

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕЖРАЙОННОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Джаббаров Ю.К.¹, Умурзаков С.М.², Мамажонов З.Г.³, Исмаилова Ш.Т.⁴

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт,

² Ферганский медицинский институт общественного здоровья,

³ Кокандский межрайонный перинатальный центр,

⁴ Среднеазиатский медицинский университет, г.Фергана

XULOSA

Maqolada O'zbekiston Respublikasida onalik va bolalikni muhofaza qilishning uch pog'onali tizimini isloh qilish doirasida tashkil etilgan Qo'qon tumanlararo perinatal markazi faoliyatining shakllanish bosqichlari va asosiy ko'rsatkichlarini aks ettiruvchi klinik-statistik tadqiqot natijalari keltirilgan. Aholining akusherlik va neonatologik kasallanishi, operativ tug'ruq usullarining tuzilmasi, muddatidan oldin tug'ilish holatlari va past hamda nihoyatda past tana vaznli chaqaloqlarning omon qolish darajasi tahlil qilindi. Kesarcha kesishning asosiy ko'rsatkichlari murakkab akusherlik- ginekologik anamnez va bachadondagi chandiqlarning yetishmovchiligi bo'ldi. Xavfli holatlar bilan homiladorlik holatlari yuqori bo'lishiga qaramay, perinatal o'lim ko'rsatkichlari barqaror bo'lib qoldi. Olingan natijalar yangi tashkil etilgan tumanlararo perinatal markazlar faoliyatining samaradorligini va hududlarda ixtisoslashtirilgan perinatal yordamni yanada takomillashtirish zarurligini tasdiqlaydi.

Kalit so'zlar: perinatal yordam, tumanlararo perinatal markaz, muddatidan oldin tug'ilish, kesarcha kesish, chaqaloqlar tirik qolish darajasi, perinatal o'lim.

Перинатальная охрана плода и новорожденного представляет собой комплекс ante- и интранатальных мероприятий, а также организацию медицинской помощи новорожденным, направленных на снижение перинатальной заболеваемости и смертности, улучшение исходов беременности и укрепление здоровья младенцев. В большинстве стран мира успешная реализация этих задач достигается за счёт интеграции усилий акушерской, терапевтической и педиатрической служб [10].

В Республике Узбекистан становление перинатальной медицины началось около 29 лет назад. Важным этапом стало открытие в 1996 году городского перинатального центра в Ташкенте, а затем – Республиканского перинатального центра в 2002 году. Существенный вклад в организацию перинатальной помощи внесла заслуженный врач Республики Узбекистан А.С. Любчик [5]. В 2010 году, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 378 «Об организации перинатальных центров и мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности учреждений ро-

SUMMARY

This article presents a clinical and statistical study reflecting the development stages and key performance indicators of the Kokand Interdistrict Perinatal Center, established within the framework of the three-tier maternal and child healthcare reform in the Republic of Uzbekistan. The study analyzes obstetric and neonatal morbidity, the structure of operative delivery, the frequency of preterm births, and the survival rate of newborns with low and extremely low birth weight. The main indications for cesarean section were a complicated obstetric and gynecological history and uterine scar failure. The perinatal mortality rate remained stable despite a high proportion of pregnancies with risk factors. The results confirm the effectiveness of the newly established interdistrict perinatal centers and the need for further improvement of specialized perinatal care in the regions.

Keywords: perinatal care, interdistrict perinatal center, preterm birth, cesarean section, neonatal survival, perinatal mortality.

довспоможения» [6], были созданы Республиканский перинатальный центр Республики Каракалпакстан и 12 областных перинатальных центров. Следующим важным шагом стало развитие сети учреждений третьего уровня: в 2021 году было организовано 71 специализированное учреждение, включая 46 межрайонных перинатальных центров [7]. Эти центры обеспечивают ведение беременных с тяжёлой соматической и акушерской патологией, а также с пороками развития плода, требующими хирургической коррекции.

