**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В НАБЛЮДЕНИИ БЕРЕМЕННОЙ С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ РЕЗУС-ФАКТОРОМ**

**А.Т. Чернилевская**

**Помощник ректора по среднему профессиональному образованию, преподаватель**

**Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт»**

**Россия, г. Санкт-Петербург**

**Аннотация:** в статье рассматриваются теоретические аспекты развития резус-конфликта матери и плода, гемолитической болезни плода и роль медицинской сестры в наблюдении беременной с отрицательным резус-фактором. Целью наблюдения беременных при резус-иммунизации является обследование для выявления сенсибилизации, проведение профилактики резус-иммунизации, ранняя диагностика гемолитической болезни плода и её коррекция, а также определение наиболее оптимальных сроков для родоразрешения. Резус-конфликт во время вынашивания плода – хорошо изученный врачами вопрос. Учёные разработали эффективные способы диагностики и терапии патологии, а также подобрали действенные методы профилактики. Однако, профессиональное наблюдение медицинской сестрой беременной с отрицательным резус-фактором является неотъемлемой частью успешного течения беременности и психологического комфорта женщины.

**Ключевые слова:** резус-конфликт, гемолитическая болезнь, резус-фактор, беременность, изоиммунизация, антитела, плод, новорожденный, диагностика, иммуноглобулины.

В ряде случаев иммунобиологическая несовместимость между матерью и плодом является причиной тяжелых нарушений эмбриогенеза и постнатального развития. Известно, что гемолитическая болезнь, возникающая вследствие сенсибилизации матери антигенами плода по системе RH(-) определяет высокий уровень заболеваемости и занимает ведущее место среди причин гибели плода и новорожденного.

Риск развития изоиммунизации у плодов с резус-положительной кровью от матерей с резус-отрицательной кровью составляет 16%. Необходимо отметить, что 1,5-2% случаев изоиммунизация проявляется в процессе беременности, 7% – в течение первых 6 месяцев после родов, и остальные 7% – в течение первого триместра последующей беременности [1].

Резус-фактор крови человека определяется наличием в резус-системе D-агглютиногена. Этот особый вид липопротеида располагается в верхней части эритроцитов. Данный элемент присутствует в крови у 85% жителей планеты, но 15% не имеют такого липопротеида, поэтому и являются резус-отрицательной группой. Специалисты разработали систему классификации резус-фактора в зависимости от группы крови и её резуса, положительный резус-фактор обозначается Rh(+), а отрицательный обозначается Rh(-).

Резус-конфликт при беременности возникает исключительно у женщин с отрицательным резус-фактором. Плод может унаследовать положительный резус отцовской крови, отсюда и вытекают все последующие проблемы. Организм женщины воспринимает плод как вирус и направляет все свои силы на борьбу с ним [8].

Процесс слипания резус-положительных и резус-отрицательных эритроцитов называется агглютинация. Именно с этим явлением и борются соединенные с Rh-белком антитела — иммуноглобулины. Данные антитела имеют всего два типа: IgM и IgG.

Контакт материнских антител с эритроцитами плода наблюдается в полости между плацентой и маточной стенкой. Изначально при гематологическом столкновении происходит выработка антител типа IgM, которые имеют достаточно крупные размеры, не позволяющие им проникать к плоду через плаценту. Поэтому резус-конфликт при первой беременности является достаточно редким явлением. А вот при повторном попадании положительных молекул плода в кровь женщины, начинается активная выработка антител второго типа — IgG. Их размеры намного меньше, следовательно, они могут без проблем просачиваться сквозь плаценту и разрушать эритроциты плода. Наличие подобных процессов в организме вызывает развитие гемолитической болезни новорожденного [6].

Поэтому резус конфликт при второй беременности несет серьезную угрозу для жизни плода и новорожденного. Резус-конфликтная беременность должна протекать под присмотром специалистов.

Резус-конфликт матери и плода не имеет четко выраженной симптоматики. Но существуют различные способы диагностики факторов риска возможного развития гемолитической болезни плода и новорожденного.

*Неинвазивные:*

1. Ультразвуковое исследование на наличие патологий у плода, изучаются размеры его органов, диаметр пуповинной вены, толщина плаценты.
2. Допплерометрия – метод, оценивающий функциональность сердечной мышцы плода, показатели кровоснабжения крупных сосудов и пуповины;
3. Кардиотокография – направлена на обследование сердечно-сосудистой системы, что также помогает вовремя определить недостаток кислорода у плода.

*Инвазивные:*

1) Амниоцентез: вмешательство в плодный пузырь с целью получения материала околоплодных вод с дальнейшим его исследование в лаборатории. Чтобы оценить общее состояние плода, изучается наличие присутствующего билирубина. Метод является очень точным, но, к огорчению, несет большую опасность: в плодный пузырь может попасть инфекция, вмешательство может привести к преждевременным родам, кровотечению. Амниоцентез назначают женщинам, у которых предыдущие роды сопровождались гемолитической болезнью плода.

