

# БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

Подготовила студентка 5 курса  
Группы л1-с-о-163(1)  
Удальцова Дана Сергеевна

# БОЛЕЗНИ ПОЧЕК. ПИЕЛОНЕФРИТ. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

- ❖ Среди заболеваний почек ведущее место принадлежит инфекции мочевыводящих путей (ИМВП), являющейся основной урологической проблемой. Возникая с высокой частотой у беременных - до 10%, инфекции мочевыделительного тракта способны оказывать неблагоприятные последствия как на течение беременности, так и на здоровье будущего малыша. Среди инфекции мочевыводящих путей особое место занимает пиелонефрит – инфекционно-воспалительное заболевание почек.
- ❖ Почечная недостаточность у матери может вызвать:
  - Задержку внутриутробного развития
  - Мертворождение

# ПИЕЛОНЕФРИТ

- Причинами возникновения пиелонефрита у беременных является инфицирование мочевых путей на фоне гормональных и анатомических изменений, свойственных беременности. Основными возбудителями пиелонефрита являются микроорганизмы кишечной группы, в первую очередь - кишечная палочка. Проникая по мочевым путям, патогенные микроорганизмы способны вызвать нарушение кровообращения в почке, что способствует нарушению оттока мочи.



❖ **Клиническими проявлениями** пиелонефрита нередко являются боли в поясничной области, при мочеиспускании, повышение температуры тела, слабость, недомогание. В анализе мочи выявляется повышенное количество лейкоцитов. Зачастую симптомы заболевания могут быть стертыми, проявляются не сразу, обнаруживаются только по результатам анализов.

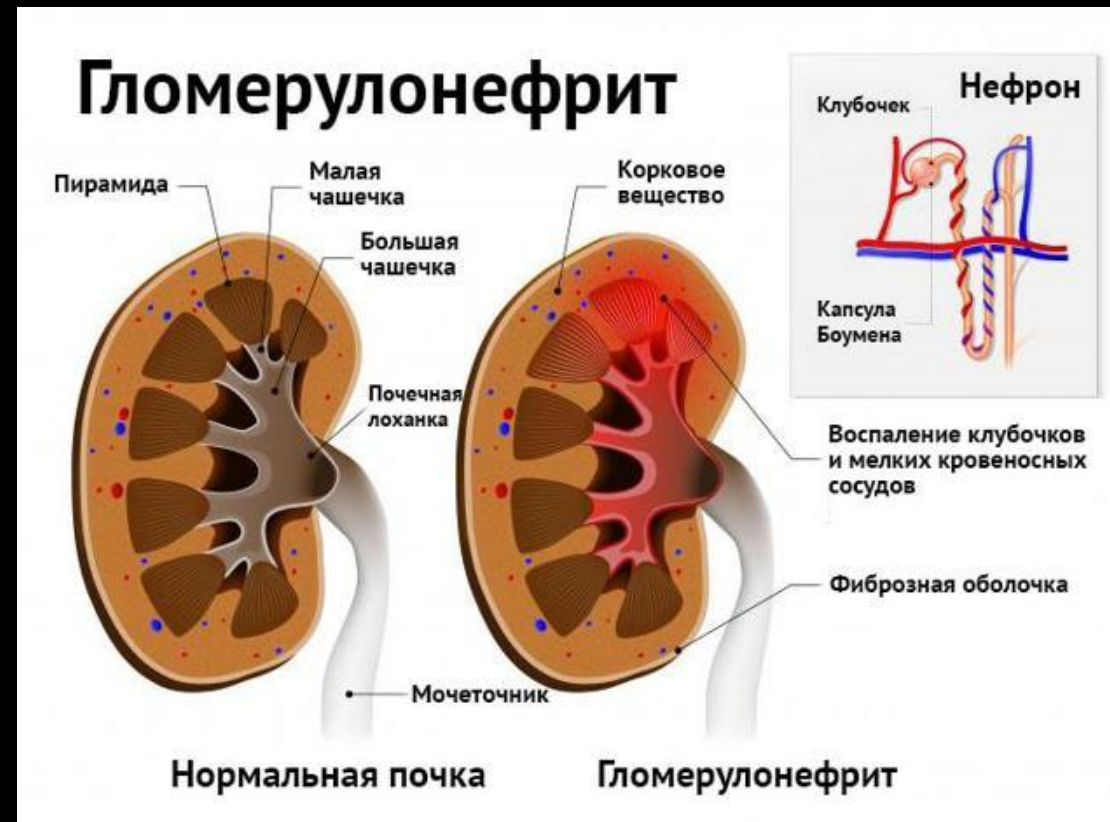
- Клиническим проявлениям пиелонефрита часто предшествуют бессимптомные формы инфекции (бессимптомная бактериурия), также опасные в отношении возникновения осложнений. Не имея характерных клинических проявлений, бессимптомная бактериурия диагностируется на основании роста микроорганизмов в посевах мочи.
- Осложнения ИМВП могут возникнуть как во время беременности, так и после родов. В их числе упорная анемия, трудно поддающаяся стандартной терапии, плацентарная недостаточность, преждевременные роды, преждевременный разрыв околоплодных оболочек, инфицирование плода, гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде.

