

Кыргызско- Российский Славянский
Университет

Медицинский факультет
Кафедра акушерства и гинекологии

Беременность
и
Заболевания мочевыводящих путей

Зав.каф., к.м.н., доц. Сарымсакова Т.А.

Бишкек 2014г.

БЕРЕМЕННОСТЬ И БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ

Бессимптомная бактериурия (БСБ) — обнаружение более 10^5 в 5 степени колонийобразующих единиц бактерий в мл образца средней порции мочи без каких либо клинических симптомов инфекции мочевых путей.

Эпидемиология

БСБ встречается у 2-7% женщин, вероятность прогрессирования в пиелонефрит высока во время беременности (до 40%).

КОД МКБ-10

Отдельного кода нет.

БЕРЕМЕННОСТЬ И БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ

Критерии диагностики

Диагноз может быть выставлен только при проведении скринингового посева мочи, который рекомендуется всем беременным во время I-го дородового посещения.

- Обнаружение более 100 000 колонийобразующих единиц бактерий в 1 мл образца средней порции мочи;
- Отсутствие клинической симптоматики.

БЕРЕМЕННОСТЬ И БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ

Осложнения гестации

- Угроза невынашивания.
- Анемия беременных.
- Гипертензивные нарушения.
- Преждевременные роды.
- Плацентарная недостаточность.
- ЗРП.
- Гибель плода.

БЕРЕМЕННОСТЬ И БЕССИМПТОМНАЯ БПКТЕРИУРИЯ

Лечение:

- Амоксициллин по 500 мг внутрь 3 раза в день (7 дней)

ИЛИ

- Амоксициллин+клавулановая кислота по 625 мг
(амоксициллин – 500 мг, клавулановая кислота – 125 мг)
3 раза в день (7 дней)

ИЛИ

- Нитрофурантоин 50 мг внутрь 4 раза в день (7 дней)

ИЛИ

- Цефалексин по 250-500 мг 3 раза в день (7 дней)

БЕРЕМЕННОСТЬ И БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ

Оценка эффективности лечения

- Контроль посева мочи на флору через неделю после окончания курса лечения
- В качестве скринингового теста при обследовании беременных рекомендовано проводить реакцию с трифенилтетразолийхлоридом. Чувствительность данного метода обследования в плане определения истинной бактериурии (100 000 и более бактерий в 1 мл мочи) превышает 90%.

БЕРЕМЕННОСТЬ И БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ

Дальнейшее наблюдение в послеродовом периоде

- Семейным врачом в течение 6 месяцев.
- Обследования: общий анализ мочи, посев мочи на флору 1 раз в 3 месяца.

БЕРЕМЕННОСТЬ И БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ

Профилактика и прогнозирование осложнений гестации

Лечение бактериурии на ранних сроках беременности предотвращает развитие пиелонефрита в 70 – 80% случаев, а в 5 – 10% - недоношенность

Выбор срока и метода родоразрешения

- при своевременных профилактических мероприятиях роды происходят в срок через естественные родовые пути
- КС проводят только по акушерским показаниям

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

Гестационный пиелонефрит – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, с первоначальным и преимущественным поражением интерстициальной ткани, ЧЛС и канальцев почек; в последующем в процесс вовлекаются клубочки и сосуды почек.

Код по МКБ-10

023.0 Инфекция почек при беременности

Эпидемиология

Частота ГП от 3 до 10%

Классификация

- Острый неосложненный
- Острый осложненный (деструктивный: апостематозный, карбункул, абсцесс)
- Хронический неосложненный
- Хронический осложненный (гипертензия, анемия, уремия, ХПН, П единственной почки)

Степени риска:

- I степень риска – Гестационный пиелонефрит
- II степень риска – хронический неосложненный пиелонефрит
- III степень риска – хронический осложненный пиелонефрит, пиелонефрит с ХПН, пиелонефрит единственной почки

Факторы риска

- Анатомо-функциональные особенности мочевыводящих путей
- Нарушение УВМП
- БСБ
- ББС
- Наличие очагов инфекции
- Состояние иммунной системы
- Беременность
- Инструментальные методы исследования

Этиология

При П в основном обнаруживается условно-патогенная микрофлора: *Eschtrichia coli*. Реже выделяют других представителей семейства *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*), а также *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis* и стрептококи группы В (СГВ). Реже обнаруживаются грибы рода кандиды и простейшие.