2) Кордоцентез: забор крови, предусматривающий прокол пуповины. Данный способ применяют в тех случаях, когда необходимо сделать переливание крови плоду и максимально точно выяснить степень тяжести гемолиза. Осложнения после выполнения процедуры такие же, как и при амниоцентезе, однако на пуповине может развиться гематома, а в месте пункции пуповины может возникнуть кровотечение [3].

Осложнения после использования инвазивных методов диагностирования резус-конфликта матери и плода могут быть очень серьезными, поэтому необходимо сделать все возможное, чтобы избежать внутриутробного вмешательства.

Резус-иммунизация и другие формы изоиммунизации отмечаются в 5,15% случаев беременности женщин (с учётом законченности беременности) [2].

Роль медицинской сестры в наблюдении беременной с отрицательным резус-фактором в женской консультации:

1. Лечебная помощь беременным с отрицательным резус-фактором, выполнение назначений врача в женской консультации и на дому;
2. Подготовка амбулаторного приема, проводимого врачом (подготовка инструментов, медицинской документации);
3. Подготовка женщин к предстоящему осмотру врачом;
4. Помощь врачу при проведении лечебных манипуляций и оперативных манипуляций в амбулаторных условиях;
5. Патронаж на дому беременных и родильниц с отрицательным резус-фактором;
6. Амбулаторный прием беременных с отрицательным резус-фактором (совместно с врачом или в соответствующих случаях самостоятельно);
7. Оформление направлений на исследования (БАК, ОАК, резус-фактор, включая и группу крови, ВИЧ, гепатит, сифилис, ОАМ, ультразвуковая диагностика, коагулограмма и другие).
8. Проведение санитарно-просветительной работы с женщинами с резус-конфликтом, направленной на формирование у них адекватного гигиенического поведения и навыков, необходимых для благоприятного течения и исхода беременности и родов, послеродового периода, создания оптимальных условий вскармливания и ухода за новорожденным; специальные гигиенические рекомендации по вопросам режима жизни, диеты, двигательного режима, необходимости выполнения всех врачебных назначений в целях охраны своего здоровья и здоровья будущего ребёнка.
9. Психологическая поддержка беременных. Важно отметить, что именно на психологическую поддержку беременных отводится большое значение. Медицинская сестра может помочь женщине вести борьбу со страхами, а именно:
10. Тревогой за ребенка;
11. Трудностью осознания и адекватной оценки ситуации;
12. Неуверенностью в благополучном исходе;
13. Чувством вины перед ребенком;
14. Преждевременными переживаниями, вплоть до горевания;
15. Высоким риском развития ситуационного кризиса в семье.

Проблема резус-конфликта между матерью и плодом изучается еще с 60-70 годов прошлого века, разработаны различные методы диагностики и терапии, но единой точки зрения учёных нет до сих пор, поэтому она остается актуальной.

Важную роль в предупреждении резус-конфликта играет планирование беременности с обследованием женщины на группу крови, Rh-фактор, на наличие антирезусных антител в крови. Риск развития резус-конфликта и наличие антител к резусу в крови женщины не является противопоказанием к беременности и поводом для ее прерывания, но вовремя проведенные профилактические мероприятия снижают риск возникновения патологии как у женщины, так и у плода.

**Список литературы**

1. Коноплянников А.Г., Черепнина Н.Ю. Новые технологии лечения и профилактики гемолитической болезни плода. // Материалы I Всероссийского научного форума «Мать и дитя». - Москва, 1999.
2. Саакян E.H., Коноплянпиков А.Г., Евтеев В.Б., Горюшина H.Б. Ведение беременности при иммунологическом конфликте. // Материалы Всероссийского научного форума "Мать и дитя". - М., 2000.
3. Саакян E.H., Коноплянпиков А.Г., Евтеев В.Б., Сичинава Л.Г. Состояние плода у беременных с резус-сенсибилизацией при проведении диагностического кордоцентеза и внутриутробного переливания крови. // Проблем беременности. - 2002. - №5.
4. Сидельникова В. М. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного / Сидельникова В. М., Антонов А. Г. – Москва: Триада-Х, 2004.
5. Сидорова И.С., Макаров И.О., Леваков С.А. Резус - конфликтная беременность // И.С. Сидорова, И.О. Макаров, С.А. Леваков. - Изд-во: «Медицинское информационное агентство», 2006.
6. Стрюк Р.И. Гемолитическая болезнь новорожденных // Р.И. Стрюк. Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2007.
7. Черепнина Н.Ю., Коноплянников А.Г. Диагностика и лечение ГБН: новый взгляд. // Вестн. РГМУ. - 1999. - №2.
8. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Патологии при беременности: Руководство для врачей. 2-е изд. // Е.А. Чернуха, Т.К. Пучко, 2007.