

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 31.02.02 акушерское дело
4 курса группы 03051528
Гогониной Юлии Геннадьевны**

Научный руководитель
преподаватель Бабаев А.Н.

Рецензент
Заведующая гинекологическим
отделением
ОГБУЗ «Городская больница №2
г. Белгорода» Терехова Л.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ	6
1.1. Причины возникновения и патогенез хронического гломерулонефрита у беременных.....	6
1.2. Основные признаки хронического гломерулонефрита у беременных и основные методы диагностики.....	8
1.3. Классификация гломерулонефритов и наиболее частые осложнения течения беременности при сочетании с ХГН, риски исхода беременности для матери и плода, и тактика лечение ХГН.....	13
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК, В ТОМ ЧИСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, У БЕРЕМЕННЫХ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА	18
2.1. Анализ результатов исследования хронической патологии почек, в том числе хронического гломерулонефрита, у беременных Белгородской области в динамике за 2016-2018 годы.....	20
2.2. Анализ результатов анкетирования для выяснения информированности пациентов о гломерулонефрите, соблюдении назначений врача и выявления наличия вредных привычек.....	26
2.3. Рекомендации по профилактике обострений хронических заболеваний почек и гломерулонефрита у беременных, и роль профессиональной деятельности акушерки в её проведении.....	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	39
ПРИЛОЖЕНИЯ	41

ВВЕДЕНИЕ

Характеристика изучаемого объекта исследования. Анализ статистических данных [8] за 2016-2018 годы показал, что в Белгородской области число заболеваний и патологических состояний у беременных имеет тенденцию к росту. Несмотря на то, что уровень болезней мочеполовой системы у беременных несколько снизился, но он на 2.0% выше среднего показателя по Российской Федерации (далее РФ). Эти болезни лежат в основе развития гестозов у беременных. Не снижается показатель тяжёлых их осложнений «преэклампсии», а также угрозы прерывания беременности и патологических состояний плода.

Общеизвестно, что во время беременности организм женщины работает с перегрузкой, в этой связи значительно увеличивается нагрузка на все системы организма, в том числе на почки. Это требует активного динамического наблюдения врача и акушерки женской консультации за изменением состояния беременной, своевременной диагностике обострений хронических заболеваний почек, и проведения профилактики их осложнений.

Одним из грозных заболеваний почек является хронический гломерулонефрит (далее ХГН), который во время прогрессирования даёт крайне тяжёлые осложнения, за счёт поражения почечных клубочков, нарушения нормальной фильтрации почек и выведения продуктов обмена веществ из организма, следовательно, страдает, как организм матери, так и развивающегося ребёнка.

При отсутствии своевременного выявления, качественного лечения и профилактики осложнений, могут наступить социальные потери (не только гибель плода, но и матери), что не допустимо. Это особенно важно в настоящее время, когда демографическая ситуация, как в РФ, так и в Белгородской области, ухудшилась за счёт снижения рождаемости в регионе до 9.3 на 1 000 жителей (РФ – 10.9), высокого уровня смертности населения – 13.4 (в том числе младенческой – 4.9, материнской – 6.9), РФ – 12.4, 5.1, 8.8, соответственно.

Следовательно, значительно возросла роль необходимости сохранения каждого случая беременности, с целью сохранения трудовых ресурсов, основного социального капитала региона [10,11].

Однако изучение патологии почек у беременных, в том числе ХГН представляет большие сложности, так, как учёт ХГН в государственной статистике (формы №12 и №32) отдельно не ведётся (учитываются вместе гломерулярные, тубуоинтерстициальные болезни почек, другие болезни почки и мочеточника). Кроме того, затрудняют диагностику ХГН наличие признаков, которые встречаются и при ряде других заболеваний: тубулоинтерстициальные заболевания почек, туберкулез, гипернефрома, вторичные нефропатии, вторичные гломерулопатии, а при наличии нефротического синдрома – с хроническим пиелонефритом, артериальной гипертонией, амилоидозом. В этой связи во время беременности обострение ХГН часто не диагностируется, а расценивается, как тяжелая преэклампсия.

При сочетании ХГН и беременности, больше выражено прогрессирование ХГН, частота и тяжесть его осложнений, и они являются угрозой жизни матери и ребёнка. Эта проблема является крайне актуальной и носит социально значимый характер, так, как имеет большое влияние на уровень воспроизводства населения.

Поэтому приоритет раннего выявления обострений ХГН у беременных и роли профессиональной деятельности акушерки женской консультации и ФАП в реализации профилактических мероприятий, приобретают первостепенное значение и определяют актуальность данного исследования

В этой связи целью данного исследования стало изучение хронических заболеваний почек, в том числе ХГН у беременных, их влияние на ведение беременности, родов и послеродового периода, и роль профессиональной деятельности акушерки в реализации профилактики обострений и осложнений ХГН у беременных.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи исследования:

1. Изучить причины возникновения и механизм развития ХГН у беременных.
2. Исследовать основные признаки ХГН у беременных.
3. Рассмотреть классификацию гломерулонефритов их осложнений и принципиальную схему лечения.
4. Провести анализ результатов исследования хронической патологии почек, в том числе ХГН, у беременных области и их влияние на ведение беременности, родов и послеродового периода.
5. Разработать рекомендации по совершенствованию профилактики обострений хронических заболеваний почек и гломерулонефрита у беременных, и обозначить роль профессиональной деятельности акушерки в их реализации.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

1.1. Причины возникновения и патогенез хронического гломерулонефрита у беременных

Гломерулонефрит – это иммуновоспалительное заболевание с преимущественным поражением клубочков, с последующим вовлечением канальцев и межуточной (интерстициальной) ткани. Однако более чем в половине случаев этиология хронического гломерулонефрита, к сожалению, до настоящего времени остается неизвестной. Распространенность ХГН у беременных составляла, по различным данным, от 0,1-0,2 % [Шехтман, М.М. 1997] до 0,5- 0,8 % [Серов, В.Н. и др., 1988].

Причина развития (этиология) возникновения гломерулонефрита связана с острыми и хроническими заболеваниями различных органов, главным образом стрептококковой природы, таких как: ангины, скарлатина, гнойные поражения кожи (стрептодермии), пневмонии. Причиной развития гломерулонефрита также могут послужить: ОРВИ, корь, ветряная оспа. Имеются сведения, что возбудителями гломерулонефрита чаще являются следующие микроорганизмы: *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Toxoplasma gondii*, стафилококки, энтерококк, диплококки, бледная трепонема, цитомегаловирус, вирусы простого герпеса, гепатита «В», Эпштейн-Бар, шистосома, плазмодия малярии, и некоторые вирусы. Реже это лекарственные препараты, вакцины, сыворотки, органические растворители, алкоголь, яды.

Заболевание является, как самостоятельной нозологической формой, так и осложнением при многих системных заболеваниях (системная красная волчанка, геморрагический васкулит, инфекционный эндокардит и др.), а также тубулоинтерстициальных заболеваний почек, туберкулеза, гипернефромы, амилоидоза, хронического пиелонефрита. Так, к примеру, перенесенный острый

гломерулонефрит у 20-30% больных, является следствием развития хронического гломерулонефрита [12].

По патогенезу (механизму развития) гломерулонефрит относится к группе инфекционно-аллергических заболеваний, что свидетельствует о формировании инфекционной аллергии в сочетании с различными «неиммунными» повреждениями почки. Наряду с этим существуют и аутоиммунные формы заболевания, которые обусловлены повреждением почечной ткани аутоантителами, выработанными организмом, и воздействующими на собственные ткани почки. Изначально формируется иммунокомплексный процесс, составными частями которого являются соответствующие антигены, антитела и фактор комплемента. Инфекционные и другие факторы способствуют развитию гломерулонефрита, вызывая иммунный ответ с формированием и отложением антител, иммунных комплексов в клубочках почек или путем усиления клеточной иммунной реакции. От степени фагоцитарной активности организма, качества и количества антигена, соотношения между антигенами и антителами зависит характеристика иммунных комплексов, которые формируются в циркуляторном русле и фиксируются в клубочках почки субэндотелиально, субэпителиально, инграмембранозно, в мезангии, а могут образовываться непосредственно в структурах клубочков [3].

В дальнейшем усиливаются деструктивные изменения и накапливаются компоненты внеклеточного фиброза. Изменению гломерулярного и интерстициального фиброза способствуют и гемодинамические факторы: внутригломерулярная гипертензия и гиперфльтрация, нефротоксическое действие протеинурии, нарушенный апоптоз.

Таким образом, при частых рецидивах воспаления при ХГН у беременных происходит нарастание гломерулосклероза и интерстициального фиброза, что является основой прогрессирования почечной недостаточности.

В последнее время в прогрессировании хронического гломерулонефрита при беременности придают большое значение нарушению локальной

гемодинамики, липидного обмена, активации тромбоцитов, системы гемокоагуляции [Тареева, И. Е. и др., 1996; Pomeranz M. et al., 1995].

Что бы избежать серьёзных осложнений течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с ХГН, необходимо знать признаки ХГН и его обострения.

1.2. Основные признаки хронического гломерулонефрита у беременных и основные методы диагностики

При ХГН беременные чаще предъявляют жалобы на боли в поясничной области, наличие отёков нижних конечностей и лица, общую слабость, одышку при физической нагрузке, периодические подъемы АД, тошноту, головные боли, снижение аппетита. Объективно можно определить повышенное АД и акцент тона на аорте. Из анамнеза можно выяснить о предыдущих обращениях и госпитализации [1].

Клинические проявления гломерулонефрита у беременных включают три основных синдрома: мочевого, отечный и гипертензионный. Прогрессирование ХГН нередко приводит к развитию уремии, которая может послужить причиной смерти беременной.

Обострение ХГН во время беременности или в послеродовом периоде возникало у 15% больных. Признаки ХГН при беременности зависят: от стадии, фазы и вида заболевания [12].

Так, латентная форма заболевания ХГН с мочевым синдромом, и догипертензивной стадией проявляется небольшой протеинурией, эритроцитурией и отсутствием артериальной гипертензии [2].

