

НАО «Медицинский университет Астана»

УДК: 614.2:35.073.515.4:616.12-008.331.1:618.3

МПК: А61В5/00G01В3/50

Кабдунасова Рамиля Кайратовна

**МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОЗДАНИЯ УЧЕТНО-
ОТЧЕТНОЙ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
БЕРЕМЕННЫХ**

6М110200 – Общественное здравоохранение
Диссертация на соискание академической степени
магистра медицинских наук

Научный руководитель _____

Камалбекова Г.М., PhD

Официальный оппонент _____

Раисова К.А., PhD

Нур-Султан, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	6
СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ.....	7
ВВЕДЕНИЕ.....	8
Глава 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (обзор литературы)	
1.1 Изучение ситуации по АГ у беременных в мире и международные стандарты по оказанию помощи беременным с артериальной гипертензией.....	14
1.2 Изучение опыта стран СНГ по оказанию медицинской помощи беременным с артериальной гипертензией.....	22
1.3 Организация оказания медицинской помощи беременным с АГ в Казахстане: преимущества, недостатки, соответствие международным стандартам.....	25
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	
2.1 Характеристика объекта исследования.....	29
2.2 Характеристика методов исследования	31
Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	
3.1 Результаты экспертной оценки амбулаторных карт.....	38
3.2 Результаты анкетирования врачей.....	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	54
ВЫВОДЫ.....	57
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	58
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	59
ПРИЛОЖЕНИЕ	65

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

1. ГОСО РК-7.09.108–2009г., утвержденный приказом МЗ РК №261 от 17.06.2011г. Послевузовское образование. Магистратура.
2. ГОСО РК-7.09.109–2009г., утвержденный приказом МЗ РК №387 от 29 июля 2009г. Послевузовское образование. Магистратура. Специальность 6М110200 – Общественное Здравоохранение.
3. Стандарт университета СУ-МУА-45-12 «Обучение в магистратуре АО МУА», утвержденный решением Правления АО « Медицинский университет Астана» №46, от 28 декабря 2012 г.
4. Рабочая инструкция РИ-МУА-18-12 «Требования к содержанию, оформлению и защите магистерской диссертации», утвержденный решением Правления АО « Медицинский университет Астана» №46, от 28 декабря 2012 г.
5. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» № 193-IV, от 18 сентября 2009 г. (с изменениями и дополнениями по состоянию на 19.05.2015 г.)
6. Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016-2020 годы, утвержденный МЗ и СР РК.
7. Государственная программа развития здравоохранения РК "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы, утвержденный Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113.
8. Клинические протоколы диагностики и лечения артериальной гипертензии, рекомендованный Экспертным советом РГКП на ПХВ РЦРЗ МЗ и СР РК от 30 ноября 2015 года протокол №18.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Вазоренальная гипертензия - это вид вторичной гипертензии, возникающий в связи с расстройством кровообращения почек, при этом отсутствует первичное поражение тканей почек и мочевыводящих путей. Данная форма встречается не более чем в 3 % от всех видов гипертензии.

Гестационная гипертензия – это вид артериальной гипертензии, спровоцированной беременностью, который развивается после 20 недели беременности, артериальное давление при таком типе нормализуется через 8 недель после родов.

Доступность медицинской помощи – это насколько действительно возможно получить населению требуемую медицинскую помощь независимо от положения в обществе, уровня доходов и места жительства.

Клиническое руководство – это рекомендации по применению профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий по отношению к пациенту, которые опираются на положения доказательной медицины.

Клинический протокол – это адаптированные и разработанные на основе клинических руководств рекомендации по применению профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при определенной патологии или клиническом состоянии; клинический протокол является одним из инструментов внедрения клинического руководства в практическое здравоохранение.

Преимственность и непрерывность медицинской помощи – это управление и контроль над деятельностью в процессе оказания пациенту медицинской помощи в разное время, различными специалистами и лечебными учреждениями. Преимственность при оказании медицинской помощи в значительной степени обеспечивается стандартными требованиями к медицинской документации, техническому оборудованию, процессу и персоналу. Такая координация деятельности медработников гарантирует стабильность процесса лечения и его результата.

Преэклампсия – это артериальная гипертензия с проявлением после 20 недели беременности и с протеинурией больше 300 миллиграмм белка в суточном анализе мочи.

Своевременность медицинской помощи – оказание медицинской помощи по мере необходимости, т.е. по медицинским показаниям, быстро и при отсутствии очередности. Своевременность оказания помощи в значительной степени обеспечивается высокоэффективными диагностическими процедурами, позволяющими своевременно начать лечение, высоким уровнем подготовки врачей, стандартизацией процесса оказания помощи и установлением требований к медицинской документации.

Стандарт медицинской помощи — это нормативный документ, устанавливающий требования к процессу оказания медицинской помощи при конкретном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретной системы медицинской помощи, обеспечивающий ее надлежащее качество.

Тяжелая преэклампсия – преэклампсия с симптомами сильной головной боли, нарушением зрения, болью в эпигастрии, рвотой и высоким уровнем артериального давления, сопровождающейся отклонениями в биохимическом и гематологических анализах крови и повышенным выбросом ферментов печени.

Хроническая артериальная гипертензия – гипертензия, существовавшая до беременности или выявленная ранее 20 недели беременности. Гипертензия остается более 6 недель после родов.

Целевое артериальное давление - это уровень давления крови, который должен быть достигнут в результате лечения.

Эклампсия – состояние судорог, как следствие преэклампсии, существенная протеинурия (больше 300 миллиграмм белка в суточном анализе мочи) и отклонение от нормы лабораторных показателей, таких как креатинин, трансаминазы, билирубин, тромбоциты.

Эффективность — соответствие оказанной медицинской помощи наилучшему в определенных условиях результату. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь, т. е. соответствовать стандартам качества и нормам этики. Согласно определению ВОЗ, оптимальная медицинская помощь – это должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

БСК – болезни системы кровообращения

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГАГ – гестационная артериальная гипертензия

ГОСО – государственные общеобязательные стандарты образования

ГП – городская поликлиника

ДАД – диастолическое артериальное давление

ДВС – диссеминированное сосудистое свертывание

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ЛПВП – липопротеиды высокой плотности

ЛПНП – липопротеиды низкой плотности

ЛС – лекарственные средства

МЗ и СР – Министерство здравоохранения и социального развития

ООН – Организация объединенных наций

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПЦ – перинатальный центр

ПЭ – преэклампсия

РК – Республика Казахстан

РФ – Российская Федерация

САД – систолическое артериальное давление

СД – сахарный диабет

ССЗ – сердечнососудистые заболевания

СКВ – системная красная волчанка

ХАГ – хроническая артериальная гипертензия

CHIPS – Контроль гипертонии при беременности, мультицентровое исследование, проведенное в 2006 году, заявившее о необходимости новых более обширных исследований посвященных поиску оптимальных показателей определяющих необходимость начинать медикаментозное лечение гипертензии при беременности

HELLP – синдром, возникающий во время беременности и характеризующийся наличием гемолиза, высокой активности печеночных ферментов и тромбоцитопенией.

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Таблица 1	Влияние сопутствующих патологий на риск возникновения преэклампсии.....	26
Таблица 2	Программа исследования.....	29
Рисунок 1	Дизайн исследования.....	31
Таблица 3	Распределение по возрасту в подгруппе «ХАГ и осложнения».....	39
Рисунок 2	Доля преэклампсии в подгруппе «ХАГ и осложнения».....	39
Таблица 4	ИМТ в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания»	40
Таблица 5	Беременность по счету в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания».....	40
Рисунок 3	Беременность по счету в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания».....	41
Таблица 6	СД в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания»...	41
Таблица 7	АГ в семейном анамнезе в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания».....	41
Рисунок 4	Доля ХЗП в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания».....	42
Таблица 8	ХАГ и сопутствующие заболевания.....	42
Рисунок 5	Доля преэклампсии легкой и тяжелой степени в подгруппе «ГАГ и осложнения».....	43
Таблица 9	Досрочное родоразрешение в подгруппе «ГАГ и осложнения».....	43
Таблица 10	Фетоплацентарная недостаточность в подгруппе «ГАГ и осложнения».....	44
Рисунок 6	Сравнительная характеристика АГ в семейном анамнезе...	44
Рисунок 7	Сравнительная характеристика СД в анамнезе.....	45
Рисунок 8	Сравнительная характеристика ХЗП в анамнезе.....	45
Таблица 11	ГАГ и сопутствующие заболевания.....	46
Таблица 12	Распределение респондентов по занимаемой должности и стажу работы.....	47
Рисунок 9	Влияние АГ на возникновение осложнений беременности и родов.....	48
Рисунок 10	Применение КП в повседневной работе врача.....	49
Рисунок 11	Отсутствие преемственности в ведении беременных.....	49
Рисунок 12	Проблемы ведения беременных с АГ.....	50
Рисунок 13	Пути решения проблем в ведении беременных с АГ.....	51
Рисунок 14	Влияние внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания на базе РБиЖФВ на совершенствование и стандартизацию медицинской помощи беременным женщинам.....	52

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

В настоящее время медицинская общественность отдает предпочтение стандартизации в плане оказываемых услуг и в общем системы здравоохранения. Для осуществления стандартизации важным моментом может стать внедрение регистров для пациентов, разработанных для разных заболеваний и патологий. В нашей стране такие нововведения вероятно могли бы поспособствовать рациональному планированию государственного бюджета. На данный момент входит в наиболее приоритетные направления социальной политики Республики Казахстан охрана здоровья матери и ребенка. В связи с этим исследовательские работы, направленные на улучшение профилактики патологий перинатального периода, являются очень своевременными в данный момент [1].

Гипертензивные нарушения регистрируются у 5-10% пациенток всего мира в период гестации, их можно отнести к наиважнейшему фактору риска развития осложнений, которые могут стать причиной смерти пациентки и гибели ребенка. Ежегодно идет процесс повышения уровня летальных исходов среди беременных пациенток и наблюдается рост перинатальной смертности, связанных с артериальной гипертензией, спровоцированной беременностью и преэклампсией. В связи со способностью вызывать тяжелые осложнения беременности, во множество государств по всему миру артериальная гипертензия стоит на одном из первых мест как причина материнской смертности.

К таким осложнениям можно отнести эклампсию, когда АД повышается до уровня, угрожающего жизни беременной. Также к этому списку относится внезапное развитие почечной недостаточности (ОПН), диссеминированное внутрисосудистое свертывание и синдром включающий гемолиз, тромбоцитопению и рост активности печеночных ферментов или HELLP синдром [2].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) представила данные, согласно которым от 20 до 30 % в структуре МС занимает артериальная гипертензия и другие гипертензивные нарушения, имеются данные о том, что осложнения гипертензивных расстройств ежегодно приводят к гибели около 50 тысяч пациенток в период гестации. В Казахстане лидирующей причиной материнской смертности остаются гипертензивные состояния [3]. Тем не менее, во время проведения обзора отечественной литературы выявлено, что отдельно артериальная гипертензия не рассматривается и в статистические данные входит в раздел «Болезни системы кровообращения» (БСК).

Учитывая то, что не установлены единые диагностические критерии, для определения гипертензивных нарушений, то можно утверждать, что в настоящее время вопрос ведения беременных пациенток с гипертензией все еще остается открытым.

На данный момент не определено, какой показатель артериального давления может стать причиной плацентарных нарушений и нарушений развития ребенка. Четко не установлено, какой уровень кровяного давления должен быть достигнут в результате лечения артериальной гипертензии, в связи с тем, что имеются сведения об отрицательном влиянии на гемодинамику между маткой и плацентой чрезмерно низкого артериального давления, что существенно может навредить ребенку [4,5].

Весомым достижением настоящего времени является то, что многие отечественные и также зарубежные авторы, обсуждают вопрос о дифференцированном подходе к ведению беременных с гипертонией.

Большое количество неразрешенных проблем в стратегии ведения пациенток с АГ не проясняют многие исследования, проведенные отечественными исследователями и заграничными.

Проблема гипертензивных расстройств имеет междисциплинарный характер, поэтому возникает немало сложностей при ее изучении. Проблемой артериальной гипертензии занимаются несколько видов специалистов, например, участковые терапевты, кардиологи, акушер-гинекологи. Специалисты разного профиля не всегда имеют согласованное мнение в стратегии по ведению пациенток с гестационной гипертензией. У специалистов часто возникают спорные вопросы при проведении лекарственной и немедикаментозной терапии в период гестации и после рождения ребенка [5].

Предпосылки к проведению исследования: Сотрудниками кафедры семейной и доказательной медицины и врачами-интернами в 2016 году было проведено пилотное исследование с целью выявления проблем ведения беременных с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) и гестационной артериальной гипертензией (ГАГ) на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), различий в течении и развитии осложнений при ХАГ и ГАГ. Дизайн – ретроспективное исследование с анализом медицинской документации 100 беременных с ХАГ и ГАГ, наблюдавшихся в ПЦ №1. Изучены обменные карты беременной и родильницы (форма №113/у), индивидуальные карты беременной и родильницы (форма № 110/у), выписные эпикризы из стационара. Проанализированы особенности течения ГАГ и ХАГ у беременных, частота акушерских осложнений, эффективность терапии АГ, а также принципы ведения беременных с АГ на амбулаторном этапе. Выявлены особенности данного контингента женщин (средний возраст 33,9±4 лет, избыточная масса и ожирение у 78,1% с ХАГ, повторнородящие – 84,4%), различия в течении ХАГ и ГАГ (ГАГ имела более мягкое течение по уровню АД, чем ХАГ, однако, частота осложнений при этом была выше; при ГАГ лечение отсутствовало в 32,4%, а при ХАГ – в 15,6%). В результате проведенного анализа документации были обнаружены сложности систематизации информации по клинко-anamнестическим данным, оценки эффективности гипотензивной терапии, отсутствие преемственности в ведении беременной на разных этапах и между акушерами-гинекологами и терапевтами,

частое несоответствие основным международным и республиканским руководствам.

Таким образом, результаты пилотного исследования выявили недочеты и сложности ведения беременных с АГ на уровне ПМСП, подтвердили необходимость углубленного исследования АГ у беременных.

Результаты пилотного исследования опубликованы и доложены на Конгрессе кардиологов Казахстана в г. Алматы, июнь 2017 г.

Данная магистерская диссертация планировалась как реализация одной из задач проекта по разработке и внедрению программы управления артериальной гипертензии у беременных на уровне первичной медико-санитарной помощи, запланированного на кафедре семейной и доказательной медицины АО «Медицинский университет Астана».

Цель исследования: составить медико-социальную характеристику беременной женщины с АГ и на ее основе предложить обоснование для внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста».

Задачи исследования:

1. Провести сбор данных по распространенности и по исходам беременности и родов хронической и гестационной артериальной гипертензии у беременных и изучить по полученным данным характерные признаки артериальной гипертензии у беременных
2. Провести социологический опрос врачей акушеров-гинекологов и терапевтов (ВОП) по совершенствованию медицинской помощи беременным с артериальной гипертензией;
3. Разработать предложения (обоснования) для внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста».

Объект исследования: артериальная гипертензия у беременных.

Предмет исследования: характерные признаки, осложнения АГ у беременных и сопутствующие гипертонии заболевания.

Материалы исследования:

1. Индивидуальные карты беременной и родильницы (форма № 110/у);
2. Обменные карты беременной и родильницы (форма №113/у);
3. Выписные эпикризы из медицинской документации;
4. Клинический протокол «Артериальная гипертензия у беременных», утвержденный протоколом заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК №23 от 12 декабря 2013 г.;

5. Анкеты.

Методы исследования:

1. Библиографический (обзор литературы);
2. Статистический (описательная статистика, частотный анализ, бинарная логистическая регрессия);
3. Аналитический;
4. Метод выкопировки из медицинской документации;
5. Метод обобщения и системный подход;
6. Социологический метод.

Методология исследования. Дизайн данного исследования: обсервационное поперечное исследование.

Обсервационное – в ходе выполнения исследования данные будут собираться путём простого наблюдения событий в их естественном течении, не вмешиваясь в них активно, то есть в ходе исследования не будут осуществляться никакие вмешательства.

Поперечное – так как исследование было проведено как соотношение между заболеваниями (или иными признаками) и другими переменными в определенной популяции (в данном случае беременные женщины) в определенный момент времени.

Научная новизна результатов исследования:

1. Изучена реальная статистическая картина по артериальной гипертензии и ее исходам у беременных и характерные признаки артериальной гипертензии у беременных базе ГП 10 и ПЦ №1.
2. Разработаны предложения по обоснованию для внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста».

Предполагаемый результат исследования:

Внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста» обеспечит мультидисциплинарный подход и преемственность в ведении беременной на разных этапах оказания помощи между акушерами-гинекологами, терапевтами, участковыми врачами и кардиологами и снижение акушерских и перинатальных потерь у беременных с АГ.

Практическая значимость:

1. Полученные результаты помогут получить портрет беременной женщины с АГ, что улучшит подход к ведению беременности у данного контингента.

2. Выявленные при анкетировании проблемы ведения беременности и представленные респондентами пути их решения могут быть приняты во внимание и помочь в совершенствовании качественной медицинской помощи беременным женщинам с АГ.

3. Внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания на базе «РБиЖФВ» может стать важным моментом для осуществления стандартизации в плане оказываемых услуг беременным с АГ.

Базы проведения научного исследования: Перинатальный центр №1, Городская поликлиника №10.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В ходе проведенной работы и составления медико-социальной характеристики беременной с АГ были подтверждены общеизвестные признаки: связь АГ с избыточной массой тела (ИМТ у беременных с ГАГ – 28,4 кг/м²) и ожирением (ИМТ у беременных с ХАГ – 31,5 кг/м²), с сахарным диабетом (в группе с ХАГ – 19%, в группе с ГАГ – 4,7%), с хроническими заболеваниями почек (в группе с ХАГ – 53,4%, в группе с ГАГ – 41%), с фетоплацентарной недостаточностью у плода (в группе с ХАГ – 8,4%, в группе с ГАГ – 9,2%).

