



Медицинская академия имени С.
И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
Кафедра акушерства, гинекологии и
перинатологии № 1



Влияние различных заболеваний на течение беременности и родов



Выполнила:
студентка 5-го курса
Белая В.А.

Пороки сердца и беременность

- ▶ Увеличилась частота заболеваний ССС у беременных,
- ▶ Улучшилось качество диагностики, кардиологическая помощь в коррекции врожденных и приобретенных пороков сор,
- ▶ Вынашивание

беременности стало

возможным для многих

больных женщин



- ▶ Заболевания ССС у беременных занимают основное место среди всей экстрагенитальной патологии.
- ▶ На долю их приходится более 60% всех заболеваний внутренних органов у беременных и рожениц.



Пороки сердца и беременность

- ▶ Ревматические пороки встречаются у 6-10% бер-х.
- ▶ При решении вопроса о возможности вынашивания бер-ти следует **УЧИТЫВАТЬ**: активность ревматического процесса, характер поражения сердца (форму порока и его выраженность), функциональное состояние ССС и стадию нед-ти кровообращения, наличие аритмии, состояние важнейших органов и систем (печени, почек, легких), сопутствующие заболевания и акушерскую ситуацию.

Показания для прерывания бер-ти при ревматических пороках

- ▶ Активный первичный или возникший в течение года до беременности ревмокардит;
- ▶ Недостаточность кровообращения IIА и последующих стадий;
- ▶ Стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия III-IV-V стадий, комбинированные митральные пороки сердца с преобладанием стеноза, особенно при наличии признаков легочной гипертензии и кровохарканья;

- ▶ Стеноз устья аорты, сопровождающийся дилатацией левого желудочка;
- ▶ Недостаточность трехстворчатого клапана;
- ▶ Мерцательная аритмия;
- ▶ Инфаркт миокарда или частые приступы стенокардии, обусловленные ревматическим коронаритом.



Особенности течения ревматизма при бере-ти

Обострение ревматизма у бер-х часто м.б.

- ▶ в I триместре, когда плод еще является антигеном, идет аутоиммунная реакция.
- ▶ на 3-4 сутки после родов;
- ▶ Происходит при митральных пороках или комбинированных с преобладанием митрального стеноза;
- ▶ Резко увеличивается риск развития сердечной недостаточности и повышается летальность женщин;
- ▶ Трудно диагностировать рецидив;

При обострении ревматизма во время беременности

- ▶ Часто развивается отек легких, пневмонии, тромбозы
- ▶ Наслаиваются гестозы, беременность заканчивается преждевременными родами;
- ▶ Значительно ухудшается прогноз для плода, при обострении в ранние сроки бер-ти возможны пороки развития плода, его в/утробная гибель;
- ▶ В поздние сроки – недоношенность плода, гипоксия и асфиксия;
- ▶ Ухудшение состояния бер-й часто связывают не с рецидивом ревматизма, с самим пороком

Митральный стеноз

- ▶ Ревматизм поражает преимущественно митральный клапан - 88%, аортальный – 44%, редко трехстворчатый – 10-16%.

Митральный стеноз – самый неблагоприятный для беременности.

- ▶ Опасен по отеку легких с 20 по 32 нед., особенно часто во втором периоде и сразу после родов;
- ▶ При бер-ти возможны – тромбоэмболии, сердечная астма, трепетание предсердий, правожелудочковая недостаточность.

- ▶ За одинаковым диагнозом «митральный стеноз» скрываются разная степень сужения левого венозного устья и различное функциональное состояние миокарда.
- ▶ Митральный стеноз у бер-х диагностируется на основании тех же признаков, что и вне беременности.
- ▶ Бер-ть п/показана, если с самого начала ее отмечаются признаки недос-ти кровообращения или ревматической активности.
- ▶ Прогноз улучшается после хирургической ликвидации стеноза, оптимально – от 1 года до 2 лет после операции, затем рестеноз.
- ▶ Митральная комиссуротомия лучше на 10-11 нед, или 16-18 неделя.