Нефротический синдром развивается при обострении ХГН. Наиболее частая форма первичного нефротического синдрома является его нефритическая форма. В этом случае нефротический синдром называется первичным, в отличие от вторичного, развивающегося при некоторых воздействиях лекарств, тромбозе почечных сосудов, инфекциях [1].

Основные признаки ХГН с нефротическим синдромом следующие: наличие отеков; протеинурия свыше 3 г/сутки; гиподиспротеинемия; гиперлипидемия; гиперкоагуляционная способность крови:

- отёчный синдром при ХГН у беременных развивается при большой потере белка с мочой и ведёт к снижению онкотического давления плазмы крови, перемещению жидкой части крови в интерстициальное пространство и развитию отеков (от пастозности лица и стоп до анасарки). Отеки обычно сочетаются с олигурией и прибавкой массы тела [4];

- гиподиспротеинемия – снижение концентрации белка плазмы крови, сопровождается протеинурией (белок в моче). Это основной признак нефротического синдрома и свидетельствует о поражении клубочков почек. Она может быть: незначительной – до 0.5 г/сутки, умеренной – 0.5-3, высокой – более 3. Альбумин плазмы крови снижается до 10-20 г/л;

- гиперлипидемия – повышение общего холестерина (липопротеидов низкой плотности и триглицеридов) в плазме крови. Характерно также: преходящая эритроцитурия и цилиндрурия.

- гематурия – выделения крови с мочой при обострении ХГН, что обусловлено повышенной проницаемостью мембран клубочков, в моче также могут обнаруживаться измененные эритроциты. Гематурия может быть в виде: микрогематурия и макрогематурия [7].

При микрогематурии цвет мочи не меняется, в общем анализе мочи – более 5 эритроцитов в п/зр., методом Нечипоренко – более 1000 эр. в 1 мл мочи [6].

При макрогематурии кровь в моче видна невооруженным глазом, и она имеет вид «мясных помоев». Это признак обострения ХГН и называется остроснефритический синдром. Он нередко сопровождается: задержкой жидкости и отеками, повышением протеинурии, присоединением почечной недостаточности или прогрессирующей гипертонией.

Гипертензивный синдром – развивается в случае прогрессирования артериальной гипертензии (повторное повышение АД = 140-180/90-109),

является признаком прогрессирования гломерулонефрита и указывает на развитие склерозирующих процессов в почках [7].

Если процесс в дальнейшем продолжает развиваться, то наступает снижение азотовыделительной функции почек и хроническая почечная недостаточность, которая проявляется следующими признаками: повышением в крови уровня мочевины, креатинина (остаточный азота, мочевая кислота) и снижением концентрационной способности почек. При этом относительная плотность мочи уменьшается (ниже 1018 – по Зимницкому), развивается никтурия (частое ночное мочеиспускание). Позже появляются другие симптомы: уменьшение толщины коркового вещества и размеров почек, артериальная гипертония и анемия. Дальнейшее прогрессирование почечной недостаточности, свидетельствует о быстро прогрессирующем гломерулонефрите, и приводит к дистрофическим изменениям в других органах и смерти больной от уремии. Частота признаков нефропатии у беременных и их специфичность показаны в приложении 2.

При проведении дифференциального диагноза с ХГН необходимо учитывать мочево́й, оте́чный, гипертензио́нный синдром.

Так, к примеру, при хроническом пиелонефрите, в отличие от ХГН, не характерна гипертензия; при ХГН в анализе мочи преобладают эритроциты над лейкоцитами, кроме того, практически одинаковая величина и форма почек, нормальная структура лоханок и чашечек.

При первичном ХГН, в отличие от гипертонической болезни, мочево́й синдром может появляться задолго до развития артериальной гипертонии или возникнуть одновременно с ней, меньшая выраженность гипертрофии сердца, меньшая склонность к гипертоническим кризам, менее интенсивное развитие атеросклероза, в том числе коронарных артерий.

При амилоидозе, характерно наличие в организме хронических очагов инфекции в виде нагноительных процессов в легких, остеомиелита, туберкулеза и др.

Таким образом, клинический диагноз ставят на основании следующих клинических проявлениях: нефротического синдрома, протеинурии, гематурии, артериальной гипертензии, данных лабораторных исследований, позволяющих установить активность гломерулонефрита и оценить функциональное состояние почек. Однако установить морфологический вариант гломерулонефрита можно только проведением гистологического исследования почечной ткани. Полученные результаты позволят сделать правильный выбор дальнейшей тактики лечения и прогноз заболевания.

К основным методам обследования относятся: лабораторный, инструментальный и гистологический.

Чаще всего используется лабораторный метод. При исследовании мочи при ХГН обнаруживаются следующие изменения: гематурия и протеинурия, обычно имеются цилиндры. У 50.0% обследованных беременных с ХГН чаще выявлялись: повышение протеинурии – у 35.0%, повышение артериального давления – 30.0%, повышение уровня креатинина в крови – 15.0%. По срокам возникновения эти изменения приходились на: конец II триместра – 41.0%; III триместра – 42.0%, I триместр – 8.5% и послеродовый период – 8.5%. Повышение протеинурии, креатининемии и уровня артериального давления, соответственно, в 59.3, 58.3 и 56.5% случаев были транзиторными, в остальных случаях – изменения были стойкими и сохранялись после родов не менее 6 месяцев [6].

С целью диагностики мочевого синдрома: в общем анализе мочи определяли наличие протеинурии, гематурии (микро и макро «цвета мясных помоев»), цилиндрурия, иногда лейкоцитурия. В свежесобранных образцах мочи часто обнаруживаются эритроцитарные цилиндры. Дизморфные «изменённые» эритроциты, указывающие на клубочковое происхождение гематурии, можно обнаружить с помощью фазово-контрастной микроскопии. При диагностике гломерулонефрита в моче обнаруживаются также клетки эпителия канальцев, гранулярные и пигментные цилиндры, лейкоциты.

При тяжёлой форме экссудативного гломерулонефрита у больных в моче нередко обнаруживаются лейкоцитарные цилиндры. Характерным при

диагностике нефротического синдрома является наличие в суточной моче потери белка более 3 г/сутки. При этом в плазме определяется гипопроteinемия (общий белок менее 60 г/л, альбумин менее 40 г/л), а также гиперлипидемия и гиперхолестеринемия. Протеинурия – это характерный признак ХГН, однако, нефротический синдром в начале болезни определяется только у 5% больных, реже – через 1-2 недели болезни. Важно проводить определение протеинурии в суточной моче, что лучше отражает величину потери белка [6].

При исследовании концентрации креатинина в сыворотке крови в ряде случаев она остаётся в пределах верхней границы нормы, но обычно у 25% больных она повышена > 2 мг/дл. Уровень пропердина обычно низкий и отражает активацию комплемента, однако в большинстве случаев показатели комплемента возвращаются к норме к 4-й неделе, но иногда это затягивается до 3 мес. С3-нефритический фактор отсутствует или выявляется в низкой концентрации, высокое и стойкое повышение его концентрации более характерно для мезангиокапиллярного гломерулонефрита.

Выявление хронической почечной недостаточности (ХПН): в пробе Зимницкого определяется уменьшение относительной плотности мочи < 1012; в пробе Реберга – снижение клубочковой фильтрации < 80 мл/мин; креатинин и мочевины крови – нормальные или увеличенные; электролиты крови – тенденция к < Na и Ca, и > K, P, Mg; КОС – развитие метаболического ацидоза [6].

К инструментальным методам обследования относятся:

- внутривенная урография, которая проводится с целью исключения врожденной и урологической патологии;
- ультразвуковое исследование – для исключения полостных и объемных образований;
- ренография – для общей оценки функционального состояния почек;
- пункционная биопсия с использованием световой микроскопии;
- электронная микроскопия – для определения расположения депозитов, выявления повреждения структуры мембран, клеток; иммунофлюоресцентное исследование.

Основным критерием диагностики гломерулонефритов является морфологическая картина, так, как она индивидуальна для каждого его типа.

Морфологическая диагностика ХГН проводится с целью определения его вида. Для этого выполняется биопсия почки.

При нефротическом уровне протеинурии чаще всего в биопунктате можно обнаружить мезангиокапиллярный гломерулонефрит. В самом начале болезни в пунктате можно выявить: гиперклеточность клубочков с различной степенью инфильтрации капиллярных петель, а в мезангиальной области – полинуклеарными лейкоцитами, моноцитами и эозинофилами [9].

В зависимости, где больше выявлены изменения различают:

- экссудативный гломерулонефрит,
- экстракапиллярный гломерулонефрит с «полулуниями».

При образовании полулуний более чем в 50% клубочков – прогноз для вынашивания плода и жизни беременной неблагоприятный [9].

Во время беременности обострение ХГН часто не диагностируется, а расценивается, как тяжелая преэклампсия. Возникновение преэклампсии до 28 недель беременности, появление гематурии, повышенных титров антистрептолизина и антигиалуронидазы позволяют заподозрить обострение ХГН.

1.3. Классификация гломерулонефритов и наиболее частые осложнения течения беременности при сочетании с ХГН, риски исхода беременности для матери и плода, и тактика лечение ХГН

Большинство авторов придерживаются следующей классификации гломерулонефритов:

* по нозологическому принципу:

- первичный (идиопатический) гломерулонефрит – у 85%, этиология неизвестна;

- вторичный – 15% (при системных заболеваниях, заболеваниях печени, лекарственный и др.);

* по течению:

- острый (потенциально с исходом в выздоровление);

- подострый (с бурным, часто злокачественным течением и развитием ОПН);

- хронический (с прогрессирующим течением и исходом в ХПН);

* по морфологическому принципу:

- пролиферативные: диффузный пролиферативный эндокапиллярный (острый инфекционный); экстракапиллярный (диффузный с полулуниями, быстро прогрессирующий); мембранозно-пролиферативный; мезангиально-пролиферативный (Ig нефропатия, болезнь Берже);

- с минимальными изменениями;

- мембранозный;

- фокально-сегментарный гломерулосклероз;

- склерозирующий (фибропластический);

* по активности:

- ремиссия;

- активная стадия (увеличение в 5-10 раз гематурии, протеинурии, нарастание АД и отеков, появление нефротического синдрома или острой почечной недостаточности).

