

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РС (Я)
ГБПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущен(а) к защите

Зам. Директора по УР



Иванова М.Н.

ЕФИМОВА ОЛЕСЯ ВАСИЛЬЕВНА

**БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

Выпускная квалификационная работа

По специальности 31.02.02 «Акушерское дело»

Студентки отделения : « Акушерское дело»

Группы: АД-31

Ефимова О.В.

Руководитель :

Роббек К.В.

Якутск 2018г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1 БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	5
1.1 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ.....	5
1.2. Роль акушерки в профилактике заболеваний мочевыделительной системы у беременных.....	18
ГЛАВА II АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РС (Я)	20
2.1 АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РС (Я)	20
ВЫВОД.....	30
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	31

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания мочевыделительной системы – представляют собой огромную группу недугов, которые объединены общими симптоматическими и клиническими проявлениями. Пиелонефрит и гломерулонефрит – два самых распространенных заболеваний среди женщин и беременных. При первом недуге поражается чашечно-лоханочная система почек, в то время как для второго характерно повреждение клубочковой структуры. В основе патогенеза обоих заболеваний лежит нарушение фильтрации и реабсорбции крови и различных жидкостей, циркулирующих в организме.

Актуальность: Проблема заболеваний почек актуальна среди беременных, так как данная патология занимает ведущее место среди патологий беременных и представляют серьезную опасность для нормального развития гестационного процесса и плода, поскольку патология этих органов ведет к нарушению многих жизненно важных функций организма. Возросшие требования к почкам и нейрогуморальные сдвиги, свойственные периоду беременности, способствуют выявлению врожденных или приобретенных дефектов. Скрыто протекавших болезней мочевыделительной системы.

По статистическим данным в РС (Я) во время беременности из заболеваний

почек преобладает гестационный пиелонефрит, на его долю приходится 47%

Цель исследования: Изучение распространённости болезней мочевыделительной системы у беременных женщин в РС(Я)

Задачи :

1 Изучить особенности течения заболеваний мочевыделительной системы у беременных женщин по литературным данным

2 Рассмотреть роль акушерки в профилактике заболеваний мочевыделительной системы у беременных женщин

3 Проанализировать распространённость мочевыделительной системы у беременных женщин РС(Я)

ГЛАВА 1 БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

1.1 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Пиелонефрит – неспецифический воспалительный процесс с преимущественным поражением канальцевой системы почки, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся поражением почечной лоханки, чашечек и паренхимы почки. Выделяют 3 основных варианта течения заболевания :

- Острый
- Хронической
- Хронический с обострением

Гестационный пиелонефрит – возникающий впервые время беременности (останется на всю жизнь).

Изменения со стороны мочевыводящей системы- гормональная перестройка с преобладанием прогестерона ведет к расслаблению гладкой мускулатуры матки, мочевого пузыря, мочеточников, кишечника . Гипотония мочеточника, расширение чашечно-лоханочной системы, мочеточников, нарушение кровообращения в почке и лоханках. Это приводит к застою мочи и возникновению рефлекс. Моча разрывает чашечки и попадает в кровяное русло и попадает в паренхиму почек .

Застою мочи способствуют также матка. Правая яичниковая вена находится в одной соединительной футляре с мочеточников, и варикозно расширенная вена механически препятствует оттоку мочи. Также способствует обострению пиелонефрита во время беременности усиленно сброс кортикостероидов. Кортикостероиды-провокаторы хронических, латентных инфекций, увеличивается возможность распространения инфекции.

Возбудители пиелонефрита:

Группы энтеробактерий :E.Coli до 90 % , Proteus до 12 % , Klebsiella до 14 % синегнойная палочка и энтерококк до 15 %, могут быть грибы, микоплазмы. Для пиелонефрита характерна монокультура. Но может быть и ассоциация-сочетание палочек и кокковой флоры. Ассоциация микробов подозрительна: на хронический процесс, на загрязнение мочи.

Клиника: температура субфебрильная, боли не резкие, чувство не ловкости в поясничной области, дизурические явления отсутствуют.

- Выраженная интоксикация
- Высокая температура до 40 градусов
- Недомогание
- Головная боль, ознобы
- Боли в поясничной области
- Дизурические явления
- Вынужденное положение с прижатым к животу ногами

Сроки возникновения пиелонефрита :

- При беременности на 23-28 неделе
- На 32-34 неделе, когда матка достигает максимума в размерах
- 39-40 недель- головка прижата ко входу в малый таз
- После родов 2-5 сутки, 10-12 сутки

Пиелонефрит клинически проявляется по разному в разные сроки беременности. В первом триместре- для пиелонефрита характерная острая картина. Во втором и третьем триместре- стертая картина. Если во втором и третьем триместре есть острые боли, то можно думать о мочекаменной болезни.

Методы диагностики пиелонефрита у беременных :

Кровь :при остром процессе высокий лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, снижение гемоглобина. В биохимическом анализе крови-гипоальбуминемия. В тяжелых случаях повышены креатинин и мочевины. При хроническом процессе- снижение гемоглобина, так как почки участвуют в

эритропозе, так как вырабатывают гуморальный фактор- эритропоэтин. На фоне невысокого лейкоцитоза и повышенной СОЭ.

Моча : проба Зимницкого-гипопротенурия, никтурия. Общий анализ мочи- щелочная реакция, осадок мочи- лейкоцитурия, отсутствие цилиндров, лейкоцитурия . Редко при закупорке мочеточников с одной стороны могут отсутствовать выделение гноя и моча не содержит лейкоциты. Проба Нечипоренко- норма для беременных: лейкоциты 4000, цилиндры 100, эритроциты 2000. Бактериологическое исследование мочи.

Осложнения беременности на фоне пиелонефрита

Акушерские и общие осложнения пиелонефрита у беременных :

- Угроза прерывания беременности
- Самопроизвольный аборт
- Преждевременные роды
- Поздний токсикоз
- Острая почечная недостаточность
- Септицемия и септикопиемия
- Бактериальный шок

Течение беременности на фоне пиелонефрите

До 80% случаев пиелонефрита сочетается с гестозом беременных.

Пиелонефрит может быть в чистой форме или в сочетании с гестозом. А если

пиелонефрит изолированно сопровождается беременностью , то отеки не возникают, артериальное давление в норме, за исключением тяжелых форм пиелонефрита, диурез достаточный. Если есть сочетание с гестозом - отеки

в 90% случаев, повышение артериального давления, протеинурия, изменения со стороны сосудов глазного дна.

Пиелонефрит опасен для беременности в смысле:

– угрозы прерывания беременности, которую провоцирует болевой

синдром, лихорадочное состояние, экзотоксины грамотрицательный микроорганизмов кишечной группы (так как они повышают возбудимость матки);

– опасности внутриутробной гипоксии, гипотрофии;

– внутриутробное инфицирование плода;

гестоз беременных - чрезвычайно частое осложнение беременности при пиелонефрите.

Ведение беременных с диагнозом пиелонефрит.

Женщины сначала делятся на 3 степени риска (по Шехтману):

1 степень - неосложненный пиелонефрит, возникший во время беременности

впервые.

2 степень - хронический пиелонефрит возникший до беременности.

3 степень - хронический пиелонефрит до беременности с азотемией, гипертонией. Пиелонефрит единственной почки.

При 1-2 ст. Можно разрешить беременность, при этом женщина должна находиться на диспансерном учете у уролога-нефролога и акушера-гинеколога, а также проходить регулярный контроль мочи: каждые 2 недели

общий анализ мочи, а в период с 22-28 недель ежедневно. При 3 ст.

Беременность противопоказана так как состояние почек угрожает здоровью и

жизни женщины и плода.