2. Были выявлены следующие малоизвестные признаки: раннее развитие артериальной гипертензии (средний возраст беременных с ХАГ составил 31,9 лет, а с ГАГ – 29 лет), гестационная артериальная гипертензия в 5 раз чаще встречается, чем хроническая артериальная гипертензия (ГАГ – 81,5%, ХАГ – 18,5%), АГ осложняется преэклампсией в большинстве случаев (с ХАГ – 22,1%, с ГАГ – 69,6%), чем указано в статистических данных (10-30%), АГ не влияет на среднюю массу новорожденных (у беременных с ХАГ она составила 3425 гр, у беременных с ГАГ – 3307 гр).

3. Установлено, что медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь беременным женщинам с АГ относительно молодые медицинские работники и имеют стаж работы до 5 лет (в 52,9%).

4. Определена целесообразность внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста».

5. Предопределена необходимость проведения дальнейших клинических исследований по гестационной артериальной гипертензии.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 64 страницах печатного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, заключений, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников, содержащего 1 приложение. Диссертация иллюстрирована 12 таблицами и 14 рисунками, и содержит 75 источников в списке литературы.

Апробация диссертации. Результаты работы были доложены автором на конференциях:

Медико-социальная характеристика артериальной гипертензии у беременных// Международная студенческая конференция «Health. Science. Technology», Караганда 27.04.2019

Список опубликованных работ по теме диссертации:

1. Кабдунасова Р.К., Камалбекова Г.М. « Современное состояние проблемы артериальной гипертензии у беременных женщин в зарубежных странах и в Казахстане». Обзорная статья в научно-практическом журнале «Валеология. Здоровье-болезнь-выздоровление» №1, 2019г.,73-77 стр. ISSN 2226-3551
2. Кабдунасова Р.К., Камалбекова Г.М. «Научное обоснование необходимости создания модуля «Беременные с артериальной гипертензией» на базе «Регистра беременных и женщин фертильного возраста». Сборник тезисов 60-й юбилейной Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. I том. Молодые ученые. г. Астана, 11-12 апреля 2018 г., 102 стр.
3. Кабдунасова Р.К. «Процессный подход: повышение преемственности между поликлиникой и стационаром в ведении беременных с артериальной гипертензией». Статья в ежеквартальном научно-практическом журнале «Астана медициналық журналы», №4 (98), 2018., 187-190 стр. ISSN 1562-2940
4. Кабдунасова Р.К., Камалбекова Г.М. «Медико-социальная характеристика артериальной гипертензии у беременных». Доклад на Международной студенческой научной конференции «Health. Science. Technology», 25-27 апреля, 2019 г, Караганда.

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Изучение ситуации по АГ у беременных в мире и международные стандарты по оказанию помощи беременным с артериальной гипертензией

Гипертензивные расстройства затрагивают около 10 % женщин всего мира в гестационный период [6, 7]. Группа гипертензивных нарушений состоит из преэклампсии, эклампсии, гестационной и хронической артериальной гипертензии [7]. Подобной классификации придерживается большая часть государств [8, 9]. Значимой причиной серьезных патологий, длительной инвалидизации, иногда летального исхода у женщин и детей остаются гипертензивные расстройства. В Азиатских и Африканских странах около 1/10 от всего числа смертей беременной женщины и роженицы связаны с артериальной гипертензией в гестационный период, также имеются данные, что в Латинской Америке осложнения подобного типа связаны с не менее чем 1/4 смертей матери [10]. Больше половины всех летальных исходов, вызванных гипертензией и ее состояниями, имеется возможным предотвратить, если пациенткам с осложнениями такого типа своевременно оказать качественную медицинскую помощь [11]. Совершенствование организации медицинской помощи в форме профилактики и в форме лечения артериальной гипертензии у пациенток в период гестации было установлено в качестве одного из основных шагов для осуществления целей, поставленных в «Декларации тысячелетия» ООН.

АГ, в том числе преэклампсия, являются очень не простым гипертензивным расстройством, так как могут значительно повлиять на состояние здоровья женщины и плода. Гипертензия также способна повысить риск отслоения нормально расположенной плаценты, сильных кровотечений на фоне коагулопатии и в результате отслоения плаценты, и, вдобавок, способна вызвать эклампсию, расстройства мозгового кровообращения, отслоение сетчатки глаза [12]. В настоящий момент наблюдается рост случаев гипертензии во время гестации, из-за увеличения количества случаев ХАГ, что может быть связано, с превалирующим числом беременных страдающих ожирением, сахарным диабетом и появлением большого количества беременных женщин в возрасте. И, в обратном порядке, пациентки, у которых была выявлена артериальная гипертензия в период гестации в последующей жизни, состоят в группе риска по возникновению ожирения, СД, ССЗ. Дети, рожденные такими пациентками, в большей части подвержены высокому риску возникновения всякого рода метаболических и гормональных нарушений, сосудистых заболеваний [13].

Патогенез преэклампсии в настоящее время не полностью исследован. Патогенез ПЭ можно коррелировать с нарушением процесса плацентации на самых ранних сроках гестации, после которых идут общие процессы воспаления и прогрессирующая эндотелиальная дисфункция.

Разногласия по поводу диагностики, скрининга и организации помощи при преэклампсии, разделение АГ по ее тяжести все еще имеют множество неопределенностей [7].

Отсутствует единое мнение среди большинства специалистов мира в выборе правильной тактики при артериальной гипертензии, вызванной беременностью. Большинство стран для определения того имеет ли место артериальная гипертензия у беременной пациентки используют показатель систолического давления больше 140 либо диастолического давления больше 90 миллиметров ртутного столба, или одновременно систолического и диастолического. Требуется зарегистрировать не менее двух раз, с промежутком от 4 часов и больше, вышеуказанные уровни артериального давления. Указанные показатели повышения артериального давления приняты множеством рекомендаций международного уровня на сегодняшний день [14,15,16,17,18,19], в дополнение ассоциация специалистов Канады рекомендовала принять уровень диастолического артериального давления превышающий 90, как главный показатель развития у пациентки АГ [20].

Для того чтобы правильно установить прогноз и определить стратегию лечения беременных женщин, страдающих АГ, нужно правильно определить степень тяжести, которая определяется максимальным уровнем зарегистрированного артериального давления. Во всем современном мире придерживаются такого разделения гипертензии на умеренную и тяжелую степень тяжести. Чаще всего, для отнесения гипертензии к тяжелой степени критерием считается систолическое артериальное давление выше 160 мм.рт.ст., такого мнения придерживаются ВОЗ и другие национальные сообщества акушеров и гинекологов [13,14,15,16]. Раньше тяжелая степень присваивалась при САД 170 и больше и ДАД равному 110 мм.рт.ст и больше. Данные изменения произошли в связи с тем, что было установлена значительная частота возникновения кровоизлияния в мозг, когда систолическое АД составляло 160 и более, летальность в таких случаях составляла 53 % [21].

В Великобритании, например, Национальный институт здоровья и клинического совершенствования рекомендует учитывать также легкую степень гипертензии, которая определяется при повышении САД от 140 до 149 и ДАД от 90 до 99 мм.рт.ст. [14]. В качестве умеренной гипертензии они предлагают опираться на уровень САД от 150 до 159, и ДАД от 100 до 109 мм.рт.ст. Врачи Австралии и Новой Зеландии не изменили критерий для определения тяжелой степени гипертензии и определяют тяжелую гипертензию при САД – 170 ДАД 110 мм.рт.ст. [15]. При тяжелой гипертензии, несомненно, применяют лекарственную терапию. Стоит ли применять ее для легкой и умеренной, и какой целевой уровень является более приемлемым это все еще открытый вопрос. Имеются данные, что медикаментозная терапия предотвращает тяжелую АГ, но не уменьшает случаи преэклампсии, досрочных родов и других осложнений родов[22].

Систематический обзор, проведенный после этих исследований Кокрановским международным сотрудничеством, тоже не выявил доказанной

пользы активной медикаментозной терапии при умеренной степени ГАГ и ХАГ [23]. В зарубежной литературе имеется несколько метаанализов, предоставляющих доказательства присутствующей связи понижения уровня артериального давления у беременной пациентки и малым весом родившегося плода [24,25].

CHIPS – Контроль гипертонии при беременности, мультицентровое исследование проведенное в 2006 году, заявило о необходимости новых более обширных исследований посвященных поиску оптимальных показателей определяющих необходимость начинать медикаментозное лечение гипертонии при беременности [26].

Важным не до конца решенным вопросом при выборе тактики лечения артериальной гипертонии, вызванной беременностью, можно назвать сложность достижения равновесия между пользой для женщины, проявляющейся в снижении артериального давления, и возникновением риска для ребенка из-за тератогенного действия некоторых препаратов и вероятных нарушений маточно-плацентарного кровотока.

Пациенткам, имеющим хроническую артериальную гипертензию, планирующим беременность, необходимо заведомо пройти обследование. При этом особое внимание следует обратить на поражение органов мишеней артериальной гипертонии, определение перечня лекарственных средств, принимаемых для контроля артериального давления постоянно или при приступах повышения давления, определение вероятных причин развития хронической гипертонии, консультацию по вероятности развития осложнений беременности, в том числе преэклампсии. За пациентками такого типа необходимо проводить постоянный мониторинг в течение всего гестационного периода и в течение послеродового периода.

В современном мире возникает все больше исследований, проводимых для поиска оптимальной тактики ведения пациенток с АГ и изучением последствий для женщины возникающих как сразу, так и через длительное время, для определения эффективности принятых рекомендаций по тактике ведения таких пациенток. Данные одного из исследований показали, что частота хронической гипертонии у женщин от 20 до 44 лет находится в пределах 8 %, из них около 5 % принимают лекарственные средства для контроля артериального давления, чаще всего эти средства можно отнести к группам диуретиков (около 48%) и ингибиторов АПФ (около 44 %).

Консультация для пациенток, страдающих от хронической АГ, планирующих беременность, одна из главных составляющих организации помощи беременным с АГ. Необходимость консультации состоит в обследовании состояния органов мишеней, возможной замене лекарств, принимаемых для контроля АД до беременности, рекомендациях по смене образа жизни, выявлении вероятных причин, существующей гипертонии. Например, доказано, что лекарственные средства, относящиеся к группе ингибиторов АПФ, могут отрицательно повлиять на развитие плода и до беременности рекомендуется сменить их на другую группу препаратов.

Существуют разногласия по поводу необходимости лекарственной терапии при умеренной ХАГ во время беременности, некоторые специалисты отдают предпочтение отказу от постоянной лекарственной терапии, в пользу постоянного мониторинга за уровнем АД и приема антигипертензивных средств только в случае подъема САД выше 160 мм.рт.ст.

На данный момент обе тактики имеют место быть в современной медицине и нет основательных доказательств преимущества одной тактики ведения беременных с АГ над другой. Основная суть разногласий заключается в том, что, во-первых, если АГ умеренная, то риск тератогенного влияния лекарственных препаратов, применяемых для терапии АГ, на плод несоизмерим с выгодами для беременной пациентки. Во-вторых, имеются данные исследований свидетельствующие, что понижение артериального давления нарушает процессы кровообращения и как следствие снижает плацентарное кровоснабжение, что существенно отражается на росте плода.

В одном из метаанализов, состоящем из анализа 14 научных исследований, доказывається, что понижение артериального давления дает отрицательную корреляционную связь с массой плода при рождении, на каждые 10 мм.рт.ст. приходится около 150 грамм.

Но нужно учесть, что только около 15 % снижения массы плода при рождении было связано именно со снижением АД, в остальных процентах случаев это были другие разнообразные причины, повлиявшие на внутриутробный рост плода. Также имеются сведения, что само наличие артериальной гипертензии во время беременности, независимо от применения медикаментозной терапии АГ, доказательно может стать причиной более низкого веса плода при рождении.

Специалисты, которые поддерживали тактику применения антигипертензивной терапии при умеренной АГ, аргументируют тем, что своевременная медикаментозная терапия гипертензии поможет предотвратить развитие более тяжелой степени хронической артериальной гипертензии. Так как тяжелая ХАГ в свою очередь может привести к развитию таких осложнений как плацентарные нарушения и в крайних случаях гибель плода.

Наибольший процент специалистов придерживается мнения об оптимальном применении лекарственной терапии при показателе САД более 150 и ДАД более 100 мм.рт.ст. При этом для выбора правильной тактики лечения артериальной гипертензии огромное значение будет иметь степень поражения органов мишеней, выявленная на пренатальной консультации. Так, например, если будет выявлено нарушение функций почек, офтальмологические осложнения, связанные с гипертензией, гипертрофия левого желудочка, кровоизлияние в мозг, сосудистые нарушения, возраст старше 40 лет и протеинурия, то в таком случае медикаментозную терапию будет рекомендовано начинать при ДАД от 90 мм.рт.ст. и выше [27].

Рекомендации, принятые в Соединенных штатах Америки, не определяют целевые показатели артериального давления, они призывают оказывать

лекарственную терапию начиная с показателя систолического давления 160 мм.рт.ст. и диастолического давления 105 мм.рт.ст. [14].

Сообщество специалистов Канады разделяет целевые уровни для начала медикаментозной терапии при умеренной степени артериальной гипертензии беременных в зависимости от наличия сопутствующих патологий. Это могут быть СД, различные виды заболеваний почек, СКВ, ревматоидный артрит и др. При отсутствии в анамнезе подобных расстройств этот показатель артериального давления для САД от 130 до 155 мм.рт.ст, для ДАД от 80 до 105 мм.рт.ст. При усложненном анамнезе предлагается назначать лекарственную терапию при уровне САД от 130 до 139 мм.рт.ст. и ДАД от 80 до 89 мм.рт.ст. [20].

Австралийские и Новозеландские акушеры гинекологи установили при показателе систолического артериального давления больше 160 мм.рт.ст. и показателе диастолического артериального давления больше 100 мм.рт.ст. необходимость медикаментозной терапии против АГ в плановом порядке. Если показатель артериального давления составляет для САД от 140 до 160 мм.рт.ст, а для ДАД от 90 до 100 мм.рт.ст. специалисты должны определиться с решением используя протоколы, разработанные в их государстве. Целевой показатель для начала терапии в этих странах также не установлен [15].

Великобританские специалисты приняли в качестве целевого уровня показатель диастолического давления от 80 до 100 мм.рт.ст., а обоснованием необходимости лекарственной терапии артериальной гипертензии приняты уровень систолического артериального давления 150 и диастолического 100 мм.рт.ст. [6].

Ключевым фактором угрозы возникновения сердечнососудистой патологии значительная часть проведенных исследований признает артериальную гипертензию, возникшую при беременности, этот фактор способен повлиять на предрасположенность к данному виду патологий матери и новорожденного.

Для того чтобы определить какова вероятность летального исхода от ишемической болезни сердца в последующей жизни и выявить другие отягчающие беременность состояния у рожавших пациенток, было исследовано около 130 тысяч уже родивших женщин. Исследователи выявили, что попадание на стационарное лечение и летальные исходы в связи с ИБС, чаще всего коррелируют с гипертензивными нарушениями, возникшими при первом случае беременности.

Проведенное исследование показало наличие связи между малой массой родившегося плода и ишемической болезнью сердца женщины в предстоящей жизни. По сравнению с матерями родившими ребенка с средним весом у них частота ИБС больше почти в 2 раза. В то же время, была найдена связь между частотой возникновения сердечнососудистой патологии и наличием в анамнезе досрочного родоразрешения, то есть женщины, имевшие в анамнезе досрочное родоразрешение, в 2 раза больше были подвержены риску сердечных заболеваний.

Существенно увеличить угрозу сердечнососудистой патологии может преэклампсия, зарегистрированная в период, когда женщина была беременна.

Если возникали такие случаи, когда в анамнезе у женщины имелась преэклампсия, было зарегистрировано досрочное родоразрешение и в дополнение масса новорожденного была намного меньше среднего, угроза летального исхода от ИБС в последующей жизни поднималась в 7 раз, чем у женщин с нормально протекавшей беременностью [28].

В Норвегии было проведено когортное проспективное исследование, охватывающее промежуток в 25 лет, которое включало в себя более 600 тысяч женщин, критерием включения было живорождение при первой беременности. Это исследование установило, что когорта, включающая пациенток с преэклампсией во время первой беременности, была в полтора раза больше подвержена в последующей жизни угрозе смерти, чем закончившие беременность без осложнений. У женщин когорты, имеющих в анамнезе преэклампсию и досрочное родоразрешение, в 3 раза увеличивался общий риск смертельного исхода и более чем в 8 раз риск смерти от ишемической болезни сердца, в отличие от контрольной группы.

Существуют исследования, доказывающие значимую связь между высокой вероятностью возникновения артериальной гипертензии и сердечнососудистой патологии у пациенток, имевших в анамнезе преэклампсию, являвшуюся тяжелой. В найденном метаанализе демонстрируется отслеживание возникновения гипертензии через 14 лет, риск которой составлял 3,6; риск ишемической болезни сердца составлял 2,15 через 12 лет; риск кровоизлияния в мозг 1,8 по истечению 10 лет; риск летального исхода 1,5 через 15 лет [29].

Такую зависимость между сердечнососудистыми заболеваниями и преэклампсией вполне возможно истолковать наличием похожих и взаимосвязанных патофизиологических процессов в патогенезе данных патологий. Имеются данные свидетельствующие о более раннем появлении нарушений эндотелиальной функции, нарушения метаболического ответа на эндогенный и экзогенный инсулин, нарушений обмена липидов и липопротеинов у пациенток имевших преэклампсию, чем у женщин того же возраста без зарегистрированных случаев преэклампсии [30].

