Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Терапии

Зав. кафедрой д.м.н.,

Реферат

на тему:

«ГИДРОНЕФРОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ С ОДНОЙ ПОЧКОЙ»

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

Пенза

2010

План

1. Гидронефроз

1. Патогенез и клиника
2. Симптоматика
3. Диагностика
4. Лечение

2. Беременность с одной почкой

1. Изменения организма после удаления почки
2. Прогноз по беременности
3. Роды при патологии почек
4. Поражение почек опухолевой природы

Литература

1. Гидронефроз

Частота гидронефроза у беременных неизвестна. Это связано с трудностью выявления гидронефроза во время беременности, когда применение рентгенологических методов исследования ограничено.

Гидронефроз — это заболевание, основными чертами которого являются расширение лоханки почки, застой мочи в ней и атрофия паренхимы почки вследствие препятствия оттоку мочи.

1.1 Патогенез и клиника

Причины, вызывающие нарушение оттока мочи, могут находиться как внутри мочевого тракта, так и вне его в окружающих тканях. Патологические изменения в уретре или мочевом пузыре (рубцы, складки слизистой оболочки, аномалии развития), воспалительные процессы в тазовой и забрюшинной клетчатке могут привести к двустороннему гидронефрозу. Искривление и перегибы мочеточников, нередко наблюдаемые во время беременности, их перекручивание, сдавление кровеносным сосудом, идущим к нижнему полюсу почки или соединительнотканным футляром, образующим единое ложе для правого мочеточника и сосуда, расширяющегося во время беременности, также служат причиной гидронефроза. Препятствие для оттока мочи может возникнуть при наличии камней, дивертикулов лоханки или мочеточника, сужения мочеточника рубцовой тканью. Функциональные расстройства деятельности мочевыводящих путей, выражающиеся в атонии лоханок и мочеточников, тоже способствуют развитию гидронефроза.

Различают гидронефроз врожденный и приобретенный, органический или функциональный. Последний может появиться во время беременности, когда нарастает гипотония мочевыводящих путей. Процесс может быть односторонний (чаще) и двусторонний.

Чем бы ни было вызвано нарушение оттока мочи, оно приводит постепенно к расширению лоханки. Пиелоэктазия — начальная форма гидронефроза. Давление в лоханке увеличивается, нарушается внутрипочечное кровообращение, и развивается атрофия клубочково-канальцевого аппарата почки. Стенки все увеличивающейся полости в почке истончаются. Сокращение количества функционирующих нефронов вызывает недостаточность почек. Выделительная способность почки снижается.

Во время беременности гидронефроз может быть вызван давлением плода на мочеточник. Гидронефроз беременных возникает в результате функциональных изменений в мочевой системе и является преходящим. И. Я. Ромм (1965) обследовала женщин, перенесших «гидронефроз беременных», в отдаленные сроки после родов и нашла всех их здоровыми.

Большая гидронефротическая почка может препятствовать нормальным родам. Описаны случаи разрыва тонкостенного гидронефротического мешка во время родов.

Если гидронефроз существовал до беременности, то обычно он бывает инфицирован, чаще наблюдается пониженная функция почек. Поэтому часто возникает необходимость в прерывании беременности.

1.2 Симптоматика

Симптомов, патогномоничных для гидронефроза, обычно не наблюдается. Заболевание долгое время может протекать скрыто, бессимптомно и выявляться случайно. Часто больные жалуются на боли в поясничной области. Боли обычно тупые, тянущие, иррадиируют в паховую область и бедро. Реже возникают боли типа почечной колики: приступообразные, очень сильные, нередко сопровождающиеся тошнотой, рвотой, вздутием живота. Во время болей может задерживаться мочеотделение, а по их окончании моча выделяется обильно. Почечная колика может периодически появляться на фоне тупых, почти постоянных болей. При длительно существующем процессе почечная колика исчезает, и остаются только непрекращающиеся тянущие боли и ощущение тяжести в поясничной области. Боли в пояснице, впервые появившиеся во время беременности и вызванные развившимся гидронефрозом, могут быть ошибочно приняты за угрожающий аборт или преждевременные роды.