При первом обращении женщин с пиелонефритом надо ее госпитализировать в плановом порядке - во время которой должен быть уточнен диагноз (поставить форму). Вторая госпитализация показана при обострении. Третья госпитализация показана при появлении осложнений беременности - поздний токсикоз, гипоксия плода, гипотрофия.

Прерывание беременности показано при:

– сочетании пиелонефрита с тяжелыми формами гестоза;

- отсутствие эффекта от проводимого лечения;
- острая почечная недостаточность;
- гипоксия плода.

Прерывание можно произвести путем родовозбуждения. Кесарево сечение противопоказано так как инфекция в почках способствует развитию

осложнений в послеоперационном периоде. Кесарево сечение производят только по акушерским показаниям.

Обострение во время родов происходит в результате окклюзии мочеточников, поэтому во время родов назначают спазмолитики обязательно.

Лечение после родов - лечение должно проводиться в течение 2-3 недель. Рекомендовано обязательное раннее вставание с постели, что способствует лучшему оттоку мочи. Критерии выздоровления - 2-3 нормальных анализа мочи. После выписки поставить на учет к урологу, наблюдать в течение 3-5 лет. Женщинам с пиелонефритом противопоказаны

гормональные контрацептивы так как они создают условия для обострения.

Гломерулонефрит- этиология, патогенез, клиника, диагностика

Гломерулонефрит — инфекционно-аллергическое заболевание, сопровождающееся поражением клубочкового аппарата почек. Острый гломерулонефрит во время беременности нередко протекает под видом тяжелых форм гестоза. Возбудителем которого является р-гемолитический стрептококк А. Гломерулонефрит развивается через 10—15 дней после перенесенных ангины, скарлатины, стрептококковой пиодермии. Реже встречается неинфекционный гломерулонефрит, возникающий в результате

вакцинации, прививок.

Патогенез заболевания связан с иммунной реакцией антиген—

антитело, инфекционный или иной агент белковой природы, игравший роль

пускового механизма, очень скоро теряет свое значение, так как болезнь принимает характер аутоагрессивного процесса. Предрасполагающим фактором, способствующим течению иммунных реакций и ухудшающим почечное кровообращение, является охлаждение, особенно пребывание в холодных и сырых условиях. Такие же условия могут вызвать и обострение заболевания. Гломерулонефрит, как и другие стрептококковые болезни, обычно развивается в молодом возрасте.

Клиническая картина: у беременных чаще выявляют хронический гломерулонефрит, который протекает в нескольких формах: нефротической,

гипертонической, смешанной (отечно-гипертонической), латентной. Как правило, встречается латентная форма, при которой течение беременности, родов и послеродового периода наиболее благоприятно. Максимальная степень риска отмечается у беременных со смешанной формой, острым гломерулонефритом и любой формой заболевания, сопровождающейся азотемией и почечной недостаточностью.

Формы хронического гломерулонефрита, их основные клинические и лабораторные симптомы у беременных:

Нефротическая форма:

- протеинурия до 30-40 г/л;
- гипопротеинемия до 40-50 г/л;
- отеки;
- гиперхолестеринемия.

Гипертоническая форма:

- высокое АД;
- незначительная гематурия, цилиндрурия;
- расширение левой границы сердца;
- изменения на глазном дне.

Смешанная (отечно-гипертоническая) форма:

-Имеются все признаки, но те или иные преобладают.

Методы диагностики гломерулонефрита у беременных:

- Глазное дно. Дает возможность выявить степень поражения сосудов сетчатки глаза.
- Общий анализ мочи. В случае наличия данной патологии в моче больных удастся выявить как лейкоциты, так белок, эритроциты, а также цилиндры.
- УЗИ почек дает возможность выявить увеличение их размеров в случае острого гломерулонефрита и сморщивания в случае, если у человека наблюдается хроническая форма данной патологии либо почечная недостаточность.
- Биопсия почек дает возможность определить форму данной патологии, а также ее активность. Помимо этого данный метод исследования помогает исключить наличие других недугов почек, при которых отмечаются те же симптомы.
- Серологический анализ крови. С его помощью удастся выявить увеличение антител к стрептококку в крови.

Осложнения беременности на фоне гломерулонефрита

- поздний токсикоз;
- нарушение маточно-плацентарного кровообращения;
- отставание плода в развитии, гипотрофия;
- нарушение свертывающей системы у женщины, вызывающее преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты.

Показания для досрочного родоразрешения женщин с гломерулонефритом:

- обострение хронического гломерулонефрита с нарушением функции почек
- нарушение белкового обмена с нарастанием азотемии
- повышение АД

- присоединение тяжелых форм позднего токсикоза
- отсутствие эффекта от проводимого лечения
- ухудшение состояния плода

Течение беременности на фоне гломерулонефрита

Беременные с хроническим гломерулонефритом должны находиться под наблюдением нефролога и акушера—гинеколога. Для обследования и лечения необходимы неоднократные госпитализации. При первой госпитализации (не позднее 8—10 недели) определяют возможность пролонгирования беременности. Прерывание беременности показано при гипертонической и смешанной формах гломерулонефрита, а также при азотемии (более 2 мг %) и почечной недостаточности независимо от формы заболевания.

Каждая женщина, страдающая гломерулонефритом, нуждается в систематическом измерении артериального давления (во второй половине беременности каждые 7—10 дней), так как одна форма болезни может перейти в другую; кроме того, возможно присоединение позднего токсикоза беременных. Обнаружение артериальной гипертензии диктует необходимость динамического исследования состояния глазного дна. При назначении диеты необходимо учитывать форму гломерулонефрита. В случае нефротической формы количество белка составляет 2 г на 1 кг массы тела беременной, поваренной соли — до 5 г, жидкости — 800 мл в сутки. При смешанной и гипертонической формах прием поваренной соли ограничивают до 5 г, жидкости — до 1000 мл, белка до 1 г/кг в сутки. При латентной форме гломерулонефрита ограничений в диете не устанавливают. Дефицит белка возмещают парентеральным введением свежезамороженной плазмы, альбумина и других белковых препаратов.

Сохранение беременности противопоказано при гипертонической и смешанной формах гломерулонефрита с типичным течением заболевания,

а

также при любой его форме, сопровождающейся азотемией и почечной

недостаточностью. Для уточнения формы гломерулонефрита и выработки тактики ведения беременности необходимо проводить лечение в стационаре

нефрологического отделения многопрофильной больницы в сроки до 12 недель. Госпитализация в стационар показана при обострении гломерулонефрита и присоединении гестоза, а также при нарушении состояния плода. При всех формах гломерулонефрита за 3 недели до родов беременные должны поступать в стационар отделения патологии беременных для выработки тактики ведения родов. Роды у больных гломерулонефритом не имеют особенностей. При тяжелом течении заболевания целесообразно произвести преждевременное родо разрешение во избежание внутриутробной гибели плода и прогрессирования заболевания

Мочекаменная болезнь

Мочекаменная болезнь- хроническое заболевание, характеризующееся нарушением обмена веществ с образованием в почках и мочевых путях камней, формирующихся из составных частей мочи. В настоящее время считают, что образование камней в почках у женщин в большей степени связано с мочевой инфекцией, пиелонефритом, в меньшей — с нарушениями

обмена. При беременности часто наблюдается сочетание пиелонефрита и нефролитиаза.

Клиническая картина- наиболее частым симптомом мочекаменной болезни является почечная колика. Боли носят интенсивный характер, локализуются в пояснице, иррадиируют по ходу мочеточника в паховую область, бедро, половые губы. Нередко боли сопровождаются тошнотой, рвотой, метеоризмом, задержкой стула и газов, дизурическими явлениями, положительным симптомом Пастернацкого. После приступа колики в моче выявляется микро- или макрогематурия. При беременности нередко наблюдается инфицирование камней и нефролитиаз осложняется

пиелонефритом, что сопровождается лихорадкой, ознобом, пиурией и признаками воспалительных изменений в крови.