Наиболее частыми осложнениями течения беременности у женщин с ХГН являются:

- развитие тяжелой преэклампсии, анемии, задержки внутриутробного развития плода, преждевременных родов;

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, и появление гипотонического кровотечения;

- отсутствие наступления беременности при повышении содержания креатинина в плазме крови свыше 0.3 ммоль/л.

Беременные с ХГН составляют группу высокого риска по развитию осложнений. К ним относятся: гестоз, невынашивание, гипотрофия плода, внутриутробная гипоксия плода, внутриутробное инфицирование плода, острая почечная недостаточность, септицемия, септикопиемия, бактериальный шок. Степень риска развития осложнений беременности зависит от давности гломерулонефрита, степени поражения почек, общего состояния организма.

Выделяют три степени риска, в соответствии с которыми можно спрогнозировать неблагоприятный исход беременности для матери и плода,

и определить тактику лечения:

- I-я (минимальная) степень риска, к ней относят ХГН с мочевым синдромом и догипертензивной стадией. У этих больных беременность сопровождается: увеличением протеинурии в III триместре; возникновением артериальной гипертензии; пастозностью нижних конечностей. Эти проявления чаще имеют обратимый характер и исчезают после родов. Стойкая клинко-лабораторная ремиссия наступала у 20.0% женщин, скорее всего, в результате снижения после родов уровня глюкокортикоидов;

- II-я (выраженная) степени риска, к которой относят ХГН с нефротическим синдромом и догипертензивной стадией. У этих больных беременность чаще сопровождается: увеличением потерь белка с мочой, развитием артериальной гипертензии, ухудшением функции почек. При этом заболевании беременность может быть сохранена при условии лечения в нефрологическом или специализированном акушерском стационарах и по настойчивому желанию женщины;

- III-я (максимальная) степень риска, к ней относят ХГН в стадии обострения с гипертензией, в сочетании с хронической почечной недостаточностью. При этом вынашивание беременности противопоказано.

Обострение ХГН во время беременности или в послеродовом периоде (нефротический или остроснефритический синдром), возникало у 15.4% больных. Прогрессирование почечной недостаточности было у 30.0% больных, уже имевших ее до беременности. Появление почечной недостаточности, отмечено у

5.6% женщин, имевших нормальную функцию почек до беременности. Относительное увеличение креатининемии (0,08 – 0,123 ммоль/л) выявлено у 7.7% больных. У 22.8% женщин, имевших ранее нормальное артериальное давление, отмечено появление артериальной гипертонии. Прогрессирование уже существовавшей артериальной гипертонии констатировано у 47.6% больных.

С целью предупреждения тяжёлых осложнений специалистами области придерживается выработанная тактика лечения беременных в сочетании с ХГН. Она предусматривает: соответствующий режим, диету, санацию очагов инфекции и симптоматическую терапию. Режим больных исключает физическую нагрузку, работу на вредных предприятиях, связанную с длительным стоянием, хождением, перегреванием, переохлаждением. Режим работы – сидячий, желателен дневной отдых в постели. Диета бессолевая, богатая калием и содержанием белка 1 г/кг. Усиленное белковое питание (120-160 г белка в сутки), если функция почек не нарушена. Диетический стол №7 с употреблением яичных белков, творога, нежирных сортов рыбы и мяса. При снижении функциональности почек доля белков снижается. При наличии отеков, полностью исключается или ограничивается прием соли (до 5 г/сутки и жидкости до 1000 л, при гипертензивной стадии – только соли). Дополнительно увеличивается потребление кальция больным с ХГН во II и III триместрах беременности для построения скелета плода и предотвращения развития гипертензивных осложнений беременности. Рекомендуется приём рыбьего жира по 3-4 г/сутки, отвар овса, листьев березы, васильков, семени петрушки, почечного чая. В случае почечной недостаточности назначаются мочегонные (гипотиазид, фуросемид, урегит), калий и богатая калием диета. Лечение гипертонии начинается при уровне систолического АД 140 мм рт. ст. и выше гипотензивными препаратами (нифедипин, метопролол, метилдофа, клонидин). Аантиагреганты назначаются с учетом уровня суточной протеинурии, показателей свертывающей системы крови, индивидуальной переносимости (дипиридамол с постепенным повышением дозы (протеинурия более 3,0 г). При анемии (гемоглобин <70 г/л) и неэффективной гемостимулирующей терапии

переливают отмывые эритроциты (эритроцитарная масса). При обострении ХГН беременной проводят интенсивную терапию: восстановление пассажа мочи с помощью катетеризации мочеточников; 7-10 дней антибактериальную терапию в зависимости от чувствительности к антибиотикам возбудителя; дезинтоксикационную терапию (ацесоль, реополиглюкин, гемодез, раствор Рингера); витаминотерапию; диету; десенсибилизирующую терапию (димедрол, супрастин, дипразин); седативную терапию (отвар пустырника с валерьянкой, иногда – транквилизаторы); профилактику и лечение задержки развития плода [5]. При отсутствии эффекта от консервативного лечения, по показаниям – оперативное лечение (нефростомия, декапсуляция почки, в крайнем случае – нефрэктомия). При почечной недостаточности и неэффективной консервативной терапии, для очищения крови, используется гемодиализ. В случае нефротического криза купируется болевой синдром и падение давления.

Специалисты всегда учитывают эмбриотоксическое и тератогенное действия цитостатиков.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК, В ТОМ ЧИСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, У БЕРЕМЕННЫХ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Насколько допустимо сохранение беременности при хроническом гломерулонефрите, и возможность вынашивания ребёнка зависит от тяжести заболевания, развития осложнений и срока беременности.

Наше исследование показало, что акушер-гинекологи Белгородской области решение относительно возможности вынашивания беременности принимают совместно с нефрологом (урологом) в I триместре, поскольку прерывание беременности в более поздний срок может привести к обострению ХГН, вследствие нарушения реологических свойств крови и снижения продукции глюкокортикоидов.

Тактика ведения беременной, родов и послеродового периода акушерской службой области определена и реализуется следующая.

В плановом порядке беременную с ХГН госпитализируют в акушерский стационар 3 уровня (областной перинатальный центр) не менее двух раз в течение беременности с целью:

- до 12 недель беременности – для решения вопросов возможности вынашивания беременности, выработки индивидуального плана ведения беременности, прогнозирования осложнений. Основным противопоказанием к вынашиванию беременности является ХГН с явлениями почечной недостаточности;

- в 37-38 недель беременности – для комплексного обследования и лечения, динамического наблюдения за состоянием плода, проведения дородовой подготовки, выбора времени и оптимального метода принятия родов.

В экстренном порядке беременные госпитализируются в следующих случаях:

- возникновение или прогрессирование почечной недостаточности;
- прогрессирование протеинурии или гематурии;

- появление признаков задержки внутриутробного развития плода;
- возникновение или прогрессирование артериальной гипертензии.

При родоразрешении предпочтение отдаётся родоразрешению через естественные родовые пути. Кесарево сечение производится только по строгим акушерским показаниям:

- хроническая прогрессирующая плацентарная недостаточность,
- острая плацентарная недостаточность,
- подострая плацентарная недостаточность.

Основным признаком хронической плацентарной недостаточности является задержка развития плода, чаще в 3-4 недели беременности.

Острая плацентарная недостаточность проявляется преждевременной отслойкой плаценты с развитием маточного кровотечения и высоким риском смерти плода.

К подострой форме плацентарной недостаточности относится нефропатия беременных. В связи с этим проводится ранняя диагностика нефропатии беременных при ХГН (артериальная гипертензия и протеинурия).

Течение и ведение послеродового периода. После родов женщину обязательно направляют на консультацию к урологу, так, как на сроке 4-6 и 12-14 день после родов чаще наблюдается обострение ХГН.

Исследуется в обязательном порядке моча и проводится экскреторная урография. При обследовании обращается внимание на изменение тонуса верхних мочевых путей, замедление эвакуации контрастного вещества при наличии бактериурии и лейкоцитурии, что указывает на наличие острого процесса в почках. Лечение ХГН после родов проводится в течение 1 месяца, до восстановления уродинамики.

2.1. Анализ результатов исследования хронической патологии почек, в том числе хронического гломерулонефрита, у беременных Белгородской области в динамике за 2016-2018 годы

Результаты исследования заболеваемости взрослого женского населения области за 2016-2018 показали, что она снизилась (в %): сальпингитами и оофоритами – на 29, эндометриозом – на 16.9, эрозией и эктропионом матки – на 27.8, расстройствами менструации – на 6.6, женским бесплодием – на 23.3. При этом они ниже среднего показателя по РФ (см. табл. 1).

Таблица 1.

Динамика показателя заболеваемости взрослого женского населения (18 лет и старше) за 2016-2018 годы (на 100 000 женского населения)

Нозологии	2016	2017	2018	2017
Сальпингит и оофорит	1332.4	01 149.8	946.5	963.5
Эндометриоз	453.8	500.3	377.1	508.5
Эрозия и эктропион шейки матки	880.1	739.2	635.7	1319.3
Расстройства менструации*	2090.5	2090.4	1953.0	2679.6
Женское бесплодие*	490.9	645.6	376.3	857.4
Беременность, роды и послеродовый период	10612.5	9356.4	5807.8	10331.8

Таблица 2.

Динамика показателя заболеваемости девушек подросткового возраста (15-17 лет) за 2016-2018 годы (на 100 000 соответствующего населения).

