

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (2020–2024) КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ АКУШЕРСКОЙ СЛУЖБОЙ**Ж. А. Ризаев, А. И. Камалов**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: материнская смертность; перинатальная смертность; акушерская помощь; организационное управление; качество; клинический аудит; модель «трёх задержек»; маршрутизация.

Tayanch soʻzlar: ona oʻlimi; perinatal oʻlim; akusherlik yordami; boshqaruv; sifat nazorati; klinik audit; “uch kechikish” modeli; marshrutlash.

Key words: maternal mortality; perinatal mortality; obstetric care; management; quality improvement; clinical audit; three delays model; referral system.

Цель исследования — определить ключевые организационно-управленческие факторы, влияющие на материнскую и перинатальную смертность, и обосновать приоритеты управления качеством в акушерской службе. Материалы и методы: проведён анализ официальных статистических данных за 2020–2024 гг., а также экспертных форм по случаям материнской и перинатальной смерти с включением организационно-временных параметров (уровень учреждения, маршрутизация, задержки оказания помощи). Результаты: значимая доля материнских потерь формируется вне III уровня, а переводы между учреждениями нередко выполняются поздно и многократно; в структуре причин доминируют кровотечения, гипертензивные осложнения, сепсис и экстрагенитальная патология, тогда как перинатальные потери преимущественно связаны с недоношенностью, гипоксией/асфиксией, инфекциями и врождёнными пороками развития. Заключение: снижение предотвратимых потерь требует стандартизации готовности к неотложной акушерской помощи, ранней стратификации риска, оптимизации маршрутизации и усиления клинического аудита с обратной связью на всех уровнях.

AKUSHERLIK XIZMATINI BOSHQARISHDA ONA VA PERINATAL OʻLIM INDIKATORLARINING TAHLILI (2020–2024)**J. A. Rizayev, A. I. Kamalov**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, Oʻzbekiston

Maqsad: ona va perinatal oʻlim koʻrsatkichlari bilan bogʻliq boshqariladigan tashkiliy omillarni aniqlash va akusherlik xizmatida sifatni boshqarish ustuvor yoʻnalishlarini asoslash. Material va usullar: 2020–2024 yillar rasmiy statistika maʼlumotlari hamda ona/perinatal oʻlim holatlari boʻyicha ekspert baholash shakllari tahlil qilindi; muassasa darajasi, yoʻnaltirish (marshrutlash) va vaqt kechikishlari kabi parametrlar kiritildi. Natijalar: onalar oʻlimining sezilarli qismi III darajadan tashqarida sodir boʻladi, kech va koʻp bosqichli koʻchirishlar uchraydi; asosiy sabablar — qon ketish, gipertenziv holatlar, sepsis va ekstragenital kasalliklar; perinatal yoʻqotishlar esa muddatidan oldin tugʻilish, gipoksiya/asfiksiya, infeksiyalar va tugʻma nuqsonlar bilan bogʻliq. Xulosa: shoshilinch akusherlik yordami tayyorgarligini standartlashtirish, xavfni erta stratifikatsiya qilish, yoʻnaltirish tizimini optimallashtirish va klinik auditni kuchaytirish zarur.

MATERNAL AND PERINATAL MORTALITY INDICATORS (2020–2024) AS A MANAGEMENT TOOL FOR OBSTETRIC CARE**J. A. Rizaev, A. I. Kamalov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Objective: to identify key organizational and managerial determinants associated with maternal and perinatal mortality and to substantiate priorities for quality management in obstetric services. Materials and methods: analysis of official statistics for 2020–2024 and expert case review forms with organizational and time-related parameters (facility level, referral pathways, delays in care). Results: a substantial proportion of maternal deaths occurs outside level III facilities, with late and multi-step transfers; leading maternal causes include hemorrhage, hypertensive disorders, sepsis and extragenital diseases, while perinatal losses are mainly linked to prematurity, hypoxia/asphyxia, infections and congenital anomalies. Conclusion: reducing preventable losses requires standardized readiness for emergency obstetric care, early risk stratification, optimized referral logistics and stronger clinical audit mechanisms with feedback across all levels.

Введение. Материнская и перинатальная смертность традиционно рассматриваются как интегральные индикаторы эффективности системы родовспоможения. При сопоставимых клинических рисках вариабельность показателей между территориями чаще отражает различия в организации помощи: своевременности выявления высокого риска, маршрутизации, готовности к неотложным состояниям и качества внутреннего контроля. Поэтому анализ причин и «точек срыва» с управленческих позиций является практической основой для планирования профилактических и организационных мероприятий.

В условиях Республики Узбекистан за последние годы была сформирована многоуровневая система родовспоможения, утверждены национальные клинические протоколы по ведению осложнённых беременностей и родов, внедрены современные методы интен-

сивной терапии и хирургических вмешательств. Однако сохранение случаев материнской и перинатальной смертности, а также выраженная региональная вариабельность показателей свидетельствуют о наличии системных дефектов организации медицинской помощи, не устраняемых исключительно клиническими мерами.