Опыт работы Республиканского перинатального центра [1,4,8,9,13] и Ферганского областного перинатального центра [3] был освещён в наших предыдущих публикациях. Однако состояние акушерско-неонатологической помощи во вновь организованных межрайонных перинатальных центрах до настоящего времени остаётся недостаточно изученным в отечественной научной литературе. Анализ деятельности этих учреждений, включая оценку ключевых перинатальных показателей, представляется важным направлением для определения эффективных стратегий

совершенствования специализированной медицинской помощи женщинам и новорождённым.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить основные качественные и количественные показатели деятельности в период становления перинатальной службы на примере Кокандского межрайонного перинатального центра.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведён клинико-статистический анализ годовых отчётов Кокандского межрайонного перинатального центра (МПЦ), включавший следующие параметры: общее количество родов, частота преждевременных родов, структура соматической и акушерской патологии у беременных, показатели оперативной активности (в том числе частота кесарева сечения и показания к оперативному родоразрешению), выживаемость новорождённых, показатели перинатальной и материнской смертности.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Организационные достижения межрайонного перинатального центра. Кокандский МПЦ был организован в соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан от 28 июля 2021 года № ПП–5199 «О мерах по дальнейшему совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи в сфере здравоохранения», Постановлением Министерства здравоохранения от 14 декабря 2022 года № 325 «Об организации деятельности межрайонных перинатальных центров», а также на основании приказа Ферганского областного управления здравоохранения № 200 от 20 декабря 2022 года. Целью создания центра стало обеспечение эффективной перинатальной и неонатальной помощи женщинам и новорождённым в регионе. С 1 января 2023 года центр начал функционировать на базе Кокандского городского родильного комплекса.

В рамках организационных мероприятий было утверждено Положение о деятельности межрайонного перинатального центра, сформирована организационная структура. Согласно действующим нормативным актам, в центр направляются беременные группы высокого и среднего риска сроком 32 недели и более из г. Коканда, а также из Дангаринского, Учкуприкского и Узбекистанского районов. В учреждении оказывается специализированная помощь беременным, роженицам и новорождённым, включая выхаживание недоношенных и больных детей, а также экстренная и неотложная помощь.

Параллельно проведена инвентаризация материально-технической базы, обновлены официальные документы и бланки учреждения.

Согласно Постановлению Президента Республики Узбекистан от 25 апреля 2022 года № ПП–216 «Об усилении охраны материнства и детства в 2022–2026 годах», с 1 января 2023 года в структуре МПЦ организовано отделение реанимации новорождённых на 6 коек, с последующим расширением до 12 коек с 2024 года.

Развитие клинической инфраструктуры и кадрового потенциала. В отделении реанимации и анестезиологии для взрослых на 6 коек организованы две штатные должности врача-анестезиолога-реаниматолога; обеспечено круглосуточное дежурство врачей данной специальности. В приёмном отделении введена должность дежурного врача-гинеколога.

В рамках проекта «Доверие-2030» был проведён капитальный ремонт родильных залов, отделений реанимации для взрослых и новорождённых, отделения интенсивной терапии. Все обновлённые помещения прошли одобрение международных экспертов.

С 1 января 2024 года введена в эксплуатацию новая кислородная станция. В том же году за счёт внутренних ресурсов сформирована должность врача-гематолога, что позволило организовать квалифицированное лечение беременных и рожениц с тяжёлой анемией.

Для пациентов в критическом состоянии обеспечен доступ к круглосуточным онлайн-консультациям с ведущими специалистами региона. Налажена система профессионального взаимодействия и обмена информацией через специализированные телеграм-каналы: «Врачи акушерского комплекса МПЦ», «Неонатологи Коканда», «Женский консультационный центр».

Структура и оснащение учреждения. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №151 от 28 июня 2021 года структура Кокандского МПЦ включает следующие подразделения: администрация: директор, два заместителя, отдел кадров, статистический отдел, хозяйственный отдел и др.; клинико-биохимическая лаборатория, стационарные отделения: акушерские отделения №1 – 45 коек и №2 – 40 коек; отделение патологии беременности – 20 коек; гинекологическое отделение – 20 коек; отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) для взрослых – 6 коек, а также педиатрический блок: отделение выхаживания недоношенных новорождённых – 25 коек; отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых – 12 коек. Организовано хозрасчётное гинекологическое отделение – 25 коек.

Анализ кадрового состава показал, что в центре работают: акушеров-гинекологов – 22, из них 15 имеют высшую квалификационную категорию; неонатологов – 13, из них 12 – с высшей категорией; анестезиологов-реаниматологов – 5, из них 2 – с высшей категорией.

Анализ акушерской помощи. Динамика количества родов в межрайонном перинатальном центре представлена на рисунке 1.

