

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРУ
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Ведення вагітності і пологів у жінок з патологією сечовидільної системи (код курсу 6.2)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Патологія сечовивідних шляхів може впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття курсант повинен знати:

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з патологією сечовивідних шляхів.
2. Зміни органів сечовиділення під час фізіологічної вагітності.
3. Перебіг вагітності у жінок із патологією органів сечовиділення.
4. Ведення вагітності у жінок із патологією органів сечовиділення.
5. Протипоказання для виношування вагітності жінкам із патологією органів сечовиділення.

Завдяки проведеному заняттю курсант повинен вміти:

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з патологією сечовивідних шляхів.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з патологією сечовивідних шляхів.
3. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з патологією сечовивідних шляхів. Її вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
4. Деонтологічно пояснити вагітній з патологією сечовивідних шляхів про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночий консультації, або в спеціалізованих закладах.
5. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з патологією сечовивідних шляхів у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.
6. Вміти діагностувати:
 - пієлонефрит;
 - гломерулонефрит;
 - сечокам'яну хворобу;
 - гідронефроз.
7. Провести обстеження вагітних з пієлонефритом, гломерулонефритом, сечокам'яною хворобою та гідронефрозом.
8. Визначити ступені ризику при пієлонефриті, гломерулонефриті.
9. Проводити диспансерний нагляд за вагітними з пієлонефритом, гломерулонефритом, сечокам'яною хворобою і гідронефрозом.
10. Визначити і провести лікування вагітних з захворюванням нирок.
11. Знати і вміти вести пологи і післяпологовий період у вагітних із захворюванням нирок.
12. Оцінити стан новонародженого і провести профілактичні заходи по запобіганню гнійно-септичних захворювань у дітей.

III. Цілі розвитку особистості фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Нагадати про почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних із захворюванням нирок.

Закріплення у лікарів психологічної та фахової готовності до сучасних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Анатомія і фізіологія системи сечовиділення.	
2. Фізіологія	Фізіологічні зміни органів сечовиділення при вагітності.	Оцінювати механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.
<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Вплив інфікування органів сечовиділення при вагітності на стан новонародженого.	Давати оцінку розвитку новонародженого при виношуванні вагітності на фоні інфікування органів сечовиділення.
2. Терапія	Віддалені наслідки інфікування органів сечовиділення при вагітності.	Проводити профілактику наслідків інфікування органів сечовиділення при вагітності.

V. Зміст теми семінарського заняття

Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією

Вагітних із захворюваннями внутрішніх органів необхідно протягом вагітності госпіталізувати у плановому порядку тричі.

Перша планова госпіталізація проводиться у ранній термін вагітності (до 12 тижнів) для уточнення діагнозу, обстеження, вирішення питання про можливість доношування вагітності (якщо немає умов для вирішення цього питання амбулаторно)..

Друга планова госпіталізація у відділення екстрагенітальної патології (ЕГП) проводиться з метою обстеження, комплексного лікування та профілактики ускладнень у «критичні» для кожного захворювання періоди:

- у разі серцево-судинної патології та захворювань органів дихання у 28-32 тижні вагітності (період максимального гемодинамічного навантаження та найтяжчих умов для функції зовнішнього дихання і легеневого кровообігу);
- у разі гіпертонічної хвороби - у 22-26 тижнів (період частого розвитку прееклампсії, гіпертонічних кризів, розвитку плацентарної недостатності);
- у разі захворювань печінки і нирок - в 22-26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу)
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань - у 20-24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

Третя планова госпіталізація виконується у відділення ЕГП в 37-38 тижнів для підготовки до пологів та розродження, у разі цукрового діабету - на 33-34 тижні вагітності. План ведення пологів вирішується колективом лікарів за участю відповідного спеціаліста (терапевта, ендокринолога, нефролога тощо).

Екстрена госпіталізація у відділення ЕГП вагітних проводиться у разі погіршення стану здоров'я матері та плода.

Огляд терапевтом повинен проводитись до 28 тижнів вагітності не рідше одного разу на місяць. За умов захворювань органів серцево-судинної системи, цукрового діабету та іншої важкої патології - не рідше одного разу на 2 тижні, а після 28 тижнів - не рідше одного разу на тиждень.