В послеродовом периоде гидронефроз вновь протекает бессимптомно, хотя иногда в первые дни после родов могут усилиться боли вследствие сдавления мочеточника при инволюции матки.

Иногда увеличенную гидронефротическую почку удается прощупать, пока беременная матка располагается относительно низко (в первом триместре и в начале второго триместра беременности).

Частым симптомом гидронефроза является макро- или микрогематурия. Гематурия объясняется венозным застоем в почке.

Гидронефроз нередко осложняется нефролитиазом и пиелонефритом. Тогда, помимо приступов почечной колики, периодически возникающей лихорадки, удается обнаружить пиурию, бактериурию, нейтрофильный лейкоцитоз крови и ускоренную СОЭ.

1.3 Диагностика

Достоверная диагностика гидронефроза возможна только с помощью рентгенологических методов исследования. Особенно ценны экскреторная урография и ретроградная пиелография. По рентгенограмме можно определить увеличение почки, ее морфологические измененияи некоторые другие косвенные признаки гидронефроза (отсутствие контуров поясничной мышцы, сколиоз и др.). Однако эти методы исследования почек беременным противопоказаны, поэтому следует принимать во внимание снимки, сделанные до беременности.

В диагностике гидронефроза у беременных имеют значение анамнез (указание на выявление гидронефроза в прошлом, характер болевого синдрома и его динамика), а также данные хромоцистоскопии. Хромоцистоскопия позволяет заподозрить гидронефроз и судить о секреторной функции паренхимы почек и моторной функции мочевыводящих путей. Для этой цели необходимо произвести после обычной хромоцистоскопии это же исследование с катетеризацией мочеточника. Мочеточниковый катетер вводят вплоть до лоханки почки. Лоханку опорожняют, затем внутривенно вводят индигокармин. При сохранной функции почки и нарушении двигательной активности мочеточника индигокармин выделяется своевременно. Если секреторная функция паренхимы почки нарушена, выделение красителя, задерживается. При сравнении результатов обычной хромоцистоскопии и исследования, произведенного после катетеризации мочеточника, можно оценить степень нарушения секреторной и моторной функций раздельно. Катетеризация мочеточников способствует распространению инфекции. Поэтому ее следует производить строго в асептических условиях на фоне лечения антибиотиками.

Катетеризация мочеточников дает возможность судить о проходимости мочеточника и о локализации препятствия, а также позволяет получить мочу для раздельного исследования из каждой почки.

При исследовании мочи, взятой раздельно из каждой почки, удается выявить сторону поражения, а также источник гематурии, пиурии и бактериурии. Инфекция мочевых путей (пиелонефрит) встречается почти у всех беременных, больных гидронефрозом, независимо от того, существовал он до беременности или возник во время нее. Нарушение оттока мочи, свойственное гидронефрозу, способствует развитию инфекции. По-видимому, гидронефроз органический или функциональный встречается у беременных гораздо чаще, чем он диагностируется. Из-за наличия противопоказаний к рентгенологическому исследованию гидронефроз у беременных не выявляется и заболевание фигурирует под диагнозом пиелонефрита,

Если гидронефроз имеет односторонний характер и протекает асептически, то прогноз относительно благоприятный. Заболевание может протекать в течение многих лет, не сказываясь существенно на здоровье женщины, так как постепенно утрачиваемую функцию больной почки компенсирует здоровая. При двустороннем гидронефрозе, особенно осложненном пиелонефритом, прогноз значительно хуже, поскольку гидронефроз может перейти в пионефроз, а функциональная недостаточность почек приводит к уремии.

У женщин, страдающих гидронефрозом, тяжелый поздний токсикоз беременных возникает в 10% случаев. Перинатальная смертность достигает 94%, а рождение незрелых детей — 15%.

