

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Вагітність і захворювання органів сечовиділення (код курсу 5.6)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Мета заняття

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика вагітності у ранні та пізні терміни.
2. Визначення припустимої маси плода.
3. Оцінка стану плода (аускультация, КТГ, БПП).
4. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обмінів, кислотнo-лужного стану.
5. Фізіологічні зміни при вагітності.
6. Клініка, діагностика і лікування захворювань сечовидільної системи.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення: пієлонефриту, гломерулонефриту, сечокам'яної хвороби.
2. Етіологія: пієлонефриту, гломерулонефриту, гідронефрозу.
3. Класифікація захворювання нирок у вагітних.
4. Клініка: пієлонефриту (різних форм), гломерулонефриту (різних форм), сечокам'яної хвороби, гідронефрозу.
5. Визначення групи ризику: при пієлонефриті, гломерулонефриті.
6. Особливості перебігу захворювання нирок у вагітних.
7. Особливості перебігу вагітності при захворюваннях нирок.
8. Особливості перебігу пологів при захворюванні нирок.
9. Особливості ведення вагітності, пологів, післяпологового періоду, періоду новонародженості при захворюваннях нирок.
10. Лікування захворювання нирок при вагітності і в післяпологовому періоді.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.

2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати анамнез, провести загальне та спеціальне акушерське обстеження вагітної з екстрагенітальною патологією		+	
2.	Скласти план ведення вагітності в умовах жіночої консультації		+	
3.	Скласти план ведення пологів у вагітних з екстрагенітальною патологією		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
3. Дати визначення: пієлонефриту, гломерулонефриту, сечокам'яної хвороби.
4. Етіологія: пієлонефриту, гломерулонефриту, гідронефрозу.
5. Класифікація захворювання нирок у вагітних.
6. Клініка: пієлонефриту (різних форм), гломерулонефриту (різних форм), сечокам'яної хвороби, гідронефрозу.
7. Визначення групи ризику: при пієлонефриті, гломерулонефриті.
8. Особливості перебігу захворювання нирок у вагітних.
9. Особливості перебігу вагітності при захворюваннях нирок.
10. Особливості перебігу пологів при захворюванні нирок.
11. Особливості ведення вагітності, пологів, післяпологового періоду, періоду новонародженості при захворюваннях нирок.
12. Лікування захворювання нирок при вагітності і в післяпологовому періоді.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез, провести загальне та спеціальне акушерське обстеження вагітної з екстрагенітальною патологією.
2. На підставі отриманих даних та аналізу результатів лабораторного або іншого обстеження встановити попередній діагноз.
3. Призначити додаткові методи обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
4. Виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією (за даними історій вагітності при відсутності вагітних з важкою патологією).
5. Прогнозувати відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з екстрагенітальною патологією, її вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.

6. Скласти план ведення вагітності в умовах жіночої консультації.
7. Скласти план ведення пологів у вагітних з екстрагенітальною патологією.
8. Провести співбесіду з вагітною з екстрагенітальними захворюваннями з метою пояснення необхідності своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночий консультації, або в спеціалізованих закладах.

Тестові завдання

1. Вагітна Д., 25 років доставлена в обсерваційне відділення пологового будинку зі скаргами на різкий біль у правій поперековій ділянці, $t^{\circ} - 38,5^{\circ}\text{C}$, періодичний озноб, часте болюче сечовипускання. Вагітність I, 24-25 тижнів. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, шкірні покриви бліді. PS- 106/хв., АТ- 130/90 мм. рт.ст. Симптом Пастернацького позитивний праворуч. Матка в нормотонусі. Аналіз сечі: лейкоцити на все поле зору. Діагноз?

