**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Терапии**

Реферат

на тему:

**«Общие принципы ведения беременных с заболеваниями почек»**

**Пенза**

**2010**

**План**

1. Особенности обследований при явках в женскую консультацию
2. Особенности ведения в стационаре
3. Ведение беременных в специализированных центрах

Литература

**1. Особенности обследований при явках в женскую консультацию**

Акушер-гинеколог, узнав при первой явке женщины по поводу беременности об имеющемся у нее заболевании почек, в ближайшие дни должен направить ее к терапевту женской консультации, который проводит специальное обследование. Так же поступает акушер-гинеколог и в случае выявления патологических элементов в анализах мочи, при повышений артериального давления или появлении отеков. Дальнейшие вопросы, связанные с наличием экстрагенитального заболевания у беременной, решаются совместно акушером-гинекологом и терапевтом. Беременные, страдающие заболеваниями почек, должны находиться на диспансерном учете у терапевта женской консультации. Это способствует систематическому наблюдению за ними, раннему выявлению осложнений и своевременной госпитализации. Кроме женщин с установленным до беременности диагнозом заболевания почек, терапевт берет на учет беременных с подозрением на эти болезни. Это женщины, у которых во время беременности обнаружены протеинурия, гематурия, пиурия, повышение артериального давления, отеки (в первой половине беременности). После обследования их либо снимают с учета, либо за ними продолжают диспансерное наблюдение, если установлено заболевание почек.

Каждая беременная, у которой не было заболеваний почек до беременности, должна находиться под строгим наблюдением акушера в так называемые критические сроки беременности, особенно в 22—28 недель. В этот период наиболее часто впервые проявляется такое заболевание, как пиелонефрит беременных. В указанные сроки беременности, несмотря на отсутствие жалоб, необходимо производить еженедельное исследование мочи, посевы ее и при отклонении показателей от нормы проводить профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития пиелонефрита. Так, при наличии в повторных анализах мочи повышенного количества лейкоцитов (более 15—20 в поле зрения), особенно при нейтральной реакции ее, при которой часть лейкоцитов подвергается разрушению, или обнаружении бактериурии выше 105 микробных тел в 1 мл мочи («бессимптомная бактериурия») необходимо провести курс противовоспалительной или антибактериальной терапии с обязательным учетом срока беременности и особенностей микрофлоры мочи. Результаты лечения контролируют лабораторными показателями. В случае отсутствия эффекта при амбулаторном лечении такие больные подлежат госпитализации во второе акушерское отделение родильного дома. Необходимость в этом может возникнуть и в том случае, если при первом обращении к врачу у беременной будут заподозрены наличие острого или обострение хронического пиелонефрита, почечная колика, гломерулонефрит.

Об имеющемся заболевании судят на основании анамнеза, выписки из амбулаторной карты районной поликлиники и результатов обследования, произведенного в женской консультации.

Исследование мочи в первой половине беременности достаточно производить 1 раз в месяц, если нет клинических признаков обострения заболевания почек. Если такое подозрение возникло, анализы мочи делают чаще. Через 2 недели после перенесенной ангины женщинам с заболеваниями почек также производят исследование мочи. Поскольку у таких женщин поздний токсикоз возникает значительно чаще, во второй половине беременности исследование мочи производят не реже 2 раз в месяц.

Клинический анализ крови делают чаще одного раза в месяц только при обострении заболевания почек или при появлении анемии.

Исследование мочи по Нечипоренко или Каковскому—Аддису показана при первой явке больной в женскую консультацию для уточнения диагноза и позже, при подозрении на обострение заболевания почек.

Измерять артериальное давление на обеих руках следует при первом посещении для выявления физиологической асимметрии. Во второй половине беременности выраженная асимметрия может быть ранним признаком нефропатии.

При отсутствии бактериологической лаборатории, позволяющей наиболее точным методом посева мочи на питательную среду определить количество бактерий и идентифицировать их, можно пользоваться химическими (ТГК-тест, нитрит-тест) и бактериоскопическими методами количественного определения бактериурии. Химические методы просты, не требуют большой затраты времени и позволяют, производить массовые обследования.

Беременным с заболеваниями почек, протекающими с гипертонией, делают ЭКГ.