Нозологии	2016	2017	2018	2017
Расстройства менструации	7880.4	8304.6	8 185.5	5 544.3
Сальпингит и оофорит	2393.6	2461.5	2 102.1	827.4

Особенно важно снижение почти в 2 раза заболеваемости беременных, осложнений родов и послеродового периода, их показатель ниже на 44% – среднего по РФ. В заболеваемости девушек подросткового возраста (15-17 лет),

будущих мам, наметилась тенденция к снижению, однако, по-прежнему превышает среднее значения по РФ (см. табл. 2).

С целью профилактики обострения хронических заболеваний, в том числе почек, выявления заболеваний у беременных на ранних стадиях развития, в области придаётся полноте обследования беременных и ранней постановке их на учёт (см. табл. 3).

Таблица 3.

Профилактические осмотры беременных женщин за 2016-2018 годы

Показатель	2016	2017	2018	2017
Удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение женских консультаций до 12 недель беременности, (в %)	93.1	3.0	93.6	7.5
Из числа родивших в стационаре женщин, не состояли под наблюдением в женской консультации, (в %)	0.4	0.5	0.4	1.5
Из числа женщин, закончивших беременность, осмотрены терапевтом, (в %)	100.0	100.0	96.3	98.1
- в том числе до 12 недель беременности, (в %)	92.7	92.3	93.2	98.1
Из числа женщин, закончивших беременность, было проведено УЗИ плода, (в %)	98.2	98.2	98.4	97.7
- из них: выявлено плодов с ВПР, (в %)	0.8	0.8	0.7	1.34
Из числа женщин, закончивших беременность, проведено трёх кратное УЗИ плода, (в %)	88.0	89.4	90.0	87.5
- из них: выявлено плодов с ВПР, (в %)	1.3	1.7	0.7	1.06
Из числа женщин, закончивших беременность, взята проба на биохимический скрининг, (в %)	75.7	81.3	90.7	88.0
- из них число женщин с выявленными отклонениями, %	1.0	0.8	1.1	3.2
Из числа женщин, закончивших беременность, взята проба на биохимический скрининг не менее 2-х сывороточных маркеров, (в %)	75.7	81.3	89.8	81.7
- из них число женщин с выявленными отклонениями,(%)	1.0	0.8	0.9	3.03

Как видно из таблицы, отмечается положительная динамика в объёме обследования и своевременной постановке на учёт беременных, обследования

плода и новорожденных на врождённую патологию. Эти показатели в большинстве случаев выше средних показателей по РФ.

Акушерская служба области считает, что соматическое здоровье женщины-матери определяет качество рождающегося потомства. Динамика частоты случаев заболеваний и патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности за 2016-2018 годы, показана в табл. 4.

Таблица 4.

Заболевания и патологические состояния, предшествовавшие или возникшие во время беременности за 2016-2018 годы (в %, к числу женщин, закончивших беременность)

Факторы риска и заболевания	2016	2017	2018	2017
Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период	6.1	4.5	4.8	5.7
Преэклампсия средней тяжести	1.3	1.3	1.4	1.9
Преэклампсия тяжелая	0.3	0.3	0.4	0.3
Угроза прерывания беременности:	9.5	10.6	11.1	18.2
Угроза преждевременных родов	9.0	9.5	8.6	12.6
Резус-иммунизация и другие формы изоиммунизации	0.2	0.5	0.5	2.1
Патологические состояния плода,	8.3	8.9	9.4	11.2
Анемия	32.6	30.9	33.4	34.0
Болезни мочеполовой системы	22.6	19.4	19.0	17.0
Болезни системы кровообращения	3.2	3.4	3.6	7.7
Венозные осложнения	4.5	4.4	5.3	5.7
Сахарный диабет	1.6	1.9	2.9	4.4
Болезни щитовидной железы	5.9	6.0	6.9	7.7

Анализ данных табл. 4 показал, что в Белгородской области число заболеваний и патологических состояний у беременных имеет тенденцию к росту, однако при этом их уровень ниже среднего по РФ. На этом фоне показатель заболеваемости болезнями мочеполовой системы, в том числе ХГН, снизились на 3.6% и составили 19.0%, однако они выше на 2.0% от среднего

показателя по РФ (РФ 2017 г. – 17.0), и лежат в основе развития гестозов у беременных. Тревожит не снижающийся показатель тяжёлых осложнений этой патологии «преэклампсии», а так же показатели угрозы прерывания беременности и патологических состояний плода, которые за анализируемые годы увеличились. Эти факторы риска и заболевания, в том числе ХГН, сопровождаются бесплодием, невынашиванием беременности, а так же тяжёлыми осложнениями беременности – плацентарной недостаточностью и гестозом, гипотрофией и аномалией развития плода. Частота перинатальных и акушерских осложнений беременности при ХГН по данным литературы показана в приложении 3.

С целью снижения числа осложнений, как беременности, так и родов и улучшения исхода для плода, в области спланированы и начата реализация мероприятий по формированию групп риска развития нефропатии в условиях женских консультаций, улучшению диспансеризации девочек-подростков и женщин фертильного возраста. Исходы беременности у женщин, состоявших на диспансерном учете в женской консультации, показаны в табл. 5.

Таблица 5.

Исходы беременности у женщин, состоявших на диспансерном учете в женской консультации, за 2016-2018 годы

Исходы беременности	2016	2017	2018	2017
Закончили беременность всего	17 881	15 279	14 418	1 580 119
в т.ч. родами в срок, (в %)	94.8	94.3	94.8	91.8
преждевременными родами, (в %)	2.6	2.8	2.8	4.3
Абортами, (в %)	2.6	2.9	2.4	3.9

Анализ показал, что число родившихся вне родильного отделения выросло на 10 случаев, а число родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин – снизилось на 18, доля нормальных родов снизилась на 2.5% и составила всего 37.0%. Число родов в родовспомогательных учреждениях области за 2016-2018 годы, показано в приложении 1.

Установлено, что показатель заболеваемости новорожденных за 2016-2018 годы увеличился на 7.3% и составил 311.3 на 1000 родившихся живыми, см. рис. 1 (приложение 6).

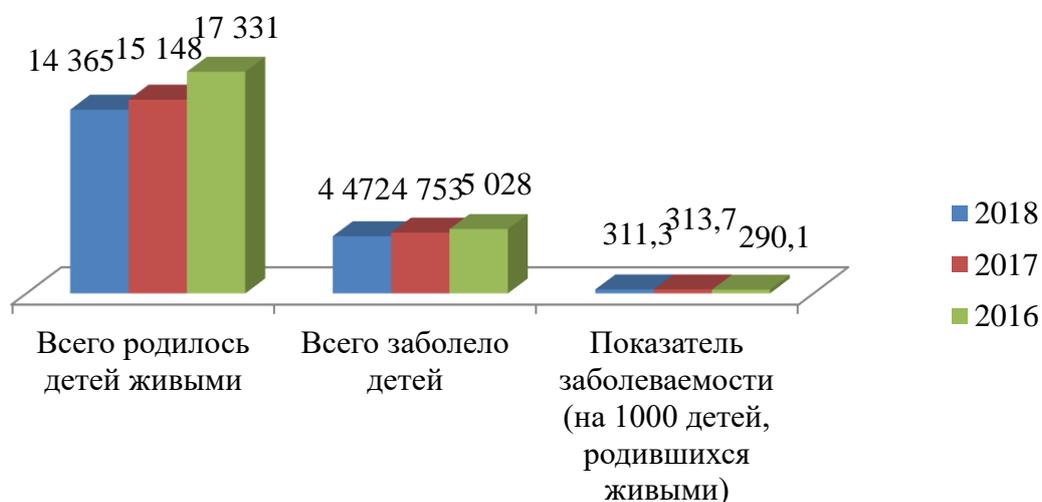


Рис. 1. Показатель заболеваемости новорожденных за 2016-2018 годы

Динамика структуры заболеваемости новорожденных за 2016-2018 годы, приведена в приложении 4. В структуре заболеваемости и патологических состояний новорожденных в 2018 году наибольший удельный вес занимали (в %): замедление роста и недостаточность питания – 9.2; другие нарушения церебрального статуса новорожденного – 6.6; неонатальная желтуха – 5.2; внутриутробная гипоксия и асфиксия – 4.8; респираторные нарушения, возникшие в перинатальном периоде и родовая травма – по 3.3. В результате в 2018 году из 14 365 новорожденных перинатальные потери составили 72 случая, из них: 45 – мертворожденных (0.3%) и 27 – умерших детей (0.2%) (Рис.2).

Показатель перинатальной смертности в целом уменьшился на 10.7% и составил 5.0 на 1 000 детей, родившихся живыми и мёртвыми (2016 г. – 5.6). Он снизился за счет мертворождаемости и ранней неонатальной смертности. Из общего числа родившихся недоношенные – составили 584 ребёнка или 4.0% от всех новорожденных.

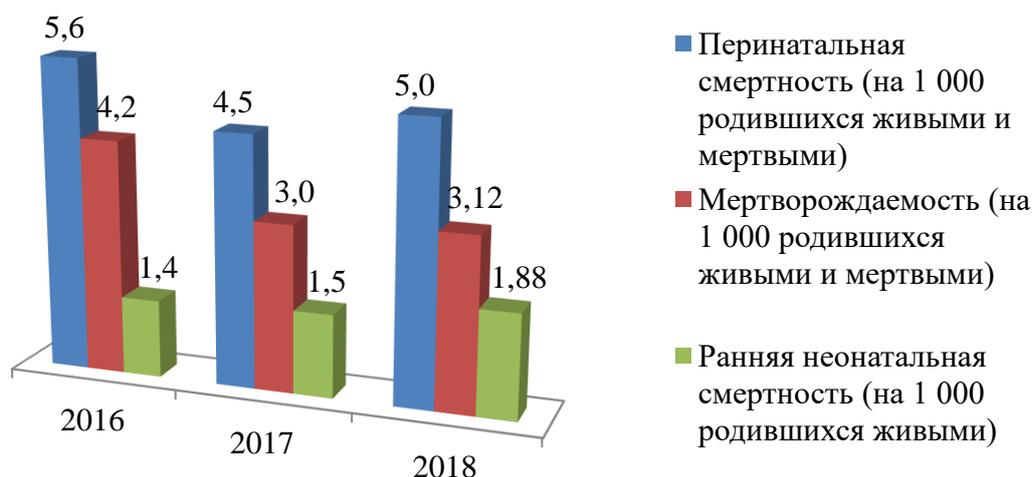


Рис. 2. Динамика показателя перинатальной смертности в Белгородской области за 2016-2018 годы

Динамика структуры причин гибели новорожденных раннего неонатального периода за 2016-2018 годы, приведена в табл. 8.