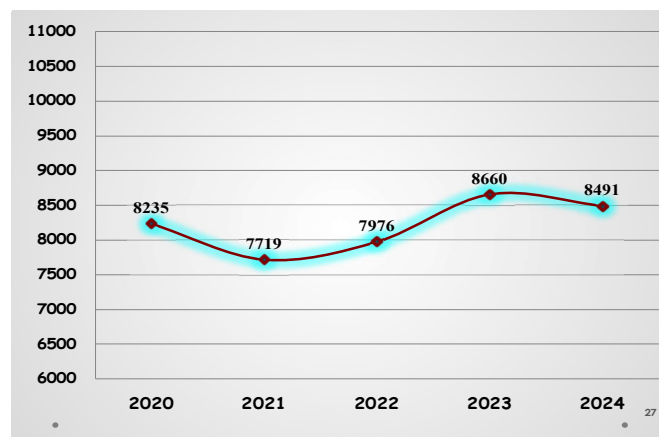


Рис. 1. Количество родов в Кокандском межрайонном перинатальном центре, (абс. число).

Анализ отчетных данных (рис. 1) показывает, что в среднем ежегодно в Кокандском МПЦ принимается около 8200 родов, при этом в последние два года наблюдается рост: 8660 родов в 2023 году и 8491 – в 2024 году. По структуре преждевременные роды составили 3,0%, из них: в сроке 22–27 недель – 0,27%, 28–31 недели – 0,27%, 32–36 недель – 2,43%. Таким образом, частота поступления женщин с недонашиванием в центр остаётся на относительно низком уровне, что может быть обусловлено эффективным функционированием амбулаторной и доврачебной службы, а также направлением беременных в сроки 22-31 недели в Ферганский областной перинатальный центр (ФОПЦ).

Патологические роды составили 43,3% от общего числа. Среди рожениц зарегистрированы следующие соматические заболевания: железодефицитная

анемия (ЖДА) – у 33,4%, в том числе тяжёлой степени – у 6,0%, эндемический зоб – у 9,0%, ожирение – у 6,2%, заболевания почек – у 34,3%, хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) – у 2,1%, патология печени – у 2,0%.

Течение беременности было осложнено преэклампсией в 5,3% случаев в 2023 году и 7,0% – в 2024 году. Из них: тяжёлая преэклампсия – 2,8% (2023 г.) и 3,3% (2024 г.), умеренная преэклампсия – 2,5% и 3,7%, соответственно. Эти показатели подтверждают, что центр выполняет функции перинатального учреждения второго уровня, поскольку пациентки с тяжёлой патологией направляются для родоразрешения в ФОПЦ.

Частота кесарева сечения в МПЦ за 2020–2024 гг. представлена на рис. 2.

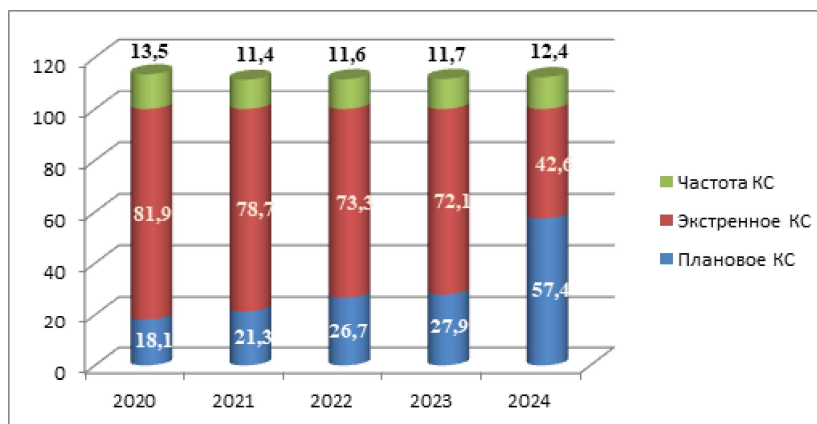


Рис. 2. Частота и характер кесарева сечения в Кокандском межрайонном перинатальном центре, %.

Из данных рисунка 2 следует, что общая частота оперативного родоразрешения в МПЦ находится на стабильном уровне и составила 12,4% в 2024 году, что соответствует рекомендациям ВОЗ [15]. Отмечается чёткая тенденция к снижению доли экстренных кесаревых сечений – с более 75% в 2020–2023 гг. до 42,6% в 2024 г. – за счёт увеличения плановых операций (57,4% в 2024 г.). Известно, что риск послеоперационных осложнений и материнской смертности значительно возрастает при выполнении экстренного

кесарева сечения. Поэтому тенденция к росту доли плановых операций должна расцениваться как позитивный результат организационной и клинической работы центра, обеспечивающий улучшение исходов для матери и ребёнка.

Интерес представляют показания к КС, которые представлены в табл. 1.

Анализ показаний к кесареву сечению (табл. 1) показал, что наиболее частым показанием к абдоминальному родоразрешению в 2023 году являлась не-

состоятельность рубца на матке после предыдущего кесарева сечения – в 47,0% случаев. На втором месте – преэклампсия/ эклампсия (10,2%), на третьем – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (9,0%). Среди других показаний отмечены тазово-головная диспропорция, миопия высокой степени, тазовое предлежание, двойни, бесплодие в анамнезе (ЭКО), а также угрожающее

состояние плода, в том числе фетоплацентарная недостаточность III степени и острый дистресс плода. Следует отметить, что данные нашего анализа согласуются с результатами, представленными в литературе, согласно которым рубец на матке остаётся наиболее частым показанием к повторному кесареву сечению [2,11,12,14].

Таблица 1

Показания к абдоминальному родоразрешению в Кокандском межрайонном перинатальном центре, (абс., %)

Показания	2023 г.	
	n	%
Рубец на матке	438	47,0
Преэклампсия/эклампсия	95	10,2
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	84	9,0
Тазово-головная диспропорция	59	6,3
Тазовое предлежание	62	6,7
Угрожающее состояние плода (ФПН III, «О» кровоток, острый дистресс)	36	3,9
Миопия высокой степени	31	3,3
Двойня	22	2,2
Поперечное положение плода	15	1,6
ЭКО	15	1,6
Заболевания сердца	0	0

За последние два года в центре не зарегистрировано случаев материнской смертности, что также свидетельствует о положительных тенденциях в организации акушерской помощи.

Показатели неонатальной помощи.

В 2023 году в Кокандском МПЦ родились 8742 новорождённых, из них 8506 – живыми. В 2024 году – 8569 родов, из которых 8434 ребёнка родились живыми.

Таблица 2

Исход новорожденных в зависимости от гестационного срока в Кокандском межрайонном перинатальном центре, 2024 г. (абс., %)

Исход	22-25 нед n=33	26-31 нед n=23	32-36 n=208	37 нед+n=8305	Всего n=8569	
					абс.	%
Аntenатальная смерть	23	8	9	44	74	0,86
Интранатальная смерть	7	8	11	35	61	0,71
Родились живыми	3	7	188	8236	8434	98,42
Ранняя неонатальная смерть	1	1	7	7	16	0,19
Поздняя неонатальная смерть	1	0	6	2	9	0,11
Перинатальная смертность	21	17	27	86	151	1,76
Выписаны живыми	1	6	175	8226	8408	98,12

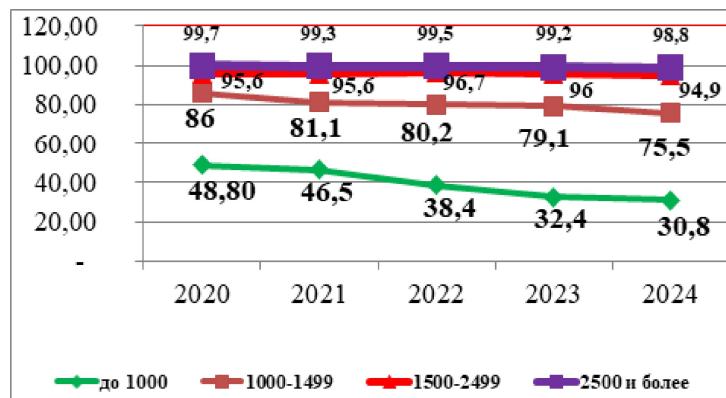


Рис. 3. Выживаемость новорожденных с учетом весовой категории в Кокандском межрайонном перинатальном центре, %.