- A** (Вагітність I, 24-25 тижнів, пієлонефрит вагітних.
- B** Вагітність I, 24-25 тижнів, гломерулонефрит.
- C** Вагітність I, 24-25 тижнів, холецистит.
- D** Вагітність I, 24-25 тижнів, загроза переривання вагітності.
- E** Вагітність I, 24-25 тижнів, гострий апендицит

2. Вагітна в терміні 20 тижнів доставлена у відділення патології вагітних зі скаргами на підвищення температури тіла до $38,5^{\circ}\text{C}$, біль у попереку зправа, дізуричні розлади. В анамнезі захворювань нирок не було. Симптом Пастернацького позитивний зправа. В загальному аналізі сечі – білок 1,66 г/л, лейкоцити покривають все поле зору. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A** * Пієлонефрит вагітних.
- B** Загострення хронічного пієлонефриту.
- C** Сечо-кам'яна хвороба.
- D** Прееклампсія вагітних.
- E** Загроза переривання вагітності

3. Першовагітна із терміном 35 тижнів поступила зі скаргами на ниючі болі в низу живота, часті сечовипускання, відмічає різі під час сечопуску. При огляді: родової діяльності немає, матка в нормотонусі. Положення плода поздовжнє. Голівка високо над входом в малий таз. Температура тіла $37,2^{\circ}\text{C}$, АТ- 125/80 мм.рт.ст., Ps- 80/хв. Симптом Пастернацького від'ємний в аналізі сечі білку не виявлено, лейкоцитів 20-25 в полі зору , еритроцитів 0-1, питома вага 10-15. III ступінь чистоти піхвого вмісту. Вкажіть найбільш ймовірне захворювання, що зумовило такий стан.

- A** *Цистит
- B** Пієлонефрит
- C** Гломерулонефрит
- D** Сечокам'яна хвороба
- E** Кандидомікоз

Ситуаційні задачі :

1. Беременная, 25 лет, поступила с жалобами на резкую боль в поясничной области справа, повышение t тела до $38,6^{\circ}\text{C}$, периодически озноб, частое болезненное мочеиспускание. Беременность первая, 24-25 нед. Начиная с 16 нед. периодически отмечала боль в поясничной области справа. Пульс – 106/мин. АД – 130/90 мм рт.ст. Матка при пальпации в нормотонусе. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. При влагалищном исследовании: шейка матки сформирована, наружный зев закрыт. Выделения слизистые, скудные. Какую патологию можно заподозрить у

беременної?

Острый пиелонефрит

2. Вагітна 22 років поступила в пологовий будинок зі скаргами на головний біль, підвищення температури тіла до 39 С, пропасницю, болючість в поперековій ділянці та внизу живота, часте і болюче сечовиділення, болючість в реберно- поперековому куті. Біль у попереку посилюється при диханні, іррадіює в пахові ділянки. Була блювота, нудота. З анамнезу з'ясовано : вагітність перша, 24 тижні; протягом останніх 5 років хворіє на хронічний гайморит. Про яке захворювання повинен подумати лікар впершу чергу?

Гестаційний піелонефрит

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією

Вагітних із захворюваннями внутрішніх органів необхідно протягом вагітності госпіталізувати у плановому порядку тричі.

Перша планова госпіталізація проводиться у ранній термін вагітності (до 12 тижнів) для уточнення діагнозу, обстеження, вирішення питання про можливість доношування вагітності (якщо немає умов для вирішення цього питання амбулаторно)..

Друга планова госпіталізація у відділення екстрагенітальної патології (ЕГП) проводиться з метою обстеження, комплексного лікування та профілактики ускладнень у «критичні» для кожного захворювання періоди:

- у разі серцево-судинної патології та захворювань органів дихання у 28-32 тижні вагітності (період максимального гемодинамічного навантаження та найтяжчих умов для функції зовнішнього дихання і легеневого кровообігу);
- у разі гіпертонічної хвороби - у 22-26 тижнів (період частого розвитку преєклампсії, гіпертонічних кризів, розвитку плацентарної недостатності);
- у разі захворювань печінки і нирок - в 22-26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу)
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань - у 20-24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

Третя планова госпіталізація виконується у відділення ЕГП в 37-38 тижнів для підготовки до пологів та розродження, у разі цукрового діабету - на 33-34 тижні вагітності. План ведення пологів вирішується колективом лікарів за участю відповідного спеціаліста (терапевта, ендокринолога, нефролога тощо).

Екстрена госпіталізація у відділення ЕГП вагітних проводиться у разі погіршення стану здоров'я матері та плода.

