

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Выполнил: Киямов А.А.

Группа: ОЛД-318



**Среди экстрагенитальных
заболеваний беременных
патология почек (пиелонефрит,
гломерулонефрит,
мочекаменная болезнь)
занимает ведущее место**

Беременность ухудшает течение пиелонефрита и гломерулонефрита. Факторами, способствующими обострению заболеваний почек, являются гормональные, гуморальные и анатомические изменения в организме беременных

Пиелонефрит беременных



Пиелонефрит —
неспецифический инфекционно-
воспалительный процесс,
сопровождающийся поражением
интерстициальной ткани почек,
канальце-вого аппарата и стенок
чашечно-лоханочной системы. У
беременных процесс чаще
развивается в правой почке

Пиелонефрит развивается у 6—7 % беременных, чаще во второй половине беременности, Беременные с пиелонефритом составляют группу высокого риска возникновения осложнений беременности (невынашивание, гестоз, гипотрофия плода, азотемия и др.)



- степень I — неосложненное течение пиелонефрита, возникшего во время беременности;
- степень II — хронический пиелонефрит, развившийся до наступления беременности;
- степень III — пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертензией или азотемией, пиелонефрит единственной почки

Пиелонефрит вызывается- условно-патогенными микроорганизмами, в первую очередь кишечной группы, микроорганизмами рода Proteus, а также энтеробактериями: Klebsiella, Enterobacter, Citrobacter, стрептококками групп D и B, стафилококками и микрококками. У беременных воспалительные процессы в почках вызываются также грибами рода Candida

У беременных пиелонефрит может протекать как в острой, так и хронической форме. Независимо от формы течения пиелонефрита клиническая картина у беременных такая же, как у небеременных

Лечение острого пиелонефрита

- восстановления нарушенного пассажа мочи под контролем УЗИ
 - позиционная терапия
 - катетеризацию почечных лоханок после хромоцистоскопии и определения стороны поражения
 - чрескожная пункционная нефропиелостомия
 - щадящие операции — декапсуляцию почки, нефростомию
 - При гнойном пиелонефрите и наличии показаний производят операцию на почках и только потом решают вопрос о сохранении или прерывании беременности. Прерывание беременности, как правило, не улучшает течения гнойного процесса в почках.
 - Антибактериальные препараты назначают в зависимости от вида возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. При этом предпочтение следует отдавать препаратам, не оказывающим выраженного отрицательного влияния на состояние плода
 - растительные мочегонные препараты и спазмолитики
- Роды у больных с острым пиелонефритом проводят во втором акушерском отделении родильного дома многопрофильной больницы с использованием спазмолитических средств и анальгетиков.
- Оперативные вмешательства при остром пиелонефрите выполняют только по строгим акушерским показаниям

Лечение хронического пиелонефрита зависит от активности процесса. Лечение обострения мало чем отличается от терапии при остром пиелонефрите. После устранения активного процесса беременная должна находиться на диспансерном учете и систематически получать противорецидивную терапию. Во время беременности она включает в основном соответствующую диету с ограничением потребления острой пищи и использованием кислого питья (клюквенный морс), витаминотерапию, антибактериальные и диуретические фитосборы (плоды можжевельника, хвощ полевой, корень солодки, толокнянка, листья березы, трава василька синего, пол-пала и т.д.).

После гестационного пиелонефрита функция почек, как правило, восстанавливается, однако у 20 % женщин она остается сниженной. В после-Родовом периоде необходимо наблюдение нефролога.

Дети, рожденные от матерей, больных пиелонефритом, составляют группу риска развития гнойно-септических заболеваний.

Гломерулонефрит

Гломерулонефрит — инфекционно-аллергическое заболевание, сопровождающееся поражением клубочкового аппарата почек. Частота его составляет 0,1—0,2%. Острый гломерулонефрит во время беременности нередко протекает под видом тяжелых форм гестоза.

Клиническая картина

У беременных чаще выявляют хронический гломерулонефрит, который протекает в нескольких формах: нефротической гипертонической, смешанной (отечно-гипертонической), латентной. Как правило, встречается латентная форма, при которой течение беременности родов и послеродового периода наиболее благоприятно. Максимальная степень риска отмечается у беременных со смешанной формой, острым гло-мерулонефритом и любой формой заболевания, сопровождающейся азотемией и почечной недостаточностью.

Лечение.

Общепринятая терапия гломерулонефрита с использованием цитостатических средств и иммунодепрессантов у беременных не может быть применена в связи с эмбриотоксическим действием препаратов. Проводят комплексную симптоматическую терапию, которая включает соответствующую диету, мочегонные, гипотензивные, десенсибилизирующие препараты, антикоагулянты, антиагреганты, мембранстабил и заторы, антиокси-данты, инфузии белковых препаратов, кортикостероиды по показаниям. Следует осуществлять профилактику и лечение внутриутробной задержки роста плода.

формах гломерулонефрита за 3 нед до родов беременные должны поступать в стационар отделения патологии беременных для выработки тактики ведения родов.

Роды у больных гломерулонефритом не имеют особенностей. При тяжелом течении заболевания целесообразно произвести преждевременное родоразрешение во избежание внутриутробной гибели плода и прогресси-рования заболевания.

Мочекаменная болезнь

Мочекаменная болезнь развивается у 0,1—0,35 % беременных. В настоящее время считают, что образование камней в почках у женщин в большей степени связано с мочевой инфекцией, пиелонефритом, в меньшей — с нарушениями обмена. При беременности часто наблюдается сочетание пиелонефрита и нефролитиаза.

Клиническая картина.

Наиболее частым симптомом мочекаменной болезни является почечная колика. Боли носят интенсивный характер, локализуются в пояснице, иррадиируют по ходу мочеточника в паховую область, бедро, половые губы. Нередко боли сопровождаются тошнотой, рвотой, метеоризмом, задержкой стула и газов, дизурическими явлениями, положительным симптомом Пастернацкого. После приступа колики в моче выявляется микро- или макрогематурия. При беременности нередко наблюдается инфицирование камней и нефролитиаз осложняется пиелонефритом, что сопровождается лихорадкой, ознобом, пиурией и признаками воспалительных изменений в крови.

Диагностика. Диагноз мочекаменной болезни во время беременности устанавливают на основании данных анамнеза, клинической картины во время приступа болей, результатов анализа мочи и УЗИ почек. Широко используют хромоцистоскопию, которая позволяет выявить наличие полной или частичной окклюзии мочевыводящих путей, а также оценить секреторную функцию почек. После хромоцистоскопии производят катетеризацию мочеточника и определяют уровень расположения камней. При прохождении катетера выше камня приступ почечной колики обычно купируется.

Лечение.

Во время беременности, как правило, проводят консервативное лечение. При приступе почечной колики широко применяют спазмолитические и анальгетические средства, а также паранефральную блокаду.

При сочетании мочекаменной болезни с пиелонефритом назначают антибактериальную терапию с обязательным восстановлением пассажа мочи. При беременности хирургическое лечение мочекаменной болезни проводят в случае длительно некупирующегося приступа почечной колики, обтурационной анурии, а также острого пиелонефрита, когда путем катетеризации лоханки не удастся восстановить отток мочи. Производят щадящие операции: пиело- и уретеролитотомию, нефропиелостомию в любые сроки беременности. При восстановлении функции почки беременность сохраняют. В тех случаях, когда эффект от комбинированного лечения отсутствует и развивается почечная недостаточность, показано прерывание беременности.

**Спасибо за
внимание**