Вопрос о допустимости беременности при гидронефрозе должен решаться в стационаре после обследования, включающего изучение функции почек и наличия в них инфекции.

Гидронефроз, появившийся во время беременности, обычно не является показанием к ее прерыванию. Такая необходимость возникает только в том случае, если не удается терапевтическими мероприятиями ликвидировать остро развившееся заболевание. Прерывание беременности показано при двустороннем гидронефрозе, развившемся до беременности; при гидронефрозе единственной почки, даже если функция ее сохранена; при одностороннем гидронефрозе, сопровождающемся азотемией или пиелонефритом плохо поддающимся лечению.

1.4 Лечение

Консервативное лечение гидронефроза при беременности может быть действенным только при легкой форме заболевания. Поскольку такая форма у беременных преобладает, пренебрегать попытками консервативного лечения не следует.

В целях повышения тонуса верхних мочевыводящих путей и борьбы со стазом мочи назначают 1 мл 5% раствора витамина В1 внутримышечно. С той же целью раньше применяли диатермию почечной области. Аппараты для диатермии в настоящее время сняты с производства, эту процедуру можно заменить другим физическим методом лечения, например индуктотермией на область почек.

Серьезное внимание следует уделять предупреждению и лечению запоров. Показана диета, богатая клетчаткой: черный хлеб, щи, борщ, свекольник, окрошка, зеленые щи, говядина, свежая рыба, максимальное включение в пищевой рацион овощей, гречневая каша из поджаренной крупы, яйца, сыр, сметана, творог, простокваша, компоты, ягоды, фрукты, мед, чернослив. Широко применяются растительные слабительные средства.

Если гидронефроз сопровождается инфекцией мочевыводящих путей, следует назначить такое же лечение, как при пиелонефрите.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения возникает необходимость в хирургическом вмешательстве. Показанием для операции являются частые рецидивы гидронефроза беременных с упорным лихорадочным состоянием, повторные приступы почечной колики, не поддающиеся лечению. Подготовка к операции требует тщательного рентгенологического исследования, поэтому по возможности желательно отсрочить операцию на послеродовой период или произвести родоразрешение беременной преждевременно.

Если функция паренхимы почки сохранена, а причина, вызвавшая гидронефроз, может быть устранена хирургическим путем, показана одна из пластических операций в области лоханочно-мочеточникового соустья. У некоторых больных производят нефрэктомию, когда гидронефроз односторонний, — резко выражена атрофия паренхимы и функция почки серьезно нарушена. Если вторая почка поражена гидронефрозом или другим заболеванием, то нефрэктомия противопоказана.

А. Я. Пытель и Н. А. Лопаткин (1962) отмечают, что лечение беременных, больных калькулезным инфицированным гидронефрозом, представляет большие трудности. При этом заболевании здоровье больной, течение беременности, а также благополучные исходы родов и послеродового периода находятся под угрозой. Повышение внутрибрюшного давления, а, следовательно, внутрилоханочного и почечного давления во время беременности, особенно в период родов, может содействовать генерализации инфекции, поражению здоровой почки, а иногда и всего организма; это может привести к возникновению послеродового сепсиса. Поэтому авторы считают наиболее целесообразным ликвидировать инфекционный очаг в организме своевременно, т. е. восстановить нарушенный пассаж мочи нефростомией или произвести нефрэктомию. При поздних сроках беременности и желании женщины сохранить ее вопрос решается в пользу того или иного вида оперативного вмешательства. Однако в послеоперационном периоде не исключается возможность преждевременных родов. Поэтому таким больным должны быть проведены все мероприятия, обеспечивающие сохранение беременности.

