УДК 618.1:616.61-002

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОНЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

С.В.Потешонкова, М.В.Кулигина*

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий», г. Иваново

В статье представлены предложения по совершенствованию амбулаторной акушерско-гинекологической помощи беременным с хроническими воспалительными заболеваниями почек, которые включают меры по профилактике и ранней диагностике обострений экстрагенитальной патологии, повышению медицинской активности беременных.
Ключевые слова: беременные, хронические воспалительные заболевания почек, акушерско-гинекологическая амбулаторная помощь.

MEDICAL AND ORGANIZATIONAL APPROACHES TO IMPROVE OUTPATIENT OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE TO PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC INFLAMMATORY KIDNEY DISEASES

S.V. Poteshonkova, M.V. Kuligina
State Research Institute of Maternity and Childhood by V.N.Gorodkov, Ivanovo
The article presents suggestions for improving outpatient obstetric care to pregnant women with chronic inflammatory diseases of the kidneys, which include prevention and early detection of exacerbations, increase of medical activity of pregnant women.
Keywords: pregnant women, chronic inflammatory diseases of the kidneys, obstetric-gynecologic outpatient care

Актуальность

В современных социально-экономических условиях состояние здоровья женщин репродуктивного возраста характеризуется высокой распространенностью факторов риска для здоровья и жизни, из числа которых в период реализации детородной функции особую значимость приобретают экстрагенитальные заболевания, обусловливающие развитие осложнений беременности и родов [2, 3]. В структуре экстрагенитальной патологии с высокой частотой встречаются болезни мочеполовой системы, среди которых преобладают хронические воспалительные заболевания почек (ХВЗП). Эффективность реализации репродуктивной функции женщинами с ХВЗП зависит не только от обеспечения преемственности между этапами оказания медицинской помощи, организации тесного междисциплинарного взаимодействия врачей-специалистов по ранней диагностике и профилактике обострений экстрагенитальной патологии, но и от активности пациенток по профилактике нарушений гестационного процесса.

Материалы и методы исследования

С использованием результатов анализа данных, полученных путем выкопировки из первичной медицинской документации женской консультации (ф.025/у; ф.111/у; ф.113/у) и анкетирования 300 родильниц с ХВЗП, поступивших для родоразрешения в акушерскую клинику ФГУ «ИвНИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова», получена характеристика медицинской активности и информированности пациенток. Сравнительный анализ медико-социальных характеристик женщин в зависимости от наличия обострений ХВЗП во время беременности позволил определить факторы риска их развития. Достоверность выявленных различий относительных показателей и средних величин оценивалась по t-критерию Стьюдента. В основу построения экспертной системы положена прогностическая модель, базирующаяся на формуле Байеса для независимых признаков, метода последовательного анализа Вальда и оценке информативности на основе информационной меры Кульбака с использованием рекомендаций, предложенных Е.В.Гублером [1].

Результаты исследования

Предложены мероприятия по совершенствованию организации амбулаторно-поликлинической помощи беременным с ХВЗП, включающие меры по ранней диагностике и прогнозированию обострений у беременных и повышению их медицинской активности.

1. Предложения по профилактике и ранней диагностике обострений ХВЗП у беременных содержат два направления:

- алгоритм медицинского наблюдения беременных с ХВЗП в женской консультации;

- прогнозирование обострений ХВЗП у беременных.

Алгоритм медицинского наблюдения беременных с ХВЗП предполагает на этапе взятия на учет по беременности обязательное консультирование всех беременных, у которых в анамнезе имеются эпизоды клинико-лабораторных проявлений хронической воспалительной патологии мочевыводящих путей или диагностированное ранее заболевание почек, нефрологом (урологом).