Методы диагностики мочекаменной болезни у беременных: диагноз мочекаменной болезни во время беременности устанавливают на основании

данных анамнеза, клинической картины во время приступа болей, результатов анализа мочи и УЗИ почек. Широко используют хромоцистоскопию, которая позволяет выявить наличие полной или частичной окклюзии мочевыводящих путей, а также оценить секреторную функцию почек.

Осложнения беременности на фоне мочекаменной болезни

Осложнения беременности наступают при частых и тяжелых приступах почечной колики:

- самопроизвольное прерывание беременности
- преждевременные роды.
- при сочетании мочекаменной болезни с пиелонефритом – поздний

токсикоз

(гестоз) с самыми разнообразными и тяжелыми последствиями для матери и ребенка.

Течение беременности на фоне мочекаменной болезни

Мочекаменная болезнь не влияет на развитие плода, поэтому не является показанием для прерывания беременности (если течение мочекаменной болезни не осложнено инфекцией мочевыводящих путей).

Самопроизвольные аборт при мочекаменной болезни наблюдаются редко.

Течение родов осложняется очень редко, приступы почечной колики в этот период снимаются спазмолитиками и наркотическими препаратами.

Наблюдение за беременными с мочекаменной болезнью

осуществляется в условиях женской консультации (гинекологом и урологом

по месту жительства). При обострении течения заболевания пациентку госпитализируют в стационар.

Цистит

Цистит — воспаление стенки мочевого пузыря. Это наиболее частое урологическое заболевание инфекционного и неинфекционного происхождения. Инфекционный цистит может спровоцировать условно-патогенная микрофлора: стафилококки, стрептококки, кишечная палочка и др., а также такие возбудители как хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, влагалищные трихомонады и др.

К неинфекционным циститам приводят: переохлаждение, переутомление, ослабление иммунитета, дисбактериоз кишечника и вагинальный дисбиоз, раздражение слизистой оболочки мочевого пузыря химическими веществами, выделяющимися через его стенку (например, при бесконтрольном приеме лекарств), повреждение слизистой при медицинских манипуляциях и др.

Цистит на ранних сроках беременности

У беременных женщин цистит часто возникает из-за изменения гормонального фона и иммуносупрессии (естественного угнетения иммунитета беременной, необходимого для предотвращения иммунологического отторжения эмбриона). Ослабленная защита иммунитета позволяет активно размножаться инфекциям, которые в свою очередь, попадая в мочевой пузырь, вызывают воспаление. Кроме того, уже с первых дней беременности начинают активизироваться давние болячки и недуги. Поэтому если у Вас в анамнезе есть хронический цистит, то существует довольно высокая вероятность его рецидива уже на ранних сроках беременности.

Признаки цистита при беременности

Существует две формы цистита: острая и хроническая. К симптомам острой формы цистита относятся:

- Учащенные позывы к мочеиспусканию с последующим выделением небольшой порции мочи
- Сильные болезненные ощущения и жжение при мочеиспускании, иногда носящих постоянный характер
- Ложные позывы к опорожнению мочевого пузыря
- Болезненность внизу живота
- Выраженная интоксикация
- Мутность мочи, в которой могут наблюдаться примеси крови и гноя
- Резкое повышение температуры

Хронический цистит можно рассматривать в виде декомпенсирования защитных сил мочевыделительной системы. Основными его симптомами являются болевые ощущения поллакиурия (выделения гноя с мочой). Интенсивность болевых ощущений зависит от частоты позывов к мочеиспусканию. Боли тянущего характера обычно располагаются в области промежности по пути уретры. При первых же симптомах, указывающих на

проявление хронического цистита, беременной следует обратиться к врачу. После точного диагностирования заболевания на основе полученных результатов анализов и медицинских исследований врач назначает наиболее щадящее лечение с применением физиотерапевтических процедур и лекарственных препаратов, которые не представляют угрозы для здоровья беременной женщины и ее малыша.

Лечение

Лечение цистита во время беременности, прежде всего, заключается в приеме антибактериальных препаратов, действие которых направлено на уничтожение болезнетворных микробов и патогенных микроорганизмов. К приему такие препараты, как «Манурал» и «Амоксиклав», являются весьма эффективными антибактериальными средствами и широко применяются во врачебной практике для лечения цистита в первые месяцы беременности.

Профилактика

- контролировать свое самочувствие и при первых отклонениях сразу обращаться к врачу,
- регулярно опорожнять мочевой пузырь,
- избегать переохлаждения,
- пить достаточное количество жидкости (если нет противопоказаний от врача),
- заниматься физкультурой (если нет противопоказаний от врача)

1.2. Роль акушерки в профилактике заболеваний мочевыделительной системы у беременных.

У беременных с заболеванием мочевыделительной системы проводят специальные обследования в женской консультации и стационаре многопрофильной больницы. Важное значение имеет исследование мочи. Для этого акушерка проводит манипуляции по сбору мочи для разных исследований. Также беременность при заболевании почек осложняется гестозами и дизурическими явлениями, при которых женщина нуждается в специальном уходе.

Акушерка может давать рекомендации по диете и фитотерапии. Растительные средства улучшают отток мочи и дезинфицируют мочу: толокнянка, брусничный лист, листья березы, плоды шиповника, кукурузные рыльца, плоды черемухи, ягоды земляники, рябины, семена тыквы, клюквенный морс.

С лечебно-профилактической целью женщина должна принимать коленно-локтевое положение по 5 минут несколько раз в течение дня

Важно соблюдать профилактические мероприятия для предупреждения болезней мочевыводящей системы:

Комплексное обследование в период планирования беременности. Необходимо сдать общий анализ мочи, выполнить УЗИ брюшной полости и посетить врача-уролога;

Консультация уролога и нефролога о возможности беременности в данный момент при наличии хронических заболеваний мочевыводящей системы;

Регулярный контроль общего анализа мочи и общего анализа крови во время беременности;

Прием комплекса витаминов и минералов для беременных;

Обильный прием жидкости (негазированной минеральной воды, клюквенного морса);

Носить нижнее белье только из натуральных тканей;

Регулярная правильная гигиена половых органов;

Не сдерживать позывы к мочеиспусканию;

Своевременное лечение всех инфекционных заболеваний под контролем врача;

Нормализация питания. Строгий отказ от обилия соленой, копченой, жареной пищи

Под строгим контролем врача и медсестры в стационаре и амбулаторно в домашних условиях. При ухудшении состояния немедленно обратиться к врачу. При появлении признаков почечной недостаточности (отеки, повышение артериального давления, тошнота, рвота, головная боль, слабость, сонливость, изменение количества мочи) немедленно обратиться к врачу.

Соблюдать все назначения врача и медсестры. При ухудшении состояния немедленно обратиться к врачу.