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ І ВАГІТНІСТЬ

Захворювання нирок у вагітних зустрічається у 5,12% випадків (пієлонефрит у 10%, гломерулонефрит 0,5-0,1%, аномалії розвитку нирок і туберкульоз 0,1-0,5%).

Пієлонефрит – запальний процес з переважним ураженням інтерстиціальної тканини та ниркових мисочок. Під час вагітності розвивається гостра форма і може бути загострення хронічної форми, яка виникає в дитинстві або в період статевого дозрівання. Збудниками являються: кишкова паличка (30%), протей (20%), стафілокок непатогенний (27%), синьогнійна паличка (5-8%), асоціації мікробні (+ ентерококи, клабсіела (18%)). Шляхи інфікування: гематогенний, лімфогенний, при інструментальних втручаннях та каналікулярний.

Безсимптомна бактеріурія - наявність в 1 мл середньої порції сечі мікробних збудників у кількості $\geq 10^5$ (100 000) колоній утворюючих одиниць (КУО) за відсутності будь-яких клінічних проявів. Можлива також лейкоцитурія (не обов'язково).

Класифікація – гострий пієлонефрит, що розвивається під час вагітності; хронічний пієлонефрит, захворювання має місце до вагітності і найчастіше в дитинстві, інколи часто дає рецидиви в пубертатному періоді після початку статевого життя і під час вагітності; безсимптомна бактеріурія, що має місце у 5-10% вагітних, перебігає безсимптомно, але в сечі визначається більше 100000 бактерій в 1 мл сечі. Деякі розглядають цю форму, як передстадію пієлонефриту.

Клініка.

Симптоми: гострого пієлонефриту: підвищення температури тіла до 38-39°C, знобіння, загальна слабкість, аденамія, інтоксикація, пульс і дихання прискорені, біль у попереку, дізурія. При хронічній стадії всі ці ознаки менш виражені (тупий біль у поперековій ділянці, дизурія, субфебрильна температура, головний біль, загальна втомлюваність).

Об'єктивно: блідість шкіряних покривів, язик сухий, пульс прискорений, температура підвищена, позитивний симптом Пастернацького.

Діагностика: скарги вагітної, анамнез, об'єктивне обстеження і додаткові методи обстеження: аналіз крові – лейкоцитоз нейтрофільний, зсув вліво лейкоцитарної формули, аналіз сечі: лейкоцитурія (кількість лейкоцитів більше 8 в п/з), піурія – лейкоцити на все поле зору, сеча каламутна; бактеріурія – нейтрофільні лейкоцити, якщо при бактеріологічному дослідженні знаходять 100000 мікробних тіл в 1 мл і немає клінічних проявів, то це безсимптомна бактеріурія і в 40% вагітних вона переходить в клінічно виражений пієлонефрит. При хронічному пієлонефриті рано порушується концентраційна функція нирок, що розпізнається при проведенні проби Зимницького, розвивається гіпостенурія (відносна щільність сечі менше 1015). В таких випадках слід в сечі визначати рівень сечовини в крові, так як хронічний пієлонефрит може призвести до уремії. Хронічний пієлонефрит тривалого перебігу призводить до розвитку нефрогенної гіпертонії, в тому числі і до злоякісної. Загострення спостерігається на 22-28 тижні вагітності. Клінічна картина може нагадувати грип, апендицит, холецистит.

Ускладнення вагітності: пізні гестози (40%). Передчасні пологи (30%), інфікування плоду (везикульоз, гнійно-септичні захворювання). Перинатальна смертність 150-190‰.

Ускладнення при пологах: несвоєчасний вилив навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, гіпертензивний синдром, кровотечі в III і ранньому післяпологовому

періоді; після пологів – інфекційно-септичні захворювання (метроендометрит, пельвіоперитоніт, мастити, післяпологові виразки).

Ведення вагітності

Визначають III ступені ризику:

I ступінь ризику - пієлонефрит, який виникає під час вагітності.

II ступінь ризику – хронічний пієлонефрит, який був до вагітності.