Таким образом, материнская и перинатальная смертность в настоящем исследовании рассматриваются не как результат индивидуальных клинических ошибок, а как следствие совокупных управляемых процессов, поддающихся анализу и коррекции в рамках организационно-функциональной модели.

Настоящая статья основана на анализе официальных статистических данных Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за период 2020–2024 гг., а также на специально разработанном инструментарии персонифицированного сбора информации по каждому случаю материнской и перинатальной смертности.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ официальных статистических данных по перинатальной смертности за 2020–2024 гг. и материалов экспертной оценки по случаям материнской и перинатальной смерти. В анализ включались организационно-временные параметры: уровень учреждения (I–III), факт и кратность перевода, временной интервал от поступления до начала специализированной помощи, а также соответствие клинической тактики действующим протоколам. Статистическая обработка носила описательный характер (абсолютные значения, доли, динамика).

Анализ динамики показывает отсутствие устойчивой нисходящей тенденции. После снижения показателя в 2021–2022 гг. в 2023 году зафиксирован рост интенсивного показателя на 14,4%, что свидетельствует о нестабильности достигнутых результатов. В 2024 году отмечено частичное снижение, однако показатель не достиг минимальных значений предыдущих лет.

Подобные колебания при наличии утверждённых клинических протоколов и организационной структуры указывают на неравномерность реализации управленческих решений на региональном и учрежденческом уровнях.

Одним из ключевых параметров организационного анализа является уровень лечебного учреждения, в котором пациентка находилась в момент развития жизнеугрожающего осложнения.

Таблица 1.

Динамика перинатальной смертности в Республике Узбекистан (2020–2024 гг.; показатель в промилле).

Год	Абс. число случаев	Показатель, промилле
2020	7 827	9,4
2021	8 206	9,2
2022	8 056	8,7
2023	8 175	8,5
2024	8 339	8,96

Результаты и обсуждение. За анализируемый период зарегистрировано 40 603 случая перинатальной смерти. Несмотря на относительное снижение показателя в 2022–2023 гг., в 2024 г. отмечен рост по сравнению с предыдущим годом, при сохранении высокого абсолютного числа потерь. Существенно, что более 60% перинатальных потерь формируются на антенатальном и интранатальном этапах, то есть до оказания специализированной неонатальной помощи. Это подчёркивает решающую роль качества антенатального наблюдения, своевременной госпитализации и правильного направления беременных.

Организационный анализ случаев материнской смерти показал, что значимая доля неблагоприятных исходов возникает вне учреждений III уровня: даже при наличии показаний к специализированной помощи пациенты нередко остаются на I–II уровнях до развития декомпенсации. Факт перевода между учреждениями отмечался более чем в половине наблюдений, при этом поздние и многоэтапные переводы сопровождалась потерей времени, ухудшением состояния и снижением эффективности интенсивной терапии. В структуре непосредственных причин материнских потерь ведущее место занимают акушерские кровотечения, тяжёлые гипертензивные осложнения беременности, септические состояния и экстрагенитальная патология; для перинатальных потерь характерно преобладание недоношенно-

сти, гипоксии/асфиксии, инфекций и врождённых пороков развития.

С позиции управления качеством ключевыми «управляемыми» детерминантами выступают: отсутствие ранней стратификации риска и недооценка «красных флагов», несвоевременная маршрутизация, транспортно-логистические ограничения и неполное внедрение протоколов. Концепция «трёх задержек» позволяет системно описать уязвимости: задержка обращения, задержка доставки и задержка получения адекватной помощи в учреждении. Усиление клинического аудита должно включать оценку предотвратимости, анализ временных интервалов, обратную связь в учреждения I–II уровня и контроль исполнения корректирующих мероприятий.

Заключение. Снижение материнской и перинатальной смертности требует не только клинических улучшений, но и последовательного управленческого воздействия на маршрутизацию, готовность к неотложным состояниям и качество исполнения протоколов. Приоритетными направлениями являются: (1) ранняя стратификация риска и проактивная госпитализация; (2) стандартизация готовности к неотложной акушерской помощи на I–III уровнях (алгоритмы, чек-листы, командное реагирование, доступность крови и компонентов); (3) оптимизация транспортно-логистической системы и телемедицинского сопровождения; (4) клинический аудит с мониторингом внедрения корректирующих мер.

Использованная литература:

1. Бабажанова Ш., Джаббарова Ю.К., Любич Н.И. Основные причины и структура материнской смертности по данным конфиденциального исследования в Республике Узбекистан. Медицинский журнал Узбекистана. 2018;6:64-66.
2. Бабажанова Ш.Д., Любич Н.И., Джаббарова Ю.К. Метод конфиденциального анализа критических ситуаций в акушерской практике: методические рекомендации. Ташкент; 2019. 42 с.
3. World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM. Geneva; 2012.
4. World Health Organization. Maternal death surveillance and response: technical guidance. Geneva; 2013.
5. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva; 2015.
6. World Health Organization. WHO safe childbirth checklist implementation guide. Geneva; 2015.
7. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva; 2016.
8. World Health Organization. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. Geneva; 2016.
9. World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva; 2016.
10. World Health Organization. Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation. Geneva; 2021.