Первоочередной задачей наблюдения в женской консультации является уточнение диагноза заболевания, его тяжести и остроты процесса. Возможность продолжения беременности зависит от решения этих вопросов. Однако в условиях амбулаторного наблюдения и обследования больной решить их не всегда удается. Поэтому правилом нужно считать направление таких женщин на госпитализацию при сроке до 3 месяцев беременности.

**2. Особенности ведения в стационаре**

В стационаре решают вопрос о продолжении беременности. Если он решен положительно, об этом в выписке из больницы (родильного дома) делают запись для врача женской консультации. Дальнейшее ведение беременной в женской консультации носит характер активного наблюдения акушером-гинекологом и терапевтом не реже 1—2 раз в месяц, динамического лабораторного обследования и консультирования у врачей других специальностей (уролог, окулист) с определенной периодичностью.

Потребность в повторной госпитализации возникает при:

1) обострении заболевания почек;

2) начинающемся позднем токсикозе;

3) угрожающем выкидыше или угрожающих преждевременных родах;

4) начальных признаках гипотрофии плода;

5) бессимптомной бактериурии или лейкоцитурии, не поддающейся лечению.

Во всех этих случаях женщину госпитализируют независимо от срока беременности. Иногда это приходится делать несколько раз. Женщин с заболеваниями почек, протекающими с гипертонией, обязательно помещают в стационар за 2—3 недели до срока родов. Если заболевание почек не сопровождается гипертонией, необходимость в ранней госпитализации перед родами отпадает.

Госпитализация в ранние сроки беременности может быть произведена в терапевтический, урологический или нефрологический стационар, а не в родильный дом, тем более что возможности для обследования в этих клиниках обычно значительно большие. В этих учреждениях вопрос о прерывании или продолжении беременности решается при активном участии акушера. Оптимальным вариантом являются специализированные родильные дома для больных с заболеваниями почек или родильные дома при многопрофильных больницах, поскольку в них возможны консультативная помощь терапевтов, урологов, нефрологов, окулистов, невропатологов и производство биохимических, иммунологических и других необходимых исследований.

Со второго триместра беременности больных госпитализируют только в родильные дома, так как с этого периода они больше нуждаются в систематическом наблюдении акушера. Им может понадобиться помощь (в случае самопроизвольного выкидыша или преждевременных родов), которая должна быть оказана в обстановке родильного дома. В отделение патологии беременных госпитализируют больных с гломерулонефритом, пиелонефритом вне обострения, мочекаменной болезнью, гидронефрозом, при наличии единственной почки, а во второе акушерское отделение — с острым пиелонефритом. При выявлении обострения пиелонефрита у женщины с урологическим заболеванием, находящейся в отделении патологии беременных, ее переводят во второе акушерское отделение.

**3. Ведение беременных в специализированных центрах**

Целесообразна организация специализированных родильных домов или профилированных по патологии почек отделений. Штаты таких отделений (акушеры, терапевт) не изменяются, но концентрация больных с определенными нозологическими формами неизбежно способствует приобретению опыта и повышению квалификации врачей.

Помимо штатных акушеров и терапевта, для профилированных отделений необходимы консультанты: уролог, окулист, реже — нефролог.

Задачи профилированного (и непрофилированного) отделения, в которое попадает больная, следующие:

1) уточнение диагноза экстрагенитального заболевания;

2) выявление осложнений этого заболевания и осложнений беременности;

3) лечение болезней почек и осложнений беременности;

4) диагностика состояния плода;

5) решение вопроса о возможностя продолжениябеременности; 6) подготовка беременной к родам;

7) составление плана ведения родов и необходимых лечебных мероприятий в родах.

Женщины с туберкулезом почек находятся на учете у фтизиоуролога, их госпитализируют в специализированный родильный дом для туберкулезных больных.

Обследование больной начинают с простейших исследований непосредственно после осмотра больной в приемном отделении. На втором этапе обследования используют методы, способствующие диагностике и дифференциации заболевания. Третий этап обследования — изучение функционального состояния пораженных органов и систем организма.

Вопрос о возможности продолжения беременности решается в стационаре после уточнения диагноза на основании установленной степени риска, отражающей прогноз для женщины и плода. Заключение о возможности или недопустимости продолжения беременности сообщается, как уже говорилось, в выписке из стационара, поступающей к врачу женской консультации.

При необходимости прерывания беременности в связи с заболеванием почек в первом триместре производят инструментальное удаление плодного яйца кюреткой или вакуум-аспиратором с максимальным обезболиванием, особенно если заболевание осложнено гипертонией.