Огляд терапевтом повинен проводитись до 28 тижнів вагітності не рідше одного разу на місяць. За умов захворювань органів серцево-судинної системи, цукрового діабету та іншої важкої патології - не рідше одного разу на 2 тижні, а після 28 тижнів - не рідше одного разу на тиждень.

За захворювання нирок у вагітних зустрічається у 5,12% випадків (піелонефрит у 10%, гломерулонефрит 0,5-0,1%, аномалії розвитку нирок і туберкульоз 0,1-0,5%).

Піелонефрит – запальний процес з переважним ураженням інтерстиціальної тканини та ниркових мисочок. Під час вагітності розвивається гостра форма і може бути загострення хронічної форми, яка виникає в дитинстві або в період статевого дозрівання. Збудниками являються: кишкова паличка (30%), протей (20%), стафілокок непатогенний (27%), синьогнійна паличка (5-8%), асоціації мікробні (+ ентерококи, клабсіела (18%)). Шляхи інфікування: гематогенний, лімфогенний, при інструментальних втручаннях та

каналікулярний.

Безсимптомна бактеріурія - наявність в 1 мл середньої порції сечі мікробних збудників у кількості $\geq 10^5$ (100 000) колоній утворюючих одиниць (КУО) за відсутності будь-яких клінічних проявів. Можлива також лейкоцитурія (не обов'язково).

Класифікація – гострий пієлонефрит, що розвивається під час вагітності; хронічний пієлонефрит, захворювання має місце до вагітності і найчастіше в дитинстві, інколи часто дає рецидиви в пубертатному періоді після початку статевого життя і під час вагітності; безсимптомна бактеріурія, що має місце у 5-10% вагітних, перебігає безсимптомно, але в сечі визначається більше 100000 бактерій в 1 мл сечі. Деякі розглядають цю форму, як передстадію пієлонефриту.

Клініка.

Симптоми: гострого пієлонефриту: підвищення температури тіла до 38-39°C, знобіння, загальна слабкість, аденамія, інтоксикація, пульс і дихання прискорені, біль у попереку, дізурія. При хронічній стадії всі ці ознаки менш виражені (тупий біль у поперековій ділянці, дизурія, субфебрильна температура, головний біль, загальна втомлюваність).

Об'єктивно: блідість шкіряних покривів, язик сухий, пульс прискорений, температура підвищена, позитивний симптом Пастернацького.

Діагностика: скарги вагітної, анамнез, об'єктивне обстеження і додаткові методи обстеження: аналіз крові – лейкоцитоз нейтрофільний, зсув вліво лейкоцитарної формули, аналіз сечі: лейкоцитурія (кількість лейкоцитів більше 8 в п/з), піурія – лейкоцити на все поле зору, сеча каламутна; бактеріурія – нейтрофільні лейкоцити, якщо при бактеріологічному дослідженні знаходять 100000 мікробних тіл в 1 мл і немає клінічних проявів, то це безсимптомна бактеріурія і в 40% вагітних вона переходить в клінічно виражений пієлонефрит. При хронічному пієлонефриті рано порушується концентраційна функція нирок, що розпізнається при проведенні проби Зимницького, розвивається гіпостенурія (відносна щільність сечі менше 1015). В таких випадках слід в сечі визначати рівень сечовини в крові, так як хронічний пієлонефрит може призвести до уремії. Хронічний пієлонефрит тривалого перебігу призводить до розвитку нефрогенної гіпертонії, в тому числі і до злоякісної. Загострення спостерігається на 22-28 тижні вагітності. Клінічна картина може нагадувати грип, апендицит, холецистит.

Ускладнення вагітності: пізні гестози (40%). Передчасні пологи (30%), інфікування плоду (везикульоз, гнійно-септичні захворювання). Перинатальна смертність 150-190%.

Ускладнення при пологах: несвоєчасний вилів навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, гіпертензивний синдром, кровотечі в III і ранньому післяпологовому періоді; після пологів – інфекційно-септичні захворювання (метроендометрит, пельвіоперитоніт, мастити, післяпологові виразки).

Ведення вагітності

Визначають III ступені ризику:

I ступінь ризику - пієлонефрит, який виникає під час вагітності.

II ступінь ризику – хронічний пієлонефрит, який був до вагітності.