## ❖ Лечение

- Антибиотики, такие как цефалексин, нитрофурантоин или триметоприм/сульфаметоксазол
- Контрольный посев и иногда супрессивная терапия
- Лечение симптомной инфекции мочевых путей не меняется из-за беременности, кроме исключения лекарств, которые могут нанести вред плоду

# ГЛОМЕЛУРОНЕФРИТ

- Редким, но весьма опасным заболеванием почек является гломерулонефрит – иммуновоспалительное заболевание почек, характеризующееся поражением гломерул, или почечных клубочков.



❖ **Клинические проявления заболевания** зависят от его тяжести и формы. Иногда это лишь проявления мочевого синдрома – обнаружение в моче большего количества белка, эритроцитов, других патологических элементов (цилиндров). В тяжелых случаях симптомы заболевания включают проявление почечной недостаточности, повышение артериального давления, что неблагоприятным образом отражается на состоянии пациентки и плода.

- Различные гестационные осложнения возникают у большинства беременных с гломерулонефритом. У них гораздо чаще развивается преэклампсия, плацентарная недостаточность, анемия, почечная недостаточность. Нарушение функции почек является прогностическим фактором потери плода и преждевременных родов. Диагностика гломерулонефрита осуществляется на основании оценки анализов мочи, наличия артериальной гипертензии, проявлений почечной недостаточности.

## ❖ Показания к досрочному родоразрешению

- некорригируемое гестационное обострения
- быстрое прогрессирование нефрита со снижением почечной функции
- нарастание тяжести АГ (развивается в 10—20% случаев)
- В I триместре в таких случаях оправдано прерывание беременности с последующим проведением активной патогенетической терапии,
- Во II—III триместрах принять правильное решение достаточно сложно, оправдана попытка сохранения беременности и проведение симптоматического, а в ряде случаев и иммуносупрессивного лечения
- После 34-й недели беременности рекомендуется досрочное родоразрешение



❖ **Беременность не противопоказана пациенткам с почечным трансплантатом, удовлетворяющим следующим критериям:**

- стабильная функция трансплантата в течение от 1 до 2 лет,
- отсутствие протеинурии или минимальная протеинурия
- отсутствие АГ или управляемая АГ
- отсутствие нарушений уродинамики трансплантата
- $Kp < 130$  мкмоль/л

# БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- СД - это болезнь века, в доинсулиновую эпоху беременность не вынашивали (высокая перинатальная и материнская смертность). Сейчас такие женщины могут родить, материнская смертность при этом невысока, но перинатальная смертность очень высокая (15-20%, чаще анте- и постнатальная).



- Течение СД во время беременности волнообразное.

В 1 триместре (до 12 нед) может быть небольшое улучшение и даже гипогликемическое состояние, которое может быть первым признаком беременности. Во 2 триместре (20 - 32 нед) - ухудшение состояния, прогрессирование тяжести, может быть декомпенсация: появляется слабость, жажда, сухость во рту, кожный зуд, гипергликемия, глюкозурия, может развиваться кетоацидоз.

- Механизм прогрессирования тяжести СД:
- В передней доле гипофиза и плаценте повышается выработка АКТГ → стимуляция выработки надпочечниками кортизола, который способствует превращению гликогена печени в глюкозу → гипергликемия, т.е. диабетогенный фактор.
- В передней доле гипофиза повышается выработка СТГ, а в плаценте - плацентарного лактогена (гормон роста для плода) - это контринсулярные гормоны, они способствуют выработке В-клетками поджелудочной железы антагониста инсулина глюкагона, что ведёт к повышению уровня сахара.
- После 32 нед уровень гликемии уменьшается, есть опасность гипогликемии, необходимо пересмотреть дозу инсулина. Это связано с началом работы поджелудочной железы плода и, хотя инсулин плода не проходит к матери, плод начинает потреблять повышенное количество глюкозы → снижение уровня сахара у матери.

