

Экстрагенитальная
патология и беременность
(заболевания почек,
эндокринных органов,
острые хирургические
заболевания, инфекции)

- пиелонефрит (20%),
- гломерулонефрит (0.1 - 0.2%),
- мочекаменная болезнь (0.1 -0.2%).

Пиелонефрит на втором месте после сердечно-сосудистых заболеваний.

Среди инфекционных на втором месте после ОРЗ.

Женщины в 5 раз чаще болеют , чем мужчины (анатомические особенности - уретра 4 см, широкая, расположена горизонтально).

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 стазу мочи и возникновению рефлюкса (пузырно-мочеточниковый, мочеточнико-лоханочный). Моча разрывает чашечки и попадает в кровяное русло (гематогенный путь) и попадает в паренхиму почек.

Усиленный выброс кортикостероидов. Кортикостероиды - провокаторы хронических, латентных инфекций, увеличивается возможность распространения инфекции.

ИСТОЧНИКИ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА

Гинекологические заболевания (воспалительные заболевания матки, цервикального канала, влагалища, уретры). Также возможен гемато- и лимфогенный путь. Возбудитель тропен к мочевыводящей системе, так как у гениталий и мочевой системы общие эмбриональные закладки (эпителиальный покров одинаков).

Гематогенный путь - из больных миндалин (хронический тонзиллит), кариозных зубов, колит.

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 (контаминация) мочи

КЛИНИКА ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- выраженная интоксикация
- высокая температура до 40 градусов
- недомогание
- головная боль, ознобы
- боли в поясничной области (одно или двухсторонние)
- дизурические явления
- вынужденное положение с прижатыми к животу ногами
при мочекаменной болезни - боли до потери сознания.

СРОКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА

- При беременности на 23-28 неделе (максимальный подъем кортикостероидов),
- 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.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

С острым аппендицитом, острым холециститом, почечной или печеночной коликой, общие инфекционные заболевания.

Со стороны акушерства: угроза преждевременных родов, преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами, хориоамнионит, эндометрит, миометроэндометрит, аднексит.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- угроза прерывания беременности,
- внутриутробной гипоксия плода,
- ЗВУР,
- внутриутробное инфицирование плода,
- гестоз,

Гестоз чрезвычайно частое осложнение беременности при пиелонефрите.

До 80% случаев пиелонефрита сочетается с гестозом.

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

МОЧА

- Проба Зимницкого - никтурия.
- Общий анализ мочи - щелочная реакция, осадок мочи - лейкоцитурия (верхняя граница нормы - 6-8 в поле зрения),
- Проба Нечипоренко, Аддиса-Каковского, Амбурже - количественное определение форменных элементов. Проба Нечипоренко - норма для беременных; лейкоциты 2000, эритроциты 500.
- Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам

- При лабораторном исследовании можно выявить значительную бактериурию, которая не сопровождается клиническими проявлениями - это так называемая бессимптомная бактериурия - значимая бактериурия при отсутствии клинических проявлений пиелонефрита и при отсутствии других лабораторных изменений (не изменена проба Зимницкого и др.). бессимптомная бактериурия может быть расценена как стадия перехода острого пиелонефрита в хронический или завершение или начало острого процесса.
- Но может существовать долго - большинство считают ее в таком случае проявлением хронического пиелонефрита. Бессимптомную бактериурию следует считать одной из форм пиелонефрита до тех пор пока это диагноз не будет достоверно отвергнут (различные пробы вплоть до биопсии почек).

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ДИАГНОЗОМ ПИЕЛОНЕФРИТ

Женщины сначала делятся на 3 степени риска:

- 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.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ СУЩЕСТВУЮЩИМ ДО БЕРЕМЕННОСТИ

- 1-я госпитализация при постановке на учет в урологическое отделение для уточнения стадии процесса.
- 2-я госпитализация показана при обострении.
- 3-я госпитализация показана при появлении осложнений беременности - поздний токсикоз, гипоксия плода, гипотрофия.

ЛЕЧЕНИЕ

Проводится обязательно в условиях стационара.

В первом триместре из антибиотикактериальных средств назначают только группу пенициллинового ряда, поскольку высока опасность тератогенного действия. После 16 недель возможности значительно возрастают.

- Антибиотики пенициллинового ряда: ампициллин - менее токсичен, карбенициллин, пенициллин, ампиокс, используются на протяжении всей беременности.
- Со второго триместра: цефалоспорины, аминогликозиды (гентамицин), стрептомицин противопоказан так как вызывает глухоту.
- Макролиды – эритромицин, макропен, вильпрафен, азитромицин.
- Сульфаниламидные препараты - уросульфан, этазол.
- Химиотерапевтические средства: нитрофураны производные 8-оксихинолинов - 5-НОК, нитроксиллин, неграм
- Уросептики растительного происхождения – канефрон, фитолизин, урофлюкс.

СРЕДСТВА, ДЕЙСТВУЮЩИЕ НА МАКРООРГАНИЗМ

- Для улучшения оттока мочи - спазмолитики
- Десенсибилизирующие средства
- Инфузионная терапия при тяжелых состояниях (альбумин, гемодез, реополиглюкин, полиионные растворы, глюкоза, гидрокарбонат натрия. Общий объем вводимой жидкости 2.5 -3 л).