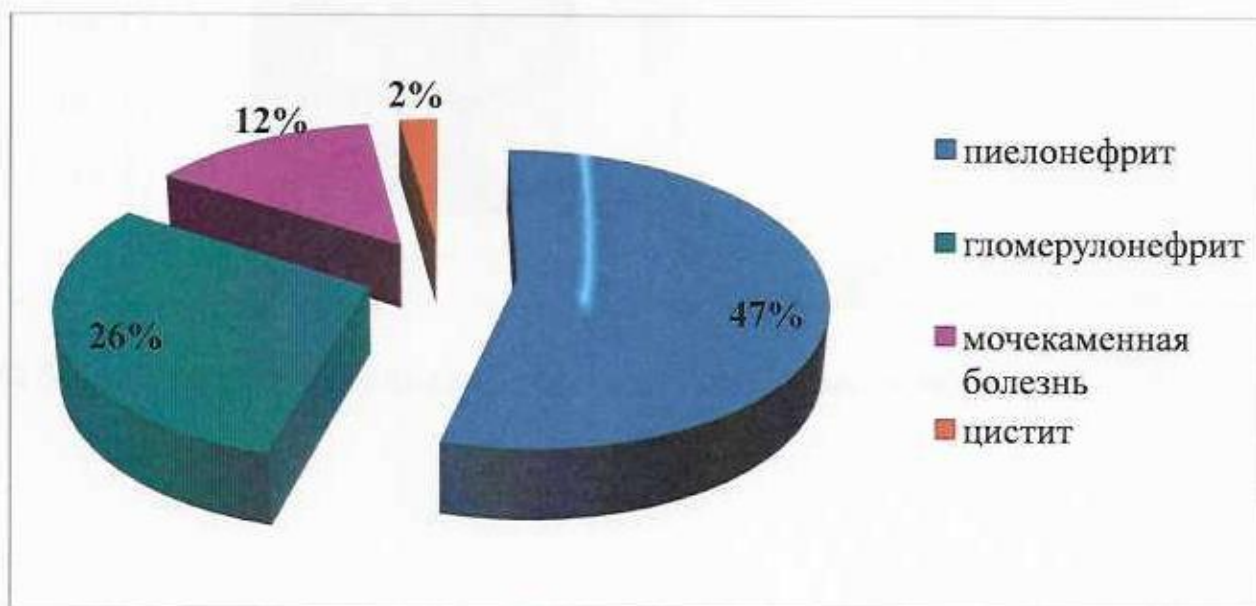
ГЛАВА II АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РС (Я)

2.1 АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РС (Я)

По статистическим данным в РС (Я) частота встречаемости заболеваний почек во время беременности на 2015-2017 годы составляет при пиелонефрите 20%,гломерулонефрите до 0,2%, мочекаменной болезни до 0,8%, при цистите 2%

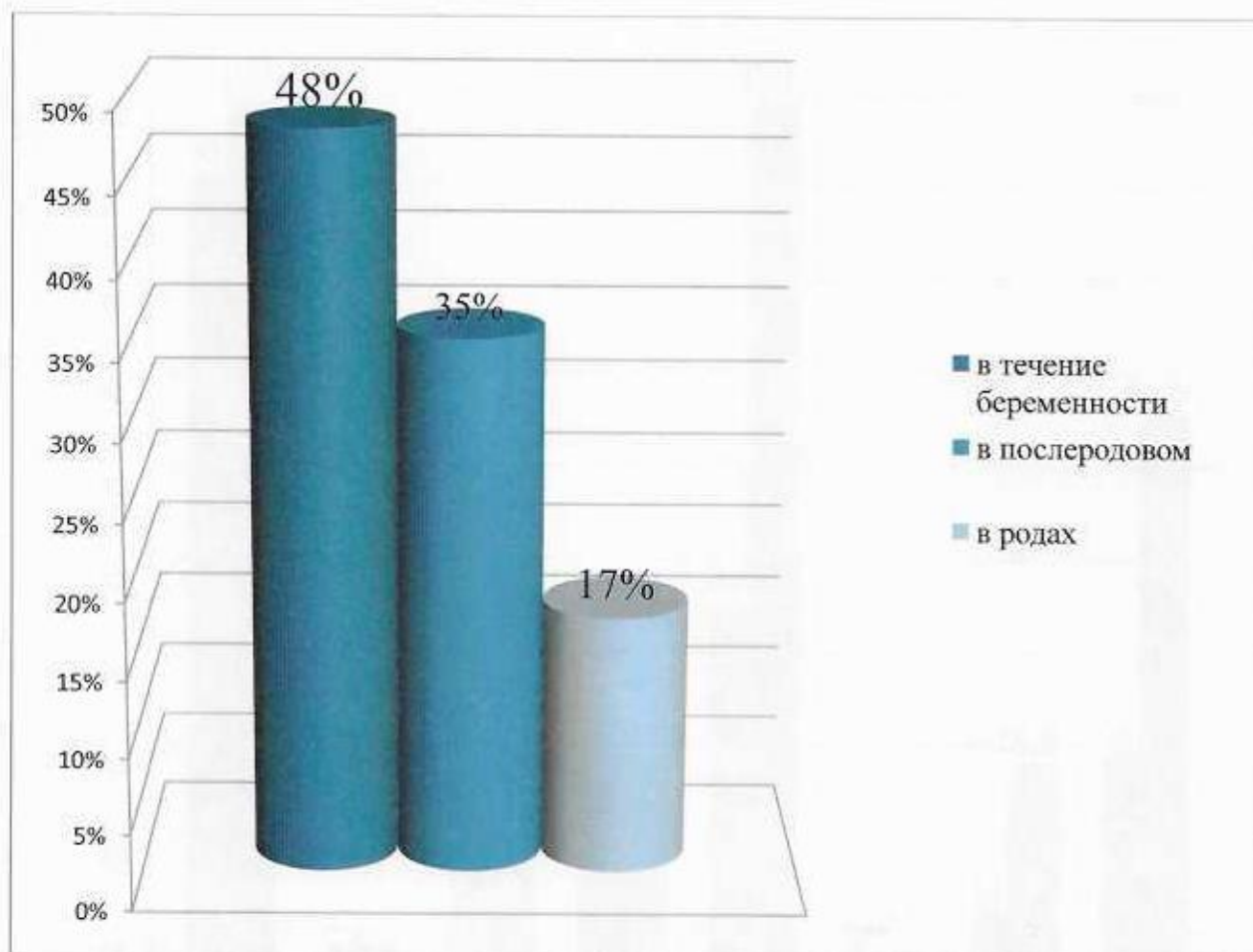
Распределение заболеваний мочевыделительной системы у беременных женщин в

Диаграмма 1



«Частота встречаемости пиелонефрита во время беременности, в родах, в послеродовом периоде в %(2015 – 2017г.)»