2. Беременность с одной почкой

У врачей часто возникает негативное отношение к возможности сохранения беременности у женщин с единственной почкой. Это объясняется отягощенным урологическим анамнезом у больных, перенесших нефрэктомию, представлением о том, насколько опасно диффузное заболевание почек во время беременности, а также отсутствием достаточного личного опыта. Между тем в отечественной и зарубежной литературе в последние годы преобладают оптимистические взгляды на беременность и роды после нефрэктомии. Рожают 0,1—1% женщин, перенесших нефрэктомию.

2.1 Изменения организма после удаления почки

Единственная почка может быть врожденной аномалией развития или остаться после удаления второй почки по поводу какого-либо заболевания: туберкулеза почки, гидронефроза, пиелонефрита, почечнокаменной болезни, реноваскулярной гипертонии, опухоли и травмы.

Беременность и роды при одной почке прямо зависят от того, насколько страдает организм после удаления этого парного органа. Клиническая практика показывает, что утрата одного из парных внутренних органов человека обычно не препятствует благополучному течению беременности и родов, настолько велики компенсаторные возможности оставшегося органа. Это относится к легким, надпочечникам, яичникам. В равной мере это относится и к почкам. Компенсаторная перестройка единственной почки, оставшейся после нефрэктомии, протекает в две стадии. Первая характеризуется относительной функциональной недостаточностью органа (функция оставшейся почки еще существенно не увеличилась), утратой функционального резерва (все нефроны функционируют), острой гиперемией почки и начинающейся гипертрофией. Для второй стадии характерны: полная функциональная компенсация (функция почки увеличивается вдвое), восстановление функционального резерва (часть нефронов не функционирует), умеренная, но стабильная гиперемия и усиливающаяся до определенного предела гипертрофия.

С первого дня после нефрэктомии оставшаяся почка мобилизует свои резервные силы, причем, прежде всего, происходит ее приспособление к выведению воды и хлорида натрия. Азотистые вещества, накапливаясь в крови, являются раздражающим фактором для развития компенсаторной гипертрофии почки. Происходит гипертрофия как юг/бочковой, так и канальцевой зоны, и не только объемная, но и функциональная.

Резервные возможности почки велики. В норме одновременно функционирует лишь 1/4 почечной паренхимы. После нефрэктомии кровоток оставшейся почки увеличивается в 1 1/2 раза и функциональная способность ее сохраняется на нормальном уровне.

Процесс компенсации функций утраченной почки длительный. Некоторые авторы считают, что он завершается лишь через 1-2 года после операции. С сокращением наполовину числа нефронов в результате ликвидации одной почки к оставшимся нефронам предъявляются удвоенные требования, их напряженная деятельность постепенно приводит к функциональному истощению оставшегося органа. А. Я. Пытель и С. Д. Голигорский (1970) отмечают, что, «по-видимому, нельзя считать лиц, перенесших нефрэктомию, абсолютно здоровыми даже тогда, когда у них отсутствуют признаки поражения оставшейся почки. Практически это люди с ограничением резервов функциональной активности». Наиболее благоприятное для наступления беременности время — 2 года после нефрэктомии, когда завершена функциональная перестройка органа. Об этом можно судить по тому, что в первом триместре беременности почечный кровоток и клубочковая фильтрация увеличиваются в той же мере, что и у здоровых женщин с двумя почками: Физиологические функции оставшейся почки во время беременности обычно нормальны, экскреторная функция не нарушается. Артериальное давление не повышается. Протеинурия у беременных после нефрэктомии такая же незначительная, как у здоровых; клиренс мочевины нормальный.

Для прогноза беременности и родов определенное значение имеет причина удаления или отсутствия почки. Так, если почка удалена по поводу туберкулеза, нефролитиаза или пионефроза, то обычно состояние женщины улучшается, поскольку отсутствует источник интоксикации и оставшаяся почка лучше функционирует, чем до беременности. Врожденная единственная эктопически расположенная почка хуже справляется со своими функциями и сильнее реагирует на те или иные влияния, чем почка нормальной локализации, сохранившаяся после удаления контралатеральной.