Если есть сочетание с гестозом то объем жидкости до 1 л.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 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 (содержит бензоат натрия, который в печени преобразуется в гиппуровую кислоту которая обладает дезинфицирующим действием)
- Диета: без ограничения соли и жидкости, ограничение только если есть гестоз. С лечебно-профилактической целью женщина должна принимать коленно-локтевое положение по 10 минут несколько раз в течение дня.
- В некоторых случаях приходится катетеризировать мочеточники (в специальных стационарах), если не помогает то необходимо прерывание беременности.

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 (ПОНРП и др.)

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Наиболее универсальное определение СД содержится в докладе комитета экспертов ВОЗ (1981 г.): это «Состояние хр. гипергликемии, которое может развиваться в результате воздействия многих экзогенных и генетических факторов, часто дополняющих друг друга». Явная форма диабета встречается приблизительно при одной из 325 беременностей, это только 10% всех случаев СД при беременности. Остальные 90% случаев диабета приходятся на долю гестационного диабета

Опасности сахарного диабета для беременной и плода

- Беременность утяжеляет течение СД и способствует раннему развитию осложнений – ретинопатии, полинейропатии, нефропатии
- Увеличивается опасность развития диабетической комы
- Риск развития пороков у плода увеличивается до 6-12%
- Гипергликемия в ранних сроках приводит к самопроизвольному аборту
- Гипергликемия матери приводит к гипоксии или внутриутробной гибели плода в III триместре бер-ти
- Гипергликемия в III триместре приводит к макросомии плода
- У новорожденных развивается болезнь гиалиновых мембран, гипогликемия, гипербилирубинемия, гипотрофия плода

Принципы ведения беременной с СД

- При наступлении беременности у женщины с СД врач должен обсудить вопрос о прерывании беременности
- При отказе от прерывания беременности беременную надо проинформировать о существовании опасности наследственной передачи диабета, патологического течения беременности и нарушений развития плода, появления необходимости прерывания беременности на различных сроках при наличии жизненных показаний со стороны беременной
- Консультация генетика и при необходимости хорионбиопсия плода
- При установлении беременности, женщина с СД должна быть немедленно госпитализирована. Повторные госпитализации производятся на 20-24 нед., 32-34 нед. беременности.

Задачи при госпитализации в стационар. Первая госпитализация (на ранних стадия беременности):

- Полное клиническое обследование беременной с установлением клинической формы и стадии сахарного диабета ,подбор доз инсулина, стремление компенсировать сахарный диабет; лечение акушерских осложнений (ранний токсикоз, угроза прерывания)**
- консультация генетика и при необходимости — пренатальная диагностика (биопсия хориона), при наличии в анамнезе привычного невынашивания в ранние сроки, рождения детей с врожденными пороками у женщин с компенсированным СД или перинатальной гибели детей без выявленных причин у них;**

Вторая госпитализация (при 20-24 нед беременности):

- подбор дозы инсулина, так как в этот период часто меняется потребность в нем; оценка в динамике течения СД;
- выявление и лечение появившихся осложнений беременности (УПБ, ПТБ, многоводия, УГИ) и сопутствующей патологии;
- обследование биофизического профиля плода
- проведение курса профилактической терапии (антиоксиданты, антигипоксанты, витаминотерапия,

Третья госпитализация (при 32-34 нед беременности):

- уточнение динамики необходимых доз инсулина;
- своевременное выявление и лечение осложнений СД и акушерской патологии (гестоз, многоводие, угрожающие преждевременные роды, плацентарная недостаточность, УГИ и др.);
- обследование биофизического профиля плода:
- УЗИ, КТГ, Допплерометрия;
- проведение профилактики развития гиалиновых мембран легких плода (этимизол, сигетин, эуфиллин, аскорбиновая кислота и др.);
- проведение амниоцентеза для оценки степени зрелости легких плода;

**В соответствии с приказом № 302 от 28.12.93 г.
Министерства здравоохранения российской
Федерации у больных с СД имеются показания для
прерывания беременности**

- СД у обоих родителей**
- СД, инсулинорезистентный с склонностью к кетоацидозу**
- СД, осложнённый микроангиопатией, ретинопатией, нефросклерозом с гипертензией и азотемией**
- Сочетание СД с туберкулезом в активной форме**
- Сочетание СД с резус отрицательной кровью**
- Повторная гибель детей с пороками развития у больных СД**

Исход беременности при СД зависит:

- От срока и метода родоразрешения, что определяется типом СД**
- Особенности его течения до и во время беременности**
- Наличием сосудистых осложнений**
- Характером течения беременности (ПТБ, многоводие, УГИ и др.)**
- Размером плода и его жизнеспособностью**

При неосложненном течении беременности и легких формах СД, удовлетворительном состоянии плода оптимальными являются спонтанные роды в сроке 38-40 нед.

Показания к досрочному родоразрешению консервативным методом путем индукции родов при оптимальном сроке беременности 36-37 нед.