Недостаточность митрального клапана - благоприятен

- ▶ При отсутствии выраженной регургитации НК бер-ть не нарушает течение порока;
- ▶ Уменьшает общее периф-ческое сопротивление сосудов (ОПСС), что облегчает отток крови из левого желудочка и способствует уменьшению регургитации;
- ▶ Риск развития отека легких правожелудочковой недостаточности – низкий;
- ▶ Высок риск бактериального эндокардита;
- ▶ Повторные беременности не ухудшают состояние пациентки;

- ▶ Сочетанный митральный порок более неблагоприятен для беременности, приводит к быстрой декомпенсации кровообращения.
- ▶ Благоприятно сочетание с митральной недостаточностью, беременность допустима при компенсации кровообращения.



Врожденные пороки

сердца

- ▶ Существует более 50 форм ВПС.
- ▶ ВПС – со сбросом крови слева направо ДМПП, открытый аортальный порок, ЖМЖП.
- ▶ Беременность протекает благополучно,
- ▶ Опасным м.б. ранний послеродовый период – профилактика осложнений – груз на низ живота опустить нижний конец ниже уровня сердца.

Осложнения беременности

- ▶ Гестозы,
- ▶ Угроза быстрых, стремительных родов,
- ▶ Кровотечения в родах,
- ▶ Гипоксия плода,
- ▶ Гипотрофия плода



ВПС – сброс крови справа

налево – синие пороки.

- ▶ Неблагоприятные, противопоказаны для беременности.
- ▶ Опасны по осложнениям в родах и послеродовом периоде;
- ▶ ВПС – с препятствием кровотоку: коарктация аорты, стеноз легочной артерии, стеноз устья аорты- «бледные» пороки.
- ▶ Беременность разрешается при хороших результатах операции.
- ▶ Опасны по развитию гестозов, родоразрешение – кесарево сечение.

- 
- ▶ Беременные с заболеваниями ССС относятся к группе высокого риска, Д-наблюдение тщательное совместно с терапевтом.

Пролапс митрального клапана – провисание створок клапана в полость левого предсердия во время систолы. Наиболее распространенная патология клапанов сердца.

- ▶ Изменение гемодинамики связано с нарушением запирающей ф-ции клапана и митральной регургитацией.

- ▶ Причинами пролабирования створок митрального клапана являются понижение эластичности ткани, нарушение тканевой структуры створок с образованием выпячиваний, т.е. неполноценность соединительнотканых структур.
- ▶ Гемодинамические изм-я – при бер-ти могут привести к нарушению формирования плацентарного ложа, что является причиной хр. фетоплацентарной недостаточности (ФПН)

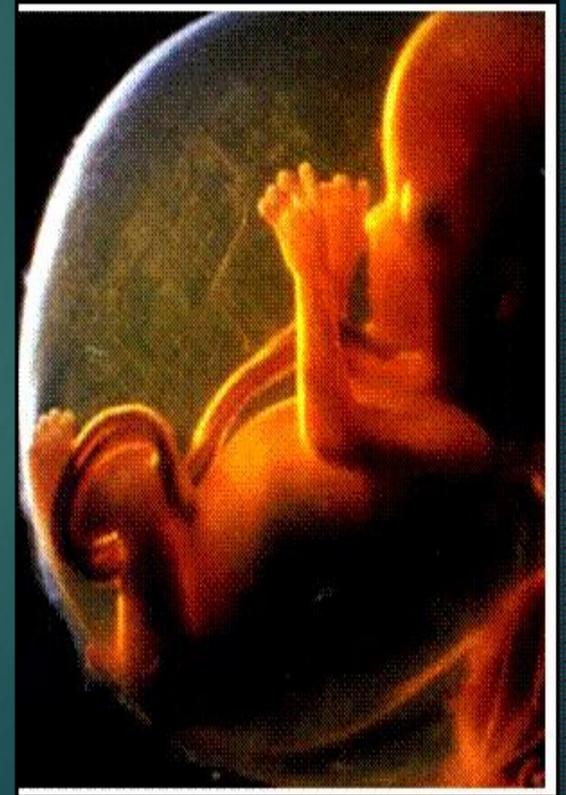
- 
- ▶ Пролапс митрального клапана выявляют случайно при плановом осмотре терапевтом в ЖК, когда обнаруживают систолический шум или щелчок открытия клапана.
 - ▶ К 26-29 нед. бер-ти развивается физиологическая гиперволемиа, которая приводит к увеличению сердечного выброса и снижению периферического сосудистого сопротивления.