Одно из проведенных исследований изучающих зависимость появления артериальной гипертензии повторно уже после беременности с формой, в которой АГ протекала во время беременности, показало, что в 54 процентах случаев вторично развивалась гипертензия у пациенток, перенесших именно гестационную артериальную гипертензию. У пациенток, имевших в анамнезе преэклампсию, повторно гипертензия возникала в 38 процентов случаев, и по 14 процентов пришлось на эклампсию и отсутствие в анамнезе каких либо гипертензивных расстройств в гестационном периоде. К тому же было выяснено, что гестационную артериальную гипертензию считают проявлением скрыто протекающей гипертензии, которая вызывается при беременности.

Одно из исторических когортных исследований также имеет данные о гестационной артериальной гипертензии как ведущем показателе, влияющем на развитие сердечнососудистой патологии в будущем [31].

В противовес в другом когортном проспективном исследовании, направленном на изучение отдаленных прогнозов гипертензии, вызванной беременностью, специалисты выявили присутствие существенной зависимости гипертензии беременных с возникновением артериальной гипертензии в дальнейшей жизни, при обеих формах – преэклампсии и ГАГ.

При этом в данном исследовании повторно артериальная гипертензия чаще возникала при имеющейся в анамнезе преэклампсии – в 3 раза больше по сравнению с контрольной группой. И на втором месте гестационная артериальная гипертензия с повышением вероятности повторного развития АГ в 2,6 раза. По вероятности возникновения кровоизлияния в мозг также при преэклампсии она выше в 3,4 раза, а при гестационной АГ в 2,2 раза по сравнению с женщинами с нормотензией [32].

Встречаются единичные исследования рассматривающие прогноз для последующей жизни ребенка, рожденного от женщины, перенесшей во время беременности артериальную гипертензию. Имеются сведения, что можно узнать о возможности возникновения у ребенка инсулиннезависимого СД, сердечнососудистой патологии, избыточного веса в будущем используя информацию о росте и весе ребенка при рождении и рост в раннем внеутробном периоде.

Общезвестен факт зависимости пониженной массы тела плода при рождении и артериальной гипертензии, зарегистрированной в гестационный период. Великобританские специалисты провели когортное исследование, которое включало в себя участников от 36 до 53 лет. У участников исследовалась зависимость уровня систолического артериального давления и массы тела при рождении ребенка, в результате исследования специалисты получили отрицательный коэффициент корреляции, что подтверждает вышеприведенное утверждение.

Следующее исследование занималось изучением когорты включающей в себя детей женщин перенесших преэклампсию. В исследование были включены дети 12 летнего возраста, и в результате у них было зарегистрировано повышение артериального давления и чрезмерно высокое содержание в крови важного гормона надпочечников адреналина [33].

В связи с этим, гипертензию, вызванную беременностью допустимо считать независимым фактором угрозы развития сердечнососудистой патологии.

Специалисты нескольких направлений затронуты вопросом гипертензивных расстройств, возникающих в период беременности. Эксперты каждого профиля имеют свои принципы и подходы по выбору тактики ведения беременной с АГ. К ним относятся в первую очередь акушеры гинекологи, сталкивающиеся с этой проблемой при ведении беременной пациентки, кардиологи, так как артериальная гипертензия в первую очередь относится к

болезням системы кровообращения и в зависимости от осложнений специалисты других профилей.

Все еще огромное количество неразрешенных противоречий касательно отсутствия единой мировой классификации, целевых уровней, критериев постановки диагноза, лекарственной терапии, стратегии ведения пациенток с гипертензией [34].

Бесспорно имеется потребность в последующих исследованиях проводимых во врачебной практике, в отслеживании и контроле использования ЛС при антигипертензивной терапии в гестационный период для того чтобы убедиться в их действенности и безвредности, учитывая при этом возможный неблагоприятный отдаленный прогноз для новорожденного и уменьшение вероятности возникновения сердечнососудистых болезней у женщины.

Опыт государств, достигнувших максимального развития охраны здоровья матери и ребенка в сжатое время, показывает, что самым важным в охране здоровья населения является правильная политика здравоохранения и принятие верных управленческих решений. Стратегически верным является взаимодействие всех ветвей правления с местными органами, с обществом в целом для осуществления принятых целей и задач в области охраны здоровья. Государственное регулирование является важной составляющей становления устойчивой системы здравоохранения, оно включает в себя результативную работу госучреждений, достаточное выделение финансов из бюджета, предоставление необходимого оборудования, прозрачность и т.д.

1.2 Изучение опыта стран СНГ по оказанию медицинской помощи беременным с артериальной гипертензией

На долю гипертензивных нарушений периода гестации приходится около 10 % от всех беременностей, при этом преэклампсия охватывает от 2 до 8 %. Каждый год в мире почти пятьдесят тысяч беременных погибает из-за осложнений, вызванных артериальной гипертензией, спровоцированной беременностью [35]. От 12 до 18 % случаев осложнения, спровоцированных гипертензией, вызванной беременностью, можно поставить на 2 место как одни из основных причин внутриутробной гибели плода и гибели в течение первых 7 суток. В среднем на гибель плода до 7 суток осложнения АГ влияют в 23 % [36].

В Российской Федерации на гипертензивные расстройства, спровоцированные беременностью, приходится от 20 до 30 % всех случаев беременности. В статистических сборниках учет АГ идет совместно с протеинурией и отеками, спровоцированными беременностью. По данным статистики в РФ частота АГ в 2011 году была 17 % от всех беременных, в 2012 году составила 16 %, а на преэклампсию приходилось 1,5 %. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации ставит на четвертое место, по влиянию на частоту летальных исходов среди беременных, последствия возникновения гипертензивных расстройств, по данным 10 последних лет [37]. Также осложнения, вызванные гипертензивными нарушениями во время беременности, могут повлиять на частоту случаев инвалидности, как среди женщин, так и у новорожденных.

При хронической артериальной гипертензии в гестационный период существенно увеличивается процент ante- и постнатальной смертности (от 10 до 12 %), по сравнению со случаями беременности, текущей без осложнений. Доказано, что гипертензивные расстройства могут стать причиной преждевременного отделения нормально расположенной плаценты от стенки матки, расстройства процессов кровообращения мозга, отделения сетчатой оболочки глаза от сосудистой оболочки, эклампсии, обильных кровотечений с острой коагулопатией на фоне отслоения плаценты.

Фетоплацентарная недостаточность, в виде расстройства кровообращения между плацентой, маткой и плодом, задержка внутриутробного развития плода, в крайней степени удушье и летальный исход для ребенка это возможные последствия тяжелого течения артериальной гипертензии, спровоцированной беременностью [38].

Пациентки, у которых была выявлена артериальная гипертензия в период гестации в предстоящей жизни, будут находиться в группе риска по возникновению избыточного веса, инсулиннезависимого сахарного диабета, сердечнососудистой патологии. Дети, рожденные этими пациентками, в большей степени относятся к группе риска по возникновению разнообразных метаболических и гормональных нарушений, сосудистых болезней.

На долю хронической артериальной гипертензии приходится около 30 %, а ГАГ совместно с преэклампсией и эклампсией составляют 70 %, от всех зарегистрированных случаев гипертензии, спровоцированной беременностью. Хроническая артериальная гипертензия редко выявляется среди пациенток молодого возраста, но чем больше возраст, тем выше частота ее встречаемости. Наглядным примером могут служить следующие данные: у пациенток от 18 до 29 лет ХАГ регистрируется от 0,5 до 2% случаев, в отношении беременных от 30 до 39 лет ХАГ регистрируется от 6 до 22 % случаев [39]. Диагноз гипертония ставится больше 95 % пациенток, у которых регистрируется стойкое высокое АД. При этом выяснить, с чем был связан подъем уровня артериального давления можно не более чем в 10 процентах случаев, что говорит о вторичном характере артериальной гипертензии.

ХАГ способна существенно утяжелить протекание периода беременности. Несколько исследований подтвердили, что при хронической артериальной гипертензии частота преэклампсии составляет от 22 до 75 %. Доказано, что вероятность возникновения преэклампсии в 2 раза выше, если до беременности у пациентки регистрировался даже незначительный подъем давления. Гестационная артериальная гипертензия способна перейти в преэклампсию в половине всех случаев [40].

Чаще всего вторичная гипертония развивается на фоне какого-либо заболевания почек. Реноваскулярная гипертензия - вторичная, которая возникает при ишемии почки, что провоцирует выброс большего количества ренина. Этот вид гипертензии является одним из главных причин возникновения симптоматической гипертонии.

Для невозрастных женщин данный вид гипертензии вероятнее всего появляется по причине гиперплазии стенок средних и мелких артерий, синдрома Такаюсу, системной красной волчанки, нарушений развития артерий в почках, нефроптоза и в крайних случаях выпячивания стенок почечной артерии, механического повреждения, новообразования. Почти незначительна у пациенток молодого возраста вероятность развития атеросклероза сосудов, и как следствие их поражения.

Существуют вторичные гипертензии, возникшие по причине патологий эндокринной системы, например, при опухоли надпочечников, гиперальдостеронизме, синдроме гиперкортицизма.

Состояниями, оказывающими значительное влияние на исход беременности и родов для женщины и ее ребенка, вполне обоснованно можно считать преэклампсию и эклампсию, так как эти патологии это очень значимая угроза материнской и антенатальной смертности [41,42]. По данным статистики 2011 года эти две патологии составили 10 % от структуры материнской смертности.

Формой для учета статистики по распространенности артериальной гипертензии, отеков, вызванных беременностью, и протеинурии, умеренной и тяжелой преэклампсии, эклампсии является отчетная 32-ая форма.

Отчетность по патологиям и болезням, существовавшим до беременности или появившимся в период гестации, отражаются в таблице 2130 в данной форме. Выражаются эти данные в процентах по отношению к количеству законченных беременностей. В следующей таблице под номером 2211 представляются данные о патологиях, которые осложнили процесс родов и постнатальный период, к примеру, это преэклампсия. Данные этой таблицы рассчитываются исходя на тысячу родов.

Тяжелая артериальная гипертензия, ее осложнения и отдаленный прогноз могут оставить непоправимый след на качестве предстоящей жизни пациентки. Наблюдается очень высокий процент возникновения расстройств со стороны физического развития и с точки зрения психосоматики у тех, кто родился ранее установленного срока. Кроме этого, в последующей жизни эти дети имеют повышенный риск возникновения различных соматических болезней. В связи с вышеизложенным, можно утверждать, что проблема гипертензивных нарушений, возникающих во время беременности, остается очень существенной, как социально, так и в медицинском плане [43,44,45].

По результатам обзора исследований, проводивших анализ причин летальных исходов среди беременных женщин и других состояний и осложнений, вызванных артериальной гипертензией, было установлено, что в 60 % отсутствует соответствие принятым стандартам организации оказания медицинской помощи [46,47].

1.3 Организация оказания медицинской помощи беременным с АГ в Казахстане: преимущества, недостатки, соответствие международным стандартам

Гипертензивные расстройства все еще относятся к ведущим причинам материнской смертности в Республике Казахстан [48]. На сегодняшний день увеличивается количество случаев хронической артериальной гипертензии, регистрируемой во время беременности, что можно коррелировать большим количеством беременных женщин с избыточным весом и ожирением, инсулиннезависимым СД 2 типа, и повышением процента беременных в возрасте. Множество специалистов клинической и исследовательской медицины разделяют всевозрастающий интерес к этой проблеме, но все еще огромное количество нерешенных проблем касательно отсутствия единой мировой классификации и терминологии, целевых уровней, критериев постановки диагноза, лекарственной терапии, стратегии ведения пациенток с гипертензией [49,50,51,52,53].

Анализ отечественных казахстанских протоколов показывает преобладание акушерского подхода в наблюдении беременных с гипертензией с акцентом лечения преэклампсии и эклампсии, в меньшей степени гестационной, отсутствие рекомендаций по ведению беременных с хронической АГ и мониторингу артериального давления, отсутствие указаний работникам медицинской сферы в делегировании полномочий в наблюдении женщин. Таким образом, была обнаружена необходимость более детального изучения вопроса по ведению беременных с гипертензией в Казахстане, разработки отечественных рекомендаций, которые бы учитывали реальную практику и основаны на результатах собственных исследований по этой проблеме. Для разрешения проблемы ведения неинфекционных заболеваний с высоким социальным и экономическим влиянием, в том числе и гипертензии, были разработаны программы управления заболеваниями (ПУЗ) на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которые уже доказали свою эффективность в международной практике и начинают внедряться в Казахстане [54].

По результатам пилотного ретроспективного исследования с анализом медицинской документации 100 беременных с ХАГ и ГАГ, наблюдавшихся в ПЦ №1 в 2016 году, опубликованного и доложенного на Конгрессе кардиологов Казахстана в г. Алматы в июне 2017 года были обнаружены сложности систематизации информации по клинико-anamnestическим данным, оценки эффективности гипотензивной терапии, отсутствие преемственности в ведении беременной на разных этапах и между акушерами-гинекологами и терапевтами, частое несоответствие основным международным и республиканским руководствам. Таким образом, результаты пилотного исследования выявили недочеты и сложности ведения беременных с АГ на уровне ПМСП, подтвердили необходимость углубленного исследования для разработки дальнейших мероприятий по устранению недочетов.

Одним из главных факторов, влияющих на угрозу возникновения сердечнососудистой патологии, превалирующее большинство научно-клинических исследований называет артериальную гипертензию, возникшую при беременности, включая преэклампсию [55,56,57].

Преэклампсия может возникнуть под влиянием значительного множества причин. В группу таких причин можно отнести, во-первых влияние возраста, типа семьи, уровня образования, вида деятельности, во вторых влияние социального статуса, сниженного уровня дохода, в третьих имеется зависимость от отнесения к разнообразным этническим группам. Также имеются данные о возможной склонности к возникновению преэклампсии, заложенной на генетическом уровне. На риск возникновения преэклампсии также могут повлиять характеристики протекания гестационного периода, например, беременность двойней, беременность, происходящая впервые, зарегистрированные случаи возникновения преэклампсии ранее. Кроме того, к этому могут predispose сопутствующие заболевания пациентки, например, наличие избыточной массы тела, различных патологий почек, предрасположенность к тромбозу разной локализации, СД [58,59,60,61,62]. В таблице №1 представлен относительный риск возникновения преэклампсии в зависимости от вида сопутствующей патологии.

Таблица 1 - Влияние сопутствующих патологий на риск возникновения преэклампсии

Фактор риска	Относительный риск
Хронические заболевания почек	20
Хроническая АГ	10
АГ в период беременности у родственниц первой степени родства	5
Беременность двойней	4
Частые повторные беременности	3
Возраст матери старше 40 лет	3
Избыточная масса тела	2,7
Сахарный диабет	2

В дополнение к вышесказанному, лечение гипертензии также рекомендуется назначать, учитывая социальные, генетические,

демографические факторы и отнесение к различным этническим группам. К примеру, в стратегии терапии гипертензии рекомендуемой Кембриджским Университетом, пациенты, страдающие артериальной гипертензией, подразделяются на 2 группы, учитывая возраст (до и после 55 лет) и этническую принадлежность (выделяют негроидную расу).

В то время как согласно клиническому протоколу диагностики и лечения артериальной гипертензии Республики Казахстан, стратегия медикаментозной и немедикаментозной терапии пациентов с артериальной гипертензией не учитывает возраст пациента и его этническую принадлежность.

Также многие мировые рекомендации при выборе тактики лечения опираются на современные мультицентровые исследования, которые доказывают, что большой процент эффективности по снижению АД занимает смена образа жизни.

В Великобритании огромное внимание обращают на смену образа жизни пациента на более здоровый образ жизни. Например, избавление от избыточного веса снижает артериальное давление по расчетам почти на 10 мм.рт.ст. на каждые 10 килограмм сброшенного лишнего веса. При переходе пациентов на диетическое питание с малым потреблением жиров наблюдалось снижение давления до 15 мм.рт.ст., а уменьшение употребления поваренной соли позволило снизить АД до 7 мм.рт.ст. С включением в образ жизни активных физических упражнений 5 раз в неделю не меньше получаса, также заметно снижается артериальное давление, до 8 мм.рт.ст. Кроме того, большое внимание уделяется рекомендациям по отказу от курения, избеганию стрессовых ситуаций и уменьшению употребления в пищу продуктов с большим количеством ненасыщенных жирных кислот [63].

Гипертензивные нарушения, вызванные беременностью допустимо считать независимым фактором угрозы развития сердечнососудистой патологии. Данное утверждение о присутствии корреляции АД и ССЗ является полезным, информативным и должно быть учтено при разработке стратегий и политики здравоохранения. Имеется необходимость наблюдения за пациентками с зарегистрированными случаями преэклампсии или ГАГ, возникшей во время беременности, в связи с возрастанием сердечнососудистого риска. Это наблюдение должно включать в себя мониторинг артериального давления, определение холестерина, ЛПНП, ЛПВП, индекса атерогенности, показателей углеводного обмена, контроль массы тела. Мониторинг за состоянием здоровья и раннее диагностирование сосудистых заболеваний, с лекарственной терапией выявленных заболеваний может значительно повлиять на отдаленный прогноз [64,65,66,67].

Общеизвестно, что преобладание при ведении беременных с артериальной гипертензией и на данный момент все еще остается достаточно острым вопросом [68,69,70].

Почти отсутствуют какие-либо опасения у самих специалистов и, как следствие, у беременных женщин, что перенесенная в гестационный период

артериальная гипертензия, вполне может стать причиной сердечнососудистых нарушений и болезней [71,72,73,74,75].

Несмотря на этот факт, многие исследования уже доказали, что женщины, перенесшие артериальную гипертензию в период гестации и дети, рожденные от таких пациенток должны на протяжении почти всей жизни подвергаться постоянному мониторингу по показателям, позволяющим вовремя диагностировать сердечнососудистые патологии, и при выявлении ССЗ своевременной их терапии.