- Гестоз, без эффекта от проводимой терапии
- Нарастающее многоводие
- Ухудшение функционального состояния плода, обусловленное декомпенсацией СД и др. при наличии готовности родовых путей к родам
- Повторная гипогликемия на фоне быстрого падения потребности в инсулине (особенно после 35 нед. беременности)

**Оперативное родоразрешение путем кес.
сечения в экстренном порядке
проводится в следующих случаях:**

Особенности течения СД:

- Нарастание явлений ангиоретинопатии, проявляющееся в виде свежих множественных кровоизлияний в любом сроке беременности**
- Нарастание явлений гломерулосклероза и появлений почечной недостаточности**

Акушерские показания

- Ухудшение функционального состояния плода в сроках 34-37 нед.
- Кровотечение при беременности, обусловленные предлежанием плаценты или отслойкой нормально расположенной плаценты

Плановое кес. сечение производится по стандартным акушерским показаниям:

- Поперечное или косое положение плода
- Тазовое предлежание крупного плода
- Крупный плод при наличии узкого таза
- Предлежание плаценты
- Рубец на матке
- Возрастная первородящая
- Рубцовые изменения ш/матки и влагалища
- Множественная миома матки

При спонтанном возникновении родовой деятельности рекомендуется роды закончить операцией кес. сечение в следующих случаях:

- Слабость или дискоординация родовой деятельности**
- Безводный период при отсутствии спонтанной родовой деятельности**
- Нарастание тяжести ПТБ**
- Прогрессирующая хроническая в/утробная гипоксия плода**

Острая хирургическая патология

Беременность и острый аппендицит

Причины:

- снижение тонуса и моторной функции желудочно-кишечного тракта
- запоры
- Задержка содержимого кишечника
- изменение секреторной функции желудочно-кишечного тракта
- усиление вирулентности кишечной флоры
- гиперемия тазовых органов

Диагностика

- внезапность заболевания,
- боли в эпигастрии и смещение их в правую подвздошную область,
- рвота,
- тахикардия,
- повышение температуры,
- высокий лейкоцитоз

Тактика ведения беременности и родов

- При постановке диагноза острый аппендицит показано оперативное лечение, операция проводится под эндотрохиальным наркозом.
- Никакая форма аппендицита не является основанием для прерывания беременности.
- После операции назначается лечение направленное на сохранение беременности и профилактику гипоксии плода.
- Кесарево сечение делается крайне редко при сочетании ОА с акушерской патологией

Беременность и острый холецистит

Причины

- Гиперхолестеринэмия, развивающаяся во время беременности
- Инфекция,
- Образование камней в желчном пузыре,
- Семейная предрасположенность

Диагностика

- боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в плечо;
- боли имеют тупой характер.
- тошнота,
- рвота,
- изжога.
- болезненность в области желчного пузыря,
- боль при поколачивании правой реберной дуги (симптом Ортнера);
- боль на вдохе при пальпации правого подреберья (симптом Керра);
- болезненность между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Мюсси).
- биохимические показатели крови, мочи, УЗИ печени и печеночных протоков

Тактика ведения беременных

Постельный режим, голод на 24-48 ч, спазмолитики (но-шпа, баралгин, ависан, папаверин), внутривенное введение изотонического раствора натрия хлорида и глюкозы, гемодез, комплекс витаминов. При отсутствии эффекта от консервативного лечения должен быть решен вопрос об операции. Показанием для перехода к оперативному лечению служит осложнение холецистита перитонитом, холангитом, механической желтухой.

В послеоперационном периоде назначается лечение, направленное на сохранение беременности

Беременность и острый панкреатит

Причины

- механические нарушения, препятствующие оттоку панкреатического сока,
- гормональные изменения, свойственные беременности.

фоном для развития панкреатита являются

- инфекционные заболевания,
- интоксикации,
- стрессовые ситуации,
- заболевания печени и желудочно-кишечного тракта,
- холециститы,
- ОПГ-гестозы.

Диагностика

- рвота и боли в эпигастральной области,
- ухудшение общего состояния,
- плохой аппетит, бессонница
- вздутие живота, парез кишечника
- неврологические симптомы:
 - головная боль,
 - спутанность сознания
- желтушность кожных покровов и склер
- рвота приобретает мучительный, неукротимый характер
- язык сухой с налетом
- на коже высыпания, кровоизлияния
- высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
- возрастает в несколько раз уровень амилазы в крови и моче

Течение беременности и родов

Заболевание вызывает ряд серьезных нарушений беременности:

- выкидыши,
- преждевременные роды,
- преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты,
- кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах,
- гибель внутриутробного плода.

Лечение

- Исключение питья и питания
- Спазмолитики и анальгетики
- Восстановление водноэлектролитного баланса
- Антибиотики широкого спектра действия
- Ингибиторы ферментов поджелудочной железы (трасилол, контрикал, гордокс)

Показаниями к оперативному лечению являются переход отечной формы в деструктивную, гнойный панкреатит, перитонит.

При остром серозном панкреатите возможен благоприятный исход, при остальных формах высок процент материнской и перинатальной смертности.