Таблица 8.

Структура причин гибели детей раннего неонатального периода, (в %)

Причины смертности	2016	2017	2018
Множественные врождённые пороки развития	36.0	-	18.5
Внутриутробная пневмония	16.0	34.6	7.4
Внутрижелудочковые кровоизлияния	20.0	21.7	33.3
Пневмопатия	8.0	8.7	7.4
Фетальный гепатит	4.0	-	
Перфорация желудка, перитонит	4.0	5.1	-
Синдром дыхательных расстройств на фоне аспирации меконием	4.0	5.1	
Обширная гематома печени	4.0	-	
Гемолитическая болезнь новорожденного, отечная форма	4.0	5.1	3,7
Внутриутробный сепсис	-	13.0	18.5
Врожденная кардиомиопатия	-	5.1	-

Таким образом, анализ уровня заболеваемости беременных женщин, показателей перинатальной и материнской смертности позволил нам предположить о недостаточно высокой роли акушерско-педиатрическо-терапевтического комплекса, как ведущего звена системы здравоохранения

области, деятельность которого направлена на медицинское сопровождение женщины в течение всей жизни. В медицинских организациях снижена преемственность при передаче девушек во взрослую врачебную сеть, не определяется «репродуктивный риск» при наличии тяжелой соматической патологии, в том числе хронических заболеваний почек. Остается еще много нереализованных резервов медико-организационного характера. С целью их преодоления проводится переориентация работы не только акушерско-гинекологической службы, но и общей лечебной сети, на профилактику нарушений репродуктивного здоровья женщин. Для дальнейшего совершенствования этой работы по внедрению современных перинатальных технологий, повышения качества медицинской помощи женщинам и детям, соблюдения преемственности в работе служб разрабатываются и внедряются эффективные организационные мероприятия, в том числе профилактической направленности.

2.2. Анализ результатов анкетирования для выяснения информированности пациентов о гломерулонефрите, соблюдении назначений врача и выявления наличия вредных привычек

В данном анкетировании были опрошено 20 женщин, которые находились на обследовании в перинатальном центре при ОГБУЗ Белгородская областная клиническая больница имени Святителя Иосафа. Получили следующие результаты.

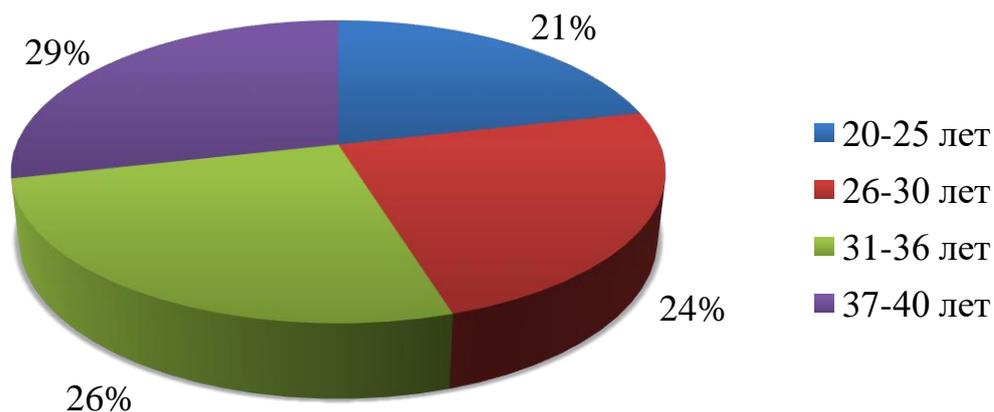


Рис. 3. Анализ возрастных данных

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что большее количество женщин, проходившие анкетирование, находятся в возрасте от 37 до 40 лет, 21% - в возрасте от 20 до 25 лет, 24% - от 26 до 30 лет, у 26% возраст от 31 года до 36 лет.

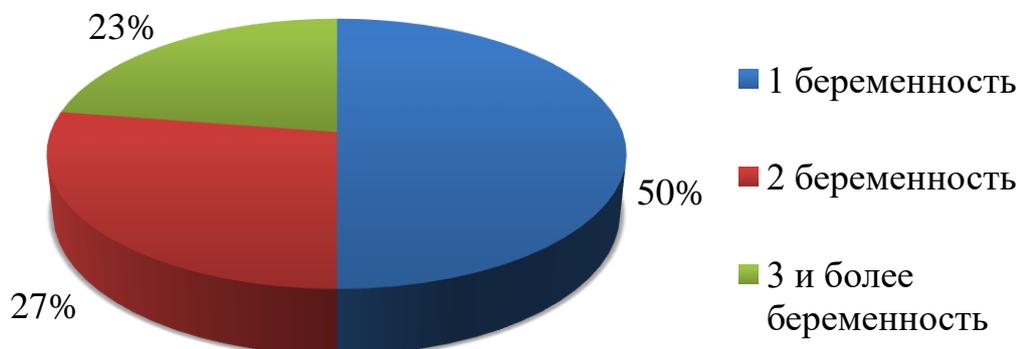


Рис. 4. Анализ количества беременностей

Исходя из результатов вопроса о количестве беременностей, мы пришли к выводу, что у большинства женщин, проходивших анкетирование, на данный момент была первая беременность, у 27% - вторая беременность, у 23% - третья и более беременности.

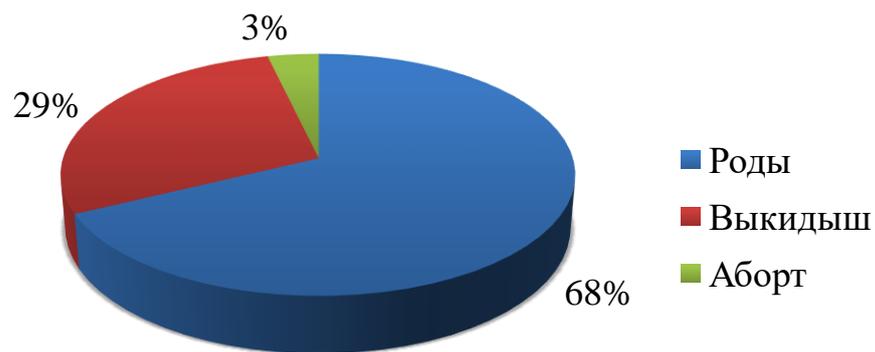


Рис. 5. Исходы беременности

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что у большего количества женщин, проходивших анкетирование, исходом беременности были роды, у 29% женщин беременность закончилась выкидышем, у 3% - аборт.

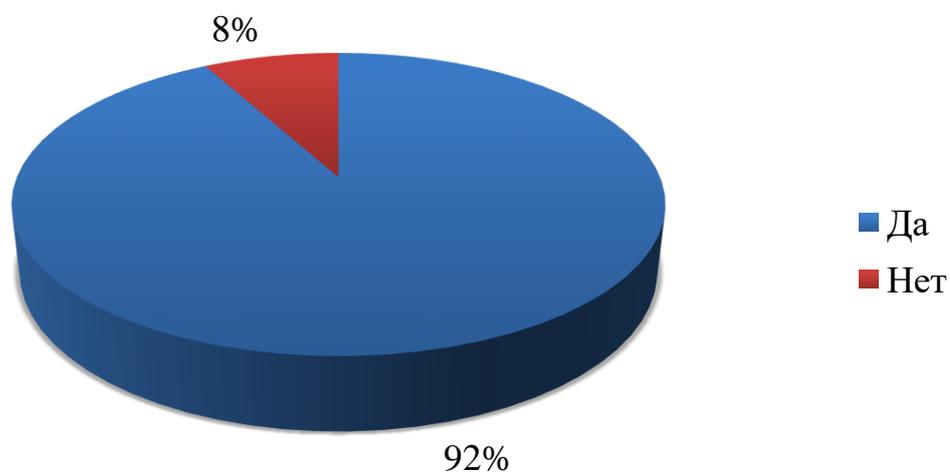


Рис. 6. Пребывание на учете в женской консультации

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что большее количество женщин, проходившие анкетирование, находились на учете в женской консультации, 8% женщин не состоят на учете в женской консультации.

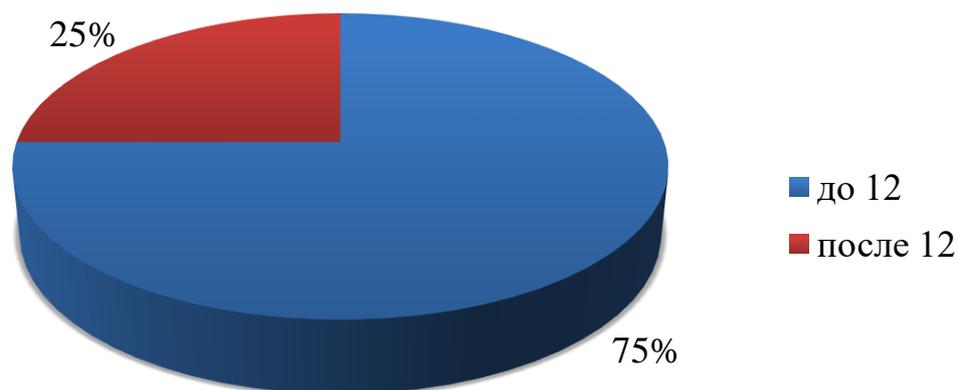


Рис. 7. С какой недели находятся на учете в женской консультации

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что большее количество женщин, проходившие анкетирование, стали на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности, 10% женщин стали на учет после 12 недели беременности.

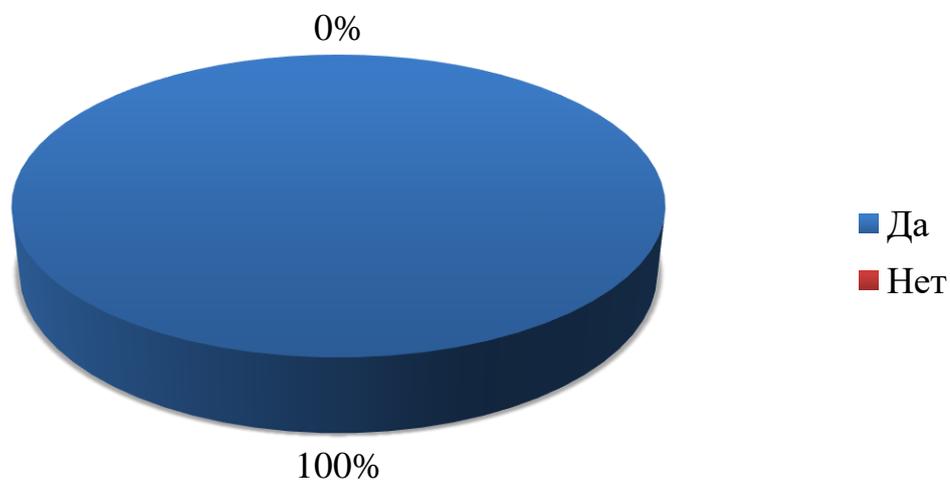


Рис. 8. Пребывание на учете у других специалистов

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что все женщины, прошедшие анкетирование, состояли на учете у других специалистов.

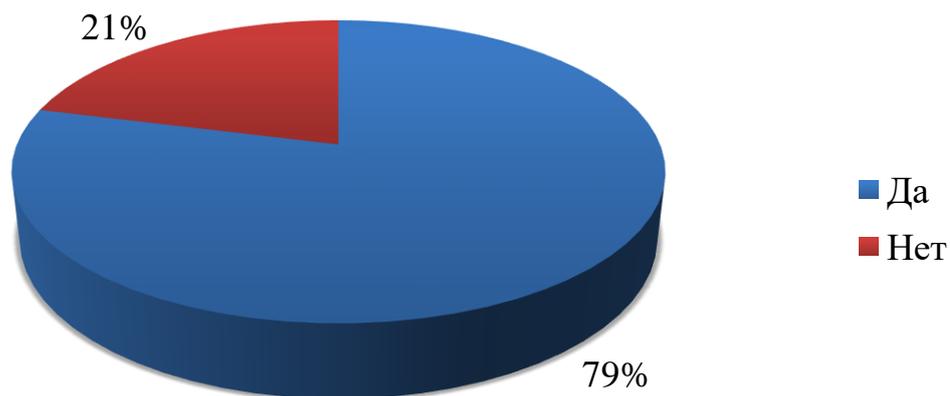


Рис. 8. Наличие гломерулонефрита в роду

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что большее количество женщин, проходившие анкетирование, имели в роду такое заболевание как гломерулонефрит, у 21% не имелось в роду данного заболевания.

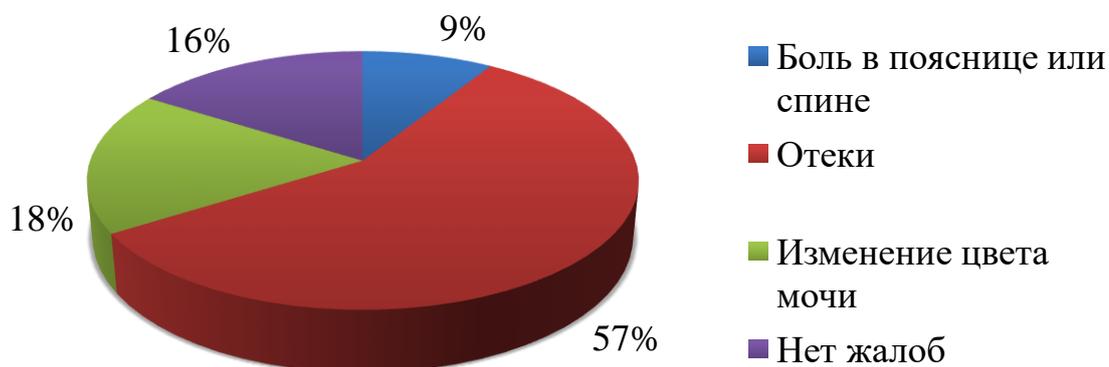


Рис. 9. Жалобы

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что у большинства женщин, прошедших анкетирование, имеются жалобы на отеки, у 18% жалобы на изменение цвета мочи, у 16% - нет жалоб, у 9% жалобы на боль в пояснице или спине.

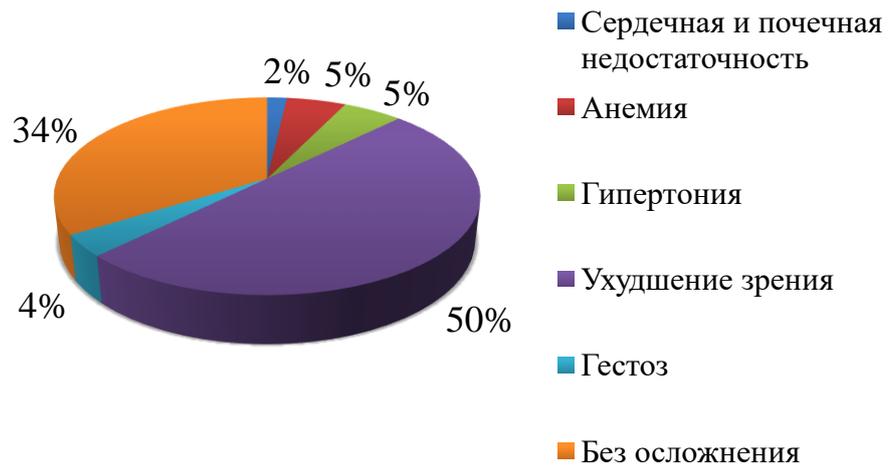


Рис. 10. Осложнения

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что у большего количества женщин, прошедших анкетирование, имеется такое осложнение как ухудшение зрения, у 34 % анкетированных – осложнений нет, у 5%- анемия и гипертония, у 4% осложнено гестозом, у 2% - сердечная и почечная недостаточность.

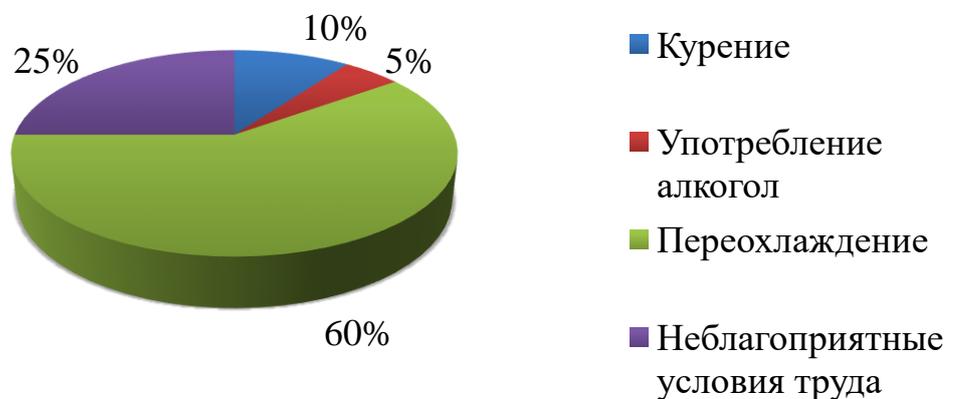


Рис. 11. Что способствовало развитию заболевания

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что у большего количество женщин, прошедших анкетирование, переохлаждение способствовало развитию данного заболевания, 3% считают, что поспособствовало курение, 6% - употребление алкоголя, у 4% неблагоприятные условия труда.

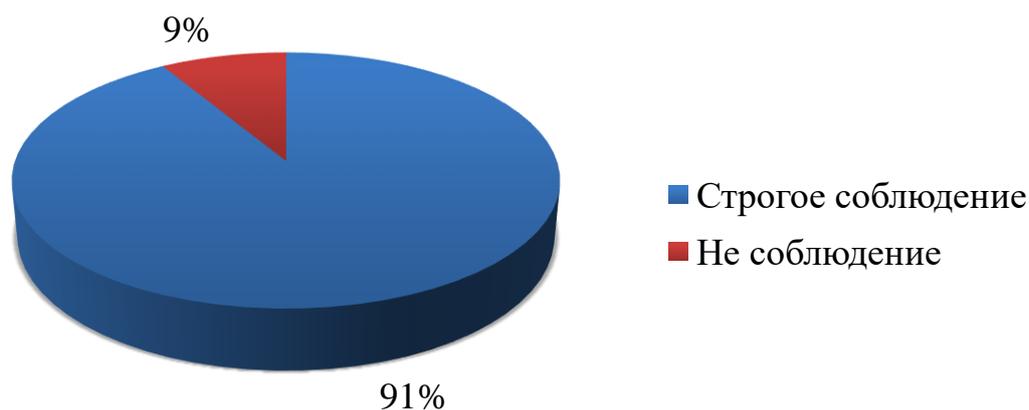


Рис. 12. Соблюдение назначений врача

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что большее количество женщин, проходившие анкетирование, строго соблюдают назначения врача, 9% женщин не соблюдают назначения врача.

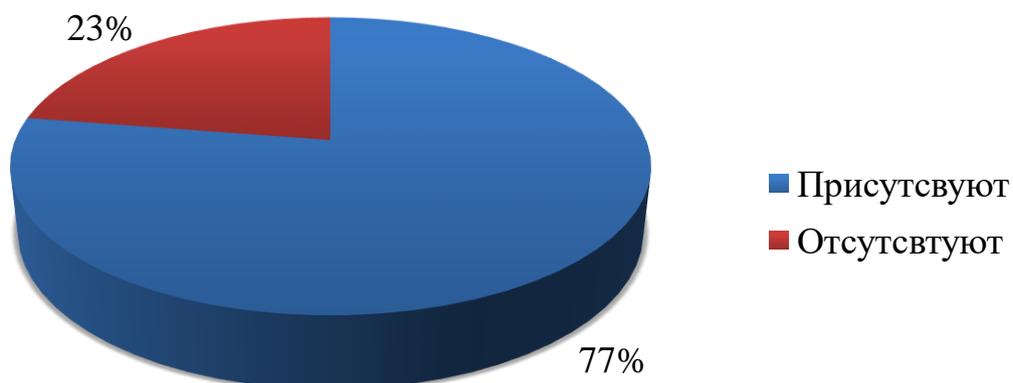


Рис. 13. Наличие сопутствующих экстрагенитальных заболеваний

Исходя из результатов, мы пришли к выводу, что у большинства пациенток имеются сопутствующие экстрагенитальных заболевания, у 23% не имеются.

2.3. Рекомендации по профилактике обострений хронических заболеваний почек и гломерулонефрита у беременных, и роль профессиональной деятельности акушерки в её проведении

Предупредить заболевание всегда легче, чем с ним бороться и в профилактической работе большая роль отводится акушерке. В её функции входит: профилактический осмотр женского населения; обслуживание беременных; обслуживание родильниц; приглашение беременных на прием; измерение АД на двух руках, вес беременной; помощь акушеру-гинекологу в осмотре беременной (измерять окружность живота, высоту дна матки, тазометрию); выписывание направления: на анализы, на консультации, в стационар и др.; выполнение акушерского патронажа и санитарно-просветительной работы.

Изучив причины, патогенез, признаки, классификацию, осложнения ХГН у беременных я пришла к выводу, что в профессиональной своей деятельности акушерки приоритетную роль буду отводить:

- проведению, под контролем врача акушер-гинеколога, активного динамического наблюдения за протеканием беременности у беременных с ХГН;
- выявлению первых признаков ХГН у них и других заболеваний почек;
- проведению профилактических мероприятий по предупреждению возникновения ХГН у беременных с одной стороны, и предупреждению его обострений – с другой.

В реализации этих мероприятий я буду работать в тесном контакте с участковыми медицинскими сёстрами (участкового терапевта, участкового педиатра, врача ВОП).

С целью первичной профилактики ХГН и его обострений, по моему мнению, необходимо начинать с простых принципов:

- пропаганды и контроля подбора беременной одежды с обувью в соответствии с сезонной погодой;

- избегания простудных и вирусных заболеваний, исключения контактов с заболевшими людьми;

- своевременного прохождения обследования и лечения;

- повышения иммунитета за счет закаливания, правильного и сбалансированного питания, прогулок на свежем воздухе, позитивного образа мышления;

- регулярного обследования беременной с целью своевременного обнаружения, лечения и профилактики вирусных и бактериальных инфекций (особенно опасен стрептококк);

- избегания переутомления и переохлаждения;

- регулярно измерять АД и нивелировать его подъёмы.

Считаю, что самая эффективная профилактика для будущих мам заключается в том, чтобы планировать свою беременность заранее. С этой целью акушерка должна активно вести пропаганду и контроль прекращения женщиной курения, употребления алкогольных напитков, любых токсических или наркотических веществ за несколько месяцев до беременности.

Беременность у женщин с почечной патологией и особенно с ХГН, должна быть обязательно спланирована. Это позволит подготовить организм женщины к предстоящему непростому состоянию и возрастающим нагрузкам, в том числе на почки. На этапе планирования беременности акушерка пропагандирует необходимость укрепления организма будущей матери. Приглашает пройти комплексное обследование и консультации квалифицированных специалистов, чтобы удостовериться в возможности выносить и родить здорового ребёнка. При обнаружении очагов инфекций – обеспечить с врачом эффективное лечение. При этом важно дать рекомендации по правильности питания, режиму труда и отдыха, соблюдению умеренной активности, контролю уровня давления.

С 15-16 недель беременности, обязательно провести несколько занятий в школе матерей, а психопрофилактическую подготовку – с 30 недель беременности. При обнаружении признаков ХГН или его обострения, акушерка незамедлительно отправляет беременную к врачу.

С целью профилактики нефрологических, акушерских и перинатальных осложнений у больных с ХГН акушерка под контролем и с участием врача, регулярно проводит акушерско-нефрологическое диспансерное наблюдение 14-15 раз за время беременности и 2 раза – после родов. Частота обследований, используемые методы исследования зависят от течения ХГН и течения беременности у конкретной больной. Но обычно это:

- посещение до 20-ти недель беременности – 1 раз в месяц;
- после 20-ти недель – 2 раза в месяц;
- после 30-й недель – еженедельно.

При первом посещении женской консультации беременной акушерка тщательно собирает анамнез (менструальная функция, аборт, беременности, гинекологические заболевания, осложнения во время беременности и родов), выписывает направления и контролирует выполнение беременной полного клинического обследования (группа крови и резус-фактор; RW; ВИЧ; австралийский антиген; общий анализ крови; кровь на сахар; общий анализ мочи; мазок на степень чистоты влагалища; мазок на гонорею; кал на яйца глистов).

В 30 недель – берет мазок из цервикального канала, носа, зева на стафилококк; направляет на консультацию терапевта, стоматолога, ЛОРа, окулиста, невропатолога; проводит тазометрию, зеркальное исследование шейки матки, влагалищное исследование; беседует с женщиной о гигиене, о питании, о режиме дня, отдыха.

При каждом новом посещении измеряет АД, взвешивает женщину, организует анализ мочи на белок.

Беременных с ХГН, другими заболеваниями почек, сердца, токсикозами (гестозы) относят в группу риска. Существует 5 групп риска:

1. социально-биологические факторы (возраст 35-40 лет – алкоголь, никотин);
2. отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (аборт, детская смертность, кесарево сечение);

3. экстрагенитальные заболевания матери (сердце, гипертония и др.);
4. осложнение беременности (гестозы, резус-конфликтная беременность);
5. состояние плода: гипотрофия, гипоксия.

Риски распределяются на 3 степени: низкая – 1-4 балла; средняя – 9.5; высокая – 10. В зависимости от степени риска проводят соответствующие профилактические мероприятия.

Для своевременной диагностики ЗВУР плода акушерка организует проведение ультразвуковой фетометрии, начиная с 20-22-й недели. Контролируют с врачом двигательную активность плода.

С целью предупреждения обострения ХГН во время беременности акушерка контролирует прием беременной антиагрегационных и ангиопротекторных препаратов: ацетилсалициловой кислоты (аспирина), дипиридамола (курантила) и гепарина. Их врач назначает в течение II и III триместров. Они снижают функциональную активность тромбоцитов и улучшают кровообращение в плаценте, почках и других органах, а гепарин – обладает ангиопротективными свойствами и в комбинации с дипиридамолом у беременных с ХГН, др. хроническими почечными заболеваниями, и оказывается эффективным в профилактике нефропатии беременных и потерь плода.

В профилактической работе акушерки важное место занимает патронаж – посещение беременных женщин на дому во время беременности и после родов. Во время патронажа акушерка знакомится с условиями быта беременной и ее состоянием. Она определяет общее состояние беременной, выполнение беременной назначенного режима и основных санитарно-гигиенических правил, обращает внимание на рациональное питание, проводит санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни. Кроме того, проверяет выполнение назначений врача (если они были), приглашает на очередной осмотр к врачу, дает направления на очередное обследование или анализы.

Данные патронажа акушерка докладывает врачу, заносит в патронажный журнал, отмечает результаты патронажа в индивидуальной карте беременной.

Таким образом, в реализации профилактических мероприятий по предупреждению обострений ХГН у беременных важная роль принадлежит профессиональной деятельности акушерки женской консультации и ФАП, которые в этом плане активно сотрудничают в области с участковыми медицинскими сёстрами первичного звена, что повышает эффективность профилактики и преемственность служб.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, показав в данной работе причины возникновения, развитие ХГН, основные его признаки, наиболее частые осложнения течения беременности при сочетании с ХГН, риски исхода беременности для матери и плода и профилактику обострений ХГН у беременных, можно сделать вывод, что ХГН не всегда является противопоказанием к вынашиванию беременности. Это обуславливается эффективностью профилактических мероприятий, в результате которых, как показывает наш анализ ситуации в Белгородской области, частота заболеваний почек у беременных, в том числе ХГН, снижается. Однако уровень этой заболеваемости остаётся ещё высоким и он на 2% выше среднего по РФ. Проведенный анализ уровня заболеваемости беременных женщин в области, показателей перинатальной и материнской смертности позволил нам предположить о недостаточно высокой роли акушерско-педиатрическо-терапевтического комплекса, деятельность которого направлена на медицинское сопровождение женщины в течение всей жизни. Снижена преемственность при передаче девушек во взрослую врачебную сеть, не определяется «репродуктивный риск» при наличии тяжелой соматической патологии, в том числе хронических заболеваний почек и ХГН, не своевременное выявление признаков их обострения у беременной.