III ступінь ризику – пієлонефрит з гіперензією, азотемією, пієлонефрит однієї нирки. При III ступені ризику вагітність протипоказана.

Вагітним в I і II групи ризику можна дозволити виношування вагітності, вони повинні бути на обліку у нефролога і перинатолога, контроль сечі кожних 2 тижні, а в період між 22 і 28 тижнями – 1 раз на тиждень.

Вагітних з загостренням пієлонефриту обов'язково госпіталізовувати в стаціонар (нефрологію чи у ВПВ) незалежно від терміну. При хронічному навіть без загострення – планова госпіталізація в нефрологію до 10 тижнів вагітності з метою обстеження (аналіз сечі, проба Зимницького, Нечипоренко чи Аддіс-Каковського, сечовина, креатинін крові та ін.). При пробі Нечипоренко в 1 мл сечі визначається лейкоцитів більше 4000, еритроцитів більше 1000, циліндри (по Аддіс-каковського в 1 мл/доб). Лейкоцитів більше 300000, еритроцитів більше 2000000, циліндрів більше 2000. Якщо в сечі лейкоцитів 15-20 при нейтральній реакції необхідно зробити засів сечі і якщо мікробів більше 105 в 1 мл –

провести курс протизапальної терапії.

Друга планова госпіталізація в 22-28 тижні вагітності і обов'язкове обстеження нефрологом, окулістом. Третя госпіталізація за 2-3 тижні до пологів з метою підготовки її до пологів у ВПВ.

Обстеження вагітних з захворюванням нирок:

1. Аналіз крові.
2. Аналіз сечі.
3. Проба Нечипоренко.
4. Проба Зимницького.
5. Бакзасів сечі і визначення чутливості флори до антибіотиків.
6. Креатинін крові.
7. Залишковий азот.
8. Білок і білкові фракції .
9. Хромоцистоскопічно.
10. Екскреторна урографія при необхідності.

Лікування: в I триместрі – пеніцилін по 800000-1000000 од через 6 годин; або ампіцилін 500 мг в/м 4 рази в день; З II триместру можна призначати – пеніцилін, ампіцилін, цефтріаксон по 1,0 двічі на добу на протязі 7-10 днів. Невіграмон по 2 капсули 4 рази в день 4 дні, потім неграм по 1 капсулі 4 рази в день. Фурагін 0,1 4 рази в день, потім по 0,1x3 рази в день 10 днів. Уросульфан 0,5 3-4 рази в день 12-14 днів. Пити екстракт з клюкви (в ньому багато бензоната Na, який під впливом гліцина переходить в гіпурову кислоту, виділяється нирками). Канефрон по 2 табл. тричі на добу незалежно від терміну вагітності.

Пологи ведуться *per vias naturales*.

В післяпологовому періоді призначають ті препарати, що і під час вагітності за виключенням еритроміцину, який переходить в молоко.

За показаннями (блок нирки) проводять катетеризацію нирки (stent) і подовжують антибактеріальну терапію. Якщо катетеризація не дає ефекту, стан вагітної не покращується – операція, об'єм якої вирішується на операційному столі – декапсуляція нирки, резекція її чи нефректомія. Переривання вагітності в будь-якому терміні вагітності не покращує перебіг гострого пієлонефриту.

При вираженій інтоксикації вводять білкові препарати (альбумін, протеїн, сорбілакт, реосорбілакт).

Десенсибілізуючі засоби (димедрол, супрастин, піпільфен).

Спазмолітики (баралгін по 5 мл в/м, авісан по 0,05 *per os*, цистенал по 3-4 краплі, но-шпа по 2 мл, або папаверин 2% по 2 мо в/м).