- ▶ При беременности учащаются пароксизмы, аритмии, тахикардии, особенно нежелательные во время родов.
- ▶ В большинстве случаев беременность и роды протекают без осложнений, осложнений кровообращения нет, на плод не влияет.
- ▶ Ведение беременных совместно с кардиологом,
- ▶ Выполняют ЭХО – КГ.



Гипертоническая болезнь и бер-сть

- ▶ У беременных от 7% до 29%,
- ▶ Материнская смертность до 40%,
- ▶ Осложнения пи беременности:
 - ▣ Преждевременные роды – 23%,
 - ▣ Гестозы – до30%,
 - ▣ ЗВУРП – до15%,
 - ▣ ПОНРП – до 20%,
 - ▣ Внутриутробная гибель плода – 2,5%,
 - ▣ Перинатальные потери – 82%,



Степени риска для течения бер-ти

- ▶ 1 степень – минимальная, соот-т 1-й ст. ГБ или 1-й ст. риска, осложнения беременности до 20%. Нет гипертензивных признаков, берерм-ть разрешена.
- ▶ 2 ст. – выраженные осложнения. 2ст.ГБ, 2-я ст. риска осложнения до 50%, тяжелые гестозы, гипертонические кризы, коронарная недос-ть.
- ▶ Бер-ть разрешается при настойчивом желании женщины.
- ▶ 3-я ст. – максимальные осл-я, 3ст.ГБ, 3-4ст. риска, высокая материнская и перинатальная смертность, бер-ть противопоказана.

Течение ГБ при беременности

- ▶ Типичное: повышение А/Д в I триместре, понижение во II и повышение в III. Раннее присоединение гестоза.
- ▶ Неустойчивое колебание А/Д на протяжении всей беременности.
- ▶ Атипичное: стабильно высокое давление всю бер-ть, или стабильно нормальное А/Д всю бер-ть, присоединение гестоза.
- ▶ Кризовое течение.

Осложнения

беременности

- ▶ Преждевременные роды – 23%,
- ▶ Гестозы – 20-30%, клиника многообразна,
- ▶ Тяжелые формы гестозов: эклампсия – 15%,
- ▶ Ухудшение маточно-плацентарного кровообращения,
- ▶ ЗВУРП – 10-20%,
- ▶ ПОНРП – 5-10%,
- ▶ Внутриутробная гибель плода – до 3%,
- ▶ Перинатальные потери – 82%.



Сахарный диабет и беременность

Это заб-е, которое харак-тся недостат - стью инсулина в организме.

- ▶ Абсолютная – когда поджелудочная железа (ПЖ) вырабатывает малое количество гормона,
- ▶ Относительная нед-ть – когда тк. больного человека невосприимчивы к инсулину, хотя секреторная ф-ция ПЖ не нарушена.

Типы сахарного диабета

- ▶ СД I типа- инсулинзависимый (ИЗСД);
- ▶ СД II типа – инсулинезависимый (ИНСД);
- ▶ СД типа – гестационный СД, который развивается после 28 нед. бер. и представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщин во время беременности.

