

Р.С. Скакова, Ж.К. Саулеева, С.А. Лысенков, Н.Н. Оразакова
КазНМУ
ГКБ№4

СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ КЛИНИКАХ

Структура беременных с экстрагенитальной патологией, поступивших в отделение гинекологии разная, на 1-м месте заболевания почек, на 2-м месте заболевания органов дыхания, на 3-м месте артериальная гипертензия.

Ключевые слова: экстрагенитальная, репродуктивная, алгоритм.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно при заболеваниях, несчастных случаях, травмах и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства на догоспитальном и госпитальном уровне и является дорогостоящим видом помощи. За последние два десятилетия отмечается рост частоты выездов скорой мед. помощи, числа госпитализированных больных бригадами скорой мед. помощи не уменьшаются. Высокая потребность населения в скорой медицинской помощи связана с ослаблением профилактической работы амбулаторно-поликлинических учреждений, хронизация течения заболеваний (1).

Существуют проблемы, структуры кадров медицинских работников, не учитывающей региональных особенностей, определения и использования имеющихся в данной области резервов, а также проблемы недостаточно эффективной системы оказания скорой медицинской помощи на госпитальном уровне и не всегда обоснованного отбора на госпитализацию (2).

В стране увеличивается показатель материнской смертности, а этот показатель характеризует уровень медицины и здравоохранения в целом. Для снижения материнских потерь необходимы объединенные усилия специализированных служб.

Факторы усугубляющие риск материнской смертности -организационно-тактические ошибки-дефекты госпитализации, недостатки диагностики- запоздалая, неадекватная терапия, несвоевременное прерывание беременности (3).

Учет и анализ, способствует лучше оценить качество акушерско-гинекологической службы в больнице и разработать методы профилактики материнской смертности.

Цель -изучение структуры экстрагенитальной патологии у беременных, поступившие в отделение терапии ГКБ №4 за 9 мес 2017г.

Задачи:

-изучить частоту экстрагенитальной патологии у беременных среди поступивших в многопрофильную больницу.

-оценить качество организации лечебно-профилактической помощи беременным с экстрагенитальной патологией (ЭГП).

Материалы - статистика и истории болезни, обменные карты беременных. Изучены истории болезни поступивших беременных, данные анамнеза и данные обменной карты. Район обслуживания ГКБ№4: ГП 5, ГП 9, ГП 11, ГП19, ГП13, ГП10.

Экстрагенитальная патология продолжает играть роль в материнской смертности, не как причина материнской смертности, как фоновая патология. В структуре материнской смертности по Казахстану экстрагенитальная патология занимает 2-3 место в последние годы.

По отделение терапии за 9 месяцев госпитализировано и пролечено 1536 больных, из них беременные составили—289-19%. Когда мы распределили беременных по нозологиям на первом месте заболевания почек -98-34,0 %, заболевания органов дыхания 90-31,0%, на третьем месте другие заболевания -70-24,0% : заболевания желудочно-кишечного тракта, анемия и другие, на 4- м месте артериальная гипертензия-31-11,0%. Мы разделили заболевания органов дыхания на острый период, где больным должны оказать помощь экстренно, которых составили 84,0%, после гриппа или пневмонии, и 16,0% обострение хронического бронхита, где больные поступали экстренно, но должны были иметь определенный объем обследования по протоколу.

Показаниями для госпитализации (экстренно) являются появление осложнений:

-наличие признаков пневмонии, дыхательной недостаточности, отсутствие эффекта от амбулаторного лечения

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

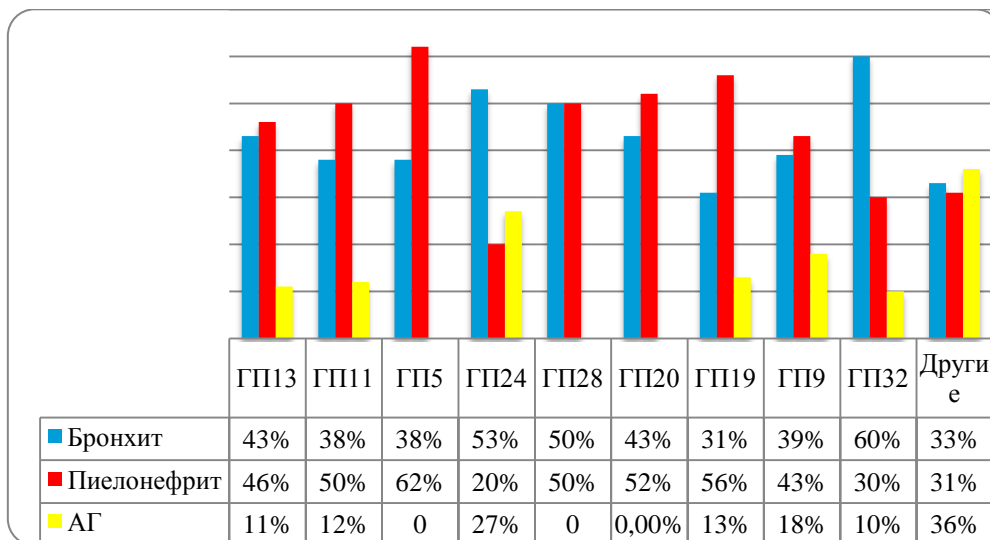
-Общий анализ мокроты

-бактериологическое исследование мокроты,

-микроскопия мокроты на БК, спирография

-ЭКГ, рентген легких, КТ грудной клетки, бронхоскопия по показаниям,

-консультация специалистов: пульмонолог, ЛОР, фтизиатр



Сурет 1 - Распределение беременных с экстрагенитальной патологией по поликлиникам

Когда мы распределили пациенток по поликлиникам, с заболеваниями органов дыхания поступили с ГП13- 12 пациенток, которые составили 43%, 2-3 место занимает ГП 5, ГП 11 по 10 больных -38%. За 9 месяцев по отделении терапии пролечено 90 -31% больных с заболеваниями органов дыхания.

С заболеванием почек, все пациенты 98-100%, в отделение терапии поступили с диагнозом обострение хронического пиелонефрита, из них 57% не имели клинической картины, поступили с наличием бактериурии, для пациентов с наличием бактериурии и хронического пиелонефрита нужны в условиях ПМСП иметь следующие обследования:

1. Осмотр терапевта
2. Клинический анализ крови,
3. клинический анализ мочи
4. Анализ мочи по Нечипоренко при 1-явке в ЖК
5. Бак посев мочи
6. Исследование глазного дна
7. УЗИ почек
8. по показаниям креатинин, мочевины, глюкоза

(Протоколы диагностики и лечения 2016).

Бессимптомная бактериурия- наличие бактериурии, нет клинических признаков-наличие уропатогенных микроорганизмов более 105 мик в 1 мл мочи из 2-х средней порции мочи.

По нашим данным, пациенты с заболеваниями почек поступали экстренно, хотя в анамнезе хронический пиелонефрит, нет анализов выше указанных, необходимых по протоколу на уровне ПМСП, на уровне стационара проводятся обследования по протоколу. Далее без бактериологического посева мочи назначаются эмпирически антибактериальная терапия, и пациенты через неделю выписываются домой, т.к. результат бак посева мочи будет только через неделю.

По заболеванию АГ на 3-м месте 31-11% больных, при наличии АГ в условиях ЖК должны проводить обследования УЗИ сердце, осмотр глазного дна, измерение АД, несколько раз в день, протеинурию, коагулограмму, определить функцию почек, потом только выставляется диагноз и направляются на госпитализацию. В экстренных ситуациях часто происходит ошибки по дифференциальной диагностике пациенток с АГ (хроническая гипертензия, гестационная гипертензия и преэклампсия), соответственно неадекватный объем обследования и лечения.

Какие могут быть осложнения –со стороны матери: аллергические реакции, безэффективность лечения. Со стороны плода- эмбриотоксическое действие антибиотиков на организм плода.

Со стороны стационара- экономические потери-трата времени для дообследования пациентки, необоснованная госпитализация и лечение.

Выводы. Для госпитализации беременных с экстрагенитальной патологией в многопрофильные стационары необходимо:

- разработка алгоритма обследования и ведение беременных с экстрагенитальной патологией в условиях ПМСП
 - выработка четких критериев госпитализации и перевода беременных данного контингента на стационарное звено
 - использовать принцип этапности и преемственности в работе.
 - обеспечить преемственности между акушерами-гинекологами и специалистами по женщинам репродуктивного возраста, с ЭГП
 - повышать квалификацию врачей акушер-гинекологов и терапевтов по ЭГП
 - повысить ответственность врачей всех специальностей
- Беременность должна наступать на фоне полного физического и психического здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Элиасова Л.Г. Современные тенденции распространенности экстрагенитальной патологии у беременных // Материалы 3-го Российского научного форума «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии». – М.: 2001. - С. 278-286.
- 2 Элиасова Л.Г. Экстрагенитальная патология и беременность // Материалы научно-практической конференции «Мать , ребенок и семья: современные проблемы». – СПб.: 2000. - С. 75-77.
- 3 Боровинских С.В. Оптимизация работы службы СМП в городе с миллионным населением // Вестник Челябинского Государственного университета. - 2012. - №3(257), Выпуск 7. - С. 125-129.

Р.С. Скакова, Ж.К. Саулева, С.А. Лысенков, Н.Н. Оразакова

КӨП БЕЙІНДІ АУРУХАНАЛАРДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЭКСТРАГЕНИТАЛДЫ ПАТОЛОГИЯНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

Түйін: Емдеуге жатқызу үшін жүкті әйелдердің экстрагенитальды патологиясы бар көп бейінді стационарлар қажет: -алгоритмді әзірлеу және тексеру жүргізу, жүкті әйелдердің экстрагенитальды патологиясы бар АМСК жағдайында -нақты критерийлерді әзірлеу ауруханаға жатқызу және аудару жүкті осы контингенттің стационарлық буыны -пайдалану қағидасы кезеңділік және сабақтастық. -қамтамасыз ету арасындағы сабақтастық акушер-гинеколог мамандары, репродуктивті жастағы әйелдерге, ЭГП -біліктілігін арттыру-дәрігер акушер-гинеколог және терапевт бойынша ЭГП -жауапкершілігін арттыруға барлық мамандықтағы дәрігерлер жауапты. Жүктілік толық физикалық және психикалық денсаулық фонында болу қажет.

Түйінді сөздер: репродуктивті, экстрагенитальды, алгоритмді.

R.S. Skakova, J.K. Sauleeva, S. Lyssenkov, N. Orazakova

THE STRUCTURE OF EXTRAGENITAL PATHOLOGY OF PREGNANT WOMEN IN HOSPITALS

Resume: For hospitalization of pregnant women with extragenital pathology in multidisciplinary hospitals should: -development of algorithm of inspection and treatment of pregnant with extragenital pathology in the conditions of PHC -production of clear criteria for hospitalization and the transfer of pregnant women of the population on fixed link -use the principle of gradual and continuity in the work to ensure continuity between obstetricians and specialists in women of reproductive age, with EGP -to improve the skills of doctors, obstetrician-gynecologists and therapists in EGP -increase the responsibility of physicians in all specialties Pregnancy should occur against the background of complete physical and mental health.

Keywords: reproductive, extragenital, algorithm.