Не имеет значения и то, какая почка удалена. Правда, некоторые исследователи полагают, что при правосторонней нефрэктомии прогноз для беременности лучше, так как правые почка и мочеточник чаще подвергаются изменениям во время беременности.

2.2 Прогноз по беременности

У женщин, перенесших нефрэктомию, во время беременности часто присоединяется инфекция мочевыводящих путей. Это осложнение встречается более чем у половины беременных. Однако, по нашим наблюдениям, функция почки страдает мало, она существенно не ухудшается ни во время беременности, ни после родов.

Поздний токсикоз беременных редко развивается у женщин с единственной почкой. Этот факт трудно объяснить, но он имеет, несомненно, важное практическое значение. Несколько чаще возникает многоводие и слабость родовой деятельности. Дети обычно родятся здоровыми, с нормальными массой и длиной тела. Перинатальная смертность не достигает 100% .

Хуже всего акушерский прогноз при врожденном отсутствии одной почки. Неправильное эмбриональное развитие вольфовых протоков обусловливает ненормальное формирование мочеточника и всей ренальной системы. Очень часто наблюдается связь между врожденной аплазией почки и уродствами гениталий. Дело в том, что вольфов проток развивается несколько раньше, чем мюллеров проток, и дефект или отсутствие вольфова протока задерживает рост вниз мюллерова протока. В результате этого маточные трубы, матка и влагалище развиваются неправильно. Это объясняет тот факт, что при недоразвитии почки на той же стороне часто наблюдаются аномалии матки и маточных труб. Перегородка в матке — дефект, появляющийся у плода поздно (на 11—17-й неделе), практически никогда не сопровождается уродствами почки. Однорогая матка или какой-либо дефект маточного рога отражают задержку развития плода на ранней стадии (5—7 недель) и нередко сопровождаются дефектом вольфова протока с последующим уродством почки. Аномалии урогенитальной системы возникают обычно к 33-му дню беременности. Таким образом, выявление аномалии строения внутренних половых органов позволяет заподозрить неправильное развитие почек. Конечно, исследование внутренних гениталий (гидро-салышнгография, лапароскопия, лапаротомия) возможно только вне беременности, и, если оно производилось, полученные данные должны быть использованы для диагностики аномалий развития почек.

Больные с врожденными аномалиями почек, с отсутствием одной почки, достигшие взрослого возраста, обычно не ощущают существенных неудобств. Однако во время беременности у них нередко возникает инфекция мочевых путей, значительно повышаются перинатальная смертность и рождение незрелых новорожденных.

2.3 Роды при патологии почек

Роды у женщин с врожденной аплазией почки не представляют особенностей, и кесарево сечение приходится делать в основном по акушерским показаниям. Исключение составляет эктопическое расположение почки в малом тазу, что часто приводит к ненормальному расположению плода и может препятствовать самопроизвольным родам. Тогда становится неизбежным кесарево сечение.

Среди беременных и рожениц с единственной почкой наибольшее число составляют больные, у которых почка была удалена по поводу туберкулеза, хотя теперь в лечении туберкулеза преобладают консервативные методы. После нефрэктомии по поводу туберкулеза в мочевом пузыре или во второй почке могут сохраниться остаточные явления, вызванные интоксикацией (токсическим действием туберкулеза почек или специфического цистита). После удаления почки наибольшее число осложнений, в том числе и сопровождающихся смертельными исходами, раньше наблюдалось в первые 6 мес. В последние десятилетия нефрэктомию стали производить на фоне интенсивной противотуберкулезной терапии, в связи с этим смертность больных стала минимальной. Так, если раньше она составляла 17%, то теперь случаи смерти после нефрэктомии единичны. Однако, решая вопрос о сроке разрешения беременности после нефрэктомии, следует учитывать возможность послеоперационных осложнений. Если в течение нескольких лет после операции бактериологическое исследование мочи дает отрицательные результаты, специфический процесс не обнаруживается, женщина не нуждается в лечении по поводу туберкулеза (снята с учета в противотуберкулезном диспансере), то беременность и роды у нее протекают благополучно. У женщин, перенесших нефрэктомию по поводу туберкулеза, должны быть учтены не только функция оставшейся почки и инфицированность мочевых путей специфическим возбудителем, но и возможность внепочечного поражения туберкулезом. В таких случаях необходимы тщательное изучение анамнеза, объективное обследование и заключение врача-фтизиатра противотуберкулезного диспансера.