Предрасполагающие факторы к диабету

- ▶ Оба родителя больны СД или имеется наследственная предрасположенность;
- ▶ Один из однояйцовых близнецов диабетик;
- ▶ У женщин, родивших детей с массой тела 4500г и более;
- ▶ Женщины, страдающие ожирением;
- ▶ С привычным невынашиванием;
- ▶ Многоводием, при глюкозурии;

Диагностика СД

- ▶ Содержание сахара в крови натощак - 7 ммоль/л в\в
крови, $6,1 \text{ ммоль/л}$ -капиллярная кровь;
- ▶ Биохимический анализ крови,
- ▶ Содержание сахара в моче - нет
- ▶ Исследование сахара с нагрузкой.
- ▶ Сахарный профиль (исследование сахара в крови через каждые 3 часа в течение 24 часов).

Физиологические

изменения

- ▶ Углеводный обмен изм-ся в соответствии с большим потребностями плода в энергомат., главным образом - в глюкозе,
- ▶ Понижается толерантность к глюкозе,
- ▶ Снижается чувствительность к инсулину,
- ▶ Усиливается распад инсулина,
- ▶ Увеличивается количество свободных жирных кислот.

Эти изм-я уг/в обмена сходны с таковыми при СД, поэтому бер-ть рассматривается как **диабетогенный** фактор.

Клиника СД



Диабетогенные св-ва бер-ти способствуют развитию у женщин преходящего нарушения толерантности к глюкозе – диабета бере-х.

Клиника: сухость во рту, жажда, потребление жидкости более 2 л, полиурия, кожный зуд, особенно в области ануса, НПО, преходящее нарушение зрения, похудание, нарушение сна.

Выражена склонность к гнойничковым заб-м кожи: фурункулез, пиодермии, кольпиты.

- ▶ СД поражает половые органы. У женщин отмечаются вульвиты, вагиниты, аменорея, бесплодие, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, внутриутробная гибель плода.
- ▶ СД всегда способствует появлению почечной патологии: диабетическая нефропатия, ХПН, циститы, ПН.
- ▶ СД ослабляет иммунную систему, что ведет к частым бактериальным осложнениям.

Течение СД при беременн-ти

- ▶ В I триместре уменьшается уровень глюкозы в крови (эстрогены), повышается чувствительность тканей к инсулины. Это может привести к **гипогликемии**, консультация эндокринолога
уменьшение дозы инсулина.
- ▶ Уменьшение потребности в инсулине связано с усиленной утилизацией глюкозы плодом.
- ▶ Д.б. предупреждение гипогликемии и кетоацидоза

- 
- ▶ С 13 нед. наблюдается ухудшение течения б-ни, рост гипергликемии, что ведет к кетоацидозу и прекоме.
 - ▶ Дозу инсулина увеличить, из-за повышенной деятельности контринсулярных гормонов (Пл Лактоген, пролактин, глюкагон), ухудшается толерантность к углеводам, усиливаются «диабетические» жалобы, повышается уровень гликемии, глюкозурии, возможно развитие кетоацидоза.

- 
- ▶ С 32 недели и до родов вновь улучшение течения СД, появление гипогликемии.
 - ▶ Дозу инсулина уменьшать.
 - ▶ Улучшение связано с влиянием инсулина плода на организм матери, с повышением потребления плодом глюкозы, которая поступает через плаценту.

- ▶ В родах происходит значител. колебание уровня сахара в крови.
- ▶ Гипергликемия и ацидоз м.б. под влиянием эмоциональных воздействий (боль, страх),
- ▶ Гипогликемия вследствие физической работы, утомления женщины.
- ▶ ПП сахар снижается, а к 4-5 дню нарастает, дозу инсулина постепенно увеличивают,
- ▶ К 7-10 дню ПП она достигает той, что до беременности.