Таким образом, можно сделать вывод, что имеется острая необходимость разработки системы для повышения преемственности ведения беременных с артериальной гипертензией между организациями амбулаторно-поликлинической помощи, включая женские консультации, стационарной и стационарзамещающей, скорой медицинской помощи.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика объекта исследования

Данное исследование проводилось на базах двух медицинских организаций города Астана: ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №10» (ГП №10), ГКП на ПХВ «Перинатальный центр №1» (ПЦ №1). Исследование проводилось в период времени с декабря 2017 года по март 2019 года. Объектом исследования явилась артериальная гипертензия у беременных.

Таблица 2 – Программа исследования:

Этапы	Задачи	Методы	Материалы	Объем
1	2	3	4	5
1	Изучение международного опыта и стран СНГ по оказанию медицинской помощи беременным с артериальной гипертензией	1. Библиографический; 2. PICO	Обзор отечественной, российской и зарубежной литературы за последние 10 лет по теме исследования	Изучено 75 источников
2	Проведение сбора данных по распространенности и по исходам беременности и родов хронической и гестационной артериальной гипертензии у беременных	1. Метод выкопировки из медицинской документации; 3. Статистическая обработка данных	1. Индивидуальные карты беременной и родильницы (форма № 110/у); 2. История родов (форма №096/у от «23» ноября 2010 года №907); 3. Обменные карты беременной и родильницы (форма №113/у от «23» ноября 2010 года №907).	Всего было проанализировано 707 индивидуальных карт и историй родов: 446 на базе ПЦ №1 и 261 на базе ГП №10
3	Проведение социологического опроса врачей акушеров-гинекологов и других специалистов (кардиологи, терапевты) по совершенствованию медицинской помощи беременным с АГ в ГП №10, ГП №5, ГП №8.	1. Социологический опрос; 2. Статистическая обработка данных	1. Разработанные для врачей анкеты	Всего опрошено врачей: 117 врачей, на базе ГП №10 - 43 врача, ГП №5 – 36 врачей, ГП №8 – 38 врачей

4	Обосновать необходимость внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста»	1. Метод обобщения и системный метод	Результаты проведенного исследования	
---	--	--------------------------------------	--------------------------------------	--

Основные этапы исследования:

На первом этапе исследования было произведено изучение отечественного и международного опыта по организации медицинской помощи женщинам с артериальной гипертензией, вызванной беременностью, анализ клинических протоколов, руководств и международных практических рекомендаций по ведению беременных пациенток с гипертензией.

На втором этапе были изучены индивидуальные карты беременной и родильницы (форма № 110/у) и истории родов (форма №096/у от «23» ноября 2010 года №907) пациенток с артериальной гипертензией и проведен сбор данных по распространенности и по исходам беременности и родов хронической и гестационной артериальной гипертензии у беременных. Всего было включено 707 пациенток. После сбора проводилось изучение по полученным данным характерных признаков артериальной гипертензии у беременных (возрастной структуры, сопутствующих болезней и т.д.).

На третьем этапе исследования была разработана и использована анкета с целью проведения опроса врачей акушеров-гинекологов и других специалистов, имеющих отношение к артериальной гипертензии (ВОП, терапевты), по совершенствованию медицинской помощи беременным с АГ. Всего проанкетировано 117 врачей на базе ГП №10, ГП №5 и ГП №8.

На четвертом этапе исследования была обоснована необходимость разработки и внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в Регистре беременных и женщин фертильного возраста.

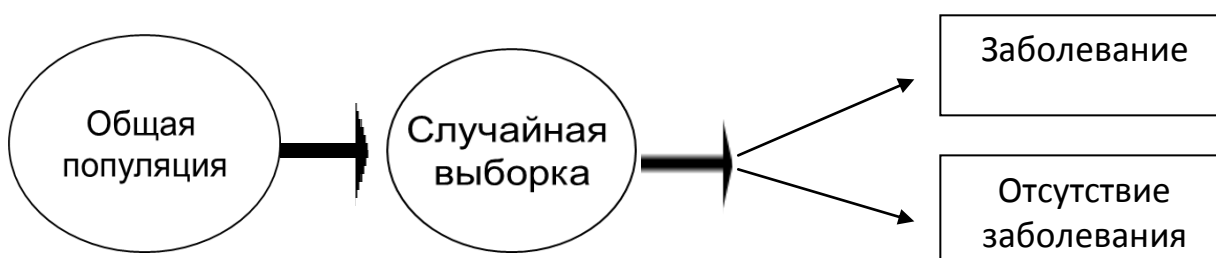
Дизайн данного исследования: наблюдательное поперечное исследование.

Наблюдательное – в ходе выполнения исследования данные будут собираться путём простого наблюдения событий в их естественном течении, не вмешиваясь в них активно, то есть в ходе исследования не будут осуществляться никакие вмешательства.

Поперечное – так как исследование было проведено как соотношение между заболеваниями (или иными признаками) и другими переменными в определенной популяции (в данном случае беременные женщины) в определенный момент времени. Наличие или отсутствие болезни и наличие или отсутствие других признаков (или, если они количественные, степень их выраженности) определялось у каждого члена популяции или в репрезентативной выборке в один момент времени. Соотношение между

переменной и заболеванием было изучено в терминах распространенности заболевания в различных подгруппах популяции в зависимости от наличия или отсутствия переменных. Определялась превалентность (число событий, например, случаев определенной болезни или другого состояния, в популяции в определенный момент) болезни, но не инцидентность (количество новых событий (например, новых случаев болезни в определенной популяции) за определенный период времени). Временная последовательность событий, позволяющая различить причины и следствия, в данном исследовании не определялась. Дизайн исследования представлен на рис.1.

Рисунок 1 - Дизайн исследования



2.2 Характеристика методов исследования

Метод социологического опроса.

Социологический опрос был осуществлен с использованием разработанной анкеты. Объектами исследования выступили врачи акушеры-гинекологи, терапевты и ВОП, являющиеся сотрудниками ГП №10, ГП №5 и ГП №8.

Размер выборки рассчитан по формуле:

$$SS = \frac{Z^2 * (p) * (1-p)}{C^2}$$

где:

Z = Z фактор (например 1,96 для 95% доверительного интервала)

p = процент интересующих респондентов или ответов, в десятичной форме (0,5 по умолчанию)

c = доверительный интервал, в десятичной форме (например, 0,04 = ±4%)

В ГП №10 врачей подходящих для исследования по критериям включения было 67, из них 40 терапевтов, 16 ВОП и 11 акушер-гинекологов. В ГП №5 врачей подходящих для исследования по критериям включения - 49, из них 27 терапевтов, 18 ВОП и 4 акушер-гинекологов. В ГП №8 врачей подходящих для исследования по критериям включения - 51, из них 13 терапевтов, 28 ВОП и 10 акушер-гинекологов. В результате объем генеральной

совокупности составил 167 врачей и, при подстановке в формулу в качестве рекомендуемого объема выборки, была получена цифра 117.

Анкета была создана, учитывая общепринятые правила разработки анкет, и включала вступительную, основную и заключительную части. Первая часть анкеты включала приветствие анкетирруемых специалистов, разъяснение целей проводимого исследования, объяснение как правильно нужно заполнить анкету и выказывалось о важности для исследования мнения опрашиваемого. В главную часть были включены, касающиеся проводимого исследования, вопросы как открытого, так и закрытого вида. Последняя часть анкеты включала выражение опрашиваемому специалисту благодарения за участие в проведенном анкетировании.

Переработка и анализ полученных данных это финальный и достаточно сложный этап исследования, проводимого методом анкетирования. Так как во время этого последнего этапа мы производим систематизацию полученных данных для последующей их обработки.

Проработка собранных анкет включает в себя несколько этапов, которая подразумевает как механические операции с данными, так и аналитические процессы:

На первом этапе производились действия по предварительной подготовке собранных бланков к переработке. На первом этапе проверяется соблюдение правил заполнения анкеты и наличие всех ответов на вопросы. Перед этим все бланки были пронумерованы по порядку.

На втором этапе была произведена проработка открытых вопросов с целью их кодирования. На все вопросы такого типа заполняется другой лист с номером этого вопроса. На него писались ответы на открытые вопросы анкеты по каждому вопросу отдельно. После того каждый открытый вопрос «закрывался», т.е. схожие варианты формировались по группам с присвоенной ей кодировкой. Далее эти коды были поставлены во все бланки анкеты. В результате были получены анкеты, в которых все ответы на вопросы были закодированы.

На 3 этапе информация, полученная в процессе социологического опроса, была подвергнута статистической обработке.

Так как анкета состояла из немногих вопросов (12 вопросов) и количество опрошенных небольшое, обработку представилось возможным произвести программой Microsoft Excel из пакета программ корпорации Microsoft. Также была произведена обработка собранных анкет с использованием статистических методов обработки, таких как ряды распределения по всем вопросам отдельно. Ряд распределения для отдельных вопросов – это ряд чисел, каждое из которых обозначает, с какой частотой был выбран тот или иной ответ среди всех собранных анкет. Совместно с числовым рядом, выражающим частоту выбора ответа, добавляется процентный ряд, в котором ко всем частотам по отдельности проставляется ее процентная доля по отношению к общему числу.

Проценты были рассчитаны по следующей формуле:

$P_i = n_i / N * 100$, где

i – номер варианта ответа,

n – частота выбора i -го варианта ответа на данный вопрос

N – общее количество анкет

На четвертом заключительном этапе производилась работа по графическому представлению полученных данных. Для представления полученных в результате анализа данных были сформированы гистограммы и круговые диаграммы, другие виды графических изображений. По итогам совершенного социологического опроса сформированы определенные выводы, которые описаны в главе «Результаты исследования и их обсуждение».

Выкопировка из медицинской документации и статистическая обработка.

На данном этапе исследования были проработаны индивидуальные карты беременной и родильницы (форма № 110/у) и истории родов (форма №096/у от «23» ноября 2010 года №907) пациенток с артериальной гипертензией, вызванной беременностью. В общем в исследовании было рассмотрено 707 случаев возникновения артериальной гипертензии и преэклампсии у беременных пациенток: 446 на базе ПЦ №1 и 261 на базе ГП №10.

В самом начале исследования был проведен ретроспективный сбор данных из индивидуальных карт беременной и родильницы (форма № 110/у) и историй родов (форма №096/у от «23» ноября 2010 года №907). Выкопировка информации из медицинских документов проводилась вручную.

Следующим этапом было проведение переработки полученной информации, с использованием пакета программы STATISTICA, предназначенного для анализа и визуализации данных, с применением методов статистики.

В основу проведенного исследования был положен один из методов статистического анализа информации – описательная статистика. Этот метод предоставил возможность систематизировать первично собранные данные, которые были взяты во время ретроспективной выкопировки из медицинской документации.

Применение описательной статистики состояло из следующих этапов:

1. Сбор данных
2. Распределение данных по категориям
3. Расчет обобщающих показателей
4. Изображение обработанных данных

В проведенной статистической обработке были применены следующие приемы:

- Графическое изображение обработанной информации.
- Представление данных в виде таблиц.
- Были применены обобщающие статистические методы, например, среднее квадратичное отклонение, мода, медиана, дисперсия и другие.

Каким образом производилась поэтапная сборка данных, было описано выше.

При распределении данных по категориям собранная информация была оформлена в, насколько это представилось возможным, однородные группы, которые были подразделены по категориям.

Расчет обобщающих статистических показателей производился для разрешения двух главных проблем:

1. Продемонстрировать общие характеристики совокупности всех данных.
2. Продемонстрировать насколько полученные данные неоднородны.

Для разрешения цели первого этапа обобщения числовых данных использовался расчет таких показателей статистики как, к примеру, среднее арифметическое, медиана или мода. Для осуществления другой цели использовались такие методы расчета неоднородности данных, как показатель дисперсии, квадратный корень из дисперсии – стандартное отклонение, стандартная ошибка среднего.

На последнем завершающем этапе исследования проведен анализ основных показателей артериальной гипертензии.

Частотный анализ данных в пакете SPSS

Первым этапом статистического анализа данных, как правило, является частотный анализ. Процедура Частоты (Frequencies) позволяет реализовать группировку и анализ взаимосвязей социальных характеристик. Минимальные требования, которые предъявляются к ним, заключаются в том, что переменные должны быть количественными. После выполнения необходимых операций SPSS строит стандартные частотные таблицы.

Представим краткие определения понятий, о которых пойдет речь в разделе «Результаты».

Частоты. Команда Частоты (Frequencies) является одной из самых простых и часто используемых команд SPSS. Действие команды сводится к простому подсчету распределения частот по категориям переменной: определению количества объектов в каждой категории переменной. Например, если анализируется переменная «возраст», то программа подсчитает распределение численности по возрасту среди испытуемых. Выводимый результат для каждой категории включает метку значений переменной, само значение переменной, частоту, процент и накопленный процент от общей частоты.

Процентиль показывает, какой процент распределения лежит ниже заданной величины. Например, если процентиль значения 111 равен 75, то это означает, что 75% всех значений переменной меньше, чем 111, а 25% - больше, чем 111.

Представим краткие понятия описательной статистики.

Средняя арифметическая величина выборки может дать характеристику среднего уровня значения исследуемого показателя в случаях, попавших в наблюдение, и рассчитывается отношением суммы всех значений признака, включенных в исследование, к количеству принятых в исследование наблюдений:

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{n} = \frac{\sum x_i}{n}$$

где x_i - значение конкретного показателя;

Σ - знак суммирования;

n - число показателей (случаев);

\bar{x} - средняя арифметическая величина.

Мода— вариант в совокупности наблюдений, который регистрируется чаще всех остальных (Мода - типичность). Мода для случайного ряда это значение признака, с самым большим значением частоты. При расчете моды для интервальных рядов требуется вначале выяснить модальный интервал (по максимальной частоте), а после — узнать модальную величину изучаемого признака по формуле:

$$M_0 = x_0 + n \frac{f_m - f_{m-1}}{(f_m - f_{m-1}) + (f_m - f_{m+1})},$$

где:

- M_0 — значение моды
- x_0 — нижняя граница модального интервала
- h — величина интервала
- f_m — частота модального интервала
- f_{m-1} — частота интервала, предшествующего модальному
- f_{m+1} — частота интервала, следующего за модальным

Медиана — это числовое значение признака, которое разделяет ранжированный вариационный ряд ровно пополам и находится в этом ряду.

Для установления медианы в вариационном дискретном ряду если имеются

частоты, то вначале рассчитывают полу сумму частот $\frac{\sum f_i}{2}$, а потом устанавливают, какая из вариантов приходится на нее.

Если сортированный ряд имеет нечетное количество признаков, то номер медианы вычисляют по формуле:

$$M_e = (n_{\text{(число признаков в совокупности)}} + 1)/2,$$

Если ряд имеет четное число признаков, то медиана равняется среднему из двух признаков, которые расположены в середине ряда.

При вычислении медианы для интервального вариационного ряда сначала определяют медианный интервал, в пределах которого находится медиана, а затем — значение медианы по формуле:

$$M_e = x_0 + h \frac{\frac{\sum f_i}{2} - S_{m-1}}{f_m},$$

где:

- M_e — медиана
- x_0 — нижняя граница интервала, который содержит медиану
- h — величина интервала
- $\sum f_i$ — сумма частот или число членов ряда
- S_{m-1} — сумма накопленных частот интервалов, предшествующих медианному
- f_m — частота медианного интервала

Дисперсия σ^2 — является средним квадратом отклонений индивидуальных значений признака от их средней величины.

Дисперсия простая:

$$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n}$$

Дисперсия взвешенная:

$$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^k (x_i - \bar{x})^2 f_i}{\sum_{i=1}^k f_i}$$

Удобнее всего рассчитать дисперсию по формуле:

$$\sigma^2 = \overline{x^2} - (\bar{x})^2$$

которую можно получить преобразовав основную формулу. В данной ситуации средний квадрат отклонений равен средней из квадратов значений признака минус квадрат средней.

Для несгруппированных данных:

$$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^n x_i^2}{n} - \left(\frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n} \right)^2.$$

Для сгруппированных данных:

$$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^k x_i^2 f_i}{\sum_{i=1}^k f_i} - \left(\frac{\sum_{i=1}^k x_i f_i}{\sum_{i=1}^k f_i} \right)^2.$$

Стандартное отклонение (s) показывает, как распределены значения относительно среднего в выборке.

Вычисляется по формуле:

$$s = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - x_{cp})^2}{n - 1}}$$

Также для анализа данных была использована бинарная логистическая регрессия. Этот метод многомерного анализа применяется для устранения влияния вмешивающихся факторов, которые потенциально могут влиять на результаты анализа (конфаундеров), и для учета взаимного влияния всех включенных в анализ факторов, что позволяет оценить их прямую связь с изучаемой результирующей переменной. Характеристики беременных женщин вводились в логистическую регрессионную модель в качестве независимых категориальных переменных.

Количественной мерой оценки влияния различных факторов на течение беременности в бинарной логистической регрессии являлось отношение шансов (ОШ). Нескорректированные значения ОШ рассчитывались в ходе одномерного регрессионного анализа, который проводился отдельно для каждой независимой переменной, и в ходе данного анализа оценивалось независимое влияние действующих факторов. скорректированные значения ОШ, напротив, учитывающие взаимное влияние изучаемых факторов, рассчитывались в результате многомерного регрессионного анализа, в который все независимые переменные вводились методом форсированного ввода.

Таким образом, в данном случае факторный анализ дает возможность найти такие комплексные категории, которые позволяют наиболее полно объяснить наблюдаемые связи между включенными в анализ переменными (в случае данного исследования – характеристики беременной женщины и течение беременности).

Бинарная логистическая регрессия и факторный анализ проводились с помощью пакета статистических программ SPSS 13 версии.

Полученные в результате статистической обработки данные отображены в виде графических изображений в разделе «Результаты исследования и их обсуждение».

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Результаты экспертной оценки амбулаторных карт

Представляем результаты проведенной экспертизы 707 индивидуальных карт беременной и родильницы (форма № 110/у), историй родов (форма 096/у), выписных эпикризов из медицинской документации беременных пациенток с АГ с использованием критериев, разработанных на основе клинического протокола «Артериальная гипертензия у беременных», утвержденного протоколом заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК №23 от 12 декабря 2013 г.

На базе Городской поликлиники №10 были взяты данные за период 2014-2017 гг. На базе Перинатального центра №1 – за 2016-2017 гг. Обработка данных производилась с помощью компьютерной программы SPSS. Статистические методы, которые были использованы в ходе настоящего исследования – это описательная статистика, бинарная логистическая регрессия и частотный анализ. Данные методы позволили обобщить первичные результаты, полученные при ретроспективном сборе данных из медицинских документов.

Всего было проанализировано 707 медицинских документов: 446 истории родов и 261 индивидуальных карт беременной и родильницы.

Для статистической обработки данных беременные были разделены на группы: беременные с хронической артериальной гипертензией (ХАГ), то есть имевшие АГ вне беременности или диагностированная АГ до 20 недель беременности, и беременные с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ), то есть АГ развившаяся после 20 недель беременности (связанная с беременностью). В группу «Беременные с ХАГ» вошло 131 беременных (18,5 %), в группу «Беременные с ГАГ» – 576 беременных (81,5 %). Далее эти 2 группы были поделены на две подгруппы: ХАГ и сопутствующие заболевания, ХАГ и осложнения, соответственно ГАГ и сопутствующие заболевания, ГАГ и осложнения.

Для изучения осложнений были определены следующие признаки: возраст, уровень АД, досрочное прерывание беременности, преэклампсия, акушерские кровотечения, эклампсия, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), острая почечная недостаточность (ОПН), отслойка сетчатки глаза, фетоплацентарная недостаточность, асфиксия плода, масса плода, гибель плода. Для изучения сопутствующих заболеваний были взяты следующие нозологии: возраст, индекс массы тела (ИМТ), то есть вес и рост, беременность по счету, сахарный диабет (СД), хронические заболевания почек (ХЗП), АГ в семейном анамнезе, максимальные значения АД, назначенная доза допегита.

В подгруппе «ХАГ и осложнения» средний возраст беременных составил – 31,9 лет (табл.3), средний уровень систолического давления составил 146,7 мм рт ст.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20,0	1	,8	,8	,8
	21,0	2	1,5	1,5	2,3
	22,0	5	3,8	3,8	6,1
	23,0	3	2,3	2,3	8,4
	24,0	2	1,5	1,5	9,9
	25,0	9	6,9	6,9	16,8
	26,0	4	3,1	3,1	19,8
	27,0	7	5,3	5,3	25,2
	28,0	8	6,1	6,1	31,3
	29,0	10	7,6	7,6	38,9
	30,0	3	2,3	2,3	41,2
	31,0	4	3,1	3,1	44,3
	32,0	6	4,6	4,6	48,9
	33,0	10	7,6	7,6	56,5
	34,0	8	6,1	6,1	62,6
	35,0	11	8,4	8,4	71,0
	36,0	10	7,6	7,6	78,6
	37,0	7	5,3	5,3	84,0
	38,0	5	3,8	3,8	87,8
	39,0	6	4,6	4,6	92,4
	40,0	3	2,3	2,3	94,7
	41,0	2	1,5	1,5	96,2
	42,0	1	,8	,8	96,9
	43,0	3	2,3	2,3	99,2
	45,0	1	,8	,8	100,0
Total		131	100,0	100,0	

Таблица 3 - Распределение по возрасту в подгруппе «ХАГ и осложнения»

Досрочное родоразрешение было произведено у 11 беременных, что составило 8,4% от общего числа исследуемых, преэклампсия наблюдалась у 29 беременных (22,1%) (рис.2), акушерские кровотечения имело место у 2 беременных (1,5%), отслойка сетчатки глаза – также у 2 беременных (1,5%), ОПН развилось у 1 беременной (0,7%).

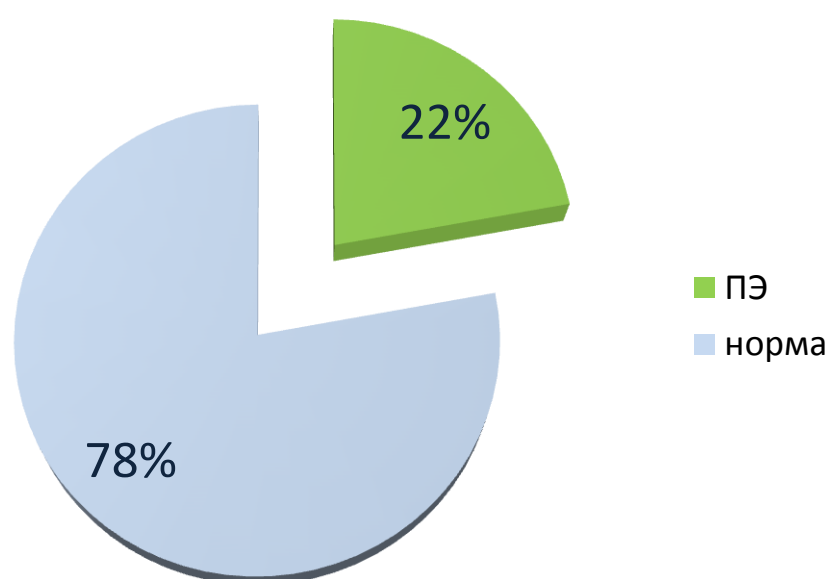


Рисунок 2 – Доля преэклампсии в подгруппе «ХАГ и осложнения»

Такие грозные осложнения, как эклампсия и ОНМК не были отмечены в данной исследовательской подгруппе. Что касается новорожденных детей от матерей с ХАГ, то была выявлена следующая картина: средняя масса новорожденных у данной категории беременных в исследуемой подгруппе составила 3425 гр, фетоплацентарная недостаточность развилась у 11 новорожденных, что составило 8,4% от общего числа исследуемых, асфиксия плода наблюдалась у одного новорожденного (0,7%), гибелью плода завершилась 1 беременность (0,7%).

В подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания» средний ИМТ составил 31,5 кг/м², что соответствует ожирению 1 степени (табл.4).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-24,99999	20	15,3	15,3	15,3
25-30,99999	49	37,4	37,4	52,7
31-55	62	47,3	47,3	100,0
Total	131	100,0	100,0	

Таблица 4 - ИМТ в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания»

Средняя беременность по счету в данной подгруппе – 3,2, то есть более 3-х беременностей.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	31	23,7	23,7	23,7
2	27	20,6	20,6	44,3
3	26	19,8	19,8	64,1
4	15	11,5	11,5	75,6
5	17	13,0	13,0	88,5
6	6	4,6	4,6	93,1
7	4	3,1	3,1	96,2
8	3	2,3	2,3	98,5
9	2	1,5	1,5	100,0
Total	131	100,0	100,0	

Таблица 5 - Беременность по счету в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания»

Всего 4 и более по счету беременности наблюдалось у 47 беременных, что составило 35,9% от общего числа исследуемых, из них 4 беременности – у 15 исследуемых (11,4%), 5 беременности – у 17 исследуемых (13%), 6 беременности – у 6 исследуемых (4,5%), 7 беременности – у 4 исследуемых (3%), 8 беременности – у 3 исследуемых (2,3%), 9 беременности – у 2 исследуемых (1,5%) (рис.5, табл.5).

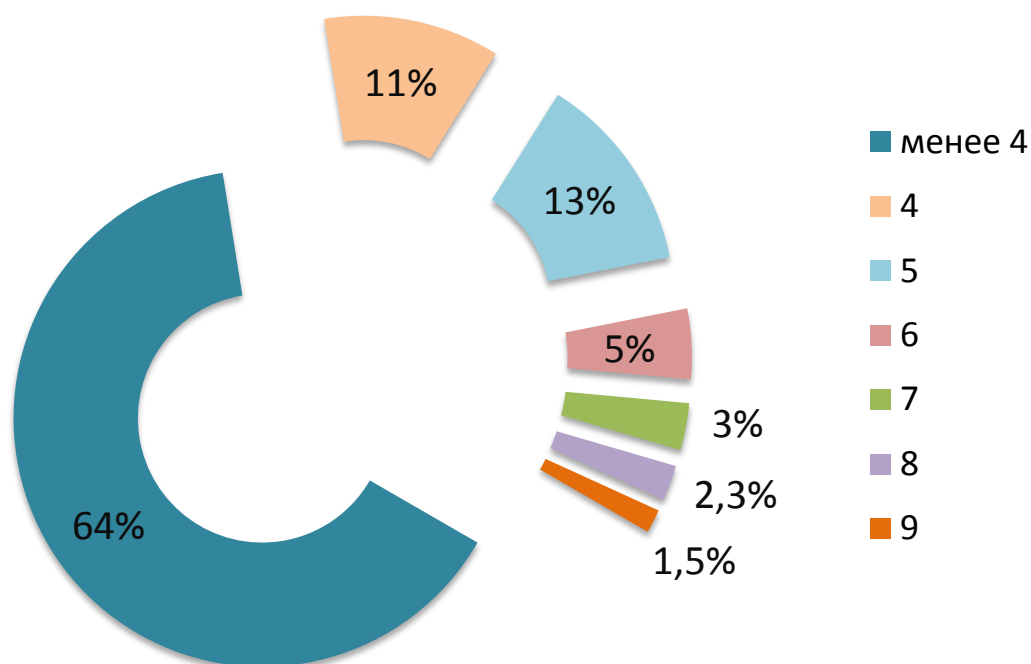


Рисунок 3 – Беременность по счету в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания»

АГ в семейном анамнезе наблюдалось у 8 беременных (6,1%), что является незначимым показателем (табл.7). Возможно, это связано с тем, что в недостаточной мере был собран и отображен анамнез жизни беременных. Сопутствующая патология сопровождала беременность следующим образом (табл. 8): Сахарный диабет 2 типа наблюдался у 25 беременных (19%) (табл.6),

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	106	80,9	80,9	80,9
1	25	19,1	19,1	100,0
Total	131	100,0	100,0	

Таблица 6 - СД в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания»

хронические заболевания почек – у 70 беременных (53,4%) (рис.4). Такие высокие показатели можно расценить как гипердиагностику заболевания «Хронический пиелонефрит» на амбулаторном этапе.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	123	93,9	93,9	93,9
1	8	6,1	6,1	100,0
Total	131	100,0	100,0	

Таблица 7 - АГ в семейном анамнезе в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания»

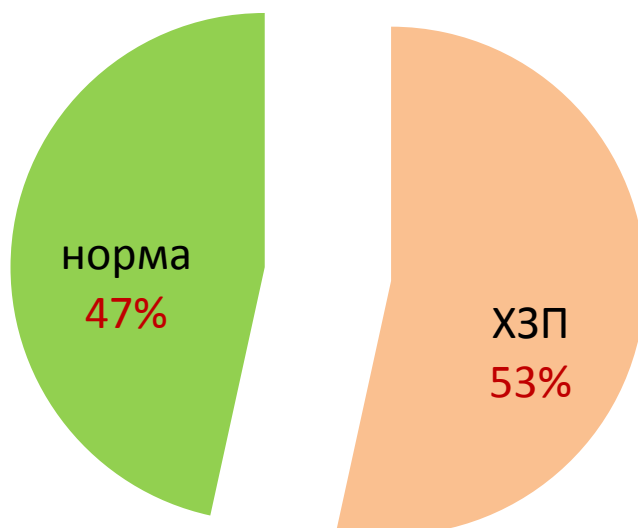


Рисунок 4 – ХЗП в подгруппе «ХАГ и сопутствующие заболевания»

Максимальное значение систолического АД у беременных выше 160 мм рт ст наблюдалось у 30 беременных, что составило 22,9% от общего числа исследуемых. Допегит на регулярной основе принимали 92 беременных (70,2%), остальные 28,8% беременных принимали допегит по требованию. По количеству таблеток допегита ранжирование было следующее: 1 таблетку принимали 25 беременных (19%), 2 таблетки – 52 беременных (39,7%), 3 таблетки – 13 беременных (9,9%), 4 таблетки – 2 беременные (1,5%).

Таблица 8 - ХАГ и сопутствующие заболевания

ХАГ сз	уровни САД				всего
	САД>140	140≤САД<160	160≤САД<180	САД≥180	
АГ в семейном анамнезе		6	2		8
СД	5	16	1	3	25
хронические заболевания почек	13	45	9	4	71
всего в группе	24	77	23	7	131

В подгруппе «ГАГ и осложнения» средний возраст беременных составил – 29 лет, средний уровень систолического давления составил 147,9 мм рт ст. Досрочное родоразрешение было произведено у 78 беременных, что составило 13,8% от общего числа исследуемых, что на 5,4% выше, чем в подгруппе «ХАГ и осложнения» (табл.9).

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	486	86,2	86,2	86,2
	1	78	13,8	13,8	100,0
	Total	564	100,0	100,0	

Таблица 9 - Досрочное родоразрешение в подгруппе «ГАГ и осложнения»

Преэклампсия легкой степени наблюдалась у 235 беременных (41,2%), преэклампсия тяжелой степени – у 166 беременных (29,1%) (рис.6), акушерские кровотечения имело место у 15 беременных (2,6%), отслойка сетчатки глаза – у 1 беременной (0,2%), эклампсия развилась у 2 беременных (0,3%).

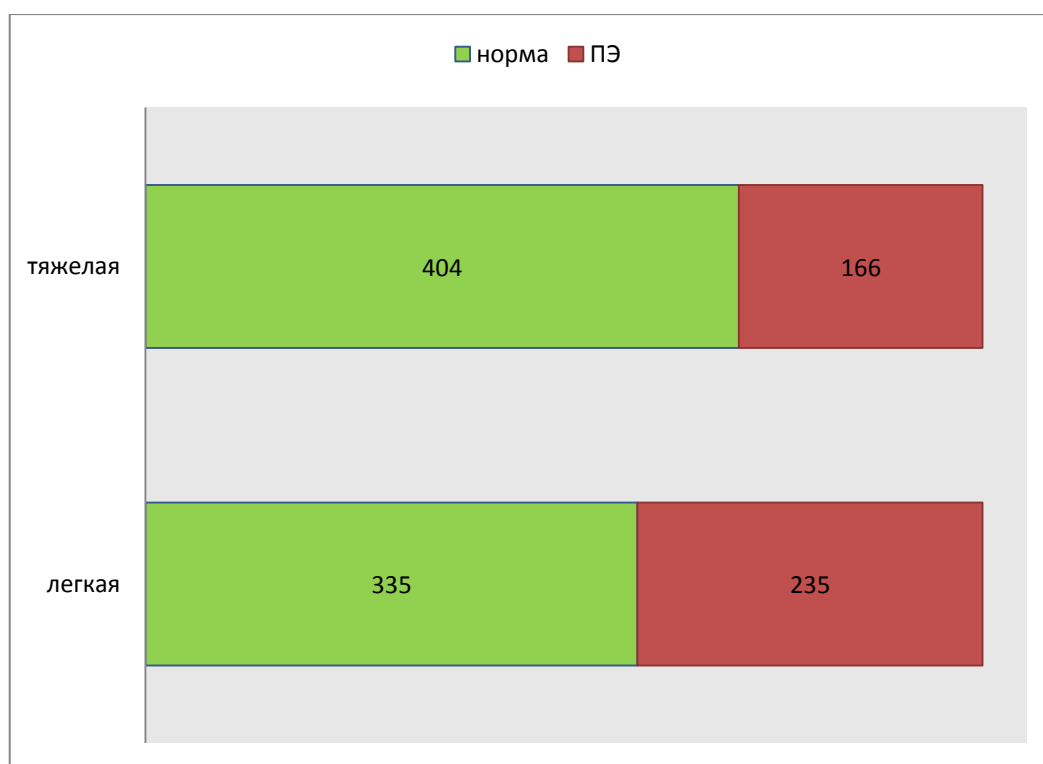


Рисунок 5 – Доля преэклампсии легкой и тяжелой степени в подгруппе «ГАГ и осложнения»

Такие грозные осложнения, как ОНМК и ОПН не были отмечены в данной исследовательской подгруппе. Что касается новорожденных детей от матерей с ГАГ, то была выявлена следующая картина: средняя масса новорожденных у данной категории беременных в исследуемой подгруппе

составила 3307 гр, фетоплацентарная недостаточность развилась у 52 новорожденных, что составило 9,2% от общего числа исследуемых (табл.10), асфиксия плода наблюдалась у одного новорожденного (0,2%), гибелью плода завершилась 5 беременности (0,9%).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	512	90,8	90,8	90,8
1	52	9,2	9,2	100,0
Total	564	100,0	100,0	

Таблица 10 - Фетоплацентарная недостаточность в подгруппе «ГАГ и осложнения»

В подгруппе «ГАГ и сопутствующие заболевания» средний ИМТ составил 28,40 кг/м², что соответствует избыточной массе тела. Средняя беременность по счету в данной подгруппе – 2,3, то есть более 2-х беременности. Всего 4 и более по счету беременности наблюдалось у 111 беременных, что составило 19,5% от общего числа исследуемых, из них 4 беременности – у 59 исследуемых (10,3%), 5 беременности – у 28 исследуемых (4,9%), 6 беременности – у 14 исследуемых (2,4%), 7 беременности – у 5 исследуемых (0,9%), 8 беременности – у 3 исследуемых (0,5%), 9 беременности – у 2 исследуемых (0,3%).

По сравнению с подгруппой «ХАГ и сопутствующие заболевания», в данной категории беременные несколько моложе и тенденция иметь более 4-х детей у них менее выражена.

АГ в семейном анамнезе наблюдалось у 5 беременных (0,9%), что является низким показателем (рис. б), и это логично, так как патогенез повышения АД у данной категории беременных носит больше гормональный характер.

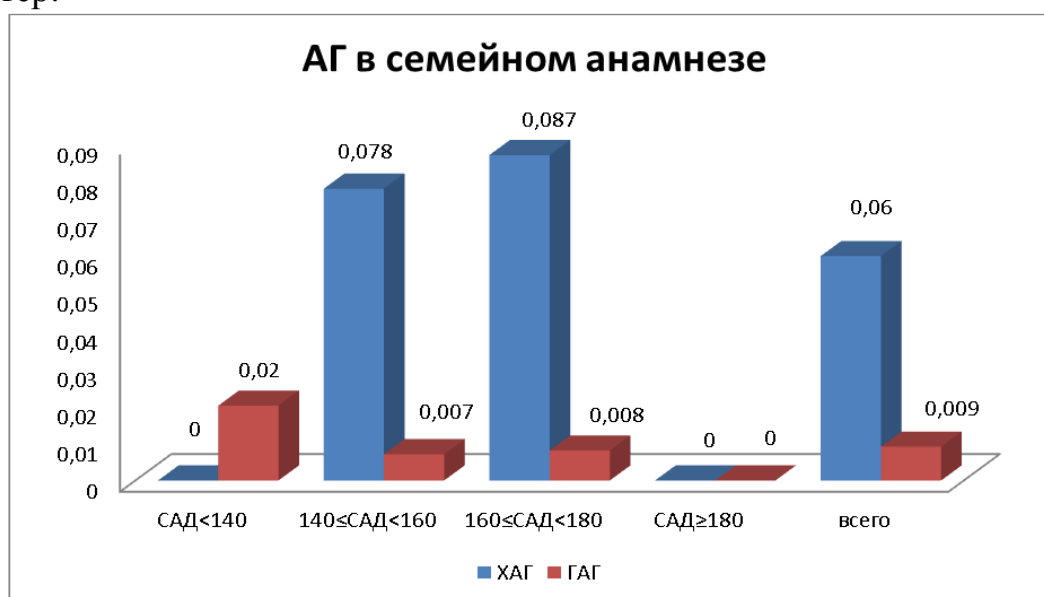


Рисунок 6 - Сравнительная характеристика АГ в семейном анамнезе

Сопутствующая патология сопровождала беременность следующим образом (табл.11): СД наблюдался у 27 беременных (4,7%), ХЗП – у 234 беременных (41%) (рис.7,8).

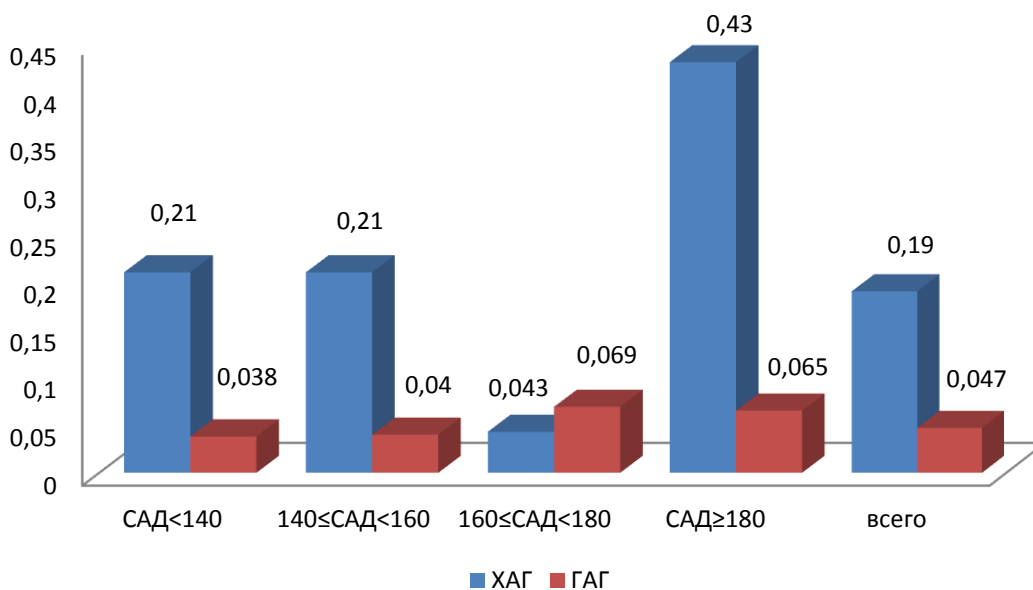


Рисунок 7 – Сравнительная характеристика СД в анамнезе

Максимальное значение систолического АД у беременных выше 160 мм рт ст наблюдалось у 164 беременных, что составило 28,8% от общего числа исследуемых.

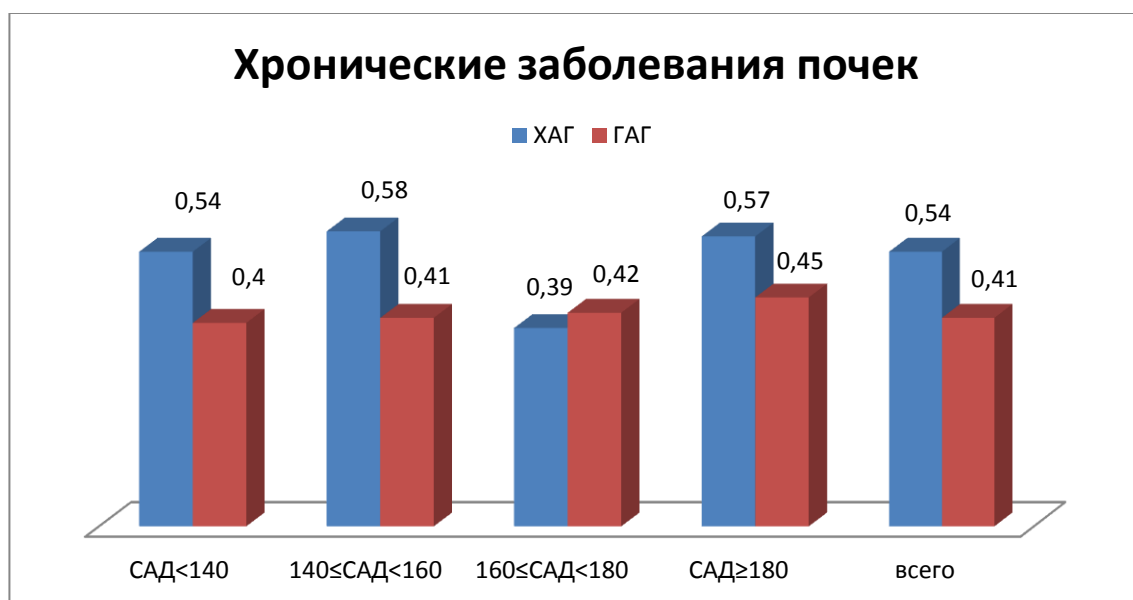


Рисунок 8 – Сравнительная характеристика ХЗП в анамнезе

Допегит на регулярной основе принимали всего 2 беременных (0,3%) по 3 таблетки в сутки, остальные 99,7% беременных принимали допегит по требованию.

Таблица 11 - ГАГ и сопутствующие заболевания

ГАГ сз	уровни САД				всего
	САД>140	140≤САД<160	160≤САД<180	САД≥180	
АГ в семейном анамнезе	2	2	1		5
СД	4	12	9	2	27
хронические заболевания почек	42	124	55	14	235
преэклампсия легкой степени	47	161	24	3	235
преэклампсия тяжелой степени	9	39	93	25	166
эклампсия	2				2
рубец на матке	3	3			6
тромбоцитоз	3	2	1		6
всего в группе	105	303	131	31	570

Выводы ретроспективного исследования медицинской документации:

1. АГ у беременных чаще всего осложняется преэклампсией (ХАГ в 22,1%, ГАГ – преэклампсия легкой степени в 41,2%, преэклампсия тяжелой степени в 29,1%) и досрочным родоразрешением (ХАГ в 8,4% и ГАГ – 13,8%).

2. Уровень АД не влияет на массу плода, но влияет на развитие фетоплацентарной недостаточности (при ХАГ в 8,4% развивается фетоплацентарная недостаточность, при ГАГ в 9,2%).

3. АГ у беременных чаще всего сопровождается при ХАГ ожирением 1 ст, а при ГАГ – избыточной массой тела.

4. Недостаточно проводится прегравидарная подготовка женщин фертильного возраста к планированию беременности (35,9% беременных с ХАГ имеют 4 и более беременности).

5. Половина беременных с ХАГ (53,4%) и почти половина беременных с ГАГ (41%) имеют ХЗП в анамнезе.

3.2 Результаты анкетирования врачей

Анкета состояла из следующих вопросов:

- «даете ли вы согласие, чтобы приступить к опросу»,
- «согласны ли Вы, что в Казахстане одной из основных причин осложнений беременности и родов являются гипертензивные состояния»,
- «как часто Вы обращаетесь в своей повседневной работе к клиническому протоколу по диагностике и лечению АГ у беременных»,
- «согласны ли Вы, что отсутствует преемственность в ведении беременных между акушерами-гинекологами и терапевтами»,
- «какие проблемы, наряду с отсутствием преемственности, Вы можете отметить в ведении беременных с АГ»,
- «какие пути решения проблем по ведению беременных с АГ Вы можете предложить»,
- «согласны ли Вы, что совершенствовать и обеспечить преемственность медицинской помощи на разных этапах ее проведения беременным женщинам возможно путем внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста»,
- «согласны ли Вы, что внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания обеспечит стандартизацию услуг предоставляемых беременным с АГ и будет способствовать соответствию медицинской помощи клиническим протоколам».

В рамках исследования был проведен социологический опрос среди персонала медицинских организаций г. Астана: Городской поликлиники №10 (43 врача) и Городской поликлиники №5 (36 врачей) и Городской поликлиники №8 (38 врачей). В анкетировании приняло участие 117 врачей, из них 47 терапевтов (40,2 %), 46 врачей общей практики (39,3 %) и 24 акушеров-гинекологов (20,5%) (табл. 12).

Таблица 12 – Распределение респондентов по занимаемой должности и стажу работы

Вопрос	Варианты ответа	Абсолютное значение	Процентное соотношение (%)
Ваша должность	терапевт	47	40,2
	ВОП	46	39,3
	акушер-гинеколог	24	20,5
Ваш стаж работы	до 3	41	35
	3-5	21	17,9
	5-10	18	15,4
	более 10	37	31,7

На вопрос, «согласны ли Вы, что в Казахстане одной из основных причин осложнений беременности и родов являются гипертензивные состояния», ответы респондентов расположились следующим образом (рис. 9):

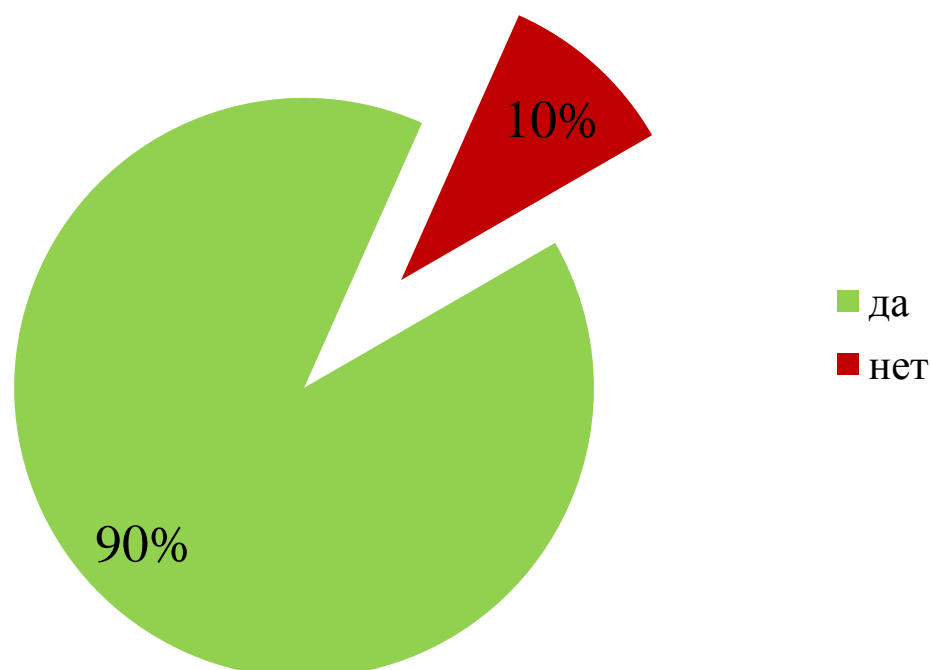


Рисунок 9 - Влияние АГ на возникновение осложнений беременности и родов

Данный вопрос был включен с целью выявления знаний врачей о современном состоянии проблемы артериальной гипертензии у беременных женщин в Казахстане, что является немаловажным в улучшении качества медицинской помощи, оказываемой беременным женщинам.

Как показано на рисунке, считают артериальную гипертензию одной из основных причин осложнений беременности и родов 105 респондентов (90%); не считают АГ, относящейся к основным причинам осложнений беременности и родов 12 респондентов (10%).

Анализ результатов полученных данных показал, что большая часть опрошенных сотрудников медицинских организаций считают артериальную гипертензию одной из основных причин осложнений беременности и родов.

На вопрос «Как часто вы обращаетесь в своей работе к КП», опрашиваемые ответили следующим образом (рис. 10):

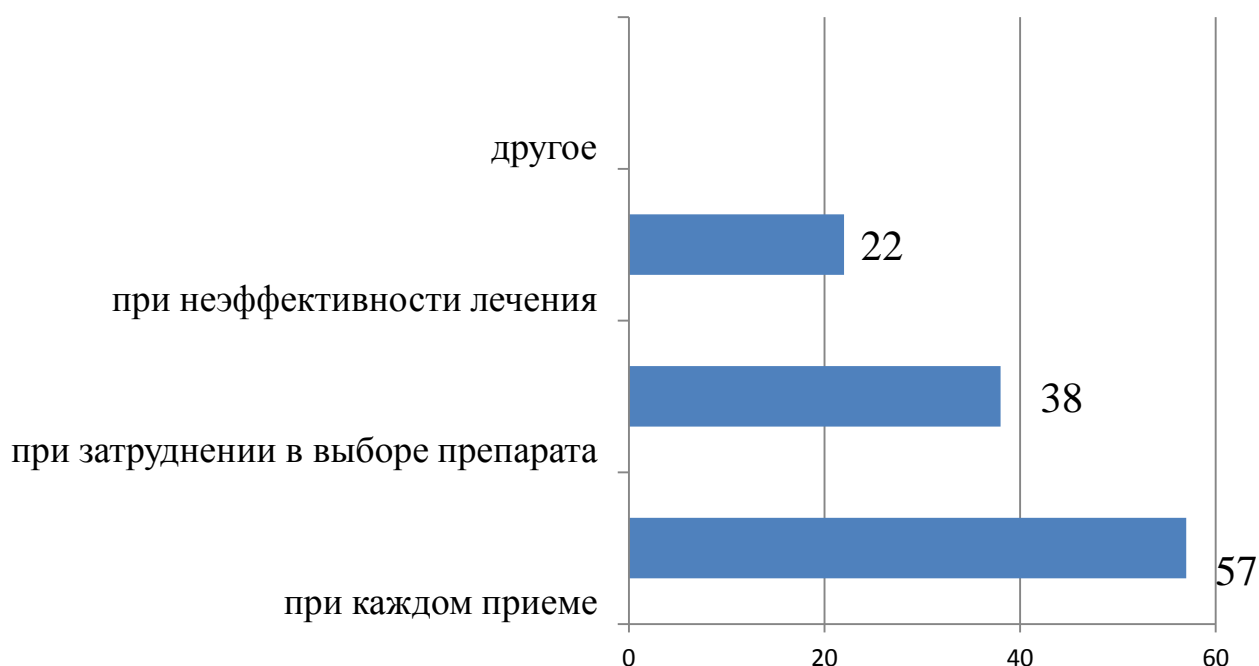


Рисунок 10 - Применение КП в повседневной работе врача

Как видно на рисунке 10, почти половина опрошенных – 48,7 % врачей (57 респондентов) обращается к КП при каждом приеме пациентки с АГ, что позволяет предположить осознание важности этого заболевания, как серьезного фактора риска для беременной женщины и плода. При неэффективности лечения 18,8 % опрошенных (22 врача) используют КП, при затруднении в выборе препарата к КП обращается 32,5 % анкетированных (38 врачей).

На вопрос «согласны ли Вы, что отсутствует преемственность в ведении беременных между акушерами-гинекологами и терапевтами», ответы распределились следующим образом (рис. 11):

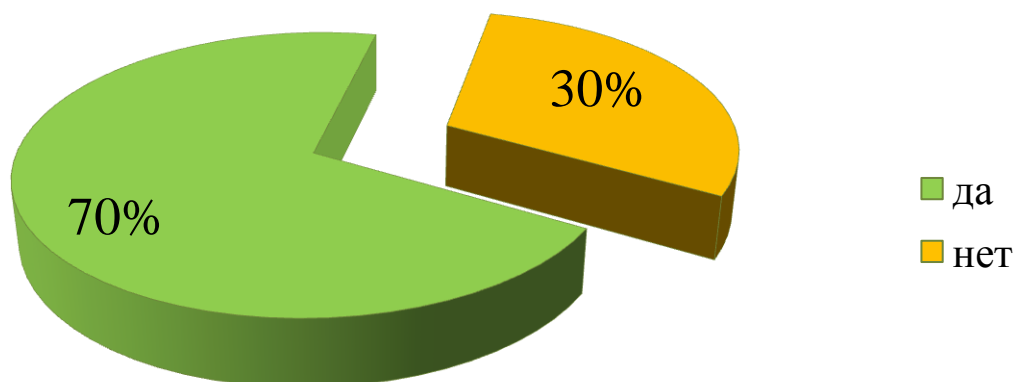


Рисунок 11 - Отсутствие преемственности в ведении беременных

Из рисунка 11 видно что, 70% опрошенных врачей считают, что нарушена преемственность между участковой терапевтической службой – терапевты, ВОП и акушерами-гинекологами в ведении беременных. Это может говорить о понимании врачей об отсутствии сотрудничества в организации, которое приводит к невозможности совместной работы для постановки диагноза АГ, вызванная беременностью, и принятия оптимальной стратегии лечения.