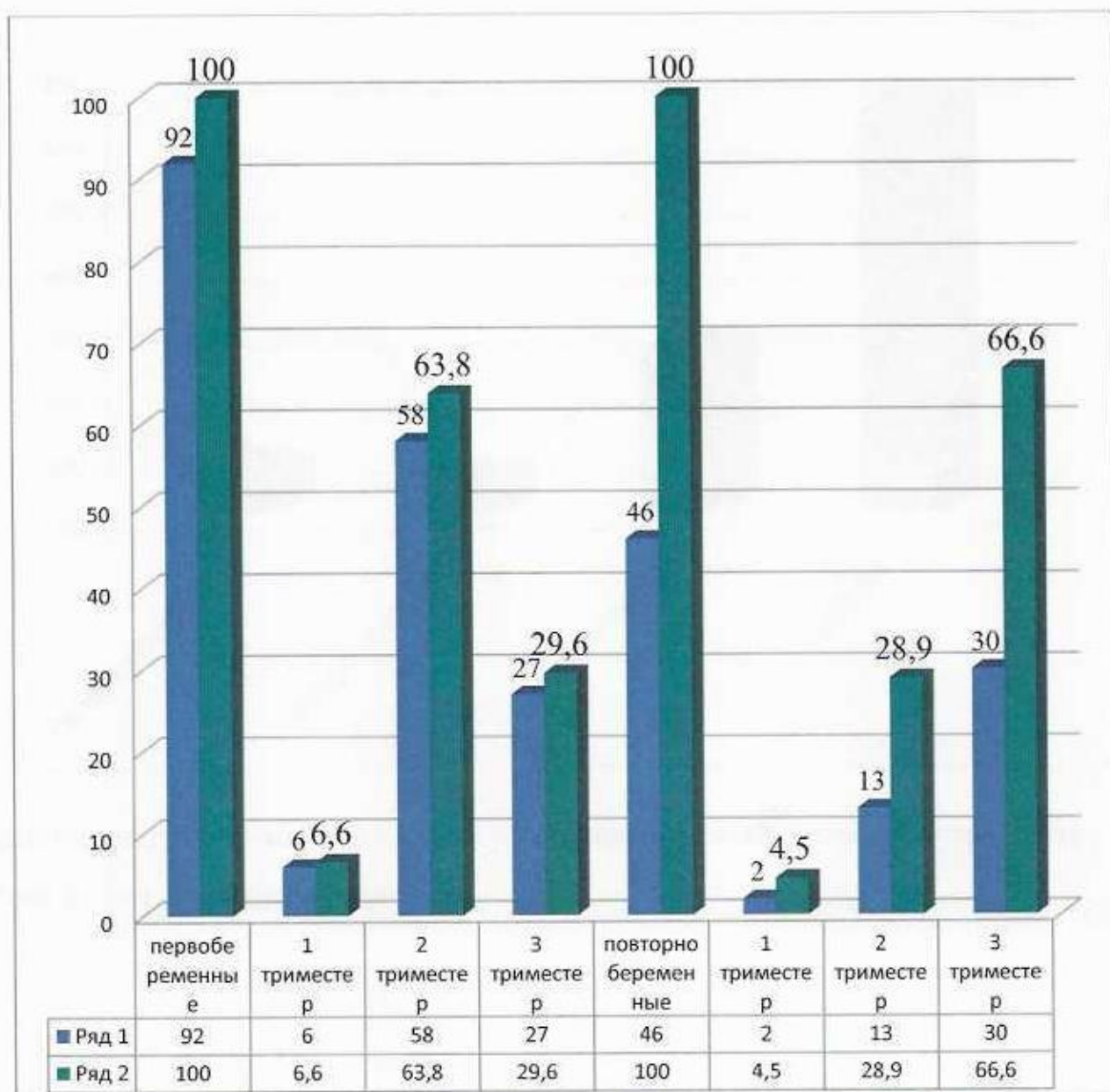
Диаграмма 2



У 48 % беременных женщин выявляется гестационный пиелонефрит.

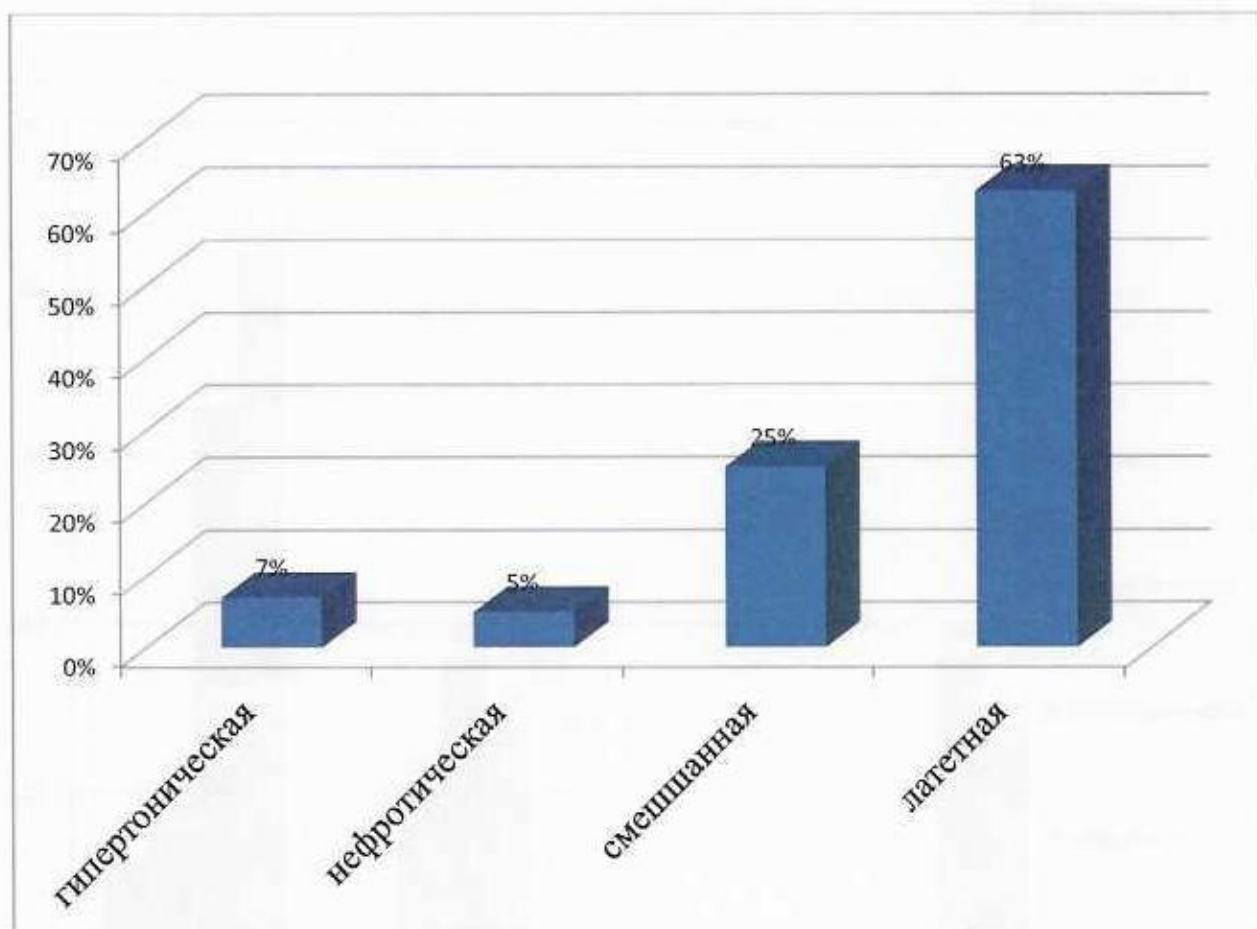
«Частота встречаемости пиелонефрита в зависимости от триместра беременности»

Диаграмма 3



По данной таблице, первородящие, подвержены риску возникновения пиелонефрита больше в первом и во втором триместрах, это связано также с недостаточностью адаптационных механизмов и интенсивным ростом плода. Повторнородящие чаще подвержены возникновению пиелонефрита в третьем триместре, в связи активностью плода и его давлением на почки.

