

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК.



-
- Среди экстрагенитальной патологии у беременных заболевания почек и мочевыводящих путей занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и представляют опасность, как для матери, так и плода. Рано развиваются и тяжело протекают гестозы, часты самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, внутриутробное инфицирование плода, его гипотрофия и хроническая гипоксия, рождение незрелых недоношенных детей, мертворождения. В свою очередь беременность может способствовать возникновению почечной патологии, либо обострению, латентно протекающих до беременности, хронических заболеваний почек.

-
- Наиболее часто встречается пиелонефрит (10-15 %), значительно реже гломерулонефрит (0,1-0,2%) и мочекаменная болезнь(0,1-0,2%)

□ ПИЕЛОНЕФРИТ

- *Пиелонефрит* - это наиболее частое заболевание при беременности (от 6 до 12%), при котором страдает ~~концентрационная способность почек~~. Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода. Наиболее частое осложнение - поздний гестоз, невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода. Грозными осложнениями являются острая почечная недостаточность, септицемия, септикопиемия, бактериальный шок. Беременных с пиелонефритом относят к группе высокого риска. Чаще всего пиелонефрит обнаруживают в сроке беременности - 12-15 недель, 24-29 недель, 32-34 недель, 39-40 недель, в послеродовом периоде на 2-5 и 10-12 сутки. Пиелонефрит у беременных может возникнуть впервые, или проявиться (обостриться), если женщина болела им до беременности. Беременные, больные пиелонефритом, должны быть госпитализированы при каждом обострении заболевания, при появлении признаков позднего гестоза, ухудшении состояния плода (гипоксия, гипотрофия.)
- *Возбудителями* пиелонефрита являются грамотрицательные микроорганизмы кишечной группы, синегнойная палочка, протей, грибы типа кандиды, стафилококки. Инфекция распространяется гематогенным путем из очага воспаления - глоточных миндалин, зубов, гениталий, желчного пузыря. Возможен и восходящий путь из уретры и мочевого пузыря.

КЛИНИКА

Различают острый, хронический и латентно протекающий и гестационный пиелонефрит.

Острый пиелонефрит у беременных и родильниц проявляется следующими признаками: внезапное начало заболевания, температура (39-40°C), боли в поясничной области, общее недомогание, головная боль, потрясающие ознобы, сменяющиеся профузным потом, адинамия, боли во всем теле, интоксикация. Усиление болей в пояснице объясняют переходом воспалительного процесса на капсулу почки и околопочечную клетчатку. Боли - по ходу мочеточника, расстройство мочеиспускания, вынужденное положение на боку с приведенными нижними конечностями. Симптом Пастернацкого положительный. Отеки - не характерны, диурез - достаточный, АД - нормальное. В осадке мочи - лейкоциты, эритроциты, различные цилиндры и клетки эпителия. Появление цилиндров свидетельствует о поражении паренхимы почек. Исследование мочи по Нечипоренко - в норме соотношение лейкоцитов и эритроцитов 2:1 (в 1 мл мочи 4000 лейкоцитов и 2000 эритроцитов (указана норма для беременных)). При пиелонефрите количество лейкоцитов в моче может быть нормальным, а в анализах по Нечипоренко наблюдают лейкоцитурию. Бактериурия - важный симптом при пиелонефрите. В моче по Зимницкому - уменьшение относительной плотности и нарушение соотношения дневного и ночного диуреза в сторону последнего, что говорит о снижении концентрационной способности почек. Гемограмма беременных, страдающих пиелонефритом, - лейкоцитоз, увеличение палочкоядерных форм, уменьшение гемоглобина. Биохимия крови - изменение общего количества белка и белковых фракций за счет уменьшения альбуминов.

