження: протягом 2024 р.

Форма впровадження: впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні щодо проведення профілактичних заходів для попередження виникнення ускладнень перебігу вагітності.

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань щодо профілактики та оцінки вірогідності виникнення ускладнень перебігу вагітності.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Т.в.о. завідувачки кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, д.мед.н., професор

Н.О. Теренда

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор комунального некомерційного підприємства «Міський клінічний пологовий будинок № 7» Харківської міської ради

В.І. Коровай



«30» квітня 2024р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження в лікувальний процес.

Пропозиція для впровадження: Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: д.мед.н., проф. Огнев В. А., Орел О.В.

Джерело інформації: В.А.Огнев, О.В.Орел Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Експериментальна і клінічна медицина. 2-24.

DOI: <https://doi.org/10.35339/ic.11.2.org>

Установа, в якій проведено впровадження: комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічний пологовий будинок №7» Харківської міської ради. 61050, Харківська область, м. Харків, вул. Рустанові, 12

Термін впровадження: липень-жовтень 2024 рр.

Форма впровадження: включено до роботи акушерів-гінекологів щодо встановлення груп ризику вагітних щодо виникнення ускладнень перебігу вагітності.

Ефективність впровадження: покращення ефективності профілактики патології перебігу вагітності та якості надання медичної допомоги жінкам фертильного віку.

Зауваження, пропозиції: немає.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження в навчальний процес.

1. Пропозиція для впровадження: Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

2. Установа-розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

3. Автори: д. мед. н., проф. Огнєв В. А., Орел О. В.

4. Джерело інформації: В. А. Огнєв, О. В. Орел Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Експериментальна і клінічна медицина.

DOI: <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.org>

5. Установа, в якій проведено впровадження: Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я.

6. Термін впровадження: протягом 2023-2024 н. р.

7. Форма впровадження: у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тем з організації профілактичних заходів запобігання ускладнень перебігу вагітності.

8. Ефективність впровадження: поліпшення підготовки здобувачів освіти з актуальних питань профілактики та оцінки вірогідності виникнення ускладнень перебігу вагітності.

9. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальна за впровадження:

Завідувачка кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я,
д. мед. н., професорка

Орина ДЕЦИК

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор з науково-педагогічної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила



Галицького к.б.о.л.н., доцент

[Signature] Солонинко І.І.

[Date] 2024 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження в навчальний процес

Пропозиція для впровадження: Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: д.мед.н., проф. Огнєв В. А., Орел О. В.

Джерело інформації: В.А. Огнєв, О.В. Орел. Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Експериментальна і клінічна медицина. DOI: <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.oro>

Установа, в якій проведено впровадження: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я.

Термін впровадження: протягом 2024 р.

Форма впровадження: впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні тематики щодо проведення профілактичних заходів з метою запобігання виникнення ускладнень перебігу вагітності.

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань щодо профілактики та оцінки вірогідності виникнення ускладнень перебігу вагітності.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Т.в.о. завідувача кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я, к.мед.н., доцент

[Signature]

О. Р. Ковальська

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи Дніпровського
державного медичного університету
професор _____ Олександр ГУДАР'ЯН

» серпень 2024 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження в навчальний процес

Пропозиція для впровадження: Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: д.мед.н., проф. Огнев В. А., Орел О.В.

Джерело інформації: Огнев В.А., Орел О.В. Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. *Експериментальна і клінічна медицина.*

<https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.2.oro>

Установа, в якій проведено впровадження: Дніпровський державний медичний університет, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.

Термін впровадження: протягом 2024 р.

Форма впровадження: впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні щодо проведення профілактичних заходів щодо виникнення ускладнень перебігу вагітності.

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань щодо профілактики та оцінки вірогідності виникнення ускладнень перебігу вагітності.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри
соціальної медицини, громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я ДДМУ
д.мед.н., професор

Лілія КРЯЧКОВА

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. директора комунального
некомерційного підприємства «Міський
пологовий будинок № 1» Харківської
міської ради

С.М. Копітько

« _____ » _____ р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження в лікувальний процес.

Пропозиція для впровадження: Встановлення та оцінка чинників ризику виникнення патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: д.мед.н., проф. Огнєв В. А., Орел О.В.

Джерело інформації: Авторське свідоцтво на твір від 24.01.2024р., № 123183 «Опитувальник для вивчення чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності» О.В. Орел, В. А. Огнєв.

Установа, в якій проведено впровадження: комунальне некомерційне підприємство «Міський пологовий будинок №1» Харківської міської ради. 61045, Харківська область, м. Харків, вул. Отакара Яроша, 3-Б

Термін впровадження: початок впровадження частини наукового твору письмового характеру з січня 2021р.

Форма впровадження: включено до плану лікувально-профілактичних заходів, до роботи акушерів-гінекологів, проведення тренінгів для лікарів щодо можливості встановлення та оцінки чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності.

Ефективність впровадження: покращення знань акушерів-гінекологів щодо можливості встановлення та оцінки чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор комунального некомерційного підприємства «Міський клінічний пологовий будинок № 7» Харківської

міської ради
В.Л. Коровай



р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження в лікувальний процес.

Пропозиція для впровадження: Встановлення та оцінка чинників ризику виникнення патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: д.мед.н., проф. Огнєв В. А., Орел О.В.

Джерело інформації: Авторське свідоцтво на твір від 24.01.2024р., № 123183 «Опитувальник для вивчення чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності» О.В. Орел, В. А. Огнєв.

Установа, в якій проведено впровадження: комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічний пологовий будинок №7» Харківської міської ради. 61050, Харківська область, м. Харків, вул. Рустанові, 12

Термін впровадження: липень-жовтень 2024 рр.

Форма впровадження: включено до плану лікувально-профілактичних заходів, до роботи акушерів-гінекологів, проведення тренінгів для лікарів щодо можливості встановлення та оцінки чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності.

Ефективність впровадження: покращення знань акушерів-гінекологів щодо можливості встановлення та оцінки чинників ризику виникнення патології перебігу вагітності.

Зауваження, пропозиції: немає.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. директора комунального
некомерційного підприємства «Міський
пологовий будинок № 1» Харківської
міської ради

С.М. Копітько

« 29 » квітня 2024р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження в лікувальний процес.

Пропозиція для впровадження: Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Установа розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, 61022, місто Харків, просп. Науки, 4.

Автори: д.мед.н., проф. Огнев В. А., Орел О.В.

Джерело інформації: В.А.Огнев, О.В.Орел Модель раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці. Експериментальна і клінічна медицина. 2-24.

DOI: <https://doi.org/10.35339/ic.11.2.oro>

Установа, в якій проведено впровадження: комунальне некомерційне підприємство «Міський пологовий будинок №1» Харківської міської ради. 61045, Харківська область, м. Харків, вул. Отакара Яроша, 3-Б

Термін впровадження: протягом 2024 року.

Форма впровадження: включено до роботи акушерів-гінекологів щодо встановлення груп ризику вагітних щодо виникнення ускладнень перебігу вагітності.

Ефективність впровадження: покращення ефективності профілактики патології перебігу вагітності та якості надання медичної допомоги жінкам фертильного віку.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження: