

УДК 618.3-06:616.12-008.331.1(470.3)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Л.А. Дубиская¹, И.Е. Мишина¹, О.В. Лобанова², Ш.Б. Баранов¹, Л.Б. Брагина¹, А.Г. Филинов¹¹ Ивановская государственная медицинская академия (153462 г. Иваново, пр-т Ф. Энгельса, 8),² Родильный дом № 1 (153003 г. Иваново, ул. Ленинградская, 3/16)*Ключевые слова: беременность, артериальная гипертензия, факторы риска, алгоритмы диагностики и реабилитации.*

Приведены результаты социально-гигиенического исследования факторов риска артериальной гипертензии у беременных. Описаны индикаторы риска, предложены изменения в системе оказания лечебно-диагностической и реабилитационной помощи женщинам с артериальной гипертензией. В результате научно-организационного эксперимента общий показатель материнской летальности составил 18,8 на 100 000 детей, родившихся живыми, показатель младенческой смертности по области – 7,8%, перинатальной смертности – 9,3%. Снизилась и смертность детей до 1 года по причинам, связанным с перинатальным периодом у женщин с артериальной гипертензией.

Актуальность социально-гигиенического исследования артериальной гипертензии (АГ) у беременных обусловлена ее широкой распространенностью среди женщин репродуктивного возраста, увеличением частоты гипертензивного синдрома при беременности, а также высоким риском перинатальных осложнений [1, 2, 4, 7]. Наблюдение за пациентками с хронической АГ и гестационной гипертензией осуществляется в настоящее время в соответствии с приказами МЗ РФ № 4 от 20.01.2003 г. «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в РФ» и № 50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» [6]. В них при анализе достижений и недостатков медпомощи беременным с АГ сделан вывод, что существующая система и процесс диспансерного учета нуждаются в изменении и обновлении в соответствии с новыми технологиями, обеспечивающими лучшие результаты.

Цель настоящей работы: на основании комплексного социально-гигиенического исследования разработать предложения по совершенствованию системы оказания лечебно-диагностической помощи женщинам с АГ в период беременности и родов.

Материал и методы. Изучались образ жизни, социальный статус и медико-биологические характеристики женщин с АГ. Проводилось анкетирование пациенток, врачей акушеров-гинекологов, терапевтов, врачей общей практики и кардиологов. Использовался метод экспертных оценок.

На первом этапе был предпринят ряд мер для организации научно-практического эксперимента:

- издан приказ управления здравоохранения города совместно НИИ материнства и детства им.

Дубиская Лариса Алексеевна – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного и послевузовского профессионального образования ИвГМА; тел.: 8 (4932) 37-22-03

В.Н. Городкова и ИвГМА «О создании системы оказания лечебно-диагностической и реабилитационной помощи женщинам с гипертензивным синдромом в период беременности и родов в г. Иваново»;

- определены пилотные учреждения – женские консультации, поликлиники города, областной кардиологический диспансер.

На втором этапе изучены особенности состояния здоровья и факторы риска развития АГ в популяции беременных г. Иваново.

Материал для анализа получен путем выкопировки из базы данных мониторинга беременных и родильниц г. Иваново за 2006–2007 гг., что позволило получить сведения о социально-гигиенических и медико-биологических характеристиках беременных: возраст, образование, семейное положение, профессия, условия жизни, физическое здоровье, репродуктивное поведение, влияние вредных факторов на течение беременности и состояние плода. Анализ указанных факторов проведен в общей популяции беременных (3542 человека) и в группе беременных с АГ различного генеза (675 человек).

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. При взятии на учет по беременности среди 675 женщин, имевших факторы риска АГ, удельный вес лиц старшего возраста, женщин с III группой здоровья и высокой степенью риска перинатальной и материнской патологии имело статистически существенные отличия от общепопуляционных показателей (табл. 1).

Частота реализации риска акушерской и перинатальной патологии в родах в исследуемых группах также имела достоверные различия. Методом нормирующих интенсивных показателей определен прогноз риска АГ. Индикаторами здесь явились следующие факторы:

- возраст старше 35 лет;
- вредные привычки у матери;
- неблагополучие в семье, неполная семья, неудовлетворительное финансовое обеспечение, безработица;

Таблица 1

Данные мониторинга беременных и родильниц в г. Иваново, %

Показатель	Группа риска АГ (n=675)	Общая популяция (n=3542)
Возраст старше 35 лет	8,1	6,2
Группа здоровья III	94,3	70,8
Риск перинатальной патологии	79,1	62,3
Риск материнской патологии	92,2	71,0

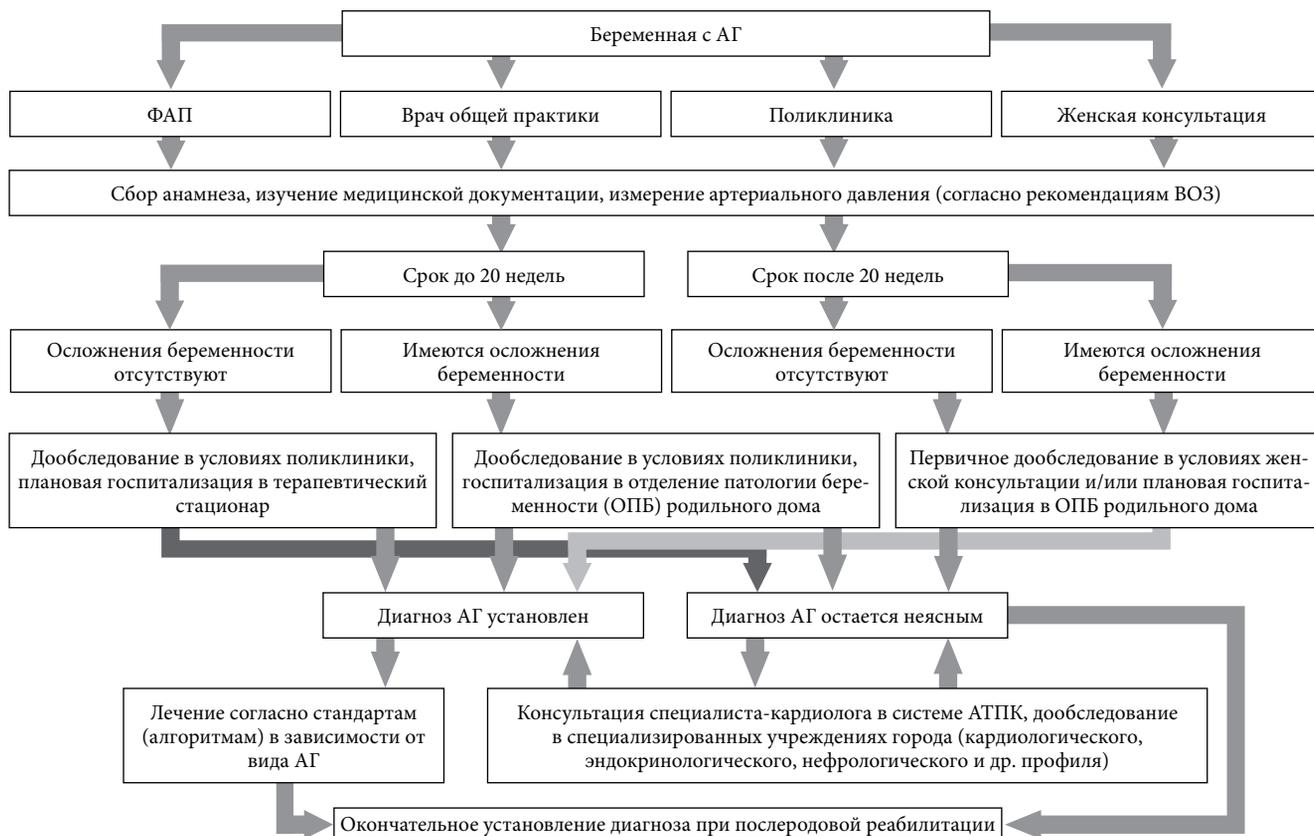


Рис. Алгоритм диагностики АГ у беременных.