Клінічне значення наявності безсимптомної бактеріурії у вагітної та можливість попередження/лікування її наслідків

Інфекція	Клінічні прояви у вагітної	Клінічна значущість для плода/новонародженого	Тактика лікаря при веденні вагітної
Безсимптомна бактеріурія	Проявів немає. Можливий перехід в маніфестну інфекцію сечових шляхів – гострий цистит, гострий пієлонефрит. Високий ризик передчасних пологів.	Затримка росту плода Недоношеність Мала маса новонародженого	Скринінг усіх вагітних при взятті на облік – бактеріологічне або двократне мікроскопічне дослідження сечі або визначення нітритів в сечі (A). Антибіотикотерапія пероральною однократною дозою (фосфоміцину трометамол) або упродовж трьох днів (напівсинтетичні пеніциліни,

			цефалоспорини, нітрофураетолін). Контроль бактеріурії – через 1 місяць.
--	--	--	--

Гломерулонефрит

Зустрічається рідко у 0,1-0,2% вагітних, але являється найбільш небезпечним захворюванням, так як ускладнення при цьому зустрічаються дуже часто. Гломерулонефрит – це інфекційно-алергічне захворювання з враженням клубочків і канальців нирок, визивається β -гемолітичним стрептококом гр. А 12 типу. Гломерулонефрит розвивається через 10-15 днів після ангіни, скарлатини, стрептококової піодермії. Рідко зустрічається неінфекційний гломерулонефрит, який розвивається після прививок, вакцинацій.

Класифікація. Гломерулонефрити бувають гострі і хронічні, але частіше зустрічаються хронічні форми.

Клініка захворювання розвивається поступово: виникає слабкість, головна біль, пастозність м'яких тканин, підвищення артеріального тиску, з'являється гематурія, підвищується рівень антистрептолізину, антигіалуронідази.

Перебіг гломерулонефриту під час вагітності: настає загострення хронічного гломерулонефриту, що можливо пов'язано з підвищенням глюкокортикоїдів під час вагітності. Хронічний гломерулонефрит може перебігати в таких формах:

1. Гіпертонічна: підвищення АТ, гематурія, протеїнурія, зміна очного дна (у 7%).
2. Нефротична: протеїнурія 10-30 г/л, набряки, гіперемія.
3. Змішана: гіпертонія, протеїнурія 1-3-6 г/л, підвищення АТ, набряки, може бути еклампсія.
4. Латентна – мікропротеїнурія, мікрогематурія, циліндри, нормальний АТ, набряків немає, інколи при цій формі спостерігається макрогематурія, тоді приходить до проводити диференційний діагноз з пухлиною нирок.

Всі форми рано чи пізно переходять в термінальну стадію – хронічну уремію.

Перебіг вагітності при гломерулонефриті. Вагітність для таких хворих дуже небезпечна, по-перше загострюється саме захворювання, по – друге майже у 40% при вагітності розвивається пізній гестоз, який важко перебігає, погано піддається лікуванню, часто бувають напади еклампсії і внутрішньотробна смерть плода. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти з коагулопатичними кровотечами, що нерідко призводить до гибелі породілі. У 1/7 вагітних пологи розпочинаються передчасно. Гіпотрофія плода.

Особливо несприятливі для вагітності – гіпертонічна хвороба і змішана форма гломерулонефриту і найбільш сприятлива – латентна форма.

Виділено 3 групи ризику вагітних хворих на гломерулонефрит.

До I групи ризику відносять вагітних з латентною формою гломерулонефриту.

До II групи ризику – вагітні з нефротичною формою.

До III групи ризику – вагітні з гіпертонічною і змішаною формою, з гострим і загостреним хронічним гломерулонефритом, а також з якою формою, яка перебігає з нирковою недостатністю.

Ведення вагітності

Вагітні з гломерулонефритом повинні до 12 тижнів вагітності бути госпіталізовані в нефрологічне відділення, для ретельного обстеження вирішування питання про можливість зберегти вагітність. Вагітність можна дозволити хворим з латентною формою (2/3 вагітних). Пізні гестози у них виникають в 20%, але піддаються лікуванню.

При нефротичній формі спостерігаються сильні набряки, їх лікують сечогінними препаратами, вливанням білкових препаратів. Вони 3 рази повинні бути в стаціонарі за час вагітності. Якщо набряки, протеїнурія і гематурія зменшуються, то вагітність можна продовжувати.

При III ступені ризику вагітність протипоказана, так як нерідко вже під час вагітності може розвинути ниркова недостатність, не кажучи про такі ускладнення, які виникають як важка форма нефропатії, нерідко прееклампсія і еклампсія, передчасне відшарування

плаценти, антенатальна смерть плода.

Лікування. Дієта: білкова, при нефротичній формі її треба збільшити до 2г/кг, зменшити прийом NaCl до 5 г, води до 800 мг за день.