Ведение беременных с СД

основные принципы

- ▶ Строгая стабильная компенсация СД: гликемия натощак до 4,4 ммоль\л; а через 2 час. после еды - не более 6,7 ммоль\л;
- ▶ Тщательный метаболический контроль;
- ▶ Диета:суточная калорийность 1600-2000ккал, 55% - уг\в, 30% - жиров, 15% - белков. Достаточное количество витаминов и минеральных веществ,
- ▶ Профилактика и терапия акушерских осложнений

- ▶ Все женщины с прегестационным СД, планирующие беременность, за 5-6 мес. до зачатия д.б. направлены к эндокринологу для уточнения степени компенсации СД, наличия и выраженности поздних осложнений СД, проведения обучения методам самоконтроля в Школе диабета и для решения вопроса о возможности вынашивания беременности.

Осложнения

беременности

- ▶ Гестоз – 30-70% женщин, проявляется гипертензией и отеками, нередко тяжелые формы, вплоть до эклампсии. Частота мертворождаемости достигает до 46 %
- ▶ Невынашивание бер-ти- 15-31%, в 20 – 27 нед

Редко донашивают до срока, часто преждевременные роды.

- ▶ Многоводие диагностируется у 20-60% бер. Часто возникают пороки развития плода и мертворождаемость (29%). в\утр. гибель плода связывают с нарастающей аноксией, обусловленной ишемией плаценты при мех. сдавлении околоплодными водами. Обычно гибель плода происходит в 36-38 нед. Часто это случается при крупном плоде, кетоацидозе, сосудистых заб-х, гестозе.

- ▶ Бессимптомная бактериурия встречается в 2-3 р. Чаще при СД. Инфекция МВП, выраженный пиелонефрит.
- ▶ Чаще возникает обострение пиелонефрита,
- ▶ Сочетание ПН и диабетической нефропатии угрожает жизни пациентки и плода вследствие почечной недостаточности.



Осложнения родов

- ▶ Слабость родовых сил, обусловленная перерастяжением матки, крупным плодом,
- ▶ Асфиксия плода,
- ▶ Клинически узкий таз, наличие крупного плода,
- ▶ Травматизм плода: переломы ключиц, ВЧТ, затрудненное рождение плечиков,
- ▶ Травматизм мягких тканей родовых путей матери: разрыв ш\м, стенок влагалища и промежности,

- 
- ▶ В последовом и раннем послеродовом периодах – гипотоническое кровотечение.
 - ▶ Послеродовые инфекции,
 - ▶ Гипогалактия, связана со сниженной секрецией лактотропного гормона, а так же с недоразвитием МЖ, вследствие пониженной секреции эстрогенов и прогестерона во время беременности у этих пациенток.

Ведение родов

- ▶ При компенсированном СД роды д.б. своевременные, часто оперативное родоразрешение;
- ▶ Продолжение родов – 8 – 10 часов,
- ▶ Контроль уровня гликемии через 2 часа, тщательное обезболивание, адекватная инсулинотерапия,
- ▶ Ранняя амниотомия, родовозбуждение,
- ▶ Профилактика гипоксии: пироцетам 5 мл в\в

Влияние СД на плод

- ▶ Крупные, масса более 4,5 кг, рост 55-60см,
- ▶ Диабетическая фетопатия: отечность тканей, цианоз, незрелость,
- ▶ Кушингоидная внешность: лунообразное лицо, гипертрихоз, кожные петехии, избыточное отложение жира,
- ▶ Хуже адаптируются в раннем неонатальном периоде, появляются конъюгационная желтуха, токсическая эритема, значительной потерей массы тела, медленным восстановлением ее.



Беременность и заболевания ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- ▶ Изучить самостоятельно
- ▶ Или разберем на практике.

Беременность и заболевания почек

- ▶ Наиболее часто встречается
 - ▶ пиелонефрит (20%),
 - ▶ гломерулонефрит (0.1 - 0.2%),
 - ▶ мочекаменная болезнь (0.1 - 0.2%).
- ▶ Во время беременности пиелонефрит бывает у 48% женщин, в послеродовом периоде 35%, в родах 17%.