- ▣ **Хронический пиелонефрит** - вне обострения бывают тупые боли в пояснице, в моче небольшое количество белка, слегка увеличенное количество лейкоцитов. Во время беременности может обостряться, иногда дважды, трижды, при каждом обострении женщина должна быть госпитализирована.
- ▣ Важно знать 3 степени риска беременности и родов у больных с пиелонефритом:
- ▣ к 1 степени относят больных с неосложненным пиелонефритом, возникшим во время беременности;
- ▣ ко 2 степени - больных с хроническим пиелонефритом, существующим до беременности;
- ▣ к 3 степени - женщины с пиелонефритом и гипертензией или анемией, пиелонефритом единственной почки.
- ▣ Больным 1 и 2 степени риска можно разрешить пролонгировать беременность с постоянным динамическим наблюдением у терапевта, нефролога. Больным с 3-ей степенью риска беременность противопоказана.
- ▣ *Дифференциальный диагноз* - с острым аппендицитом, острым холециститом, почечной и печеночной коликой, общими инфекционными заболеваниями. Затруднение представляет дифференциальный диагноз с нефропатией, гипертонической болезнью. Выраженная протеинурия, изменение глазного дна - ангиоретинопатия, нейроретинопатия, кровоизлияния и отек сетчатки говорят за присоединяющийся гестоз, значительно ухудшающий состояние больной.

□ ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение пиелонефрита беременных и родильниц проводят по общим принципам терапии воспалительного процесса почек под контролем посева мочи и чувствительности к антибиотикам. В комплекс лечебных мероприятий входит следующее: назначение полноценной витаминизированной диеты, коленно-локтевого положения на 10-15 минут несколько раз в день и сон на здоровом боку, диатермия околопочечной области, питье минеральных вод (Ессентуки № 20). Антибиотики 8-10 дней, невидграмон - 2 капсулы 4 раза в день в течение 4-х дней, затем по 1 капсуле 4 раза в день в течение 10 дней. Со 2-го триместра - 5-НОК по 2 табл. 4 раза в день в течение 4-х дней, затем по 1 таблетке 4 раза в день 10 дней; фурагин по 0,1 4 раза в день в течение 4-х дней и по 0,1 3 раза в день 10 дней. Дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополиглюкин, альбумин, протеин. Для лечения внутриутробной гипотрофии плода - в/в 5 мл трентала с 500 мл 5% раствора глюкозы. Спазмолитики - баралгин 5 мл в/м, ависан по 0,05 3 раза в день; супрастин или димедрол по 1 табл. 1 раз в день, мочегонные средства - сбор трав, толокнянка, почечный чай.
- Если терапия не дает результатов, производят катетеризацию мочеточников. Родоразрешение проводят через естественные родовые пути. Кесарево сечение в условиях инфицированного организма крайне нежелательно и его выполняют по строго акушерским показаниям. В 10% случаев производят досрочное родоразрешение, когда пиелонефрит сочетается с тяжелым гестозом и при отсутствии эффекта от проводимой терапии. В послеродовом периоде лечение пиелонефрита продолжают в течение 10 дней. Женщину выписывают из роддома под наблюдение уролога.

□ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

- Гломерулонефрит беременных - от 0,1% до 9%. Это ~~инфекционно-аллергическое~~ заболевание, приводящее к иммунокомплексному поражению клубочков почек. Возбудитель - гемолитический стрептококк. Чаще всего это заболевание возникает после ангины, гриппа.

□ КЛИНИКА

- Боли в пояснице, головные боли, снижение работоспособности, учащенное мочеиспускание. Основным симптом при беременности - отеки на лице под глазами, на нижних конечностях, передней брюшной стенке. Повышение АД, ретиноангиопатия. В моче - белок, эритроциты, лейкоциты, цилиндры. В анализах мочи по Нечипоренко количество эритроцитов преобладает над количеством лейкоцитов. При тяжелом течении - увеличение креатинина, мочевины, остаточного азота. Анемия.

- **Дифференциальный диагноз** - с сердечно-сосудистыми заболеваниями, пиелонефритом, поздним гестозом. Гломерулонефрит не является абсолютным показанием для прерывания беременности. Однако надо помнить, что прогноз для матери и плода может быть очень серьезным. Рано развивается поздний гестоз и протекает очень тяжело. У 11% женщин наблюдают самопроизвольные выкидыши, у 29% - преждевременные роды. Возможны такие осложнения, как энцефалопатия, сердечная, почечная недостаточность, которые могут привести к гибели женщины, гипотрофия и гипоксия внутриутробного плода, вплоть до его антенатальной гибели. Велика гибель недоношенных детей после родов. Возможны кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде, так как развивается тромбоцитопения, изменения в коагуляционном звене, характерные для 1 фазы ДВС. В дальнейшем может быть тяжелая гипокоагуляция по типу 2-й и даже 3-ей фазы синдрома ДВС.
- В ранние сроки беременности необходимо обследование и решение вопроса о возможности сохранения беременности. Острый гломерулонефрит является показанием к прерыванию беременности. После перенесенного острого гломерулонефрита беременность возможна не ранее чем через 3-5 лет.
- Хронический гломерулонефрит в стадии обострения с выраженной гипертензией и азотемией является противопоказанием для пролонгирования беременности.