Прерывание беременности во втором триместре обязательно оформляется актом врачебной комиссии, состоящей не менее чем из трех лиц. В акте необходимо тщательно обосновать показания к прекращению беременности. Прерывание беременности лучше производить путем трансабдоминального интраамниального введения простагландина Р2а (50 мг) или его аналогов. Сначала определяют локализацию плаценты с помощью ультразвукового исследования. После соответствующей обработки кожи производят местную инфильтр анионную анестезию передней брюшной стенки 0,25% раствором новокаина. Длинной иглой с мандреном, употребляемой для спинномозговой пункции, делают прокол передней брюшной стенки и передней стенки матки, после чего извлекают мандрен. При выделении из иглы околоплодной жидкости набирают последнюю в количестве 20 мл в шприц, в котором уже содержится 50 мг простагландина, и медленно (в течение 4—5 минут) вводят смесь интраамниально. После процедуры возможно развитие побочных явлений: уртикарная сыпь, тошнота, рвота. При указании больных на наличие в анамнезе аллергических реакций перед введением простагландина рекомендуется произвести инъекцию любого антигистаминного препарата (1 мл 1% раствора димедрола, 1мл 2%раствора супрастина или 1 мл 2,5% раствора пипольфена). Если нет простагландина, производят трансабдоминальное интраамниальное введение 50% раствора глюкозы, так как инъекции гипертонического раствора (20%) поваренной соли при заболеваниях почек не рекомендуются. Исключением является острый пиелонефрит при отсутствии почечной недостаточности и гипертонии.

Перед введением гипертонического раствора глюкозы следует вывести околоплодные воды, количество которых зависит от срока беременности. Так, при беременности 20 недель извлекают 150мл околоплодных вод, при сроке 21—24 недель — 200 мл, при 25—26 — 250 мл. Количество вводимого гипертонического раствора глюкозы или поваренной соли должно быть на 30—50 мл меньше выводимого количества околоплодных вод.

Во втором триместре прерывание беременности может быть осуществлено операцией малого кесарева сечения.

При необходимости досрочного родоразрешения в третьем триместре беременности предварительно в течение 2—3 дней создают гормонально-витаминный фон (20 000 — 30 000 ЕД фолликулина 2 раза в день внутримышечно, 3 мл *5%* раствора аскорбиновой кислоты, 1 мл 5% раствора витамина В12 40 мл 40% раствора глюкозы внутривенно). Определяют степень созревания шейки матки, после чего проводят родовозбуждение внутри-венным капельным введением 2,5 мг простагландина Р2а и 5 ЕД окситоцина в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия. Скорость введения раствора вначале 12 капель в минуту, затем до 20—24 в минуту, Родовозбуждение можно проводить также внутривенным введением 5 ЕД окситоцина без простагландина Р2а, а также с помощью других медикаментозных средств, способствующих развитию родовой деятельности (например, 0,15 г хинина и 0,0001 г карбахолина, чередуя эти препараты каждые .15 мин, с предварительным приемом 60 мл касторового масла).

В последние недели перед родами решают вопрос о методе родоразрешения и характере терапевтических мероприятий, как до родов, так и в родах. Как правило, женщины с заболеваниями почек могут рожать через естественные родовые пути. Рекомендуется в родах широко применять (спазмолитические средства и проводить максимальное обезболивание.

Следует отметить некоторые особенности ведения родов у женщин с заболеваниями почек. У женщин, страдающих различными формами пиелонефрита и мочекаменной болезнью, иногда в родах наблюдается острое нарушение оттока мочи из верхних мочевыводящих путей. Это может быть обусловлено их окклюзией или спазмом. В такой ситуации необходимо срочно произвести двустороннюю катетеризацию мочеточников. Роды при этом ведутся через естественные пути. Для ускорения родоразрешения показана стимуляция родовых сил внутривенным капельным введением 5 ЕД окситоцина в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия. Оперативное родоразрешение (акушерские шипцы, вакуум-экстрактор) производится только по акушерским показаниям: внутриутробная асфиксия плода, вторичная слабость родовых сил и др. В целях ускорения родов рекомендуется эпизио- или перинеотомия.