У наблюдавшихся нами женщин с удаленной по поводу туберкулеза почкой осложнений во время беременности и родов не было, некоторые даже родили дважды. Лишь у одной женщины беременность закончилась поздним выкидышем вследствие истмико-цервикальной недостаточности.

Магкпат (1968) установили, что у женщин с удаленной почкой вследствие гидронефроза чаще, чем при нефрэктомии, произведенной по другим причинам, возникают осложнения во время беременности. У 3 из 5 наблюдавшихся ими больных во время беременности развился пиелонефрит, у одной — гипертония. Наши данные не подтверждают этих наблюдений. Ни у одной из женщин, перенесших ранее нефрэктомию по поводу гидронефроза, мы не диагностировали инфекции мочевых путей во время беременности, хотя причина гидронефроза была различной (стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента, обтурация мочеточника камнем и др.). У всех женщин во время беременности и после родов функция почки не была нарушена. Одна женщина родила дважды: через 4 и 12 лет после нефрэктомии.

Как бы ни был тяжел односторонний пиелонефрит, если оставшаяся после нефрэктомии почка здорова, то беременность обычно протекает благополучно. Если же единственная почка инфицирована (пиелонефрит), прогноз значительно ухудшается. Склонность пиелонефрита к обострениям во время беременности, не всегда успешное консервативное лечение, возникновение показаний к хирургическому вмешательству у больной с единственной почкой делают беременность противопоказанной. Такова же тактика и в отношении туберкулеза единственной почки. Поскольку количество наблюдений беременности у женщин, перенесших нефрэктомию по поводу пиелонефрита, сравнительно невелико, сведения об осложнениях беременности и родов у таких женщин не могут считаться достоверными.

Из женщин, перенесших пиелонефрит, по поводу чего была произведена нефрэктомия, и рожавших под нашим наблюдением, только у одной беременность сопровождалась явлениями угрожающего выкидыша. После проведенного лечения женщина родила здорового доношенного ребенка. Признаков пиелонефрита у больной не было. Другая больная с пиелонефритом единственной почки, несмотря на запрещения врачей, упорно хотела иметь ребенка. Две беременности были прерваны из-за ухудшения состояния при больших сроках — 16 и 20 недель. Третью беременность она доносила, но родила мертвый плод. Четвертая беременность осложнилась чрезмерной рвотой, протекала с обострением пиелонефрита, сниженной функцией почки (почечный кровоток 680 мл/мин, клубочковая фильтрация 54 мл/мин), азотемией (0,52 г/л, 52 мг%), инфарктом легкого, аллергическими реакциями на лекарства. Преждевременно родилась живая девочка со спинномозговой грыжей, требующей хирургической коррекции. Остальные женщины, у которых была удалена пораженная пиелонефритом почка, родили благополучно.

Беременность у женщин после нефрэктомии по поводу почечнокаменной болезни обычно протекает нормально (Магкпат, 1968), только у 3 из 13 женщин наблюдали осложнения во время беременности (пиелонефрит, гипертония, поздний токсикоз); все 13 женщин родили без осложнений.

Состояние женщин во время беременности может ухудшиться при наличии камней или пиелонефрита единственной почки. Мы наблюдали женщину с частыми приступами почечной колики, вызванными периодической обтурацией камнем мочеточника (возникала необходимость во введении катетера в мочеточник). У нее же была резус-отрицательная кровь с явлениями сенсибилизации. Сочетанная патология послужила причиной досрочного родоразрешения с последующим переводом для продолжения лечения в урологическую клинику. Ребенок родился недоношенным, с признаками функциональной незрелости и умер через несколько часов от гемолитической болезни.