- Ведение и лечение женщин с гломерулонефрит проводят совместно акушер-гинеколог и нефролог. Кроме первичной госпитализации в ранние сроки беременности, показано стационарное лечение в любые ее сроки при ухудшении общего состояния, признаках угрозы прерывания беременности, позднего гестоза, гипоксии и гипотрофии плода.
- В сроке 36-37 недель необходима плановая госпитализация в отделение патологии беременных для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения. Показанием для досрочного родоразрешения считают обострение хронического гломерулонефрита, сопровождающееся нарушением функции почек (уменьшение суточного диуреза, клубочковой фильтрации, почечного кровотока, нарушение белкового обмена, нарастание азотемии, повышение АД, присоединение тяжелых форм позднего гестоза, отсутствие эффекта от проводимого лечения). Назначают подготовку родовых путей и общепринятые схемы родовозбуждения. В родах применяют спазмолитики, анальгетики, проводят профилактику кровотечений. II период родов ведут в зависимости от цифр АД, состояния плода (управляемая гипотония, акушерские щипцы, перинеотомия). Кесарево сечение у беременных с гломерулонефритом производят редко, в основном, по акушерским показаниям. В послеродовом периоде при ухудшении состояния роженицу переводят в специализированный стационар, в дальнейшем она находится под наблюдением терапевта или нефролога.

□ ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение острого гломерулонефрита начинают с антибиотиков (пенициллина и его синтетических аналогов), используют гипотензивные средства в сочетании с мочегонными (адельфан, триампур по 1-2 табл. в день). При гипертонической форме гломерулонефрита используют периферические вазодилататоры, ганглиоблокаторы, средства, уменьшающие нагрузки на сердце (клофелин по 0,000075-0,00015 по 2-4 табл. в день, анаприлин 0,01 4 раза в день после еды, обзидан 0,04 2-4 раза в день или в виде 0,1% раствора по 1-5 мл в/м; апрессин 0,01-0,025 2-4 раза в день, 2% раствор папаверина 2,0 мл в/м, 1% раствор дибазола 2-3 мл в/м, раствор эуфиллина 2,4% - 10 мл в/в; диадинамические токи, гальванизация воротниковой зоны, УЗ на область почек в импульсном режиме; в/в белковые препараты: альбумин 5%-10%-20% - 75-100 мл, протеин 200-300 мл, сухая плазма в разведении 1:3 по 200-100 мл 1-2 раза в неделю, витамины, десенсибилизирующие средства. При острой почечной недостаточности следует прибегать, прежде всего, к катетеризации мочеточников с диагностической и лечебной целью.

□ МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (МКБ)

□ Данная патология встречается у 0,1-0,2% беременных и родильниц. В развитии МКБ играют роль: изменение фосфорно-кальциевого обмена, нарушение обмена мочевого и щавелевой кислоты, расширение мочеточников и лоханок, снижение их тонуса, затруднение оттока и повышение концентрации мочи - все это способствует образованию камней. Большая роль принадлежит инфекции. Хронический пиелонефрит осложняется мочекаменной болезнью у 85% беременных, у 80% к мочекаменной болезни присоединяется пиелонефрит. Изменения уродинамики и гипертрофия мочеточников предрасполагают к продвижению камней, поэтому течение мочекаменной болезни при беременности ухудшается. Нередко заболевание впервые обнаруживают во время беременности.