## ◆ Клинические проявления

- в 1 триместре может быть рвота (наклонность к ацидозу);
- во 2 триместре: специфическим осложнением СД является многоводие (гидрамнион) - 37% среди больных СД; поздние гестозы (до 80%) быстропрогрессирующего характера, ангиопатия, ангиоретинопатия; недонашивание беременности; гестационные пиелонефриты (особенно на фоне диабетической нефропатии);
- в 3 триместре усугубляется тяжесть этих осложнений, может прогрессировать  
➔ гипоксия плода ➔ гибель плода.

## ❖ **Ведение беременных с СД :**

- В ранние сроки направляют в эндокринологическое отделение для решения вопроса о возможности вынашивания беременности и коррекции дозы инсулина.
- В 20-24 нед - подбор дозы инсулина (увеличение дозы); прогрессирование ретинопатии - показание для прерывания беременности в любом сроке.
- В 32-33 нед - женщина переводится на инсулин короткого действия, её надо госпитализировать в стационар многопрофильной больницы; главное условие для вынашивания беременности - колебания сахара не более 5,5 - 8,8 ммоль/л, отсутствие кетонурии, глюкозурии.
- Сроки родоразрешения: при полной компенсации СД и неосложнённой беременности возможны срочные роды, в других случаях - роды досрочные: в 36-38 нед, так как после этого срока наступает физиологическое старение плаценты.

## ❖ **Показания к кесареву сечению при СД:**

- Прогрессирование диабетической ангиопатии.
- Лабильный диабет со склонностью к кетоацидозу.
- Прогрессирование гипоксии плода при сроке более 36 нед.
- Тазовое предлежание плода.
- Гигантский плод.
- Неэффективность родоусиления или родовозбуждения.

# ТИРЕОТОКСИКОЗ

- Жалобы на бессонницу, повышенную утомляемость, нервозность, раздражительность, плаксивость, может быть сердцебиение, чувство жара.
- Объективно: быстрая речь, суетливость, симптом влажных ладоней, дрожание рук, экзофтальм, увеличение щитовидной железы.
- При лёгкой форме беременность не противопоказана. До 20 нед может быть тахикардия. Во 2 половине беременности наступает улучшение и у 1/3 женщин развивается эутиреоидное состояние. Это связано с повышением гормоносвязывающих свойств крови (↑концентрации белка, связывающего тироксин). В первую половину беременности назначают трийодтиронин и другие йодистые препараты.

- Средняя и тяжёлая степень тиреотоксикоза - противопоказания к вынашиванию беременности. С 28 нед развивается сердечная недостаточность (выраженная тахикардия, аритмия, тахипное). Лечение тиреотоксикоза : мерказолил, но он противопоказан при беременности (тератогенен, эмбриотоксичен). При средней и тяжёлой степени может быть выполнено оперативное лечение тиреотоксикоза на границе 1 и 2 триместра беременности (по назначению эндокринолога).
- *Течение беременности на фоне тиреотоксикоза: 46% - ранние выкидыши, так как повышается концентрация тироксина → нарушение имплантации и развития эмбриона. Чаще наблюдаются ранние гестозы.*



# ГИПОТИРЕОЗ

- Симптомы гипотиреоза: бледность, вялость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, замедленная речь, медлительность движений, запоры, ломкость ногтей, выпадение волос, хриплый голос, брадикардия, снижение уровня тиреоидных гормонов.
- Отрицательно влияет на репродуктивную функцию женщины: идёт задержка созревания премордиальных фолликулов, процесса овуляции и развития жёлтого тела. Поэтому у таких женщин может быть бесплодие, привычные выкидыши, рождение неполноценных детей (с различными пороками развития).
- В результате заместительной терапии тиреоидными гормонами (до беременности) женщины могут забеременеть.

## ❖ **Осложнения беременности:**

- невынашивание беременности;
- быстропрогрессирующие гестозы (вплоть до эклампсии);
- врождённые пороки плода и новорождённого .

## ❖ **Течение и ведение беременности:** при гипотиреозе беременность не противопоказана.

- В 1 половину беременности нужно применять тиреоидные гормоны (под контролем их концентрации в крови).
- Во 2 половину беременности начинает функционировать щитовидная железа плода, вследствие чего могут появляться признаки гиперфункции щитовидной железы. При этом не стоит прекращать приём тиреоидных гормонов. Но доза их должна быть уменьшена. Ведение беременной осуществляется совместно с эндокринологом, необходима медико-генетическая консультация на вероятность рождения неполноценного ребёнка. Всех новорождённых обследуют на гипотиреоз (кровь из пятки на 5 день