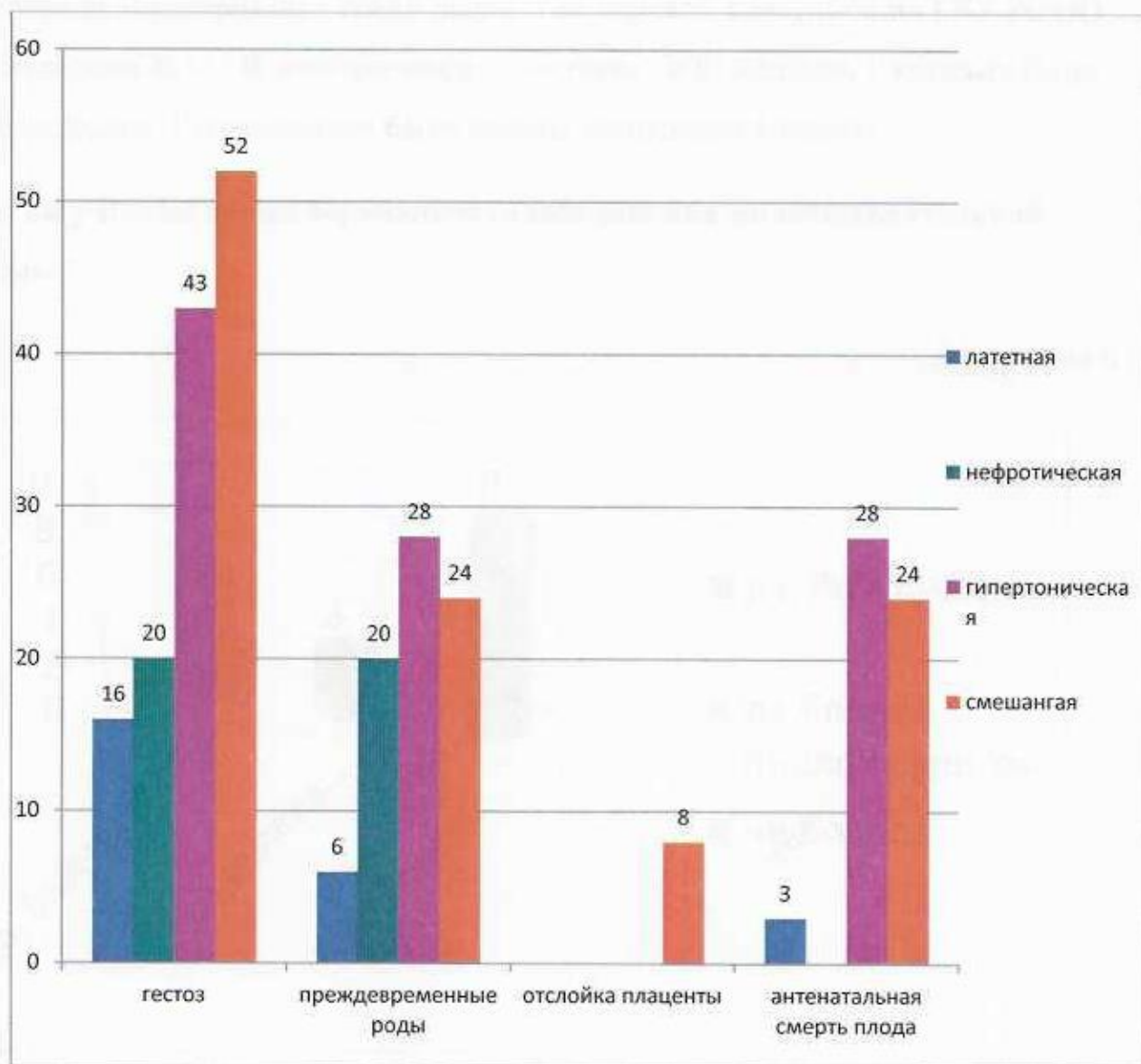
Диаграмма 4



По данной диаграмме мы видим, что у беременных женщин чаще встречается латентная форма гломерулонефрита.

« Осложнение беременности в зависимости от формы хронического гломерулонефрита »

Диаграмма 5



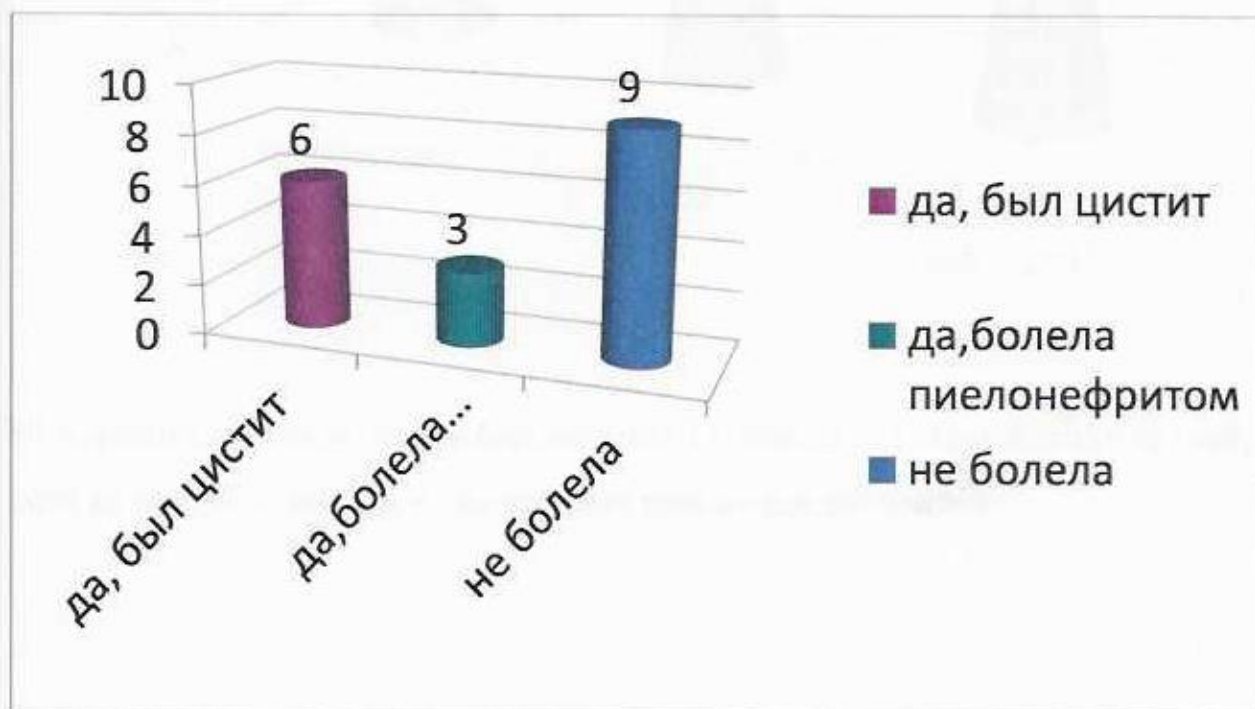
Как видно на данной диаграмме, при гипертонической и смешанной формах гломерулонефрита у беременных женщин наиболее часто встречаются такие осложнения как: гестоз, преждевременные роды, отслойка плаценты.

2.2 Анализ информированности о методах профилактики заболеваний мочевыделительной системы пациенток женской консультации ГБУ РС (Я) «Поликлиника №1» методом анкетирования .

Мы провели анкетирование среди пациенток женской консультации ГБУ РС (Я) «Поликлиника №1» . В анкетировании участвовали 20 женщин, у которых были 1 и более родов. Респондентам были заданы следующие вопросы :

Были ли у Вас во время беременности заболевания мочевыделительной системы ?

