



ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Турсунова Дилнура Акрам кизи
2. Саидмуродов Махмудали
Суратзода
3. Аширов Фаррухбек Азамат угли

Received 20th Nov 2023,
Accepted 28th Dec 2023,
Online 11th Jan 2024

¹ студентка 430 группы лечебного факультета, Самаркандский Государственный Медицинский Университет, г. Самарканд

² студент 428 группы лечебного факультета, Самаркандский Государственный Медицинский Университет, г. Самарканд

³ студент 321 группы лечебного факультета, Самаркандский Государственный Медицинский Университет, г. Самарканд

Abstract: Угроза прерывания беременности – самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках, когда происходит раскрытие цервикального канала и изгнание плодного яйца частично или целиком. Распространенность угрозы прерывания беременности составляет 17-26% от числа всех беременностей. Из них более 80% всех прерываний срока беременности наблюдается на первом триместре, так как формирующийся хорион представляет собой относительно легко преодолимый барьер для повреждающих факторов.

Прогноз исхода беременности, которая осложняется угрозой невынашивания из-за большой частоты этой патологии и высокого процента неблагоприятных исходов для матери и новорожденного, относится к одной из актуальных проблем современного акушерства. (1)

Цель исследования: оценить качество медицинской помощи, ее эффективность, выявить ошибки в диагностике и лечении женщин с угрозой прерывания беременности.

Key words: экспертиза, угроза прерывания беременности, качество медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Была проведена целевая экспертиза качества медицинской помощи беременным, находившимся на стационарном лечении в отделениях гинекологии Самарканда в 2023 году. Рабочей группой было проанализировано 120 историй болезней стационарных пациенток с кодом по МКБ-10-020 (угрожающий выкидыш).

В оценку процесса оказания медицинской помощи входило: сбор информации (расспрос, объективное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов); постановка диагноза (его формулировка и содержание), лечение (ее длительность и эффективность), содержание рекомендаций. Для дефектов, выявленных на каждом из этапов, определялись негативные следствия:

для социальных ресурсов, ресурсов здравоохранения, процесса оказания медицинской помощи.

Результаты исследования. Средний возраст изученных пациенток составил $30,2 \pm 0,65$ года. Преобладали повторно беременные женщины (71%), которые имели в анамнезе самопроизвольные выкидыши и медицинские аборты. Были выявлены наиболее типичные ошибки при сборе информации: некачественный сбор анамнеза – в 32,5% случаев ($n=39$); недостаточная оценка факторов риска акушерской патологии – в 45% случаев ($p=54$); невыполнение обязательных диагностических исследований (ультразвуковое исследование в первом триместре беременности) и цервикометрии во втором триместре – в 41,6% случаев ($n=50$).

Ошибками при проведении лечебных мероприятий были: отсутствие конкретного плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений болезни, состояния пациентки – в 57,5% ($p=69$); назначение терапии не в полном объеме – в 26,6% случаев ($p=32$); назначение лекарственных препаратов в условиях стационара без учета инструкций по применению лекарственных препаратов – в 65 % случаев ($n=78$); полипрагмазия – в 87,5 % случаев ($n=105$). Было выявлено включение в план лечения лекарственных препаратов, которые не включены в стандарты медицинской помощи и протоколы лечения в 63% случаев ($p=75$). Так, в случае кровянистых выделений из половых путей при поступлении в стационар с диагнозом на угрозу прерывания беременности, с целью остановки кровотечения пациенткам были назначены препараты, не имеющие доказательной базы (например, аминокaproновая кислота). Верным решением было бы назначить транексамовую кислоту с доказанной эффективностью.

Помимо этого, было выявлено назначение медикаментозных препаратов в условиях стационара без учета инструкции по их применению. Частота нарушения режима применения дидрогестерона составила 33,3 % ($n=40$). Согласно инструкции, при угрожающем выкидыше дидрогестерон назначается перорально в дозе 40 мг однократно, затем – по 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов. При назначении прогестерона натурального микронизированного не указывался путь его введения (внутрь или вагинально) в 25% случаев ($n=30$). Фолиевая кислота назначалась без указания дозы в 51,6 % случаев ($n=62$). Полипрагмазия (назначение от 6 до 10 наименований лекарственных средств без заключения врачебной комиссии) составила 93,3 % ($n=112$). В каждом случае ошибки носили множественный характер.

Во всех анализированных нами случаях, в ведении медицинской документации основной ошибкой являлись неполные рекомендации при выписке беременной, которые также отрицательно повлияли на качество эффективной медицинской помощи.

Заключение. В ходе данной экспертизы пришли к такому выводу, что основным наиболее перспективным путем решения проблемы по оптимизации медицинской помощи беременным и пациенткам гинекологического отделения, явилась разработка организационно-методических технологий по повышению эффективности стационарного ведения больных.

Необходимо правильный и полноценный сбор анамнеза пациентов, выполнение обязательных лабораторных и инструментальных исследований, проводить полноценное УЗИ органов малого таза и учитывать даже незначительные изменения при интерпретации данных результатов. Так как, правильно поставленный диагноз - это

верный путь к эффективному лечению и улучшению качества жизни пациентов.

Очень важно разработать правильный план лечения больных при первичном осмотре, назначать полноценную терапию без побочных воздействий и избегать полипрагмазии. Медикаментозные препараты необходимо назначать и применять в строгом порядке с требованием официальных инструкций (таких как, абсолютные и относительные показания, противопоказания, режимы по применению, дозировки, особые условия, список осложнений применения и побочных эффектов). Необходимо назначать лекарственные препараты, соответствующие государственным требованиям и стандартизациям.

Использованная литература:

1. Сидельникова, В. М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы / В. М. Сидельникова. – Москва: МЕДпресс-информ, 2011. – 219 с.
2. Старченко, А. А. Новые критерии оценки качества медицинской помощи: шаг по пути достижения баланса прав и законных интересов пациентов, медицинских работников и экспертов / А. А. Старченко // Здравоохранение. – 2015. – № 10. – С. 74–81.
3. Акушерство: национальное руководство / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, В. Е. Радзинский. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 189–207.
4. Зайдиква З.С., Прозоров В.В., Карапетян Т.Э. Прогестероновая поддержка при планировании беременности у женщин с высоким инфекционным риском // Русский медицинский журнал -2016 - Т.11.-С.25-28.
5. Миронов А.В., Давыдова И.Г., Горгидзе А.О. Отдаленные прогнозы лечения невынашивания в первом триместре беременности гестагенными препаратами// Вестник Российского университета дружбы народов. 2017г.- С. 140-146.