Анкета содержала и открытые вопросы, на которые респондентам предлагалось ответить самостоятельно.

На вопрос, «какие проблемы, наряду с отсутствием преемственности, Вы можете отметить в ведении беременных с АГ», были даны следующие ответы (рис. 12):

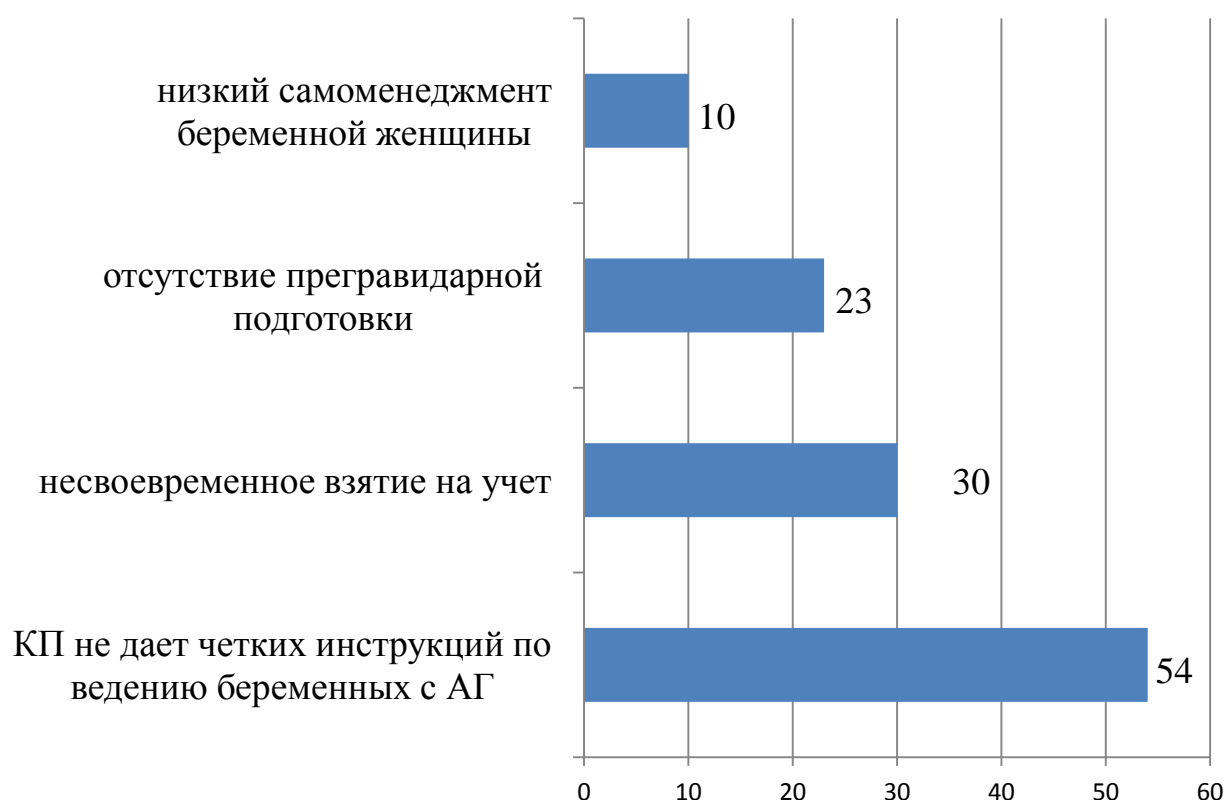


Рисунок 12 – Проблемы ведения беременных с АГ

Так, 46,2% (54 врача) указали на отсутствие четких рекомендаций в КП по ведению беременных женщин с АГ и рекомендательный характер КП; 25,6 % (30 врачей) отметили, что проблемой является несвоевременное взятие на учет беременной женщины и, как следствие, невозможность своевременной постановки диагноза АГ. Отсутствие прегравидарной подготовки указали 19,7% (23 врача) и 8,5% (10 врачей) считают проблемой низкий самоменеджмент беременных женщин.

На вопрос «какие пути решения проблем по ведению беременных с АГ Вы можете предложить», были даны следующие ответы (рис. 13):



Рисунок 13 – Пути решения проблем в ведении беременных с АГ

Пути решения проблем по ведению беременных с АГ были предложены следующие: снижение нагрузки на участковую терапевтическую службу предложили 26,5 % (31 врач); 23,9 % (28 врачей) считают необходимым проведение мероприятий по налаживанию сотрудничества между специалистами, участвующими в ведении беременной женщины с АГ; 16,2 % (19 врачей) думают, что необходимо проводить тренинги и семинары посвященные проблеме АГ, вызванной беременностью. Предложили одним из путей решения применение прегравидарной подготовки 14,5 % (17 респондентов). Мероприятия, направленные на повышение самоменеджмента беременной предложили 12 % (14 респондентов) и взятие беременных на диспансерный учет – 6,9% (8 из опрошенных).

На вопросы «согласны ли Вы, что совершенствовать и обеспечить преемственность медицинской помощи на разных этапах ее проведения беременным женщинам возможно путем внедрения «АГ во время

беременности» как отдельного заболевания в РБиЖФВ и на вопрос «согласны ли Вы, что внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания обеспечит стандартизацию услуг предоставляемых беременным с АГ и будет способствовать соответствию медицинской помощи клиническим протоколам», ответы распределились следующим образом (рис. 14):

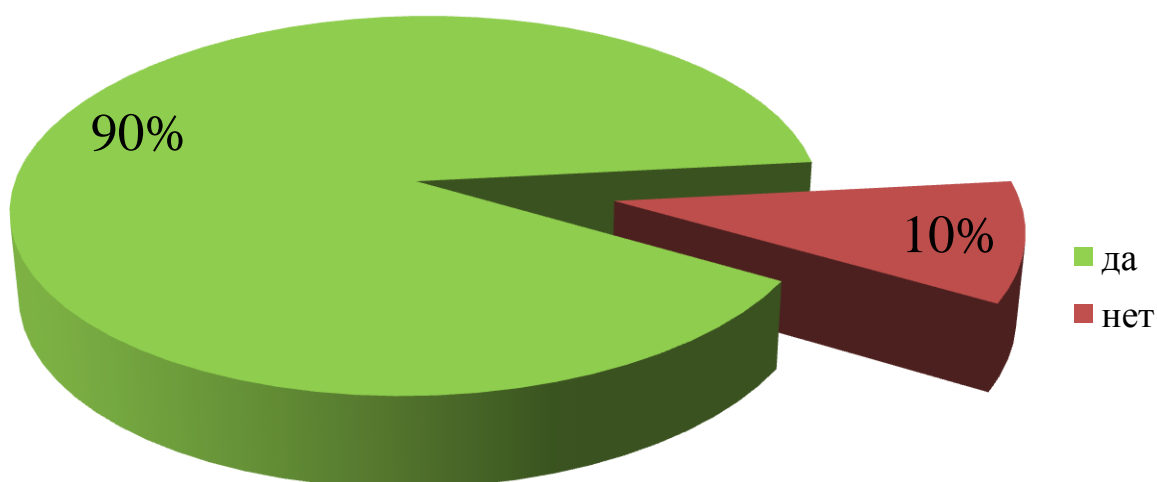


Рисунок 14 - Влияние внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в РБиЖФВ на совершенствование и стандартизацию медицинской помощи беременным женщинам

Как показано на рисунке, большая часть опрошенных врачей считают, что совершенствовать и обеспечить преемственность медицинской помощи на разных этапах ее проведения беременным женщинам, а также обеспечить стандартизацию и соответствие медицинской помощи клиническим протоколам возможно путем внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в РБиЖФВ - 105 респондентов (90%). Не считают, что создание данного модуля позволит улучшить преемственность в ведении беременных женщин с АГ 12 респондентов (10%).

Выводы социологического исследования:

1. 52,9 % из числа респондентов, которые оказывают медицинскую помощь беременным женщинам с АГ относительно молодые медицинские работники и имеют стаж работы до 5 лет.

2. 90% респондентов отметили, что к основным причинам осложнений беременности и родов относится АГ и при этом 70% опрошенных выделили, что отсутствует преемственность в ведении беременных с гипертензией между акушер-гинекологами и участковой службой.

3. Респондентами было отмечено множество проблем в ведении беременных с АГ таких как: КП не дают четких инструкций по ведению беременности с АГ, поздняя явка для взятия на учет по беременности, отсутствие прегравидарной подготовки беременных к родам, низкий самоменеджмент беременной женщины.

4. Респонденты отметили следующие пути решения проблем в ведении беременных с АГ:

- снижение нагрузки на участковую службу,
- налаживание сотрудничества между специалистами,
- проведение регулярных тренингов и семинаров,
- своевременное проведение прегравидарной подготовки,
- повышение заинтересованности беременной женщины в своем здоровье путем (развитие самоменджмента),
- своевременное взятие на Д-учет женщин с АГ в послеродовом периоде.

5. 90% респондентов считают, что внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста» позволит совершенствовать и обеспечить преемственность медицинской помощи на разных этапах ее проведения беременным женщинам, а также обеспечить стандартизацию и соответствие медицинской помощи клиническим протоколам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

При анализе медико-социальной характеристики АГ у беременных были выявлены следующие тенденции:

В подгруппе «АГ и осложнения»:

1. По происхождению АГ чаще всего выявляется гестационная, удельный вес составил в исследовательской группе 81,5%, хроническая артериальная гипертензия выявилась в исследовательской группе в 18,5%.

2. Средний возраст беременных с ХАГ составил 31,9 лет, а с ГАГ – 29 лет.

3. Средний уровень систолического давления у беременных с ХАГ составил 146,7 мм рт ст, а у беременных с ГАГ – 147,9 мм рт ст.

4. Досрочным родоразрешением в группе с ХАГ закончилось 11 беременностей (8,4%), в группе с ГАГ – 78 беременностей (13,8%).

5. Преэклампсия развилась среди беременных с ХАГ в 29 случаях (22,1%), среди беременных с ГАГ – в 401 случаях (69,6%), из них преэклампсия легкой степени развилась у 235 беременных с ГАГ (41,2%), тяжелой степени – у 166 беременных с ГАГ (29,1%).

6. Эклампсия среди беременных с ХАГ не развилась в исследовательской группе, а среди беременных с ГАГ была в исходе 2-х беременностей (0,3%).

7. Акушерские кровотечения чаще всего осложнялись у беременных с ГАГ – в 15 случаях (2,6%), у беременных с ХАГ реже – в 2-х случаях (1,5%).

8. Отслойка сетчатки глаза наблюдалась примерно одинаково в обеих группах: среди беременных с ХАГ – 2 случая (1,5%), среди беременных с ГАГ – 1 случай (0,2%).

9. ОПН развилась только у 1 беременной с ХАГ (0,7%).

10. Такого грозного осложнения, как ОНМК, не выявлено за данный период исследования.

11. АГ не влияет на среднюю массу новорожденных: у беременных с ХАГ она составила 3425 гр, у беременных с ГАГ – 33037 гр.

12. Фетоплацентарная недостаточность чаще всего наблюдалась у беременных с ГАГ – в 52 случаях (9,2%), у беременных с ХАГ – в 11 случаях (8,4%), но по удельному весу этот показатель почти сравнялся.

13. Асфиксия плода наблюдалась по одному случаю в обеих группах, по удельному весу картина следующая: у беременных с ХАГ – 0,7%, у беременных с ГАГ – 0,2%.

14. Гибель плода чаще всего была в исходе у беременных с ГАГ – в 5 случаях (0,9%), у беременных с ХАГ – в одном случае (0,7%), но по удельному весу этот показатель в обеих группах можно охарактеризовать, как до 1% случаев.

В подгруппе «АГ и сопутствующие заболевания»

1. ИМТ в группе ХАГ составил $31,5 \text{ кг/м}^2$, что соответствует ожирению 1 степени, в группе ГАГ – $28,4 \text{ кг/м}^2$, что соответствует избыточной массе тела. В обеих группах отмечался лишний вес.

2. Средняя беременность по счету в группе ХАГ – 3,2, в группе ГАГ – 2,3, при этом более 4-х беременностей в группе ХАГ отмечалось в 47 случаев (35,9%), в группе с ГАГ – 111 случаев (19,5%). Чем больше беременности, тем выше вероятность развития АГ.

3. Семейный анамнез по АГ влияет на развитие ХАГ – в группе с ХАГ наблюдалось в 8 случаях (6,1%), меньше влияет на развитие ГАГ – в группе с ГАГ наблюдалось в 5 случаях (0,9%).

4. СД 2 типа большее значение имеет на развитие ХАГ: в группе ХАГ наблюдался в 25 случаях (19%), в группе ГАГ – в 27 случаях (4,7%).

5. Хронические заболевания почек имеют большое значение на развитие АГ, в группе ХАГ выявились в 70 случаях (53,4%), в группе ГАГ – в 234 случаях (41%). Но возможно этот показатель имеет воздействие систематической ошибки, так как имеет место гипердиагностика на амбулаторном этапе заболевания «Хронический пиелонефрит».

6. САД более 160 мм рт ст, что соответствует тяжелой степени в классификации АГ у беременных, наблюдалось в группе с ХАГ в 30 случаях (22,9%), в группе с ГАГ – в 164 случаях (28,8%).

7. Медикаментозное лечение АГ в виде допегита на регулярной основе принимали в группе ХАГ в 9 случаях (70,2%), в группе ГАГ – в 2-х случаях (0,3%). Прием допегита в группе ХАГ распределилось следующим образом: по 1 таблетке – в 25 случаях (19%), по 2 таблетки – в 52 случаях (39,7%), по 3 таблетке – в 13 случаях (9,9%), по 4 таблетке – в 2-х случаях (1,5%). В среднем беременные с ХАГ принимают по 2 таблетке допегита. ГАГ чаще всего развивается после 20 недели беременности, видимо по этой причине беременные практически не принимают медикаментозное лечение, так как они в экстренном порядке родоразрешаются.

При проведении социологического исследования были выявлены следующие закономерности:

1. 52,9 % из числа респондентов, которые оказывают медицинскую помощь беременным женщинам с АГ относительно молодые медицинские работники и имеют стаж работы до 5 лет.

2. 90% респондентов понимают, что одно из основных причин осложнений беременности и родов являются гипертензивные состояния.

3. 70% респондентов считают, что отсутствует преемственность в ведении беременных с АГ между медицинскими работниками разных специальностей, а в особенности между акушер-гинекологами и терапевтами.

4. Наряду с отсутствием преемственности 46,2 % респондентов отметили проблемы ведения беременных это то, что КП не дают четких инструкций по ведению беременности с АГ, 25,6 % считают что, это поздняя явка для взятия на

учет по беременности, 19,7 % предполагают, что это может быть отсутствие прегравидарной подготовки беременных к родам, и 8,5 % полагают, что это низкий самоменеджмент беременной женщины.

5. Улучшить качество оказания медицинской помощи беременным женщинам с АГ по мнению респондентов поможет:

- 26,5 % - снижение нагрузки на участковую службу,
- 23,9 % - налаживание сотрудничества между специалистами,
- 16,2 % - проведение регулярных тренингов и семинаров,
- 14,5 % - своевременное проведение прегравидарной подготовки,
- 12 % - повышение заинтересованности (мотивации) беременной женщины путем обучения самоменеджменту,
- 6,9 % - своевременное взятие на Д-учет женщин с АГ в послеродовом периоде.

6. 90% респондентов считают, что внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста» позволит совершенствовать и обеспечить преемственность медицинской помощи на разных этапах ее проведения беременным женщинам.

ВЫВОДЫ:

1. В ходе проведенного исследования выявлены следующие характерные признаки АГ у беременных:
 - а) средний возраст беременных с ХАГ от 29 лет до 31,9 лет, со средним систолическим давлением 146,7 – 147,9 мм рт ст, с лишним весом с ИМТ от 28,4 кг/м² до 31,5 кг/м², с тяжелой степенью течения от 22,9% до 28,8%;
 - б) часто имеет сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет (4,7-19%), хронические заболевания почек (41-53,4%);
 - в) в большей степени осложняется преэклампсией (22,1%-69,6%), досрочным родоразрешением (8,4%-13,8%), фетоплацентарной недостаточностью (8,4-9,2%), в меньшей степени акушерскими кровотечениями (1,5-,6%), гибелью плода (0,7-0,9%)
 - г) в 70,2 % случаев назначается лечение в виде допегита (ХАГ).
2. В ходе проведенного социологического опроса выявлено:
 - а) медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь беременным женщинам с АГ имеют стаж работы до 5 лет (в 52,9 %), но несмотря на это определили основной проблемой ведения беременности с АГ отсутствие преемственности на разных этапах оказания медицинской помощи и 90% опрошенных подтвердили, что внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания на базе «Регистра беременных и женщин фертильного возраста» позволит совершенствовать и обеспечить преемственность медицинской помощи на разных этапах ее проведения беременным женщинам.
3. Внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания обеспечит стандартизацию услуг предоставляемых беременным с АГ и будет способствовать соответствию ее медицинской помощи клиническим протоколам и повлияет на качество оказываемой помощи этой категории пациентам.
4. Необходимо в дальнейшем проведение клинических исследований по менеджменту беременных с ГАГ, так как полученные данные показывают, что эта группа беременных имеет в исходе тяжелые осложнения беременности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Полученные результаты при статистической обработке данных помогли получить портрет беременной женщины с АГ, что в дальнейшем может повлиять на подход к ведению беременности у данного контингента.