▶ Условия возникновения пиелонефрита во время беременности.

- ▶ Гестационный пиелонефрит - возникающий впервые время беременности (останется на всю жизнь).

Изменения со стороны мочевыводящей системы - гормональная перестройка с преобладанием прогестерона ведет к расслаблению гладкой мускулатуры матки, мочевого пузыря, мочеточников, кишечника.

Гипотония мочеточника

- ▶ Это приводит к стазу мочи и возникновению рефлюксы (пузырно-мочеточниковый, мочеточнико-лоханочный). Моча разрывает чашечки и попадает в кровяное русло (гематогенный путь) и попадает в паренхиму почек.
- ▶ Застою мочи способствует также матка (особенно страдает правый мочеточник - чаще поэтому возникает правосторонний пиелонефрит). Правая яичниковая вена находится в одном соединительнотканной футляре с мочеточников, и варикозно расширенная вена механически препятствует оттоку мочи.

Усиленный выброс кортикостероидов. Кортикостероиды - провокаторы хронических, латентных инфекций, увеличивается возможность распространения инфекции.

▶ Особенности микро и макроорганизма.

Микроорганизмы:

- ▶ возбудители - условно-патогенные микроорганизмы
- ▶ не чувствительны к антибактериальной терапии

Макроорганизм:

- ▶ снижение иммунитета (частое применение химических веществ, стрессы и т.д.)
- ▶ при снижении иммунитета формируются несколько хронической очагов инфекции (извращение иммунологической реактивности).
- ▶ **Госпитальная инфекция.** Это устойчивая флора, которая сидит на предметах, инструментари.

▶ Опасности в послеродовом периоде.

- ▶ В первые дни после родов не восстанавливается до конца измененная мочевыделительная система и присоединяются те же изменения, которые произошли в родах.
- ▶ Роды: головка всегда травмирует - приводит к отеку слизистой, мелкоточечным кровоизлияниям. Нарушенная функция слизистой оболочки мочевого пузыря и уретры. Характерно отсутствие позывов на мочеиспускание (на первые сутки).
- ▶ Все это приводит к нарушению самоочищающих механизмов мочевого пузыря (фагоцитоз).
- ▶ Если изменения не глубокие, то через 3 дня бактериурия исчезает. Если изменения глубокие, то при попадании микробов в мочевой пузырь дается толчок обострению или возникновению нового заболевания.

▶ **Источники инфекции для пиелонефрита.**

- ▶ **Гинекологические заболевания** (воспалительные заболевания матки, цервикального канала, влагалища, уретры). Также возможен гемато- и лимфогенный путь. Возбудитель тропен к мочевыводящей системе, так как у гениталий и мочевой системы общие эмбриональные закладки (эпителиальный покров одинаков).
- ▶ **Гематогенный путь** - из больных миндалин (хронический тонзиллит), кариозных зубов, колит.

Возбудители пиелонефрита.

- ▶ Группы энтеробактерий: E. Coli до 90%, Proteus до 12%, Klebsiella до 14%, синегнойная палочка и энтерококк до 15%, могут быть грибы, микоплазмы.



▶ Клиника острого пиелонефрита:

- ▶ выраженная интоксикация
- ▶ высокая температура до 40 градусов
- ▶ недомогание
- ▶ головная боль, ознобы
- ▶ боли в поясничной области (одно или двухсторонние)
- ▶ дизурические явления
- ▶ вынужденное положение с прижатыми к животу ногами

Сроки возникновения пиелонефрита.



- ▶ При беременности на **23-28 неделе** (максимальный подъем кортикостероидов).
- ▶ На **32-34 неделе**, когда матка достигает максимума в размерах
- ▶ **39-40 недель** - головка прижата ко входу в малый таз.
- ▶ После родов - 2-5 сутки, 10-12 сутки.

- 
- ▶ В первом триместре - для пиелонефрита характерная **острая** картина (нет еще максимальной гормональной перестройки).
 - ▶ Во втором и третьем триместре - **стертая** картина. Если во втором и третьем триместре есть острые боли, то можно думать о мочекаменной болезни.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

- ▶ С острым аппендицитом, острым холециститом, почечной или печеночной коликой, общие инфекционные заболевания.
- ▶ Со стороны акушерства: угроза преждевременных родов, преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами, хориоамнионит, эндометрит, миометроэндометрит, аднексит.

Особенности течения беременности при пиелонефрите.

- ▶ угроза прерывания беременности, которую провоцирует болевой синдром, лихорадочное состояние, экзотоксины грамотрицательных микроорганизмов кишечной группы (так как они повышают возбудимость матки).
- ▶ Опасность внутриутробной гипоксии, гипотрофия, внутриутробное инфицирование плода
- ▶ Гестоз беременных - **чрезвычайно частое** осложнение беременности при пиелонефрите. Пиелонефрит может быть в чистой форме или в сочетании с гестозом. А если пиелонефрит изолированно сопровождается беременностью, то отеки не возникают, АД в норме, за исключением тяжелых форм пиелонефрита, диурез достаточный. Если есть сочетание с гестозом - отеки в 90% случаев, повышение АД, протеинурия, изменения со стороны сосудов глазного дна.

Лабораторная диагностика.

КРОВЬ.

- ▶ При остром процессе высокий лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, снижение гемоглобина. В биохимическом анализе крови - гипоальбуминемия. В тяжелых случаях повышены креатинин и мочевины.
- ▶ При хроническом процесс - снижение гемоглобина, так как почки участвуют в эритропоэзе, так как вырабатывают гуморальный фактор - эритропоэтин. На фоне невысокого лейкоцитоза и повышенной СОЭ.

- 
- ▶ МОЧА.
 - ▶ Проба Зимницкого - гипопротенурия, никтурия.
 - ▶ Общий анализ мочи - щелочная реакция, осадок мочи - лейкоцитурия (верхняя граница нормы - 6-8 в поле зрения), отсутствие цилиндров, лейкоцитурия (пиурия). Редко при закупорке мочеточников с одной стороны могут отсутствовать выделение гноя и моча не содержит лейкоциты.
 - ▶ Проба Нечипоренко, Аддиса-Каковского, Амбурже - количественное определение форменных элементов. Проба Нечипоренко - норма для беременных: лейкоциты 4000, цилиндры 100, эритроциты 2000.

- ▶ бактериоскопия - микроскопия мазка осадка мочи.
- ▶ значительную бактериурию , которая не сопровождается клиническими проявлениями - это так называемая бессимптомная бактериурия - значимая бактериурия при отсутствии клинических проявлений пиелонефрита и при отсутствии других лабораторных изменений (не изменена проба Зимницкого и др.). может быть расценена как стадия перехода острого пиелонефрита в хронический или завершение или начало острого процесса.
- ▶ УЗИ. При рутинном исследовании беременной наравне с УЗИ матки , плаценты и т.п. всегда производят осмотр почек. Признаки поражения - изменение толщины чашечно-лоханочной системы, расширение ЧЛС.

Ведение беременных с диагнозом пиелонефрит.

- ▶ Женщины сначала делятся на 3 степени риска:
- ▶ **1 степень** - неосложненный пиелонефрит, возникший во время беременности впервые.
- ▶ **2 степень** - хронический пиелонефрит возникший до беременности.
- ▶ **3 степень** - хронический пиелонефрит до беременности с азотемией, гипертонией. Пиелонефрит единственной почки.

При 1-2 ст. Можно разрешить беременность, при этом женщина должна находиться на диспансерном учете у уролога-нефролога и акушера-гинеколога, а также проходить регулярный контроль мочи: каждые 2 недели общий анализ мочи, а в период с 22-28 недель ежедневно.

При 3 ст. Беременность противопоказана так как состояние почек угрожает здоровью и жизни женщины и плода.

Тактика ведения женщин с пиелонефритом существующего до беременности.

- ▶ При первом обращении женщин с пиелонефритом надо ее госпитализировать в плановом порядке - во время которой должен быть уточнен диагноз (поставить форму).

Вторая госпитализация показана при обострении.

Третья госпитализация показана при появлении осложнений беременности - поздний токсикоз, гипоксия плода, гипотрофия.

ЛЕЧЕНИЕ: проводится обязательно в условиях стационара.

- ▶ В **первом триместре** из антибиотикактериальных средств назначают только группу **пенициллинового** ряда, поскольку высока опасность тератогенного действия. После 15 недель возможности значительно возрастают.
- ▶ Антибиотики пенициллинового ряда: ампициллин - менее токсичен, карбенициллин, пенициллин, ампиокс, используются на протяжении всей беременности.
- ▶ Со **второго триместра**: группа **цефалоспоринов**, группа **аминогликозидов** (только гентамицин, стрептомицин противопоказан так как вызывает глухоту).
- ▶ Группа **макролидов** - эритромицин, олеандомицин.
- ▶ Сульфаниламидные препараты - уросульфан, этазол.
- ▶ Химиотерапевтические средства:
 - ▶ нитрофураны (фурадонин, фурагин, фуросолидон) лучше всего фурагин так как меньше всего раздражает слизистую желудка, другие препараты этого ряда чаще приводят к тошноте и рвоте.
 - ▶ Производные 8-оксихинолинов - 5-НОК, нитроксалин, неграм (налидиксовая кислота) - сочетание препаратов налидиксовой кислоты неблагоприятно с нитрофуранами так как ведет к снижению бактериостатического эффекта.

- ▶ Противопоканы : стрептомицин, левомицетин (приводит к функциональной незрелости печени плода, лейкопении и гипопластической анемии), тетрациклин (оказывает вредное влияние на костную систему и закладку зубов, дети имеют зубы желтого цвета), сульфаниламидные препараты пролонгированного действия (бисептол 480, бактрин - действуют на красный кровяной росток).
- ▶ Все средства применяют до тех пор пока не будут получены положительные результаты по клиническим данным и лабораторные критерии при этом будут - 2-3 нормальных анализа мочи.

Дополнительные методы лечения.

- ▶ Растительные средства - улучшают отток мочи и дезинфицируют мочу: толокнянка, брусничный лист, листья березы, плоды шиповника, кукурузные рыльца, плоды черемухи, ягоды земляники, рябины, семена тыквы, клюквенный морс (содержит бензоат натрия, который в печени преобразуется в гиппуровую кислоту которая обладает дезинфицирующим действием).
- ▶ Диета: без ограничения соли и жидкости, ограничение только если есть гестоз.
- ▶ С лечебно-профилактической целью женщина должна принимать коленно-локтевое положение по 5 минут несколько раз в течение дня.

Прерывание беременности показано при:

- ▶ сочетания пиелонефрита с тяжелыми формами гестоза
- ▶ отсутствие эффекта от проводимого лечения
- ▶ острая почечная недостаточность
- ▶ гипоксия плода

- ▶ Прерывание можно произвести путем родовозбуждения.
- ▶ Кесарево сечение противопоказано так как инфекция в почках способствует развитию осложнений в послеоперационном периоде. Кесарево сечение производят только по акушерским показаниям
- ▶ Обострение во время родов происходит в результате окклюзии мочеточников , поэтому во время родов назначают спазмолитики обязательно.

Лечение после родов

- ▶ Лечение должно проводиться в течение 2-3 недель.
- ▶ Рекомендовано обязательное раннее вставание с постели, что способствует лучшему оттоку мочи.
- ▶ Критерии выздоровления - 2-3 нормальных анализа мочи.
- ▶ После выписки поставить на учет к урологу, наблюдать в течение 3-5 лет.

*Спасибо за внимание!
Будьте здоровы!*

