

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
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 ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Ведення вагітності і пологів у жінок із патологією сечовивідних шляхів (код курсу 6.2)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

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, кислотно-лужного стану.
5. Фізіологічні зміни при вагітності.
6. Клініка, діагностика і лікування захворювань сечовидільної системи.

III. Об'єм нової інформації

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.

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.
5. Кабінет функціональної діагностики.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.

2. Добірка ситуаційних задач.
3. Для проведення заняття підготувати 3-5 вагітних з різними формами екстрагенітальної патології, історії вагітності і пологів, необхідні аналізи, таблиці тощо.

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної для визначення факторів ризику захворювання нирок.		+	
2.	Оцінити результати УЗД.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану плода.		+	
4.	Визначити тактику ведення вагітності при захворювання нирок.		+	
5.	Визначити термін і тактику розродження при захворювання нирок.		+	
6.	Визначити терміни проведення та методи профілактики захворювань нирок у вагітних.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

1. Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
2. Самоконтроль лікаря-курсанта.
3. Вирішення ситуаційних задач.
4. 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. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.
3. Вміти діагностувати:
 - пієлонефрит;

- гломерулонефрит;
 - сечокам'яну хворобу;
 - гідронефроз.
4. Провести обстеження вагітних з пієлонефритом, гломерулонефритом, сечокам'яною хворобою та гідронефрозом.
 5. Визначити ступені ризику при пієлонефриті, гломерулонефриті.
 6. Проводити диспансерний нагляд за вагітними з пієлонефритом, гломерулонефритом, сечокам'яною хворобою і гідронефрозом.
 7. Визначити і провести лікування вагітних з захворюванням нирок.
 8. Знати і вміти вести пологи і післяпологовий період у вагітних з захворюванням нирок.
 9. Оцінити стан новонародженого і провести профілактичні заходи по запобіганню гнійно-септичних захворювань у дітей.

Тестові завдання

1.

Вагітна Д., 25 років доставлена в обсерваційне відділення пологового будинку зі скаргами на різкий біль у правій поперековій ділянці, $t^{\circ} - 38,5^{\circ}C$, 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 нормотонусе. 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.
- E** Вагітність I, 24-25 тижнів, гострий апендицит.

2.

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 $37,2^{\circ}C$, 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

3.

Беременная в сроке 32 недели отмечает подъем t до $38,9^{\circ}C$, озноб, тупую боль в правой поясничной области, анорексию, тошноту, рвоту. В детстве перенесла скарлатину. О какой наиболее вероятной патологии можно думать в данном случае?

- A** Острый пиелонефрит беременных
- B** Воспаление придатков матки
- C** Амниохорионит
- D** Пищевое отравление
- E** Острый аппендицит

4.

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?

A Гестаційний пієлонефрит

B Загроза пізнього викидня

C Гострий аппендицит

D Гострий цистит

E Грип

5.

У жіночу консультацію до лікаря звернулася вагітна П., 6-7 тижнів вагітності. З анамнезу з'ясовано, що жінка з 15 років хворіє на цукровий діабет у тяжкій формі.

За заключенням окуліста ретинопатія II ст. Мала 2 вагітності, які закінчилися мертво-народженням. Вміст цукру в крові - 15 ммоль/л. При бімануальному дослідженні встановлено, що матка збільшена (як при вагітності, терміном до 7 тижнів). Тактика лікаря?

A Показано переривання вагітності.

B Пролонгування вагітності під контролем рівня цукру в крові

C Консультація генетика

D Консультація ендокринолога

E Госпіталізація в критичні терміни вагітності

Ситуаційні задачі :

1

Вагітна в терміні 20 тижнів доставлена у відділення патології вагітних зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5°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.

Діагноз? Що робити?

2.

Повторновагітна 29 років поступила в пологовий будинок з доношеною вагітністю та скаргами на задишку, серцебиття, швидку втому. В дитинстві часті ангіни, з 15 років страждає на ревматизм неактивну фазу, мітральний стеноз 2 ст, недостатність кровообігу 2 А ст.

Яка тактика проведення пологів у данному випадку?

VII. 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 прееклампсії, 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.

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ І ВАГІТНІСТЬ

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

Пієлонефрит – 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, клабсієла (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 передstadію пієлонефриту.

Клініка.

Симптоми: гострого пієлонефриту: підвищення температури тіла до 38-39^oC, знобіння, загальна слабкість, аденамія, інтоксикація, пульс і дихання прискорені, біль у попереку, дизурія. 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 плода (везикульоз, гнійно-септичні захворювання). Перинатальна смертність 150-190‰.

Ускладнення при пологах: несвоєчасний вилив 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 госпіталізувати 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, піпольфен).

Спазмолітики (баралгін по 5 мл в/м, авісан по 0,05 per as, 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 каналців нирок, визивається β-гемолітичним стрептококом гр. А 12 типу.

Гломерулонефрит розвивається через 10-15 днів після ангіни, скарлатини, стрептокової 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 приходиться 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 внутріутробна 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 любою 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. підся 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 пієонефрозі.

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 птіурія, бактеріурія, зміни формули крові.

Діагностика – УЗД, хромоцископ, 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 пієонефрозом.
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.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авиценна, 2004. 0 164 с.
2. Медведь В.И., Авраменко Т.В. Сахарный диабет беременных // Doctor. – 2003. – № 5. – С. 47-49.
3. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2004. – 185 с.
4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999. – 816 с.і
5. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. — К., 2000.
6. Акушерство/Під редакцією Грищенко В.І. — Харків, 2000.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. – М.: МИА, 2011.