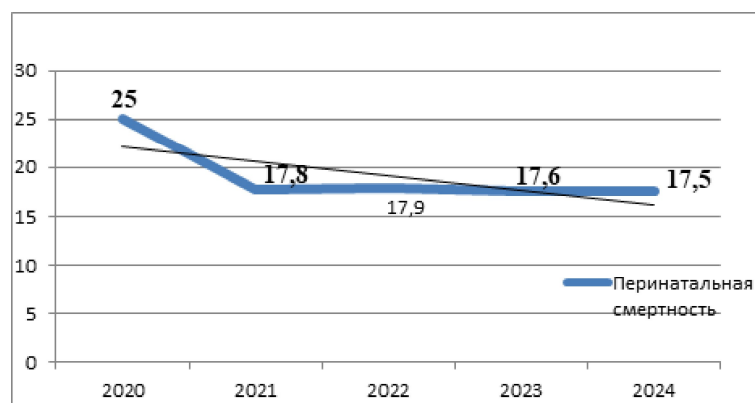


Рис. 4. Динамика перинатальной смертности в Кокандском межрайонном перинатальном центре, %

Выживаемость новорождённых в зависимости от массы тела (рис.3) в 2024 году составила: при чрезвычайно низкой массе тела (<1000 г) – 30,8%, при очень низкой массе тела (1000–1499 г) – 75,5%, при низкой массе тела (1500–2499 г) – 94,5%. Эти данные отражают устойчивое повышение качества выхаживания недоношенных детей и эффективность функционирования отделения неонатальной реанимации.

Динамика перинатальной смертности представлена на рис. 4. Из данных рис. 4 следует, что перинатальная смертность в 2023 г. составила 175‰ и в 2024г - 176‰.

Первое место занимает неонатальная смертность. Основной причиной неонатальных потерь были синдром дыхательных расстройств (62,5%), инфекция (31,2%) и врожденные пороки развития (6,2%).

ВЫВОДЫ

Кокандский (ФОПЦ) функционирует в соответствии с современными организационно-методическими принципами, обеспечивая наблюдение, родоразрешение и выхаживание пациенток с тяжёлой соматической и акушерской патологией, однако уровень преждевременных родов на начальном этапе еще довольно низок (3%). Частота кесарева сечения находится на оптимальном уровне (12,4%). Основным показанием к абдоминальному родоразрешению является несостоятельность рубца на матке после предыдущего кесарева сечения (47%), что соответствует международным и национальным трендам в акушерской практике. Результаты проведенного анализа подтверждают рациональность организации межрайонного перинатального центра в условиях высокой рождаемости данного региона, а также необходимость дальнейшего мониторинга, развитие кадрового и технического укрепления учреждения, повышение уровня качества оказываемой перинатальной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асадова Г.А., Джаббарова Ю.К. Современное медико-организационное состояние перинатальной службы в Узбекистане // Педиатрия. – 2022. – № 1. – С. 2–4.
2. Бадаева А.А. Динамика частоты кесарева сечения по Тульской области за 2000–2010 гг.: мультицентровое ретроспективное исследование // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1. – Электронный ресурс. – URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4991.pdf> (дата обращения: 11.12.2014).
3. Джаббарова Ю.К., Умурзаков С.М., Суяркулова М. Характеристика акушерской помощи в региональном перинатальном центре // Journal of Reproductive Health and Uro-Nephrology Research. – 2024. – № 3. – С. 49–54.
4. Джаббарова Ю.К., Уринбаева Н.А., Искандерова Ш.Т., Умурзаков С.М., Джаббарова Л.А. Основные достижения перинатальной помощи в Республике Узбекистан // Евроазиатский вестник педиатрии. – 2024. – № 3(21). – С. 4–12.
5. Любич А.С. Достижения и перспективы перинатальной службы в Республике Узбекистан // Журнал теоретической и клинической медицины. Материалы 1-й науч.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальные проблемы перинатальной медицины», 9–10 окт. 2019 г. – Ташкент, 2019. – № 5. – С. 11–13.
6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 378 от 2010 г. «Об организации перинатальных центров и мерах по дальнейшему совершенствованию деятельности учреждений родовспоможения».
7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 151 от 28.06.2021 г. «О целевом направлении перинатальной медицинской службы в Республике Узбекистан».
8. Умурзаков С.М., Джаббарова Ю.К. Эпидемиологические аспекты перинатальной помощи в Узбекистане // Материалы Респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы микробиологии и фармакологии». – Ташкент, 2025. – С. 149–151.
9. Уринбаева Н.А., Мухамедова У.Ю., Джаббарова Ю.К., Фазылова А.Ш. Эффективность работы консультативно-диагностической поликлиники Республиканского перинатального центра // Новый день в медицине. – 2021. – № 3(35/1). –