2. Выявленные при анкетировании проблемы ведения беременности и представленные респондентами пути их решения при принятии их во внимание могут помочь в совершенствовании качественной медицинской помощи беременным женщинам с АГ.

3. Внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста» обеспечит мультидисциплинарный подход и преемственность в ведении беременной на разных этапах оказания помощи между акушерами-гинекологами, терапевтами, участковыми врачами и кардиологами и снижение акушерских и перинатальных потерь у беременных с АГ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Внедрение программы управления заболеванием (практические рекомендации). МЗ и СР РК. Проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан». Астана, 2015.
2. Rosas Peralt M., Borrayo-Sanchez G., Madrid-Miller, Ramírez-Arias E., Perez Rodriguez G. Hypertension during pregnancy: the problem continues. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016; 54 Suppl 1: s90-s111.
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году. Статистический сборник. Астана, 2016.
4. Пониманская М.А. Оптимизация антигипертензивной терапии у беременных с артериальной гипертензией. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.-Москва,2010.-26 с.
5. Савинова Е.Б. Клиническая оценка структурно-функциональных изменений сердца и сосудов при артериальной гипертензии у беременных женщин. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Санкт-Петербург, 2015.- 24 с.
6. Duley L. The global impact of preeclampsia and eclampsia. *Seminars in Perinatology*, 2009 Jun; 33(3):130—137.
7. Steegers E.A., von Dadelszen P., Duvekot J.J., Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet*, 2010, 21; 376(9741):631—44.
8. Report of the National High Blood Pressure Education program. Working group report on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:181—192.
9. Brown MA, Lindheimer MD, de Swiet M, Van Assche A, Moutquin JM. The classification and diagnosis of the hypertensive disorders of pregnancy: statement from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). (Review). *Hypertens pregnancy* 2001;20(1):9-14
10. Khan K.S., Wojdyla D., Say L., Gülmezoglu A.M., Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic re-view. *Lancet*, 2006 Apr 1; 367(9516):1066—1074.
11. Campbell OM, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*, 2006, 368 (9543): 1284—1299.
12. Mustafa R., Ahmed S., Gupta A., Venuto R.C. A comprehensive review of hypertension in pregnancy // *J. Pregnancy*. – 2012. – Vol. 5 (3). – P. 534–538.
13. Манухин И.Б., Маркова Е.В., Маркова Л.И., Стрюк Р.И. Комбинированная низкодозовая антигипертензивная терапия у беременных с артериальной гипертензией и гестозом // *Кардиология*. – 2012. – № 1. – С.32–38.
14. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *Hypertension* 2003;42:1206-52.

15. Lowe S.A., Brown M.A., Dekker G., et al. Guidelines for the management of hypertension disorders of pregnancy, 2008, Society of Obstetric medicine of Australia and New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49(3):242-46.
16. Rath W, Fischer Th, Clockenbusch W. Diagnostik und therapie hypertensiver schwanger-schaftserkrankungen. AWMF-Leitlinie Gestose 2008;24:15-18.
17. Report of the National High Blood Pressure Education program. Working group report on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1-22.
18. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC). Рекомендации 2007 года по лечению артериальной гипертензии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2008. № 2. Прил. 2.
19. Expert Consensus Document on Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy. *EurHeartJ*2003;24(8):761-81.
20. Magee L.A., Helewa M.E., Moutquin J.M., et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. This guideline has been reviewed and approved by the Hypertension Guideline Committee and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *JOGC* 2008;48.
21. Martin JN, Thigpen BD, Moore RC, et al. Stroke and severe preeclampsia and eclampsia: a paradigm shift focusing on systolic blood pressure. *Obstet Gynecol* 2005;105:246-54.
22. Abalos E, Duley L, Steyn DW, et al. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD002252.
23. Nabhan AF, Elsedawy MM. Tight control of mild-moderate pre-existing or non-proteinuric gestational hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(7):CD006907.
24. Dadelszen P., Omstein M.P., Bull S.B., et al. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis. *Lancet* 2000;355:87-92.
25. Dadelszen P., Magee L.A. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: an updated metare-gression analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24(12):941-45.
26. Magee LA, von Dadelszen P, Chan S, et al. The CHIPS Pilot Trial (Control of Hypertension In Pregnancy Study). *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28:416.
27. Andrea G. Kattah MD, Vesna D. Garovich MD. The Management of Hypertension in Pregnancy Adv Chronic kid Dis. 2013 May; 20 (3): 229-239. PMID: PMC3925675
28. Smith G.C., Pell J.P., Walsh D. Pregnancy complications and maternal risk of ischaemic heart disease: a retrospective cohort study of 129 290 births // *Lancet*. – 2001. – V.357. - P.2002–2006.

29. Irgens H.U., Reisaeter L., Irgens L.M., Lie R.T. Long term mortality of mothers and fathers after pre-eclampsia: population based cohort study // *BMJ.* – 2001. – V.323 (24). – P.1213-1217
30. Chambers J.C., Fusi L., Malik I.S. et al. Association of maternal endothelial dysfunction with preeclampsia // *JAMA.* – 2001. – V.285. – P.1607-1612.
31. Lindeberg S., Axelsson O., Jorner U. et al. Prospective controlled five-year follow up study of primiparas with gestational hypertension. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 1998. – V.67. – P.605-609
32. Wilson B.J., Watson M.S., Prescott G.J. et al. Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from cohort study // *BMJ.* – 2003. – V.326. – P.845.
33. Tenhola S., Rahiala E., Martikainen A. et al. Blood pressure, serum lipids, fasting insulin, and adrenal hormones in 12-year-old children born with maternal preeclampsia // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2003. – V.88(3). – P.1217-1222.
34. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.) **ВЫЖИВАТЬ ПРОЦВЕТАТЬ МЕНЯТЬ**. Инициатива Каждая женщина, каждый ребенок, 2015 www.everywomaneverychild.org
35. Ghulmiyyah L., Sibai B. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. *Semin Perinatol.* 2012 Feb; 36(1): 56-9.
36. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. Москва: ИД "Менеджер здравоохранения"; 2012. - 320 с.
37. Показатели деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка в Российской Федерации. Статистическая форма 32 за 2012 год. Авторы-составители: Э.Е. Запорожец, М.П. Шувалова, Л.М. Цымлякова, О.Г. Фролова, Е.В. Огрызко, Л.П. Суханова. Российское общество акушеров-гинекологов. ФГБУ "НЦАГИП им. В.И. Кулакова" Минздрава России. ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России. Москва. 2013.- С.48-50, 59-61.
38. Gifford R.W., August P.A., Cunningham G. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. July 2000. -P.38
39. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183: S1–S22.
40. Chappel L.C., Enye S., Seed P. et al/Adverse perinatal outcomes and risk factors for preeclampsia in women with chronic hypertension: a prospective study.// *Hypertension.*2008;51(4):1002–1009
41. Сухих Г.Т., Ходжаева З.С., Филиппов О.С. и др. Клинические рекомендации. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. — М.: Минздрав России, 2013.
42. Гурьева В.М. Артериальная гипертензия у беременных. Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук. - Москва, 2008.-47 с.
43. Barton J.R., Barton L.A., Istwan N.B., et al. Elective delivery at 340/7 to 366/7 weeks' gestation and its impact on neonatal outcomes in women with stable

mild gestational hypertension. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011; 204(1):44.e1-44.e5.

44. Andersgaard A.B., Acharya G., Mathiesen E.B., et al. Recurrence and long-term maternal health risks of hypertensive disorders of pregnancy: a population-based study. Am J Obstet Gynecol 2011; 205.

45. Савельева Г.М. с соавт. Эклампсия в современном акушерстве, Акушерство и гинекология, 2010, N 6. 4-9.

46. Zwart J.J., Richters J.M., Ory F., et al/ Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371,000 pregnancies.// BJOG. 2008 Jun;115(7):842-50.

47. Samangaya R.A., Heazell A.P., Baker P.N./Hypertension in pregnancy//in Maternal Medicine. Medical Problems in Pregnancy edited by Greer I.A., Nelson-Piercy C., Walters B.N.J. Churchill Livingstone Elsevier, 2007, p.40-52.

48. 2015 жылда Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі: Стат. жинақ.-Астана, 2016.-358 бет.

49. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertension 2013, 31:1281–1357.

50. NICE. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. Clinical guideline Published: 25 August 2010.

51. The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women’s Cardiovascular Health 4 (2014) 97–104.

52. Lowe S.A., Bowyer L., Lust K., McMahon L., Morton M.R., North R.A., Paech M. Said J.The somanz guideline for the management of hypertensive disorders of pregnancy. Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand. 2014.

53. Laura A. Magee, Anouk Pels, Michael Helewa, Evelyne Rey, Peter von Dadelszen Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women’s Cardiovascular Health 4 (2014) 105–145.

54. Белоцерковский В.А. Применение спинальной анестезии при оперативном родоразрешении у беременных с тяжелой преэклампсией/эклампсией. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.- Алматы,2010.-26 с.

55. Smith G.D., Harding S., Rosato M. Relation between infants’ birth weight and mothers’ mortality: prospective observational study. BMJ. 2000;320(7238):839–40

56. Garovic V.D., Hayman S.R. Hypertension in pregnancy: an emerging risk factor for cardiovascular disease. Nature Clinical Practice Nephrology. 2007;3(11):613–22.

57. Ray J.G., Vermeulen M.J., Schull M.J., Redelmeier D.A. Cardiovascular health after maternal placental syndromes (CHAMPS): population-based retrospective cohort study. Lancet. 2005;366(9499):1797–803.

58. Александрова Г.А., Сон И.М., Леонов С.А. и др. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации — М.: ЦНИИ ОИЗ, 2013.

59. Рождественская Т.А. Осложнения беременности и оценка риска их возникновения у женщин с артериальной гипертензией первой степени. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.- Витебск, 2014.-26 с.

60. Киселева Н.И., Арестова И. М., Жукова Н.П., Колбасова Е.А. Артериальная гипертензия беременных: классификация, клиника, диагностика, акушерская тактика, лечение, профилактика и реабилитация. Охрана материнства и детства. -2016. №2. С. 28-34.

61. Абдурахмонов Ф.М., Алиева Р.Я., Валиходжаева М.К., Кузнецова Л.Э. Исход родов с тяжелыми гипертензивными нарушениями у беременных с заболеваниями почек. Доклады академии наук Республики Таджикистан.-2008.- том 51, №12.- С. 848-851.

62. Занина Е.В., Газиева И.А., Бычкова С.В. Реакция периферической крови новорожденных от матерей с хронической артериальной гипертензией в первые сутки жизни. Вестник Уральской медицинской академической науки.- 2010.-№2. С.133-134.

63. Алданиязова М.С., Камалбекова Г.М. Сравнительный анализ протоколов диагностики и лечения артериальной гипертонии в Республике Казахстан и международных клинических протоколов. Астана медициналык журналы. -2017. – № 2. ISSN 1562-2940

64. Martin J.N. Jr, Thigpen B.D., Moore R.C., Rose C.H., Cushman J, May W. Stroke and severe preeclampsia and eclampsia: a paradigm shift focusing on systolic blood pressure. *Obstet Gynecol* 2005;105:246-254.

65. Helewa M., Heaman M., Robinson M.A., Thompson L. Community-based home-care program for the management of pre-eclampsia: an alternative. *CMAJ* 1993;149:829-34.

66. Berks D., Steegers E.A., Molas M./ Resolution of hypertension and proteinuria after preeclampsia // *Obstet Gynecol.* 2009, Dec;114(6):1307-14.

67. Lindeberg S., Axelsson O., Jorner U. et al. Prospective controlled five-year follow up study of primiparas with gestational hypertension. // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 1998. – V.67. – P.605-609

68. Brown MA, Hague WM, Higgins J. /The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: Full consensus statement.// *Austr N. Z. J. Obstet Gynecol.* 2000;40:139–155.

69. Sibai BM. /Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count.// *Am J Obstet Gynecol.* 2004;103:981–991.

70. Malhotra M., Sharma J.B. et al. Eclampsia is not a sign of latent hypertension // *BMJ.* - 2003. - V.20. – P.989-1000.

71. Wilson B.J., Watson M.S., Prescott G.J. et al. Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from cohort study // *BMJ*. – 2003. – V.326. – P.845.

72. Bobrowski R.A., Bottoms S.F. Underappreciated risks of the elderly multipara. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1764-7.

73. Dildy G.A., Jackson G.M., Fowers G.K., Oshiro B.T., Varner M.W., Clark S.L. Very advanced maternal age: pregnancy after age 45. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:668-74.

74. Eskenazi B., Fenster L., Sidney S. A multivariate analysis of risk factors for preeclampsia. *JAMA* 1991;266:237-41.

75. Zhang J., Meikle S., Trumble A. Severe maternal morbidity associated with hypertensive disorders in pregnancy in the United States. *Hypertens Pregnancy* 2003;22:203-12.

АНКЕТА

для врачей акушеров-гинекологов, терапевтов, ВОП

Уважаемые коллеги!

Данное анкетирование проводится с целью выявления проблем преемственности в ведении беременных с артериальной гипертензией, для совершенствования медицинской помощи беременным с артериальной гипертензией.

Вам будет предложено несколько вопросов, выберите вариант ответа, наиболее соответствующий вашему мнению. Если в списке нет подходящего для вас варианта ответа, впишите свой вариант в отведенное для этого место. На открытые вопросы нам важно узнать ваше личное мнение.

1. Даете ли вы согласие, чтобы приступить к опросу? Да Нет

2. Согласны ли Вы, что в Казахстане одной из основных причин осложнений беременности и родов являются гипертензивные состояния:

 Да
 Нет

3. Как часто Вы обращаетесь в своей повседневной работе к клиническому протоколу по диагностике и лечению АГ у беременных:

 При каждом приеме
 При неэффективности лечения
 При затруднении в выборе препарата
 Другое (укажите конкретно) _____

4. Согласны ли Вы, что отсутствует преемственность в ведении беременных между акушерами-гинекологами и терапевтами:

 Да
 Нет

5. Как, на ваш взгляд, можно улучшить преемственность между акушерами и терапевтами:

6. Какие проблемы, наряду с отсутствием преемственности, Вы можете отметить в ведении беременных с АГ:

7. Какие пути решения проблем по ведению беременных с АГ Вы можете предложить:

8. Согласны ли Вы, что совершенствовать и обеспечить преемственность медицинской помощи на разных этапах ее проведения беременным женщинам возможно путем внедрения «АГ во время беременности» как отдельного заболевания в «Регистре беременных и женщин фертильного возраста»:

- Да
 Нет

9. Считаете ли Вы, что внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания позволит прогнозировать риск возникновения осложнений АГ у беременных путем динамического их наблюдения:

- Да
 Нет

10. Согласны ли Вы, что внедрение «АГ во время беременности» как отдельного заболевания обеспечит стандартизацию услуг предоставляемых беременным с АГ и будет способствовать соответствию медицинской помощи клиническим протоколам:

- Да
 Нет

11. Ваша должность (подчеркнуть): акушер-гинеколог терапевт ВОП

12. Ваш стаж работы: _____

Спасибо!

Предложения

по улучшению качества медицинских услуг на основании проведенного исследования в ходе выполнения магистерской работы по теме «Медико-организационные аспекты создания учетно-отчетной формы артериальной гипертензии беременных»

Несмотря на то, что артериальная гипертензия остается актуальной проблемой у беременных и является одной из основных причин материнской, фетальной и неонатальной смертности, в электронной базе «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» беременные АГ входят в состав БСК, что не дает полную характерную картину течения беременности при данной патологии. Хотя менее грозные заболевания, такие как анемии, сахарный диабет, туберкулез и др., которые дают меньший процент осложнений и смертности, выделены из общей группы в отдельную строку.

В связи с вышеизложенными обстоятельствами, мы предлагаем:

- 1. Вычленив из БСК отдельной строкой Артериальную гипертензию у беременных (ХАГ), а строку – отеки, протеинурия и гипотензивные состояния – заменить на ГАГ.**

Это позволит, во-первых, акцентировать внимание на этих состояниях (ХАГ и ГАГ) с последующим анализом ситуации по данной проблеме. Во-вторых, обеспечит стандартизацию услуг предоставляемых беременным с АГ и будет способствовать соответствию ее медицинской помощи клиническим протоколам. В-третьих, усилит преемственность между медицинскими работниками разных специальностей по ведению беременных с АГ, что окажет влияние на качество оказываемой помощи этой категории пациентам.

Какая ситуация в РК в настоящее время?

Учитывая, что не фиксируются беременные с АГ, после родов они выпадают из поля зрения участковой службы до следующих родов. Таким образом, прегравидарная подготовка к родам не проводится у беременных как с ХАГ, так и с ГАГ.

- 2. Ввести дополнение в Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452 «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста»**

Предлагаем добавить пункт, который бы обязывал акушеров-гинекологов из рук в руки передавать беременных с АГ у беременных, особенно беременных с ГАГ.

При изучении обзора литературы выяснено, что наличие ГАГ в анамнезе, является фактором риска в развитии артериальной гипертензии в этой категории пациентов.

Какая ситуация в РК в настоящее время?

Участковая служба зачастую не предполагает наличие ГАГ в анамнезе, так как женщины после родов не акцентируют внимание на этом состоянии.

3. Инициировать проведение обучения по отдельной нозологии «АГ у беременных», а не в рамках ЭГЗ среди участковой службы и акушеров-гинекологов

Обучение – является одним из наиболее распространенных мер по улучшению качества медицинского обслуживания.

Какая ситуация в РК в настоящее время?

В ходе проведенного исследования определено, что средний возраст медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь беременным, это работники до 5 лет стажа работы. Также в ходе беседы с медицинскими работниками определено, что некоторые из них не знают элементарных вещей касательно артериальной гипертензии у беременных, соответственно это влияет на качество оказываемой медицинской помощи.