

**ГОТОВНОСТЬ ВРАЧЕЙ К ВЕДЕНИЮ НЕОТЛОЖНЫХ  
АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА 500  
СПЕЦИАЛИСТОВ**

**Камалов А.И.**

*Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан*

**Аннотация.** Цель исследования — оценить профессиональную и организационную готовность врачей к ведению неотложных акушерских состояний и выявить ключевые дефициты протокольного обеспечения и ресурсов. *Материалы и методы:* проведено одномоментное анкетирование 500 врачей, вовлечённых в оказание акушерской помощи (акушеры-гинекологи, семейные врачи и специалисты смежных профилей). Оценивались частота встречаемости критических ситуаций, наличие письменных алгоритмов, доступность основных лекарственных средств и компонентов крови, практика использования чек-листов и симуляционного обучения. *Результаты:* наиболее часто в практике встречались послеродовое кровотечение, преэклампсия/эклампсия и преждевременные роды; наличие письменных алгоритмов подтверждено не всеми респондентами, а доступность крови и её компонентов остаётся ограниченной. Чек-листы и симуляционное обучение применяются нерегулярно. *Заключение:* укрепление готовности требует унификации алгоритмов и маршрутов, обеспечения круглосуточного доступа к критически важным ресурсам, а также системного внедрения командных тренингов и клинического аудита.

**Ключевые слова.** неотложная акушерская помощь; опрос врачей; протоколы; алгоритмы; симуляционное обучение; чек-листы; ресурсы; маршрутизация.

**Введение.**

Критические акушерские состояния остаются ведущей причиной предотвратимых материнских потерь и тяжёлой перинатальной патологии. Даже при наличии клинических протоколов эффективность помощи в значительной степени определяется готовностью персонала к командному реагированию, доступностью алгоритмов у постели пациента и наличием ключевых ресурсов (лекарства, кровь и её компоненты, транспорт). Оценка практик и дефицитов на уровне медицинских работников позволяет обосновать управленческие решения, направленные на снижение рисков и сокращение задержек оказания помощи.

Цель исследования — оценить профессиональную и организационную готовность врачей к ведению неотложных акушерских состояний и выявить ключевые дефициты протокольного обеспечения и ресурсов.

**Материалы и методы исследования.**

Проведено одномоментное анкетирование 500 врачей, задействованных в оказании акушерской помощи, включая акушеров-гинекологов, семейных врачей и

специалистов смежных профилей. Оценивались: профессиональный профиль и стаж, опыт ведения неотложных ситуаций за последний год, наличие письменных алгоритмов (послеродовое кровотечение, тяжёлая преэклампсия/эклампсия, сепсис, шок), доступность лекарственных средств и крови/компонентов, порядок принятия решения о переводе, использование чек-листов и опыт симуляционного обучения. Данные представлены в виде абсолютных значений и долей.

**Таблица 1. Профессиональная характеристика респондентов (n=500)**

Показатель	Абс. (n)	%
Всего опрошено	500	100,0
Акушеры-гинекологи	307	61,4
Семейные врачи	143	28,6
Анестезиологи-реаниматологи	34	6,8
Терапевты и другие	16	3,2
Стаж < 5 лет	91	18,2
Стаж 5–9 лет	132	26,4
Стаж 10–19 лет	174	34,8
Стаж ≥ 20 лет	103	20,6

#### Результаты и обсуждение.

Большинство врачей сообщали, что в течение последнего года сталкивались как минимум с одним видом неотложных акушерских состояний. Наиболее часто упоминались послеродовые кровотечения (72,4%), преэклампсия/эклампсия (68,6%) и преждевременные роды (54,2%). С меньшей частотой отмечались предлежание плаценты (31,8%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (28,4%) и акушерский сепсис (22,6%), который остаётся одной из недооценённых причин неблагоприятных исходов.

Наличие письменных алгоритмов подтверждено не всеми респондентами: для ведения послеродового кровотечения о наличии алгоритма сообщили 61,8% врачей, для тяжёлой преэклампсии/эклампсии — 58,2%. Наиболее выраженный дефицит выявлен по акушерскому сепсису, где информированность о наличии алгоритма существенно ниже, чем по другим состояниям. Для ведения шока наличие алгоритмов отмечалось менее чем у половины опрошенных, что критично с учётом многофакторной природы шока (геморрагический, септический, анафилактический) и необходимости унифицированного командного ответа.

**Таблица 2. Самооценка доступности ключевых ресурсов в учреждениях (по данным опроса)**

Ресурс/препарат	Доступность, %
Утеротоники	82,6
Сульфат магния	79,4
Нифедипин	68,2
Метилдопа (допегит)	61,0

Инфузионные растворы	85,8
Антибиотики широкого спектра	76,4
Кровь и компоненты крови	44,8
Сурфактант	27,6

Ограниченная доступность крови и её компонентов (44,8%) рассматривается как один из наиболее существенных факторов риска при массивных кровотечениях, особенно в ночное время и выходные дни. В части управленческих решений о переводе пациентки преобладало принятие решения дежурным врачом (46,2%) или консилиумом (28,6%); многоуровневость согласований при отсутствии регламентированных временных границ может приводить к дополнительным задержкам.

Среди наиболее часто отмечаемых проблем врачи указывали позднее обращение пациенток (69,8%), отсутствие крови/компонентов (48,6%), дефицит препаратов (42,2%), транспортные задержки (39,4%), кадровую недостаточность (36,8%) и неясность протокольных требований (31,0%). Чек-листы для командной работы применяются ограниченно (около трети респондентов), а симуляционное обучение по неотложным акушерским ситуациям проходили менее трети врачей; при этом значимая часть обучавшихся проходила тренинги более трёх лет назад, что указывает на необходимость регулярности и стандартизированного обновления навыков.

### **Заключение.**

Результаты опроса демонстрируют, что высокая частота критических ситуаций в повседневной практике сочетается с неоднородностью протокольного обеспечения и ограничениями по ключевым ресурсам. Для повышения готовности к неотложной акушерской помощи целесообразно: (1) обеспечить визуализированные письменные алгоритмы и чек-листы по ключевым состояниям во всех учреждениях; (2) регламентировать временные пороги эскалации и перевода с чёткими маршрутами на II–III уровни; (3) обеспечить круглосуточную доступность крови и компонентов, а также критически важных препаратов; (4) внедрить регулярные командные симуляционные тренинги (кровотечение, гипертензивные кризы, сепсис, шок) с последующим аудитом показателей.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.**

1. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva; 2016.
2. World Health Organization. WHO safe childbirth checklist implementation guide. Geneva; 2015.
3. World Health Organization. Maternal death surveillance and response: technical guidance. Geneva; 2013.



4. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva; 2015.
5. World Health Organization. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. Geneva; 2016.
6. World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM. Geneva; 2012.
7. World Health Organization. Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation. Geneva; 2021.
8. Бабажанова Ш.Д., Любчик Н.И., Джаббарова Ю.К. Метод конфиденциального анализа критических ситуаций в акушерской практике: методические рекомендации. Ташкент; 2019. 42 с.
9. Любчик А.С. Достижения и перспективы перинатальной службы в Республике Узбекистан. Журнал теоретической и клинической медицины. 2019;5:11-13.

