

Заболевания почек и беременность

Пиелонефрит и беременность

Клиника острого пиелонефрита

Симптомы интоксикации: гипертермия, ознобы, потливость, головная боль, тошнота, рвота.

Возможно повышение температуры только до субфебрильных цифр, без озноба, боль в пояснице.

Лабораторные исследования: типичны
изогипостенурия и никтурия.

Изменения в формуле крови: сдвиг
влево вплоть до миелоцитов и юных
форм, лейкоцитоз, анэозинофилия,
лимфопения в сочетании с выраженной
анемией (ниже 90 г/л).

Клиника хронического пиелонефрита имеет незначительную симптоматику. В моче небольшое к-во белка, нормал-е или слегка увеличенное (больше 10-15 в поле зрения) к-во лейкоцитов. Специальные методы исследования: проба Нечипоренко обычно выявляют лейкоцитурию, преобладающую над гематурией. Бактериурия более 100 000 микробных тел в 1 мл.

Осложнения:

- поздний гестоз 40 – 82,5%
- невынашивание беременности 30%
- внутриутробное инфицирование плода
- внутриутробная гипотрофия плода
- понижение иммунологической реактивности матери и плода.

Степени риска:

- 1-я ст. риска – больные с неосложненным пиелонефритом, возникшим во время беременности.
- 2-я ст. риска – больные хроническим пиелонефритом, существовавшим до беременности.
- 3-я ст. риска – больные пиелонефритом с гипертензией или азотемией или пиелонефритом единственной почки.

Лечение

- В 1-м триместре – пенициллин 8-10 млн в сут. или оксациллин 3-4 г/сут ампициллин 2г/сут. (8-10 дней).
- Со 2-го триместра цефалоспорины -
цепорин
цефалордин
кефзол
клофоран (по 0,5-1,0 г 3-4 р/сут в/в или в/м в течении 4-8 дней).

Гломерулонефрит и беременность

Циклическая форма характеризуется внезапным началом через 10-12 дней после стрептококкового заб-я. Быстро нарастают отеки, олигурия, артериальная гипертензия, одышка, головная боль, боли в пояснице, макрогематурия, протеинурия, цилиндрурия. У части б-х – лихорадка, азотемия.

Ациклическая форма начинается постепенно небольшой одышкой, слабостью, пастозностью тканей, случайно обнаруживаемой микрогематурией, протеинурией. Эта форма протекает легче, дольше и чаще переходит в хрон. гломерулонефрит.

Хронический гломерулонефрит —

4 формы:

- гипертоническая 7%
- нефротическая 5%
- смешанная 25%
- латентная 63%.

Гипертоническая форма – стабильно повышенное или неустойчивое АД, изменения сосудов глазного дна и ЭКГ (в зависимости от уровня АД), умеренно выраженный мочево́й синдром (гематурия, протеинурия, цилиндрурия), отеков нет.

Нефротическая форма – высокая протеинурия (10-30 г/л и более), выраженная гипопротеинемия (40-50 г/л), массивные, тотальные отеки, гиперхолестеринемия (10,3-26 ммоль/л), в моче – большое количество разнообразных цилиндров, АД в пределах нормы.

Смешанная форма –
объединяет черты двух
предыдущих, при этой форме
возможно развитие приступа
эклампсии, подобного
эклампсии беременных.

Латентная форма – ТОЛЬКО
скудный мочево́й синдром:
протеинурия обычно менее 1
г/л, гематурия и цилиндрурия
непостоянны, гипертензии и
отеков нет.

Степени риска

- 1 минимальная – больные латентной формой гломерулонефрита
- 2 выраженная - больные нефротической формой
- 3 максимальная – больные с гипертонической и смешанной формами хрон. гломерулонефрита, с обострением хрон. гломерулонефрита, со всеми формами заб-я, протекающими с азотемией.

- гестоз - 40% возникает раньше обычных сроков (28 нед.)
- антенатальная гибель плода – 12%
- ПОНРП с гипофибриногемическим кровотечением
- преждевременные роды
- гипотрофия плода.