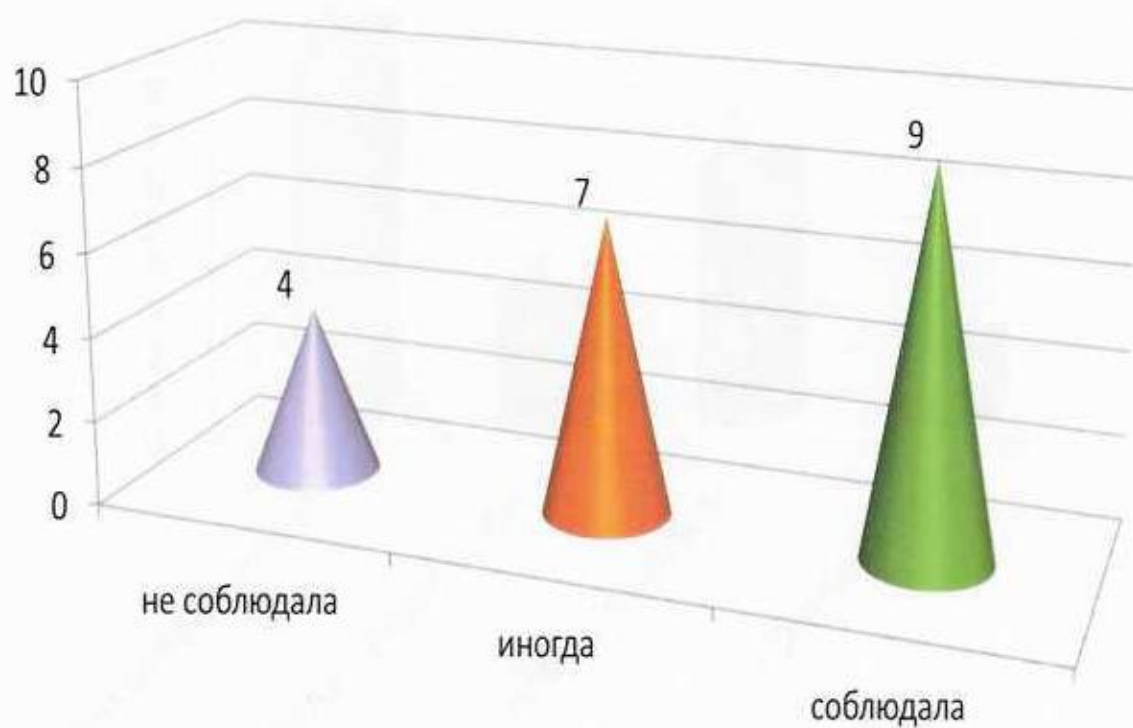
Диаграмма 6



У 45 % опрошенных женщин во время беременности были заболевания мочевыделительной системы, такие как – острый цистит, гестационный пиелонефрит.

Соблюдали ли вы рекомендации врачей по вашему заболеванию?

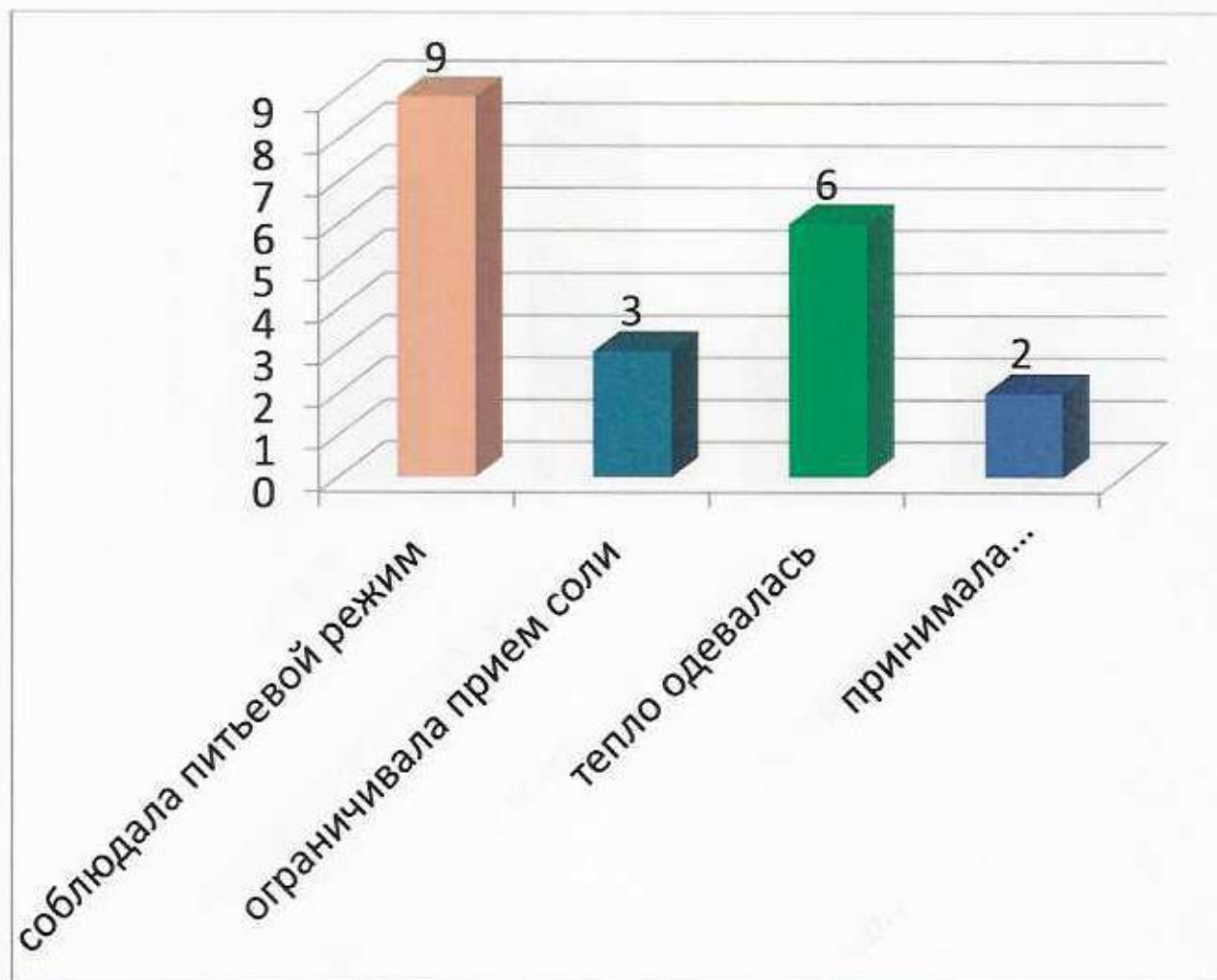
Диаграмма 7



80 % респондентов во время беременности соблюдали рекомендации врачей, хотя из них 35 % иногда не выполняли рекомендации врачей .

А как вы соблюдали рекомендации врачей ?