- обучение в вузе (студентки);
- незапланируемая беременность.

В репродуктивном анамнезе значимыми оказались:

- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез;
- гинекологическая патология (нарушения менструальной функции, воспалительные заболевания органов малого таза);
- соматическая патология;
- факторы, возникшие во время беременности.

Анализ анкетирования 114 врачей по теме «Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертензией в г. Иваново и области» позволил сделать вывод о том, что среди специалистов нет единого мнения по поводу критериев оценки АГ у беременных, времени назначения и выбора гипотензивных препаратов, немедикаментозных методов лечения и послеродовой реабилитации женщин с АГ при беременности.

Были внесены следующие изменения в предшествующую систему оказания медицинской помощи при АГ у беременных женщин:

- 1) дополнен перечень факторов риска развития АГ;
- 2) уточнены алгоритмы ведения беременных женщин с АГ и угрожаемых на АГ на амбулаторном этапе;
- 3) отработаны критерии диагностики гипертензивного синдрома;
- 4) дополнен объем скрининговых исследований при взятии на учет по беременности и в 30 недель;
- 5) разработаны показания к экстренной и плановой госпитализации.

Проведено remodelирование системы оказания лечебно-диагностической и реабилитационной помощи женщинам с АГ, и в течение 2006–2007 гг. осуществлен научно-организационный эксперимент. При выявлении эпизодов повышения артериального давления (АД) в зависимости от срока беременности рекомендовано обследование с целью установления диагноза в соответствии с разработанным алгоритмом. Даны рекомендации по диагностике АГ у беременных на этапе первичной медико-санитарной помощи (фельдшерско-акушерский пункт – ФАП, врач общей практики, поликлиника, женская консультация). Разработан алгоритм ведения беременных с АГ, вызванной беременностью, или с хронической АГ (рис.).

Были подтверждены особенности течения АГ у беременных в современных условиях [3–5]. Так, «чистая» форма АГ встречалась в 27–30% случаев, осложнения беременности в виде преэклампсии присоединились у 65–70% беременных с АГ. На этапе планирования беременности введены коррективы обследования женщин с АГ, рекомендована консультация кардиолога для уточнения диагноза и наличия поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний, определения тактики антигипертензивной терапии. Кардиологом по показаниям проводились оценка вариабельности сердечного ритма и скорости распространения пульсовой волны, суточный мониторинг АД, электроэнцефалография, реоэнцефалография, психологическое тестирование, определение порога вкусовой чувствительности к соли. Давались

Таблица 2

Схема послеродового наблюдения женщин с АГ

Кратность явок	Осмотр врачей	Лабораторно-функциональное обследование	Консультации специалистов
7–10-й день после выписки из роддома	Акушер-гинеколог и терапевт женской консультации	Измерение артериального давления, числа сердечных сокращений; общий анализ мочи (при гестозе или отклонениях от нормы во время беременности)	–
4 недели после родов	Участковый терапевт (предпочтительнее активное посещение на дому)	Измерение артериального давления, числа сердечных сокращений; общий анализ мочи (при гестозе или отклонениях от нормы во время беременности)	–
6–8 недель после родов	Акушер-гинеколог женской консультации и участковый терапевт (предпочтительнее активное посещение на дому)	Измерение артериального давления, числа сердечных сокращений; общий анализ мочи по показаниям (при наличии отклонений от нормы во время предыдущих исследований)	–
12 недель после родов ¹	Акушер-гинеколог женской консультации и участковый терапевт	Измерение артериального давления, числа сердечных сокращений; общий анализ крови, общий анализ мочи, электрокардиография; биохимическое исследование крови по показаниям ² ; ультразвуковое исследование почек по показаниям (при выявленной во время беременности патологии)	Окулист; кардиолог (суточный мониторинг артериального давления, эхокардиография и др. по направлению кардиолога); другие специалисты (эндокринолог, уролог, невролог) при подозрении на симптоматическую АГ
6, 12 и 24 месяца после родов	Участковый терапевт	Измерение артериального давления, числа сердечных сокращений; общий анализ крови, общий анализ мочи, электрокардиография через 12 и 24 месяца после родов	Кардиолог (в 6, 12 и 24 месяца); окулист (при наличии патологических изменений во время предыдущих осмотров); другие специалисты (эндокринолог, уролог, невролог) по показаниям

¹ Цель обследования в этом сроке – уточнение характера АГ, выявленной во время беременности.