В случае снятия диагноза ХВЗП специалистами наблюдение беременных осуществляется в соответствии с имеющейся патологией беременности или как с физиологической беременностью. При подтверждении диагноза ХВЗП совместно со специалистами составляется план лечебно-диагностических мероприятий (с обязательной санацией очагов хронической инфекции) и наблюдение осуществляется по схеме динамического наблюдения беременной с ХВЗП. В случае если

в общем анализе мочи выявлены патологические изменения и отсутствуют клинические проявления обострения ХВЗП, проводится исследование мочи по Нечипоренко и бактериологическое исследование средней порции мочи. При выявлении лабораторных признаков воспалительного процесса пациентка направляется в дневной стационар для уточнения диагноза и проведения лечебно-профилактических мероприятий. В случае возникновения клинических симптомов обострения при амбулаторном наблюдении или при присоединении патологии беременности пациентка направляется в круглосуточный стационар.

Определение степени риска развития обострения ХВЗП во время беременности проводится с использованием прогностической таблицы, включающей 12 факторов (табл. 1).

Использование прогностической таблицы предполагает установление при первом обращении женщины в женскую консультацию по поводу беременности градаций факторов риска по результатам сбора анамнестических данных, оценки информированности беременных об имеющемся у них заболевании почек и медицинской активности до беременности с использованием карт балльной оценки.

Оценка информированности проводится с использованием соответствующей шкалы балльной оценки (табл. 2). Оценка уровня информированности проводится по сумме набранных баллов: 5–8 баллов – низкий уровень информированности; 9–12 баллов – средний; 13–15 баллов – высокий.

Также с использованием шкалы балльной оценки проводится оценка медицинской активности беременных до наступления данной беременности (Таблица 3).

Таблица 1

Прогностическая таблица оценки индивидуального риска развития обострений ХВЗП во время беременности

Факторы риска	Градации факторов	ПК
Медико-биологические		
ХВЗП впервые диагностировано во время беременности	Да Нет	5,6 -2,1
Длительность заболевания менее 3-х лет	Да Нет	4,4 -2,0
Возраст моложе 25	Да Нет	2,0 -2,2
ХВЗП диагностировано в возрасте старше 20 лет	Да Нет	2,3 -1,3
Первобеременные	Да Нет	1,0 -1,0
Первородящие	Да Нет	0,7 -1,8
Социально-гигиенические		
Медицинская активность	Низкая Средняя Высокая	10,3 0,7 - 2,0
Обследование по поводу ХВЗП проводилось в специализированном стационаре	Да Нет	4.2 -1,0
Студентка или безработная	Да Нет	3,4 -0,9
Медицинская информированность	Низкая средняя высокая	2,1 - 1,3 - 1,3
Неполное высшее, неполное среднее и среднее образование	Да Нет	1,5 -1,5
Отсутствие юридической регистрации брака	Да Нет	2,0 -0,7
поправочный прогностический коэффициент = 1,44		

Таблица 2

Шкала бальной оценки информированности беременных с ХВЗП

Критерии	1 балл	2 балла	3 балла
Информированность о наличии заболевания	Не знает о наличии заболевания	Сомневается в наличии заболевания	Знает о наличии заболевания
Информированность о клинических симптомах заболевания	<3 симптомов	3-5 симптомов	>5 симптомов
Информированность о методах диагностики	1-2 метода	3-4 метода	>5 методов
Информированность о лекарственных препаратах	Ни одного	1-3 препарата	>3 препаратов из разных фармакологических групп
Информированность о возможном влиянии заболевания на течение беременности, родов и здоровье новорожденного	Не влияет	Влияет, но несущественно	Влияет

Таблица 3

Шкала бальной оценки медицинской активности беременных с ХВЗП

Критерии	1 балл	2 балла	3 балла
Явка на диспансерный осмотр	Не являлась	Нерегулярно	Регулярно
Госпитализация в стационар	Отказывалась	Иногда отказывалась	Не отказывалась
Выполнение врачебных назначений	Не выполняла (самолечение)	Не в полном объеме	В полном объеме
Источники информации	Знакомые, родственники СМИ	Акушер-гинеколог	Уролог Нефролог Терапевт

Оценка уровня медицинской активности проводится по сумме набранных баллов: 4–6 баллов – низкий уровень медицинской активности, 7-9 баллов – средний и 10-12 баллов – высокий.