В этой связи приоритетом в реализации медико-организационных мероприятий должна стать профилактика, выявление признаков заболевания на ранних стадиях развития, их лечение, и коррекция факторов риска развития. Важная роль в реализации профилактических мероприятий принадлежит профессиональной деятельности акушерки женской консультации и ФАП, которая должна активно наблюдать за состоянием здоровья беременной, обо всех изменениях срочно информировать врача, строго выполнять его назначения и активно проводить профилактику возникновения обострений ХГН, тогда даже такое грозное заболевание не станет помехой перед радостями материнства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Браунвальда, Е. Внутренние болезни. [Текст] Книги 5,6. / Е. Браунвальда, К. Дж. Иссельбахера, Р.Г. Петерсдорфа и др. – М.: Медицина. 1995.
2. Воробьев, А.И. Справочник практического врача [Текст] / А.И Воробьев, – М.: Медицина. 1992. – В 2 томах. Т. 1.
3. Клара, С. Современная нефрология. [Текст] / С. Клара, С.Г. Массри – М.: Медицина. 1984. – 512 с.
4. Комаров, Ф.И. Внутренние болезни: Учебник. [Текст] / Ф.И. Комарова, В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина. 1990. – 688 с.
5. Машковский, М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. [Текст] / М.Д. Машковский, Ч. 1., Ч. 2. – М.: Медицина. 2016.
6. Медведев, В.В. Клиническая лабораторная диагностика: Справочник для врачей [Текст]/ В.В. Медведев, Ю.З. Волчек, В.А. Яковлева. – СПб.: Гиппократ. 1995. – 208 с.
7. Сидорова, И.С. Руководство по акушерству. [Текст] / И.С. Сидорова, В.И. Кулаков, И.О. Макаров – М. 2006.
8. Степчук, М.А. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области за 2018 год [Текст] // МИАЦ. Белгород. 2019.
9. Струков, А.И. Патологическая анатомия: Учебник. [Текст] / А.И. Струков, В.В. Серов – М.: Медицина. 1993.
10. Таранова, О.С. Демографический ежегодник Белгородской области [Текст] / О.С. Таранова // Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики (Росстат) по Белгородской области. Белгород. 2010.
11. Таранова, О.С. Статистический бюллетень №1 (25) [Текст] / О.С. Таранова // Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики (Росстат) по Белгородской области. Белгород. 2017.

12. Sergienko A. Гломерулонефрит при беременности [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://1pochkah.ru/beremennost/i-glomerulonefrit.html>.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Число родов в родовспомогательных учреждениях Белгородской области
за 2016-2018 годы

Показатель	2016	2017	2018	2017
Принято родов в стационаре	17 191	15 004	14 207	1 645 066
Число родивших детей вне родильного отделения	12	16	22	4 716
Общее число родов детей (включая родивших вне родильного отделения)	17 203	15 020	14 229	1 649 782
- после ЭКО	154	165	210	24 346
- у ВИЧ-инфицированных женщин	49	55	31	14 783
- многоплодные роды	199	173	178	20 239
- нормальные роды	6 798	6 081	5 262	619 889
Доля нормальных родов, (% от общего числа родов)	39.5	40.5	37.0	37.6
Число преждевременных родов в сроке 22-37 недель	671	554	541	96 339
- в том числе в перинатальных центрах	559	417	437	51 197
Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах	83.3		75.3	80.7

Частота признаков нефропатии у беременных и их специфичность.

Признаки нефропатии у беременных	Частота признака, в %	Специфичность признака, в %
Артериальное давление 140/90-165/105 мм рт. ст.	33	53
Артериальное давление 170/110 мм рт. ст. и выше	66	91
Протеинурия 0.3 г/сутки и выше	100	32
Отёки	100	35
Интенсивная прибавка массы тела	100	35
Мочевая кислота крови 0.2655-0.354 мкмоль/л	7	47
Мочевая кислота крови более 6.0 мг % 0.354 мкмоль/л	57	80
Положительный roll-over тест	66	70
Внутренняя задержка развития плода	66	95
Нарушение маточно-плацентарного кровотока (доплерометрия)	83	43

Наличие протеинурии и повышенного артериального давления, так же как их абсолютный уровень не могут быть надежными ориентирами при диагностике нефропатии у беременных с ХГН. Эти и другие признаки нефропатии беременных (гиперурикемия, отеки) у больных с ХГН оказываются в значительной степени неспецифичными.

Частота перинатальных и акушерских осложнений беременности при
ХГН (по данным литературы, в %)

Осложнения беременности	Частота осложнений у беременных в целом	Частота осложнений у беременных с ХГН
Совокупные потери плода и новорожденного	0.6-0.63	7-20
Внутриутробная задержка развития плода	4.1-7.8	4-26
Преждевременные роды	1.0-10.3	10-24
Преждевременная отслойка плаценты	0.1-0.5	2-4
Нефропатия беременных	0.9-3.0	10-40

Негативное взаимовлияние беременности и ХГН связывают со значительной функциональной активацией тромбоцитов и эндотелия сосудов [Тареева И. Е. и др., 1996; Pomeranz M. et al., 1995]. Однако полностью механизмы нефрологических, акушерских и перинатальных осложнений у беременных с ХГН до конца не исследованы.

Распределение числа родов, осложнений родов и послеродового периода, родившихся и умерших по группам акушерских стационаров в 2018 году

Показатели		Акушерские стационары			Всего
		I группы	II группы	III группы	
Число акушерских стационаров	абс. число	4	7	2	13
	%	30.8	53.8	15.4	100.0
Число родов	абс. число	320	4 977	8 910	14 207
	%	2.3	35.0	62.7	100.0
в том числе:					
- в сроке 22-27 недель	абс. число		5	50	55
	%		9.1	90.9	100.0
- в сроке 28-37 недель	абс. число	3	96	387	486
	%	0.6	19.8	79.6	100.0
- в сроке 42 недели и более	абс. число			3	3
	%			100.0	100.0
-роды у женщин после ЭКО	абс. число		7	203	210
	%		3.3	97.7	100.0
-индуцированные роды	абс. число		40	130	170
	%		23.5	76.5	100.0
Число критических акушерских состояний	абс. число		2	4	6
	%		33.3	66.7	100.0

Разрыв матки	абс. число				
	%				
- из них в акушерском стационаре	абс. число				
	%				
Эклампсия, преэклампсия	абс. число			1	1
	%			100.0	100.0
- из них в акушерском стационаре	абс. число			1	1
	%			100.0	100.0
Послеродовый сепсис, генерализованная послеродовая инфекция	абс. число				
	%				
Кровотечения при беременности, в родах и послеродовом периоде	абс. число		2	3	5
	%		40.0	60.0	100.0
Число акушерских операций	абс. число	10	1 179	3 926	5 115
	%	0.2	23.0	76.8	100.0
Кесарево сечение	абс. число	8	1 136	3 862	5 006
	%	0.2	22.7	77.1	100.0
Акушерские щипцы	абс. число			6	6
	%			100.0	100.0
Вакуум-экстракция плода	абс. число	1	40	52	93
	%	1.1	43.0	55.9	100.0

Плодоразрушающие операции	абс. число				
	%				
Экстирпация и надвлагалищная ампутация матки	абс. число	1	3	6	10
	%	10.0	30.0	60.0	100.0
Родилось живыми всего	абс. число	326	4 989	9 050	14 365
	%	2.3	34.7	63.0	100.0
из них:					
-массой тела 500-999 г	абс. число	0	5	49	54
	%	0	9.3	90.7	100,0
-массой тела 1000-1499 г	абс. число	0	10	83	93
	%	0	10.8	89.2	100.0
-массой тела 1500-2499 г	абс. число	3	163	556	722
	%	0.4	22.6	77.0	100.0
Умерло всего	абс. число		1	2	3
	%		33.3	66.7	100.0
из них:					
-массой тела 1500-2499 г	абс. число			1	1
	%			100.0	100.0
Родилось мертвыми всего	абс. число		11	31	42
	%		26.2	73.8	100.0
-массой тела 500-999 г	абс. число		1	6	7
	%		14.3	85.7	100.0

-массой тела 1000-1499 г	абс. число		2	5	7
	%		28.6	71.4	100.0
-массой тела 1500-2499 г	абс. число		4	11	15
	%		26.7	73.3	100.0
-до начала родовой деятельности	абс. Число		11	30	41
	%		26.8	73.2	100.0
- в том числе в акушерском стационаре	абс. число			3	3
	%			100	100.0

Структура заболеваемости новорожденных за 2016-2018 годы
(абсолютное число/показатель на 1 000 детей, родившихся живыми)

Нозологии	2016	2017	2018
ОРВИ, грипп	-	-	-
Инфекция кожи и п/к клетчатки	-	-	-
Замедление роста и недостаточность питания	1540/88.8	1524/100.6	1324/92.1
Родовая травма	572/33.0	463/30.5	481/33.4
Внутриутробная гипоксия и асфиксия	643/37.1	652/43.0	696/48.4
Респираторные нарушения, возникшие в перинатальном периоде	557/32.1	488/32.2	482/33.5
- дыхательные расстройства у новорожденных (дистресс)	473/27.3	392/25.8	444/30.9
- неонатальные аспирационные синдромы	9/0.52	7/0.46	3/0.20
- неонатальные аспирационные пневмонии	2/0.1	0/0.0	0/0.0
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода	140/8.1	111/7.3	111/7.7
- бактериальный сепсис	-	1/0.06	-
Перинатальные гематологические нарушения	50/2.9	48/3.2	40/2.7
Внутрижелудочковые кровоизлияния	82/4.7	60/4.0	91/6.3
Гемолитическая болезнь плода и новорожденного	221/12.7	232/15.3	197/13.7
Неонатальная желтуха	1010/58.3	989/65.3	746/51.9
Другие нарушения церебрального статуса новорожденного	1086/62.7	966/63.8	948/65.9
Врожденные аномалии	449/25.9	390/25.7	411/28.6
Число случаев заболевания всего	6 399	5 989	5 630

Показатель заболеваемости новорожденных за 2016-2018 годы

Год	Всего родилось детей живыми	Всего заболело детей	Показатель заболеваемости (на 1000 детей, родившихся живыми)
2018	14 365	4 472	311.3
2017	15 148	4 753	313.7
2016	17 331	5 028	290.1

Динамика показателя перинатальной смертности в Белгородской области
за 2016-2018 годы

Показатели	2016	2017	2018
Перинатальная смертность (на 1 000 родившихся живыми и мертвыми)	5.6	4.5	5.0
Мертворождаемость (на 1 000 родившихся живыми и мертвыми)	4.2	3.0	3.12
Ранняя неонатальная смертность (на 1 000 родившихся живыми)	1.4	1.5	1.88