В последние годы контингент женщин, перенесших нефрэктомию, пополнился больными, у которых почка удалена по поводу реноваскулярной гипертонии. При этом виде симптоматической гипертонии этиологическим моментом является поражение почечной артерии и ее ветвей стенозирующим процессом в результате аномалии развития или различных заболеваний. Сужение почечной артерии «включает» ренин-ангиотензин-альдостероновый механизм — основной патогенетический фактор реноваскулярной гипертонии. Единственным радикальным методом лечения таких больных является хирургическое вмешательство (реконструктивные операции на почечной артерии или нефрэктомия). После операции артериальное давление довольно быстро нормализуется. Мы наблюдали двух беременных, перенесших нефрэктомию в связи с реноваскулярной гипертонией.

2.4 Поражение почек опухолевой природы

Беременность и роды после удаления почки, пораженной опухолью, отмечаются редко. 5 лет после операции выживает только 20% женщин, так как 80—85% опухолей почек имеют злокачественный характер. Опухоли почек часто рецидивируют. Прогноз для беременности неблагоприятный. Некоторые исследователи считают, что беременность таким женщинам вообще противопоказана. Другие полагают, что беременность можно сохранить при условии, если в течение 5 лет после операции не было обнаружено рецидивов опухоли.

Очень важно выявить наличие инфекции мочевых Ряд исследователей находили пиелонефрит у каждой четвертой и даже у каждой второй беременной единственной почкой. Нами пиелонефрит диагностирован только у 15% беременных, перенесших нефрэктомию. Пиелонефрит значительно ухудшает прогноз заболевания и ставит под сомнение возможность донашивания беременности.

Если почка была удалена по поводу туберкулеза, следует всегда проверить мочу на наличие микобактерий туберкулеза.

Отсутствие одной почки не влияет на продолжительность беременности. Явления угрожающего выкидыша мы наблюдали только у женщин с большим количеством искусственных или самопроизвольных абортов в анамнезе, часто связанных с истмико-цервикальной недостаточностью. У двух женщин, у которых произошел самопроизвольный выкидыш (в 20 и 28 недель беременности соответственно), функция почки во время беременности и после родов оставалась нормальной. У всех женщин роды наступили своевременно, за исключением тех случаев, когда они были вызваны досрочно в связи с тяжестью общего состояния больных. Роды и операции кесарева сечения у всех женщин протекали без осложнений.

Послеродовой период в большинстве случаев протекает благополучно. Акушерские осложнения (метроэндометрит) и ухудшение состояния органов мочевыделения наблюдаются редко и не обусловлены предшествовавшей нефрэктомией.

Таким образом, большинство женщине одной почкой, врожденной или сохранившейся после нефрэктомии вследствие различных заболеваний, могут иметь беременность и рожать без ущерба для своего здоровья. Повторные роды в этих случаях не ухудшают состояния. Беременность противопоказана, если функция почки резко снижена, особенно при наличии азотемии и артериальной гипертонии, а также при туберкулезе и пиелонефрите единственной почки.

Лечение инфекции мочевыводящих путей у женщин с одной почкой производится, по тем же принципам, что и лечение пиелонефрита. При отсутствии пиелонефрита беременные, перенесшие нефрэктомию, обычно в лечении не нуждаются.

Литература

1. Нефрология: неотложные состояния/ Под.ред. Н.А. Мухина. – М. : ЭКСМО, 2010 г.
2. Нефрология : учебное пособие /М.А. Осадчук, С.Ф. Усик, А.М. Осадчук, Е.А. Мишина. – М. : Издательство «Медицинское информационное агенство», 2010 г.
3. Заболевания почек и беременность М.М.Шехтман. – М.: Медицина, 1980.