Пути распространения инфекции

- Гематогенный
- Уриногенный (восходящий)

Клинические симптомы

- Внезапное начало заболевания;
- Лихорадка;
- Потрясающие ознобы, сменяющиеся профузным потом;
- Симптомы интоксикации – слабость, тошнота, рвота, головная боль, боль во всем теле, отсутствие аппетита;
- Болевой синдром;
- Дизурические явления, увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию;
- Анемия.

Критерии диагностики (острый пиелонефрит)

- Повышение температуры тела до 39 – 40 °С
- Выраженные боли и напряжение мышц в боку с иррадиацией в нижние отделы живота, по ходу мочеточников, наружные половые органы
- Частое болезненное мочеиспускание небольшими порциями
- Вынужденное положение
- Положительный симптом поколачивания по XII ребру (симптом Мажвица), дефанс мышц передней брюшной стенки при пальпации почек, болезненность в верхней мочеточниковой точке
- Лейкоцитоз, повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево в ОАК
- Лейкоцитурия (пиурия), возможно микро- и макрогематурия, умеренная протеинурия в ОАМ
- Бактериурия больше 100 тыс. микробных тел в 1 мл в посеве мочи.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ

- Угроза невынашивания в различные сроки гестации
- Гипертензивные нарушения
- Плацентарная недостаточность
- ЗРП
- Септицемия, септикопиемия
- Инфекционно-токсический шок

Госпитализация

При каждом обострении П, при возникновении осложнений.

Лабораторно-инструментальные методы исследования

Лабораторные:

Обязательные:

- Развернутый анализ крови;
- Общий анализ мочи;
- Посев мочи на микрофлору, с определением степени бактериурии и чувствительность к антибиотикам

По показаниям:

- Мочевина, креатинин сыворотки крови;
- Глюкоза сыворотки крови;
- Пробы Ничипоренко, Зимницкого, Каковского-Аддиса

Лабораторно-инструментальные методы исследования

Инструментальные:

- УЗИ почек и мочевыводящих путей;
- Допплерография сосудов почек;
- Компьютерная томография (КТ) – по показаниям
- Магнитно-резонансная томография(МРТ) – по показаниям;
- Жидкокристаллическая томография;
- Метод тепловидения;
- Цистоскопия ;
- Хромоцистоскопия (в/в введение индигокармина и оценка скорости и симметричности его выделения из устьев мочеточников;
- Катетеризация мочеточников.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения

- ✓ Купирование основных симптомов заболевания
- ✓ Нормализация лабораторных показателей
- ✓ Восстановление функции мочевыделительной системы
- ✓ Подбор антибактериальной терапии с учетом срока беременности, тяжести и длительности заболевания
- ✓ Профилактика рецидивов и осложнений заболевания

Лечение должно быть направлено на увеличение пассажа мочи, ликвидацию ее застоя, интенсивное выведение микробов и их токсинов и санацию мочевых путей.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение следует проводить с учетом

- Триместра беременности;
- Безопасности для плода;
- Данных о суммарной функциональной способности почек;
- Переносимости препарата;
- Наличия в анамнезе аллергических реакций;
- Давности воспалительного заболевания почек и степени тяжести его.

Немедикаментозное лечение

- Полноценная витаминизированная диета (арбуз, виноград, огурцы, дыня, груши, крыжовник, персик, черная смородина, морковь, свекла и др.);
- Обильное питье более 1,5 л в сутки.
Низкоминерализованная вода, клюквенный морс;
- Сон на здоровом боку;
- Коленно-локтевое положение в течение 10 – 15 минут несколько раз в день.