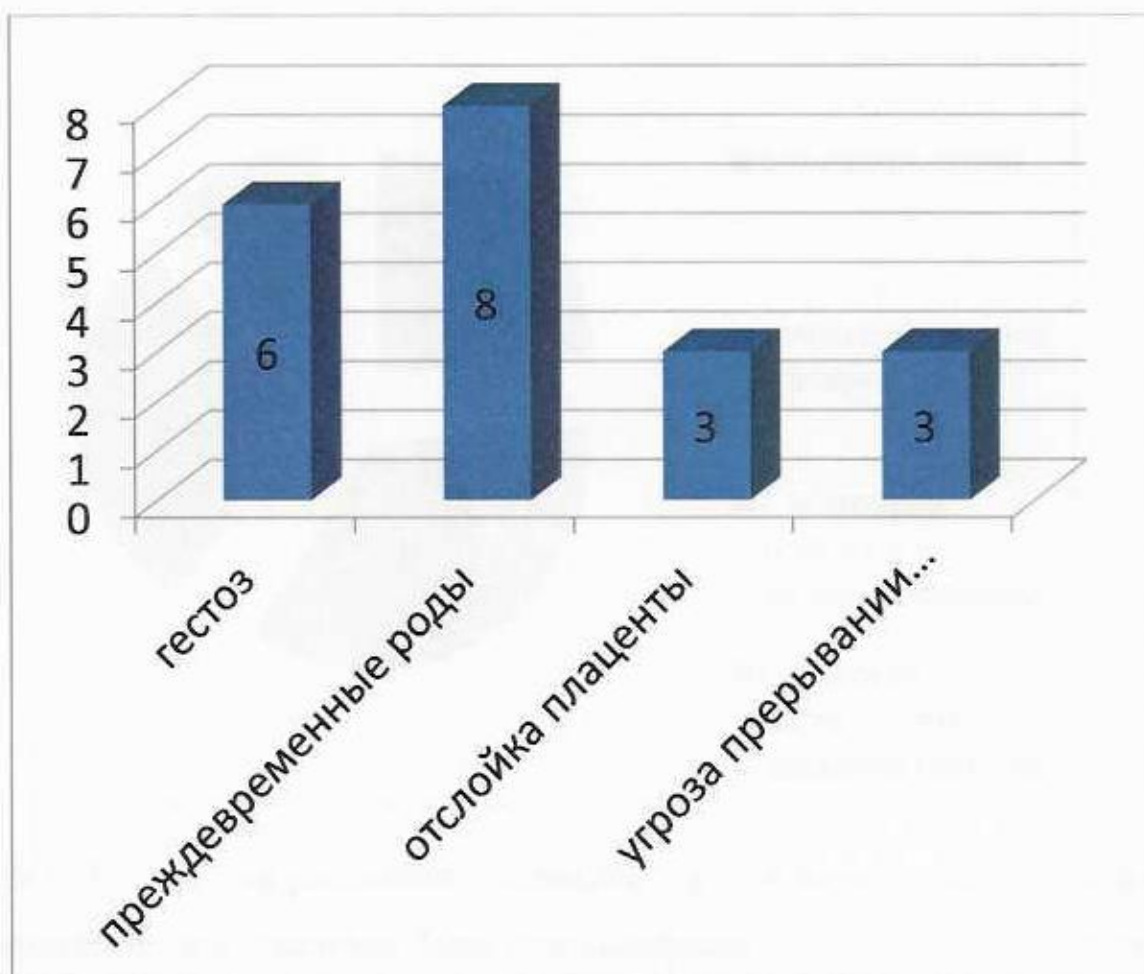
Диаграмма 8



Большинство опрошенных респондентов правильно соблюдали рекомендации врачей .

Как протекала ваша беременность ?

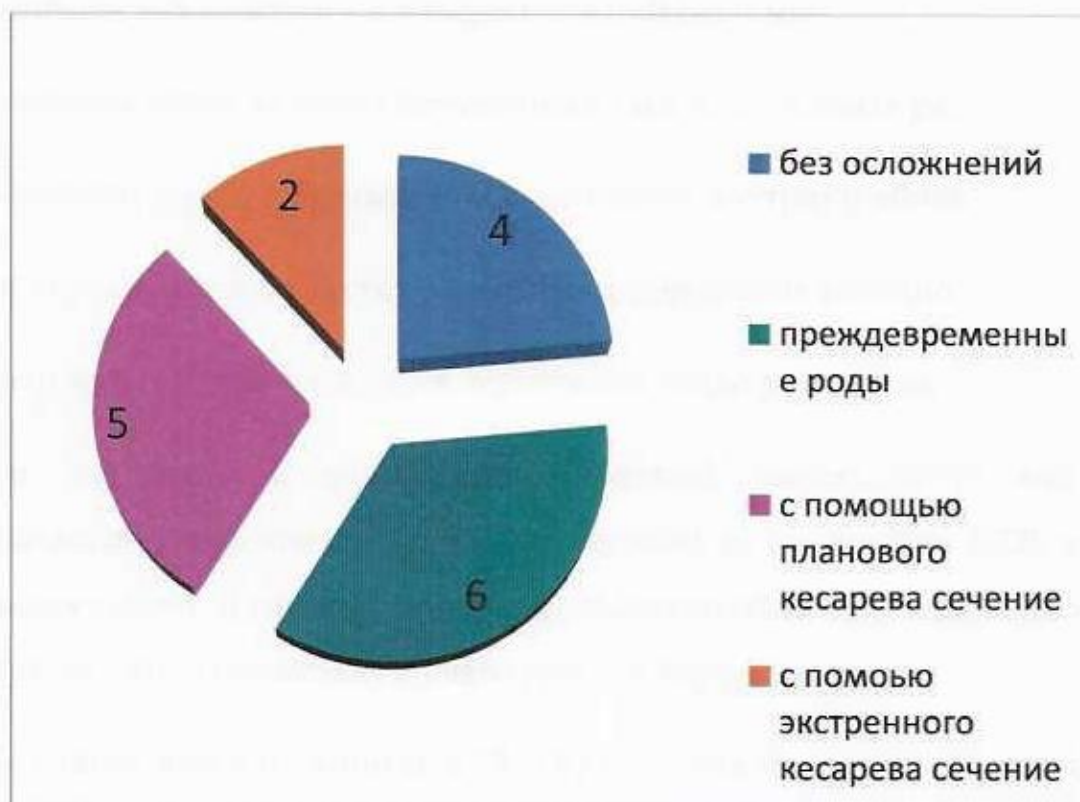
Диаграмма 9



У женщин с заболеваниями органов мочевыделительной системы во время беременности были осложнения как – гестоз, преждевременные роды, отслойки плаценты и угрозой прерывания беременности .

Как прошли ваши роды ?

Диаграмма 10



У 37 % опрошенных женщин, у которых была патология мочевыделительной системы были преждевременные роды . 44 % рожали с помощью кесарева сечения .

ВЫВОД

1. Беременность является провоцирующим фактором обострения имеющихся заболеваний мочевыделительной системы.

Заболевания почек во время беременности могут приносить ряд осложнений: угроза прерывания беременности, внутриутробное инфицирование плода, гестоз беременных, нарушение маточно-плацентарного кровообращения, отставание плода в развитии.

2. роль акушерки в профилактике болезней мочевыделительной системы заключается в том, что она дает рекомендации по пропаганде ЗОЖ, сохранение репродуктивной функции женщины (предохраняться при случайных половых контактах, тепло одеваться) и планирование беременности.

3. По статистическим данным в РС (Я) во время беременности из заболеваний почек преобладает пиелонефрит. На долю гестационного пиелонефрита приходится 47 %.

По результатам анкетирования мы выявили, у 45 % опрошенных женщин во время беременности наблюдались заболевания мочевыделительной системы. Среди заболеваний мочевыделительной системы преобладают такие как-острый . Из опрошенных женщин 80 % соблюдали рекомендации врачей по своему заболеванию: соблюдали питьевой режим, ограничивали соль, тепло одевались и принимали лекарственные средства.

РЕКОМЕНДАЦИЯ

Хотели бы порекомендовать женщинам и беременным с заболеваниями мочевыделительной системы—здоровый рацион питания, полезные привычки и соблюдение гигиены помогут сохранить здоровье мочевыделительной системы.

- Обезвоживание организма приводит к концентрированию мочи и увеличению риска инфицирования. Поэтому старайтесь употреблять больше жидкости ежедневно, чтобы вместе с мочой ускорить выведение бактерий из мочевого пузыря.
- Пейте чистый не подслащенный клюквенный сок, в большом количестве содержащий проантоцианидины. Это антиоксиданты, которые оказывают противовоспалительное действие, укрепляют иммунитет, препятствуют разрушению здоровых клеток организма и предотвращают присоединение патогенных бактерий к стенкам мочевого пузыря.
- Ешьте чернику, в составе которой есть такие же полезные антиоксиданты, что и в клюкве.
- Посещайте туалет каждый раз, когда испытываете позыв к мочеиспусканию.
- Бросайте курить, ведь курение является одной из главных причин развития рака.
- Поддерживайте крепкий иммунитет, высыпайтесь и постарайтесь снизить количество стрессов в своей жизни
- Соблюдайте личную гигиену

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Гинекология -М.: Издательство СпецЛит, 2005.- 527 стр.
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А. П. Акушерство. - М.: Медицина, 2010. - 496 с.
3. Дуда И.В., Дуда В. И. Клиническое акушерство. - Мн.: Высшая школа, 2012,- 604 с.
4. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. Руководство для врачей. - М.: Медицина,2012. - 512 с.
5. Сиротко, В.Л. Все о внутренних болезнях: учеб. - метод. пособие для аспирантов / В.Л. Сиротко. - М.: АРКТИ, 2013. - 156с.
6. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: практикум.-Феникс,2014.-187с.
- 7.http://go.mail.ru/redirect?via_page=1&type=sr&redirect=eJzLKckpKLbS10_MyUlKLS7RKyrVz9c1TjZIMjM1MzZNNepMMbNINEkxMU60sDQ1MjQ2NEsxNtPLKMnNYWAwNDUCChoYG1kwyPupXuKvKn2x0tit_fg2PxoAjJlbWQ