При оценке данных общего анализа крови не удается выявить каких-либо изменений, характерных для заболеваний почек. Поскольку почки участвуют в эритропоэзе, болезни почек могут сопровождаться анемией. При азотемии, каким бы заболеванием почек она ни была вызвана, при обострении пиелонефрита или гломерулонефрита, при нефротическом синдроме может развиться гипохромная анемия, иногда резко выраженная и плохо поддающаяся антианемическому лечению. Следует учесть, что во время физиологической беременности появляется относительная анемия за счет гидремии. Количество гемоглобина уменьшается до 110 г/л (11 г%). Поэтому полезно при снижении количества эритроцитов, гемоглобина и цветового показателя определять показатель гематокрита, а еще лучше — объем циркулирующих эритроцитов.

Важно помнить о том, что при остром пиелонефрите и обострении хронического воспалительного процесса в почках, при почечной недостаточности наблюдается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. И в этих случаях имеется опасность принять физиологические изменения крови за патологические. Нормально протекающая беременность нередко сопровождается лейкемоидной реакцией. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево может достигать промиелоцитов.

При ведении родов у женщин, страдающих гломерулонефритом, следует помнить о возможности развития тяжелых осложнений. У таких больных, особенно в случае присоединения позднего токсикоза беременных, возможна преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Такие роженицы требуют самого тщательного наблюдения в течение всего родового акта (тонус матки, сердцебиения плода, характер выделений из влагалища). Желательно исследовать у них свертывающую систему крови.

У больных с повышенным артериальным давлением при составлении заключения о ведении родов намечают гипотензивные средства, в том числе управляемую гипотонию в родах, а также проводят тщательное обезболивание родов. Если заболевание почек протекает без артериальной гипертонии, то женщина не нуждается в лечении перед родами и во время родов, а роды ведут консервативно. Такую больную не следует госпитализировать в стационар до начала родовой деятельности.

Рентгенорадиологические исследования являются ценными современными методами диагностики заболеваний почек и оценки их функционального состояния. Нередко именно они дают наиболее полные представления о степени поражения и динамике процесса. Однако применение этих методов исследования опасно в результате возможного побочного влияния на организм женщины, а главное вредного воздействия на плод. Поэтому рентгенорадиологические обследования беременных производят крайне редко. Менее других методов опасна радиоизотопная нефрография (ренография с 131I -гиппураном). Работы зарубежных авторов свидетельствуют о том, что этот метод безвреден для беременной и плода. Метод технически несложен, однако его использование требует специального оборудования и условий.

Рентгенологическое исследование мочевых путей во время беременности допустимо только в случае предстоящей операции или при подозрении на злокачественную опухоль.

При сочетании заболевания почек с акушерской патологией может возникнуть необходимость в оперативном родоразрешении с помощью наложения акушерских щипцов или путем абдоминального кесарева сечения.

Если гломерулонефрит протекает тяжело, показано досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения. По показаниям одновременно производится стерилизация. Следует подчеркнуть, что родоразрешение путем кесарева сечения у женщин, страдающих пиелонефритом, противопоказано из-за наличия в организме беременной воспалительного очага, который в послеоперационном периоде может явиться источником развития тяжелейших осложнений (перитонит, сепсис). Поэтому кесарево сечение у больных пиелонефритом производят только по акушерским показаниям, предпочтительно экстраперитонеальным путем.

Родильницам с болезнями почек, перенесшим операцию кесарева сечения, в послеродовом периоде профилактически необходимо назначить антибактериальную терапию: внутримышечно по 2 000 000 ЕД пенициллина 4 раза в день или по 0,5 г канамицина 3 раза в день либо , препараты других групп (5-НОК по 2 таблетки 4 раза в день в течение 4—6 дней или невиграмон по 2 капсулы 4 раза в день в течение 4—6 дней).

О родильнице с заболеванием почек врач родильного дома должен уведомить женскую консультацию. Терапевт женской консультации, снимая женщину с диспансерного учета, сообщает о ней участковому терапевту или урологу районной поликлиники. Таким образом, осуществляется преемственность наблюдения за больной: районная поликлиника — женская консультация — родильный дом—женская консультация — районная поликлиника.

Дифференцировка больных по степени риска, тщательное наблюдение, правильное ведение беременности, необходимое лечение позволяют больным женщинам родить здоровых детей и сохранить свое здоровье.

**Литература**

1. Заболевания почек и беременность М.М.Шехтман. – М.: Медицина, 1980.
2. Физиология почек А. Вандер Санкт-Петербург, 2000.