□ КЛИНИКА

- Клиника характеризуется классической триадой - боль, гематурия, отхождение конкрементов. Приступ возникает внезапно - боль в пояснице с иррадиацией в паховые области, половые губы, в ногу, эпигастрий. Дифференцируем с острым аппендицитом, холециститом. Больные пытаются найти удобное положение - коленно-локтевое, на боку. У беременных - чаще правосторонняя колика. Симптом Пастернацкого положительный. Анализ крови в норме, в анализах мочи - эритроциты, лейкоциты, кристаллы солей. Приступ приводит к угрозе прерывания беременности, преждевременным родам. В некоторых случаях приходится проводить досрочное родоразрешение, если приступ не удастся купировать.

□ ДИАГНОСТИКА

- Диагностика МКБ при беременности сложна. Рентгенологическое исследование в первой половине беременности - неприемлемо, во второй – нежелательно, вот поэтому важно распознать эту болезнь до беременности. Допускают применение радиоизотопной ренографии, хромоцистоскопии, катетеризации мочеточников или лоханок, ультразвуковое сканирование, тепловидение.

□ ЛЕЧЕНИЕ

- Оперативное лечение МКБ в плановом порядке у беременных не производят. Экстренно оперируют женщин с наличием длительно не купирующейся почечной колики, наличием анурии, атаки острого пиелонефрита и, когда путем катетеризации лоханок, не удалось восстановить отток мочи.
- С этой целью купирования приступа почечной колики применяют следующие медикаментозные средства: 2% раствор промедола 1,0 в/м, 50% раствор анальгина 2,0 мл в/м, баралгин 5 мл, 2,5% раствор галидора 2,0 мл, 2% раствор папаверина, 2% раствор НО-ШПЫ 2 мл, 1% раствор димедрола, 2-2,5% пипольфена 2 мл. Цистенал по 20 капель, ависан по 0,05 3 раза в день. Назначение диеты, препятствующей образованию камней.

□ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И БЕРЕМЕННОСТЬ

- Клинические формы аномалий: дистопия почек, удвоенная почка, аплазия одной почки, подковообразная почка. У всех беременных, страдающих пороком развития матки, необходимо обследовать мочевыделительную систему для выявления возможных аномалий развития почек. Установление диагноза не представляет большого затруднения благодаря в/в урографии. Вопрос о ведении беременности решают в зависимости от вида аномалии почек и степени сохранения их функции. Самой неблагоприятной формой аномалии считают поликистозную почку. Она бывает крайне редко, но, при ней, как правило, нарушена функция, поэтому вопрос о сохранении беременности должны решать индивидуально с учетом степени нарушения функции почек.
- При аплазии одной почки должна быть хорошо обследована функция второй почки. Если она полностью сохранена, беременность можно оставить. Такая же тактика должна быть при установлении у беременной подковообразной или удвоенной почки. При дистопированной почке ведение беременности и родов зависит от ее локализации. Если она расположена выше безымянной линии, т.е. в области большого таза, вполне допустимы самостоятельные роды естественным путем. Если почка расположена в малом тазу, то она может стать препятствием для нормального течения родового акта, или в процессе родов подвергнуться серьезной травме. Поэтому заблаговременно решают вопрос о ведении беременности и родов.

□ **БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ**

- Наблюдается по данным различных авторов от 45 до 10% беременных женщин. Это такое состояние, когда значительное количество вирулентных микроорганизмов находят в моче женщины без каких либо клинических симптомов инфекции мочевых путей. К бессимптомной бактериурии относят те случаи, когда обнаруживают 100.000 или более бактерий в 1 мл мочи, взятой с помощью катетера. Наиболее часто – это кишечная палочка, клебсиелла, энтеробактерии, протей. Беременные с бессимптомной бактериурией должны быть подвергнуты тщательному обследованию на предмет выявления латентно протекающего заболевания мочевой системы. На фоне бессимптомной бактериурии примерно у 25% развивается острый пиелонефрит, поэтому необходимо таким беременным проводить своевременное профилактическое лечение нитрофуранами, сульфаниламидами, антибиотиками с учетом чувствительности к ним выявленной бактериальной флоры. Стараться избегать назначения антибиотиков тетрациклинового ряда и других лекарственных средств в первые 3 месяца беременности. Антибактериальная терапия, направленная на устранение бессимптомной бактериурии, снижает частоту пиелонефрита до 1-2%. Эффективность лечения контролируют путем посева мочи на флору.

□ Спасибо за внимание.