Симптоматичне лікування: гіпотензивні препарати, діуретики, білкові препарати.

Сечокам'яна хвороба

Зустрічається в 0,15-0,3% і під час вагітності частішають напади сечокам'яної коліки. Цьому сприяють розширення і гіпотонія ниркових мисок, сечоводів і сечового міхура, приєднання інфекції, сечові камінці починають міграцію і стан кожної третьої хворої під час вагітності погіршується.

Ускладнення перебігу вагітності:

1. Попередує переривання вагітності.
2. Виникнення пієлонефриту за рахунок травми слизової оболонки сечовивідних шляхів і приєднання інфекції.
3. Пізній гестоз.
4. Перинатальна смертність досягає 50%.
5. Гідронефроз, якщо спостерігається повна перекриття сечовода великим камінцем.

Неускладнена сечокам'яна хвороба не впливає на перебіг вагітності. Переривання вагітності показано лише при нирковій недостатності, або при поєднанні з важкою формою гестозу.

Пологи у більшості роділь перебігають без ускладнень.

Лікування: відварене м'ясо, риба 2-3 рази в тиждень, яблука, абрикоси, кавуни, відвари чорної смородини. Спазмолітики: папаверин 2% по 2 мл, но-шпа по 2 мл, платифілін 0,2% по 2 мл, баралгін по 5 мл в/в, атропін, промедол, морфій не бажано. В деяких випадках коліку вдається купувати препаратами, які вибірково розширюють мускулатуру сечовода (цистеналом по 20 крапель на кусок цукру під язик, а при повторних нападах по 20 крапель 3 рази в день під час їжі, або після їжі); авісан 0,1 по 2 таб. після їжі, або по 0,05-0,1, 3-4 рази в день, канефрон по 2 табл. тричі на добу до 3 тижнів.

Теплі ванни і грілки при вагітності протипоказані. Якщо напади коліки не купуються медикаментозними препаратами то проводять катетеризацію нирки (stent), якщо катетер не можливо провести в сечоводи – ставиться питання про оперативне лікування. Показання для операції:

1. Анурія, визвана закупоренням сечовода.
2. Септичний стан хворої при пальпульозному пієлонефриті.
3. При пієлонефрозі.

Гідронефроз і вагітність

Інколи розвивається гідронефроз, коли сечовід здавлюється вагітною маткою, але частіше гідронефроз буває до вагітності і перебігає безсимптомно. Вагітні скаржаться на тупі болі в попереку, в зв'язку з венозним застоєм часто виникає гематурія, інколи ниркові коліки (якщо камінець перекриває відток сечі), інколи пііурія, бактеріурія, зміни формули крові.

Діагностика – УЗД, хромоціскоп, катетеризація сечоводів.

Ускладнення під час вагітності:

1. Збільшена нирка може заважати нормальним пологам.
2. Може розірватися нирка під час пологів.
3. Запалення гідронефротичної нирки.
4. Ниркова недостатність при двосторонньому ураженні.
5. Ускладнення гідронефрозу пієлонефритом або пієлонефрозом.
6. Пізні гестози у 10-15%.
7. Перинатальна смертність 0,5%, незрілі діти народжуються у 15%.

Якщо гідронефроз з'являється під час вагітності, то непотрібно спішити з її перериванням, необхідно вагітну обстежити.

Переривання вагітності показано:

1. При двохсторонньому гідронефрозі.
2. Гідронефроз однієї нирки, якщо навіть функція її збережена.
3. При односторонньому гідронефрозі, що супроводжується азотемією, або пієлонефритом,

який погано піддається лікуванню.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авицена, 2004. – 168 с.
2. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.
3. Урогенитальные инфекции у женщин: Клиника, диагностика, лечение / Под ред. В. И. Кисиной, К. И. Забирова. – М.: МИА, 2005. – 280 с.
4. Чайка В.К., Демина Т.Н., Иотенко Б.А. Лечение ассоциированной вирусно-бактериальной инфекции во время беременности // Doctor. – 2006. - №5 (35). – С. 13-17.
5. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: Триада-Х, 2003.- 816 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Тарановська О. О.

07.11.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.