Медикаментозное лечение

- Детоксикация
- Спазмолитики
- Фитотерапия
- Антибактериальная терапия.

Антибиотики и уросептики назначают с учетом чувствительности возбудителя. До получения результатов посева мочи на чувствительность к антибиотикам следует назначать лечение с антибиотиков широкого спектра действия.

Медикаментозное лечение

В I триместре беременности используют пенициллины:

- Амоксициллин по 500 мг 3 раза в день 14 дней
ИЛИ
- Амоксициллин+клавулановая кислота по 500 – 1000 мг в/м 3 раза в день 3 дня, затем перейти на пероральную форму по 625 мг 3 раза в день (ступенчатая терапия)

Медикаментозное лечение

Во II и III триместрах применяют защищенные пенициллины и цефалоспорины II и III поколения:

- Цефазолин 1 г каждые 8 часов в/в или в/м 3 дня, затем цефаклор по 500 мг 3 раза в день (ступенчатая терапия)
ИЛИ
- Цефадроксил по 1 г 1 раз в день в/в 3 дня, затем цефадроксил аксетил по 500 мг 2 раза в день (ступенчатая терапия)
ИЛИ
- Цефтриаксон по 1 г в/в или в/м 1 раз в день
ИЛИ
- Цефотаксим по 1 г с интервалом 12 часов в/в или в/м

Общая продолжительность антибактериальной терапии должна составлять не менее 14 дней.

Медикаментозное лечение

- Нельзя использовать фторхинолоны , тетрациклины в течение всей беременности
- Сульфаниламиды противопоказаны в I и III триместрах
- Аминогликозиды можно применять только по жизненным показаниям.

Медикаментозное лечение

Оценка эффективности лечения

- Через 48 – 72 часа (отсутствие температурной реакции + динамика состояния)
- Если после применения антибиотиков в течение 48 часов при условии получения пациенткой адекватной дозы антибиотиков клинический эффект слабо выражен – необходимо пересмотреть тактику лечения в соответствии с данными о чувствительности микробов к антибиотикам.

Медикаментозное лечение

Принципы ступенчатой антибактериальной терапии: 2-3 дня в/в или в/м, затем переход на пероральные формы ИЛИ с в/в переход на в/м при отсутствии на пероральных форм

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение показано:

- Неэффективность консервативного лечения (проводят катетеризацию мочеточника для восстановления пассажа мочи)
- При развитии гнойно-деструктивного воспаления (апостематозный нефрит, карбункул, абсцесс почки).

Профилактика и прогнозирование осложнений гестации

Профилактика ГП направлена на выявление БСБ, нарушений уродинамики, начальных признаков заболевания. Антибактериальная терапия БСБ у беременных значительно снижает риск развития пиелонефрита.

Госпитализации

- Первая госпитализация — в I триместре – в урологический стационар. Заключение о допустимости пролонгирования беременности и рекомендации по дальнейшему ведению
- Вторая госпитализация необходима в конце II триместра или в начале III триместра (24 – 30 недель), когда нередко развивается ОП и присоединяются акушерские осложнения.

Госпитализации

Показания к госпитализации

- Обострение П
- Присоединение гипертензивных нарушений
- Нарушение функции почек
- Угроза невынашивания
- ПН, начальные признаки ЗРП
- БСБ или лейкоцитурия, не поддающаяся лечению

Сроки и методы родоразрешения

- Роды проводят в срок через естественные родовые пути при своевременной профилактики обострения П и возможных осложнений
- Оперативное родоразрешение проводят по акушерским показаниям

Критерии эффективности лечения

- Улучшение состояния пациентки
- Нормализация температуры тела
- Отсутствие патологических изменений в анализах мочи и крови

•

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ

Противопоказания к беременности

- Пиелонефрит, сочетающийся с уреемией или азотемией
- Пиелонефрит единственной почки
- Гипертоническая и смешанная формы хронического гломерулонефрита
- Любая форма гломерулонефрита, сопровождающаяся азотемией



Благодарю за внимание!