² Женщинам с отягощенной по сахарному диабету наследственностью, ожирением II–IV степени, диабетом беременных, глюкозурией, впервые выявленной во время данной беременности или установленной при предыдущих беременностях, рожавшим крупными детьми (4 кг и более) в 3, 6, 12 и 24 месяца проводится исследование уровня холестерина и глюкозы натощак, глюкозотолерантный тест по показаниям (при повышении уровня глюкозы натощак более 5,6 ммоль/л).

рекомендации по обследованию и ведению беременных с высоким нормальным артериальным давлением (135–139/85–89 мм рт. ст.) и риском развития гестоза.

Алгоритм послеродового наблюдения женщин, имевших гипертензивные расстройства во время беременности, предусматривал окончательное установление диагноза и проведение послеродовой реабилитации (табл. 2). Проведенные мероприятия позволили снизить риск осложнений для матери и ребенка у беременных женщин с АГ и повлиять на улучшение показателей перинатальной и материнской заболеваемости. В течение последних трех лет материнской смертности по причине АГ в Иваново не регистрировалось. Общий показатель материнской летальности составил 18,8 на 100 000 детей, родившихся живыми, показатель младенческой смертности по области – 7,8‰, перинатальной смертности – 9,3‰. Снизилась и смертность детей до 1 года по причинам, связанным с перинатальным периодом, у женщин с АГ.

Литература

1. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации / под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 538 с.
2. Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. Секреты артериальной гипертензии: ответы на ваши вопросы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 244 с.
3. Конради А.О., Яковлева О.И., Емельянов И.В. и др. Ремоделирование сердечно-сосудистой системы при гипертонической болезни. Эпидемиология, факторы риска, патогенез, прогностическое значение и подходы к терапии // Клиническая и экспериментальная кардиология. СПб.: СпецЛит, 2005. С. 26–45.

4. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз? М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 174 с.
5. Подзолков В.И., Булатов В.А., Родионов А.В. и др. Алгоритм дифференциальной диагностики при артериальных гипертензиях // Сердце. 2002. № 5. С. 236–237.
6. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации. М., 2004. 20 с.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: Триада-Х, 1999. 816 с.

Поступила в редакцию 04.09.2009.

IMPROVING THE PREGNANCY SURVEILLANCE SYSTEM FOR PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION ON THE REGIONAL LEVEL

L.A. Dubisskaya¹, I.E. Mishina¹, O.V. Lobanova², Sh.B. Baranov¹, L.B. Bragina¹, A.G. Filinov¹

¹ Ivanovo State Medical Academy (8 F. Engels St. Ivanovo 153012 Russia), ² Maternity Hospital No. 1 (3/16 Leningradskaya St. Ivanovo 153003 Russia)

Summary – The paper provides results of social-hygienic study of risk factors for the arterial hypertension in pregnant women, describes indicators for this risk, suggests changes in the existing system of rendering treatment and diagnostic aid and rehabilitation for women with the arterial hypertension. As a result of scientific experiment, the total index of the maternal lethality reached 18.8 per 100 000 children born alive. The infant and the perinatal mortality in the Oblast was 7.8% and 9.3%, respectively. There was a decrease in the infant mortality among the infants of up to 1 year age caused by peculiarities of the female perinatal period and associated with the arterial hypertension.

Key words: pregnancy, arterial hypertension, risk factors, diagnostics and rehabilitation algorithms.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 1, p. 90–92.