- С. 453–455.
10. Шабалов Н.П. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2004.
 11. Betrán A.P., Ye J., Moller A.B., Zhang J., Gülmezoglu A.M., Torloni M.R. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990–2014 // PLoS ONE. – 2016. – Vol. 11(2). – e0148343.
 12. Robson M.S., Hartigan L., Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2013. – Vol. 27, № 2. – P. 297–308.
 13. Umurzakov S.M., Djabbarova Y.K., Urinbaeva N.A., Sydikov A.A. Assessment of the effectiveness of using innovative methods in perinatal care // Journal of Education and Scientific Medicine. – 2025. – Vol. 1, № 5. – P. 715–720. – URL: <https://journals.tma.uz/index.php/jesm>
 14. Wang C.P., Tan W.C., Kanagalingam D., et al. Why we do caesars: a comparison of the trends in caesarean section delivery over a decade // Ann. Acad. Med. Singapore. – 2013. – Vol. 42, № 8. – P. 408–412.
 15. WHO Statement on Caesarean Section Rates. – Geneva: World Health Organization, 2015. – (WHO/RHR/15.02).

УДК: 618.2-089:614.2:001.89(575.1)

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР: НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ИТОГИ И ВКЛАД В ОХРАНУ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Джаббарова Ю.К.^{1,2}, Уринбаева Н.А.^{1,2}, Эргашев Б.Б.¹, Мухамедова У.Ю.¹,
Уринбаева Д.А.¹, Дусмуродова М.О.¹

¹ Республиканский перинатальный центр,

² Ташкентский государственный медицинский университет

XULOSA

Maqolada O'zbekistonda 2002 yilda tashkil etilgan Respublika perinatal markazining (RPM) shakllanishi va rivojlanish bosqichlari yoritilgan. 2003–2024 yillar davomidagi tashkiliy, texnologik va ilmiy yutuqlar bo'yicha klinik- tahliliy tahlil o'tkazildi. RPM faoliyatining asosiy yo'nalishlari ko'rsatib o'tildi: akusherlik, ginekologiya va neonatologiyada innovatsion diagnostika va davolash usullarini joriy etish; yangi tug'ilgan bolalar uchun ixtisoslashtirilgan jarrohlik amaliyotini rivojlantirish; perinatal va neonatologik audit tizimlarini yo'lga qo'yish; malakali mutaxassislar tayyorlash va ilmiy- tadqiqot ishlarini amalga oshirish. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning omon qolish ko'rsatkichlari, perinatal o'lim darajasi dinamikasi va erta neonatal o'lim sabablari tuzilmasi yoritilgan. RPM mamlakatda perinatal tibbiyot sohasidagi yetakchi muassasa sifatida ta'kidlanadi.

Kalit so'zlar: perinatal markaz, innovatsion texnologiyalar, ilmiy faoliyat, neonatologik jarrohlik.

Перинатальная медицина как самостоятельное направление сформировалась относительно недавно, однако уже стала фундаментом для улучшения здоровья будущих поколений. Её истоки восходят к 1973 году, когда на VII Всемирном конгрессе Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) было принято определение перинатального периода: от 22 полных недель (154

SUMMARY

The article presents the main stages in the establishment and development of the Republican Perinatal Center (RPC) in Uzbekistan, which was opened in 2002. A clinical-analytical assessment of the center's organizational, technological, and scientific achievements over the period 2003–2024 is provided. The key areas of RPC activity are highlighted, including the implementation of innovative diagnostic and treatment methods in obstetrics, gynecology, and neonatology; the development of specialized neonatal surgery; the introduction of perinatal and neonatal audit systems; the training of qualified medical personnel; and scientific research. The article presents data on neonatal survival rates, trends in perinatal mortality, and the structure of early neonatal mortality causes. The RPC is emphasized as a leading national institution in the field of perinatal medicine.

Keywords: perinatal center, innovative technologies, scientific research, neonatal surgery.

дня) беременности до семи полных суток после рождения. Это определение позже было включено в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). В 1976 году было учреждено Европейское научное общество перинатологов, ставшее важной вехой в становлении отрасли.

С начала XXI века приоритет в перинатальной медицине сместился с одной лишь борьбы с