

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ- КЛЮЧЕВОЙ ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Камалов А.И.

*Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан*

Аннотация. Цель исследования - оценить доступность и качество антенатальной помощи, а также выявить ключевые организационные ограничения, влияющие на своевременность наблюдения и полноту консультирования. Материалы и методы: проведено анкетирование 1000 беременных женщин 15-49 лет, обратившихся в учреждения акушерско-гинекологической службы (поликлиники, перинатальные центры, родильные комплексы, частные клиники) в 2024-2025 гг. Результаты: у 31,1% женщин отмечена поздняя постановка на учет; лишь 59,6% знали нормативные требования к частоте визитов. Консультирование носило фрагментарный характер: признаки опасных состояний подробно разъяснялись только 46,8% респонденток; 46,9% указывали на дефицит времени для общения с врачом. С платными услугами сталкивались 38,7% опрошенных, а негативную оценку качества помощи (полностью/скорее не удовлетворены) дали 26,9%. Заключение: выявленные организационные разрывы требуют усиления пациент-ориентированного консультирования, стандартизации информационных блоков по триместрам, улучшения доступности записи и укрепления преемственности между семейным врачом и акушер-гинекологом.

Ключевые слова. антенатальная помощь; доступность; качество; организация наблюдения; консультирование; удовлетворенность; беременность

Введение. Антенатальная помощь является ключевым инструментом профилактики осложнений беременности и неблагоприятных перинатальных исходов. При высокой формальной охватности наблюдением эффективность системы во многом определяется временем постановки на учет, регулярностью визитов, качеством консультирования и доступностью маршрутизации. Оценка пациентских мнений позволяет выявить скрытые организационные барьеры и точки для улучшения.

Материалы и методы исследования. Проведено одномоментное анкетирование 1000 беременных женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих на учете или наблюдавшихся в поликлиниках, перинатальных центрах, родильных комплексах и частных медицинских организациях. Опрос выполнен в 2024-2025

гг. Анкета включала блоки, отражающие сроки постановки на учет, организацию наблюдения, качество консультирования, взаимодействие с медицинскими работниками и общую удовлетворенность медицинской помощью. Статистическая обработка носила описательный характер (доли, абсолютные значения).

Таблица 1.

Характеристика выборки (n=1000)

Показатель	Значение, % (n)
Возраст 20-24 года	24,6% (246)
Возраст 25-29 лет	32,1% (321)
Возраст 30-34 года	25,4% (254)
Возраст ≥ 35 лет	11,3% (113)
Возраст <19 лет	6,6% (66)
I триместр на момент опроса	34,8% (348)
II триместр на момент опроса	39,6% (396)
III триместр на момент опроса	25,6% (256)
Проживание: сельская местность	60,9% (609)
Проживание: город	39,1% (391)
Первая беременность	36,4% (364)
Вторая беременность	31,2% (312)
Третья беременность	19,1% (191)
Четвертая и более	13,3% (133)

Результаты и обсуждение. Преобладали женщины оптимального репродуктивного возраста, а также пациентки из сельской местности. По месту наблюдения 72,8% респонденток состояли на учете в поликлиниках по месту жительства, 14,6% наблюдались на уровне межрайонных/специализированных учреждений, 9,3% - в частном секторе, 3,3% использовали комбинированную модель. Информированность о специалистах была неполной: акушер-гинеколога знали 61,4%, тогда как семейного врача - 52,7%, что указывает на недостаточную интеграцию семейной медицины в ведение беременности.

Таблица 2.

Организационные показатели антенатального наблюдения и консультирования

Индикатор	Значение, % (n)
Постановка на учет до 12 недель	68,9% (689)
Постановка на учет 12-20 недель	21,7% (217)
Постановка на учет после 20 недель	9,4% (94)
Знают норматив по частоте визитов	59,6% (596)

Правильно указали рекомендуемое число визитов	41,3% (413)
Фактические визиты 1-3	26,8% (268)
Фактические визиты 4-7	45,2% (452)
Фактические визиты ≥ 8	28,0% (280)
Опасные признаки объяснены подробно	46,8% (468)
Дефицит времени на общение с врачом	46,9% (469)
Сталкивались с платными услугами	38,7% (387)
Негативная оценка качества (полностью/скорее не удовлетворены)	26,9% (269)

Сроки первой явки остаются ключевой «точкой потерь»: поздняя постановка на учет (31,1%) снижает возможности раннего выявления анемии, гипертензивных расстройств и других факторов риска, а также уменьшает профилактический потенциал I триместра. Дополнительным ограничением выступает дефицит информирования: только половина женщин получали полные рекомендации по питанию и приему микронутриентов, а алгоритм обращения за неотложной помощью часто не разъяснялся в достаточном объеме. Организационная нагрузка на первичное звено проявлялась в недостатке времени консультации и трудностях записи, что косвенно влияет на приверженность и удовлетворенность. Наличие платных услуг у значимой доли пациенток может формировать скрытые финансовые барьеры и усиливать неравенство доступа.

Заключение. Опрос 1000 беременных выявил, что при высоком формальном охвате наблюдением сохраняются организационные факторы риска: поздняя постановка на учет, неполная информированность о режиме наблюдения, фрагментарное консультирование по опасным симптомам, дефицит времени общения и наличие финансовых барьеров. Для повышения эффективности антенатальной помощи целесообразны: 1) стандартизация консультационных блоков по триместрам (питание, микронутриенты, «красные флаги», план действий), 2) улучшение механизмов записи и маршрутизации, особенно для сельского населения, 3) укрепление преемственности между семейным врачом и акушер-гинекологом с четким распределением ролей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.

2. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: WHO; 2016.
3. Tunçalp Ö., Pena-Rosas J.P., Lawrie T., et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: going beyond survival. *BJOG*. 2017;124(6):860-862.
4. Kruk M.E., Gage A.D., Arsenault C., et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*. 2018;6:e1196-e1252.
5. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748.
6. Hodnett E.D. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (7):CD003766.
7. Lassi Z.S., Salam R.A., Das J.K., et al. Essential interventions for maternal, newborn and child health: an overview of the evidence. *Nutrients*. 2014;6(11):4837-4861.
8. Локальные протоколы и клинические рекомендации по ведению беременности (внутренний документ учреждения), 2024-2025.