С использованием прогностической таблицы рассчитывается сумма прогностических коэффициентов из которой вычитается поправочный прогностический коэффициент, в результате определяется риск развития обострений ХВЗП у беременной и определяется группа медицинского наблюдения (Таблица 4).

Таблица 4

Критерии эффективности лечебно-диагностических мероприятий у беременных с ХВЗП*

Интервал прогноза	Прогноз	Цель и содержание лечебно-оздоровительных мероприятий
1	2	3
сумма ПК < -13,0	Благоприятный	**Отсутствие обострений** **Диагностические исследования:** консультация уролога (нефролога) при взятии на учет, анализ мочи при каждой явке. **Основные лечебно-оздоровительные мероприятия:** гигиена беременной; режим труда и отдыха; диета; физиопсихопрофилактическая подготовка к родам, ультрафиолетовое облучение; витаминотерапия; бандаж.
сумма ПК от –13,0 до 0	Неопределенный благоприятный	**Отсутствие и ранняя диагностика обострений** **Диагностические исследования**: те же, при выявлении изменений в анализе мочи проведение анализа мочи по Нечипоренко и бактериологического анализа средней порции мочи, консультации нефролога (рекомендации по диагностике и лечению). **Основные лечебно-оздоровительные мероприятия:** те же.
сумма ПК от 0 до 12 сумма ПК >12	Неопределенный неблагоприятный Неблагоприятный	**Ранняя диагностика обострения** **Диагностические исследования**: те же, анализ мочи еженедельно в сроке 22-28 недель, при выявлении изменений в анализе мочи проведение анализа мочи по Нечипоренко и бактериологического анализа средней порции мочи и консультация нефролога (рекомендации по диагностике и лечению). **Основные лечебно-оздоровительные мероприятия:** те же, курсы фитотерапевтических препаратов в сроке 22-28 недель

*Показаниями к госпитализации беременных с ХВЗП являются: уточнение диагноза (дневной стационар), обострение; присоединение позднего гестоза, угроза прерывания беременности; гипотрофия плода (круглосуточный стационар). В 37-38 недель беременности – дородовая госпитализация для решения вопроса о родоразрешении.

2. Предложения по повышению медицинской активности беременных с ХВЗП предполагают проведение целевого индивидуального и группового информирования пациенток.

Индивидуальное информирование проводится с использованием специально разработанной памятки, которая выдается беременной с ХВЗП при взятии на учет по беременности. Для проведения группового информирования беременных формируются группы беременных с ХВЗП (с обязательным охватом беременных с низкой медицинской информированностью и низкой медицинской активностью на этапе до настоящей беременности), в которых при проведении занятий в «Школе беременных» проводится информирование по вопросам диагностики, профилактики ХВЗП, тактике при разви-

тии обострений заболевания почек и осложнений беременности.

Экспериментальная апробация предложенного комплекса мероприятий по совершенствованию медицинского наблюдения беременных с ХВЗП в женской консультации позволила снизить частоту обострений ХВЗП в 2,3 раза, перинатальную смертность на 10,0%, что позволяет их рекомендовать для внедрения в практику работы женских консультаций.

Список литературы

1. Гублер Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. Ленинград.: Медицина, 1990. – 176 с.
2. Суханова Л.П., Скляр М.С., Уткина Г.Ю. Современные тенденции репродуктивно-демографического процесса и организации службы родовспоможения в России // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. №.5- С.37-42.
3. Шехтман М.М. Акушерская нефрология. М.: Триада-Х, 2000.- 260 с.

---

*153045, г.Иваново, ул.Победы, 20, e-mail kuliginamv@mail.ru, Кулигина Марина Викторовна, д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела охраны здоровья детей и медико-социальных исследований ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий»