# **Реферат**

# **Беременность и заболевания почек**

**Введение**

беременность мочекаменный пиелонефрит болезнь

Болезни почек у беременных встречаются часто и представляют серьезную опасность для нормального развития гестационного процесса и плода, поскольку патология этих органов ведет к нарушению многих жизненно важных функций организма, а беременность существенно увеличивает нагрузку на почки. Часто встречается пиелонефрит (20%), гломерулонефрит (0.1 - 0.2%), мочекаменная болезнь (0.1 - 0.2%).

Беременных, страдающих пиелонефритом, следует госпитализировать при каждом обострении заболевания, при появлении признаков позднего токсикоза или ухудшении состояния плода (гипоксия, гипотрофия). После гестационного пиелонефрита функция почек, как правило, восстанавливается, однако у 20% женщин она остается сниженной. Дети, рожденные от матерей, больных пиелонефритом, составляют группу риска развития гнойно-септических заболеваний.

При гломерулонефрите в степень риска входят беременные со смешанной формой, это любое заболевание сопровождающиеся азотемией и почечной недостаточностью.

Роды у больных гломерулонефритом не имеют особенностей. При тяжелом течении заболевания целесообразно произвести преждевременное родоразрешение во избежание внутриутробной гибели плода и прогрессирования заболевания.

Ведущим патогенетическим фактором в развитии мочекаменной болезни у женщин является пиелонефрит. Основной механизм заболевания врожденный - небольшое нарушение обмена веществ, что приводит к образованию нерастворимых солей, которые формируются в камни. По химическому строению различают разные камни - ураты, фосфаты, оксалаты и др.

**1. Основные симптомы заболеваний почек и мочевыводящих путей**

Как и при всех экстрагенитальных заболеваниях, при решении вопроса о сохранении беременности следует руководствоваться состоянием здоровья матери и влиянием на него патологии мочевой системы и почек. Должно быть обеспечено благоприятное течение беременности и сохранение здоровья женщины, чтобы она могла воспитать ребенка.

При наличии заболеваний почек необходимо провести тщательное обследование, лечение, включая при необходимости и оперативное, до наступления беременности.

Основные симптомы заболевания почек и мочевыводящих путей - отеки. Почечные отеки чаще выделяются утром на лице (одутловатость лица, «мешки» под глазами). Обычно отеки сопровождаются уменьшением количества выделяемой мочи (олигурия) - менее 500 мл/сут.

Также дизурические расстройства - болезненное частое мочеиспускание - связаны, как правило, с воспалительным процессом в мочевыводящих путях (цистит), и при прохождении камня по мочевым путям.

Изменения мочи (мочевой синдром). Он также является одним из симптомов заболевания почек.

Цилиндрурия - выделение с мочой цилиндрических белковых или лейкоцитарных слепков дистальных почечных канальцев. В зависимости от степени белковой дистрофии они бывают гиалиновые, зернистые или восковидные. Гиалиновые и зернистые цилиндры чаще встречаются при воспалительных заболеваниях почек, восковидные - при хронических заболеваниях почек.

Артериальная гипертензия - повышение артериального давления происходит вследствие заболеваний почек. Характерно преимущественное повышение диастолического давления. При заболеваниях почек нарушается их кровоснабжение, малокровная почка выделяет ренин, который превращаясь в ангиотензин, повышает АД.

Почечная колика - приступообразные, интенсивные боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область. Возникают при инфаркте почки, паранефрите, почечно - каменной болезни.

Синдром почечной недостаточности: кожный зуд, тошнота, рвота, слабость, геморрагии на коже, запах мочевины изо рта, явления энцефалопатии.

Объясняются симптомы тем, что при нарушении функции почек азотистые шлаки накапливаются в крови, вызывая токсическое воздействие на весь организм.

**. Особенности течения беременности при пиелонефрите**

Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода, при котором отмечается значительная частота угрозы прерывания, гестоза, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности, хронической гипоксии и внутриутробного инфицирования плода, что приводит к осложненному течениюпериода адаптации у новорожденного.

В свою очередь, прогрессирующая беременность провоцирует обострение пиелонефрита, учащение приступов почечной колики, ухудшает функцию единственной почки у женщин, перенесших нефрэктомию.

Существуют три степени риска при пиелонефрите в зависимости от наличия или отсутствия гипертонии, азотемии, длительности заболевания почек и выраженности поражения почек:степень - острый пиелонефрит, возникший во время беременности;степень - хронический неосложненный пиелонефрит, существовавший до беременности;степень - пиелонефрит с гипертонией, хроническая почечная недостаточность, пиелонефрит единственной почки.

При I степени риска беременность и роды протекают, как правило, благополучно. Такие осложнения, как гестоз, анемия, угроза прерывания, встречаются приблизительно с такой же частотой, как у здоровых беременных. Однако нередко наблюдается внутриутробное инфицирование плода.

При II степени риска отмечается значительная частота осложнений - 20-50% (гестоз, самопроизвольный аборт, преждевременные роды, гипотрофия плода, повышается перинатальная смертность), ухудшается течение пиелонефрита. Тактика индивидуальная. Если функция почек сохранена, нет гипертензивного синдрома, отсутствуют токсикозы, то беременность может быть сохранена, даже если во время беременности были многократные обострения заболевания, катетеризация мочеточников или операция на почках.

При III степени риска (у женщин с гипертонией, хронической почечной недостаточностью, пиелонефритом единственной почки) беременность противопоказана, т.к. при ней развиваются тяжелые формы гестоза, прогрессирует почечная недостаточность. По длительности течения воспалительного процесса пиелонефрит подразделяют на острый или хронический (рецидивирующий). Острый пиелонефрит - острое экссудативное воспаление ткани почки и лоханки с выраженной лихорадкой, интоксикацией, болью, нарушением функции почки. Хронический - прогрессирующее воспаление ткани и канальцев почки, вызывающее деструктивные изменения в чашечно-лоханочной системе и сморщивание почки; характеризуется длительным латентным или рецидивирующим течением.

Появление или обострение пиелонефрита чаще происходит в 22-28 недель беременности, когда резко возрастают уровни половых и кортикостероидных гормонов. Этот период является критическим для беременных, больных пиелонефритом.

Лечение пиелонефрита беременных и родильниц осуществляется под контролем лабораторных данных. В случае отсутствия эффекта от проводимой комплексной терапии острого пиелонефрита (катетеризация мочеточника, антибактериальная и инфузионная терапия в течение 2-3 суток) - продолжающиеся ознобы, лихорадочное состояние, выраженная интоксикация, воспалительные изменения показателей крови и мочи - производятся операции: декапсуляция почки, нефростомия, вскрытие гнойных очагов и дренирование околопочечного пространства. В крайних случаях производится нефрэктомия. При успешном исходе операции беременность можно сохранить.

Критерием излеченности пиелонефрита является исчезновение клинических проявлений заболевания, позитивная динамика при ультразвуковом исследовании почек и отсутствие патологических изменений в моче при трехкратном ее исследовании в течение 8-10 дней.

Сразу же при установлении диагноза назначается противовоспалительное лечение, которое определяется характером патогенной флоры мочи и ее чувствительностью к антибиотикам. Фармакологические лекарственные средства применяются с учетом индивидуальной переносимости, функционального состояния почек, тяжести и продолжительности патологического процесса, сопутствующих заболеваний, аллергического анамнеза и возможных негативных влияний лекарственных препаратов на плод в различные сроки беременности. При снижении функции почек дозы лекарственных средств уменьшаются в 2-3 раза. В I триместре беременности возможно применение природных и полусинтетических пенициллинов, во II, III и после родов допускается более широкий спектр антибактериальных средств (химиотерапевтические уроантисептики, аминогликозиды, цефалоспорины и др.). На время лечения прекращается кормление грудью.

Показаны антигистаминные средства (пипольфен, супрастин, тавегил, димедрол), инфузионно-трансфузионная терапия (декстраны, альбумин, плазма), коррекция кислотно-щелочных электролитных нарушений, симптоматическая терапия (кардиотоники, салуретики).

**3. Особенности течения беременности при гломерулонефрите**

Частота гломерулонефрита среди беременных женщин составляет 0,1-0,2%. Для данного заболевания характерно преимущественное поражение клубочков почек, но вовлекающее и канальцы, и интерстициальную ткань. Характерным возбудителем гломерулонефрита является гемолитический стрептококк группы А. Источниками заболевания могут служить: хронический тонзиллит, перенесенная ангина, пиодермия, рожа, скарлатина. Очень редко возбудителями заболевания могут быть стафилококк, пневмококк, дифтерийная палочка, зеленящий стрептококк, менингококк, вирус гепатита В, сальмонелла, вирусы острых респираторных заболеваний и пр.

Возбудитель вызывает иммуноаллергическую реакцию организма к инфекции. К развитию заболевания предрасполагает переохлаждение организма, достаточно резкого однократного охлаждения.

Гломерулонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и особенно на состояние плода. У таких женщин чаще развивается гестоз, раньше обычных сроков (28 недель). Гестоз так же, как и другие осложнения (преждевременные роды, незрелость плода), зависит от того, протекает ли гломерулонефрит с повышенным или нормальным артериальным давлением. Наиболее тяжелые осложнения отмечаются во время беременности у женщин с гипертензивной формой хронического гломерулонефрита и нарушением функции почек.

Лечение:

Беременные, больные гломерулонефритом, должны соблюдать режим, который позволял бы проводить дневной отдых в постели. Большая роль в лечении гломерулонефрита отводится диете. Основное требование заключается в ограничении поваренной соли и жидкости (при остром нефрите до 3 г соли в сутки; по мере ликвидации отеков потребление соли можно несколько увеличить). Количество выпитой жидкости, вводимое парентерально, должно соответствовать диурезу, выделенному накануне, плюс 700 мл жидкости, теряемой внепочечным путем. Во время беременности не рекомендуется ограничивать потребление белка, что советуют больным гломерулонефритом. Для нормального развития плода оправдана диета, содержащая повышенное количество белка (120-160 г. в сутки). При беременности применяется только симптоматическое лечение, в этиологической терапии нет необходимости, поскольку острый гломерулонефрит возникает редко. А если течение гломерулонефрита легкое, латентные беременные вообще не нуждаются в лекарственной терапии.

**. Мочекаменная болезнь**

Мочекаменная болезнь обычно не возникает во время беременности, но ее клинические признаки могут стать отчетливо выраженными, если ранее заболевание протекало латентно. Этому способствуют ускоренный рост камней во время беременности вследствие физиологических особенностей мочевой системы, более благоприятные условия для перехода камня в мочеточник и сравнительная легкость присоединения инфекции. Редкость камнеобразования у беременных может быть связана с повышенной потребностью организма женщины и плода в солях кальция и фосфора.

Клиническая картина мочекаменной болезни складывается из почечной колики, гематурии, пиурии и отхождения камней с мочой. Боли в поясничной области (почечная колика) вызваны препятствием нормальному оттоку мочи вследствие раздражения камнем лоханки или мочеточника и спазма их на этом участке. Боли носят резкий, приступообразный характер. Они могут ощущаться в области поясницы или по ходу мочеточника.

У некоторых женщин мочекаменная болезнь протекает бессимптомно. Никаких жалоб больные не предъявляют. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости, произведенном по другому поводу, случайно находят тени камней в области мочевыводящих путей.

Течение мочекаменной болезни во время беременности имеет свои характерные особенности. Расширение и атония лоханок и мочеточников предрасполагают к движению конкрементов в лежащие ниже отделы мочевого тракта. Поэтому во время беременности приступы почечной колики и гематурия наблюдаются чаще, чем до беременности. Эти признаки болезни отмечаются у 4/5 женщин. Если камень находится в мочеточнике, то важнейшим проявлением заболевания является почечная колика, если он находится в лоханке, то боль выражена слабее.

Во время беременности часто происходит спонтанное отхождение камней. Это обусловлено как расширением мочевыводящих путей, так и гиперплазией мышечной стенки мочеточников. После 34 недель беременности камни выделяются редко, вероятно, вследствие атонии мочеточников и сдавления их увеличенной маткой или предлежащей частью плода, что затрудняет продвижение конкрементов. В послеродовом, периоде сдавление мочеточников исчезает и повышается их тонус. В связи с этим вновь учащается спонтанное выделение камней.

Мочекаменная болезнь не оказывает существенного влияния на развитие беременности и состояние плода, если уролитиаз не осложнен инфекцией. Нефропатия беременных возникает главным образом у женщин, больных калькулезным пиелонефритом, и встречается у 15% больных мочекаменной болезнью. Самопроизвольные аборты происходят редко, но присоединение инфекции мочевыводящих путей или азотемии может вызвать прерывание беременности. Преждевременные роды наступают у 15% женщин с калькулезным пиелонефритом, осложненным нефропатией. Перинатальная смертность повышена и достигает 48% о. Неосложненная мочекаменная болезнь не оказывает неблагоприятного влияния на течение беременности и развитие плода.

Лечение:

Диета у таких больных зависит от характера нарушения минерального обмена. Если нарушен пуриновый обмен - мочекислый диатез, ограничивают употребление жареного мяса, мозга, мясного бульона, а преимущество отдается молочно-растительной пище. Беременным один раз в 2-3 дня следует питаться отварной рыбой или нежирным мясом. Фосфорнокислый диатез протекает с щелочной реакцией мочи, увеличивается количество солей кальция в осадке мочи. Диета направлена на снижение употребления солей кальция (до 500 мг/сут.), это достигается путем исключения молочных продуктов, яиц.

Рекомендуются продукты, подщелачивающие мочу: яблоки, груши, абрикосы, персики, айва, арбузы, настой черной смородины и шиповника. Все перечисленные рекомендации не всегда хорошо полностью соблюдать беременной женщине, обязательно нужно исходить из индивидуального течения заболевания и учитывать потребности растущего плода.

В остром периоде болезни проводят обезболивание и вводят большое количество жидкости. После отхождения камня основной метод лечения - обильное питье для поддержания интенсивного выделения мочи (более 2,5 л/сут.)

Оптимальным решением вопроса является оперативное лечение мочекаменной болезни и санация мочевых путей еще до беременности.

**5. Влияние заболеваний почек на беременность**

Перед тем как решить завести ребенка, женщине с заболеванием почек, надо проконсультироваться с врачом.

Если при обследовании выясниться, что почки не выводят полностью продукты обмена веществ из организма женщины, то и беременность, и роды противопоказаны. Так как накопление вредных веществ, способствует необратимым явлениям в организме, то это может привести к гибели ребенка и женщины. Особенно тщательное обследование должны провести женщины, у которых имеется такое заболевание как гломерулонефрит. Беременность разрешается только тогда, когда болезнь продолжительное время протекает без различных обострений. При этом артериальное давление в этот период не должно быть повышенным. Во время беременности давление может стать очень высоким и в отдельных случаях это приведет к прерыванию беременности. Женщины, у которых удалена почка, могут рожать. Но только в том случае, если существующая почка здорова, если она полностью возмещает работу удаленной почки, и если уже прошло два года после операции. У тех, кто имеет врожденные пороки почек, первоначально надо исправить их операционным путем. И только затем можно планировать беременность. Необходимо четко знать, что если в период беременности обнаружатся противопоказания, то это приведет к аборту или искусственным родам. Мало того, это обострит и само заболевание почек. Обострения при почечнокаменной болезни, пиелонефрита у беременной женщины могут возникнуть на самых ранних сроках беременности. Появляются боли в пояснице, моча задерживается и уменьшается ее количество, а также само мочеиспускание становится болезненным. Начинают отекать ноги и руки. В этом случае необходима госпитализация женщины. Но более всего обострения развиваются в период быстрого роста матки, когда она начинает оказывать сильное давление на мочеточник. В итоге отток мочи нарушается и в почках повышается активность инфекций. В это время беременную женщину кладут в больницу для обследования и профилактики заболевания. На более поздних сроках беременности может возникнуть опасность токсикоза, который влечет за собой торможение формирование плода. Беременная женщина направляется в этом случае в стационар. Если обнаружится, что плод находится под воздействием асфиксии и отстает в развитии, то проводятся досрочные роды.

**Заключение**

Таким образом, заболевание почек - на фоне почечных недугов, беременность довольно часто осложняется поздним гестозом (токсикозом второй половины), тяжело протекающим и плохо поддающимся терапии. Эта патология также носит названиия «нефропатия беременных»или «преэклампсия».

Довольно часто у беременных с почечными недугами наблюдается нарушение функций плаценты и анемия. Данные явления могут спровоцировать нарушения развития плода.

Беременная, имеющая почечные болезни, должна госпитализироваться в родильный дом уже на сроке 36-37 недель. В стационаре проводится профилактическая терапия, цель которой - улучшить состояние плода и предупредить у матери осложнения послеродового периода, а также вырабатывается оптимальная тактика родоразрешения. Роды, как правило, проводятся через естественные родовые пути. В течение родового процесса при необходимости вводятся спазмолитики, средства, снижающие АД, обезболивающие препараты. Также может проводиться кесарево сечение, если имеют место сопутствующие акушерские осложнения.

**Список используемой литературы**

[1]. Акушерство: Учебник / В.И. Дуда.: Выш.шк., 2004 г. стр. 299-307.

[2].http://rusadvice.org/children/pregnancy/vliyanie\_zabolevaniy\_pochek\_na\_beremennost.html

[3].http://www.puzdrik.ru/boleznipochek.html

[4]. http://androopinion.ru/ginekology/urologiya-i-beremennost/mochekamenna-bolezn-beremennost/