III ступінь ризику – пієлонефрит з гіперензією, азотемією, пієлонефрит однієї нирки. При III ступені ризику вагітність протипоказана.

Вагітним в I і II групи ризику можна дозволити виношування вагітності, вони повинні бути на обліку у нефролога і перінатолога, контроль сечі кожних 2 тижні, а в період між 22 і 28 тижнями – 1 раз на тиждень.

Вагітних з загостренням пієлонефриту обов'язково госпіталізовувати в стаціонар (нефрологію чи у ВПВ) незалежно від терміну. При хронічному навіть без загострення – планова госпіталізація в нефрологію до 10 тижнів вагітності з метою обстеження (аналіз сечі, проба Зимницького, Нечипоренко чи Аддіс-Каковського, сечовина, креатинін крові та ін.). При пробі Нечипоренко в 1 мл сечі визначається лейкоцитів більше 4000, еритроцитів більше 1000, циліндри (по Аддіс-каковського в 1 мл/доб). Лейкоцитів більше 300000, еритроцитів більше 2000000, циліндрів більше 2000. Якщо в сечі лейкоцитів 15-20 при нейтральній реакції необхідно зробити засів сечі і якщо мікробів більше 10⁵ в 1 мл – провести курс протизапальної терапії.

Друга планова госпіталізація в 22-28 тижні вагітності і обов'язкове обстеження нефрологом, окулістом. Третя госпіталізація за 2-3 тижні до пологів з метою підготовки її до пологів у ВПВ.

Обстеження вагітних з захворюванням нирок:

1. Аналіз крові.
2. Аналіз сечі.
3. Проба Нечипоренко.
4. Проба Зимницького.
5. Бакзасів сечі і визначення чутливості флори до антибіотиків.
6. Креатинін крові.
7. Залишковий азот.
8. Білок і білкові фракції .
9. Хромоцистоскопічно.
10. Екскреторна урографія при необхідності.

Лікування: в I триместрі – пеніцилін по 800000-1000000 од через 6 годин; або ампіцилін 500 мг в/м 4 рази в день; 3 II триместру можна призначати – пеніцилін, ампіцилін, цефтріаксон по 1,0 двічі на добу на протязі 7-10 днів. Невіграмон по 2 капсули 4 рази в день 4 дні, потім неграм по 1 капсулі 4 рази в день. Фурагін 0,1 4 рази в день, потім по 0,1x3 рази в день 10 днів. Уросульфан 0,5 3-4 рази в день 12-14 днів. Пити екстракт з клюкви (в ньому багато бензоната Na, який під впливом гліцина переходить в гіпурову кислоту, виділяється нирками). Канефрон по 2 табл. тричі на добу незалежно від терміну вагітності.

Пологи ведуться *per vias naturales*.

В післяпологовому періоді призначають ті препарати, що і під час вагітності за виключенням еритроміцину, який переходить в молоко.

За показаннями (блок нирки) проводять катетеризацію нирки (stent) і подовжують антибактеріальну терапію. Якщо катетеризація не дає ефекту, стан вагітної не покращується – операція, об'єм якої вирішується на операційному столі – декапсуляція нирки, резекція її чи нефректомія. Переривання вагітності в будь-якому терміні вагітності не покращує перебіг гострого пієлонефриту.

При вираженій інтоксикації вводять білкові препарати (альбумін, протеїн, сорбілакт, реосорбілакт).

Десенсибілізуючі засоби (димедрол, супрастин, піпольфен).

Спазмолітики (баралгін по 5 мл в/м, авісан по 0,05 *per os*, цистенал по 3-4 краплі, но-

шпа по 2 мл, або папаверин 2% по 2 мо в/м).

Клінічне значення наявності безсимптомної бактеріурії у вагітної та можливість попередження/лікування її наслідків

Інфекція	Клінічні прояви у вагітної	Клінічна значущість для плода/новонародженого	Тактика лікаря при веденні вагітної
Безсимптомна бактеріурія	Проявів немає. Можливий перехід в маніфестну інфекцію сечових шляхів – гострий цистит, гострий пієлонефрит. Високий ризик передчасних пологів.	Затримка росту плода Недоношеність Мала маса новонародженого	Скринінг усіх вагітних при взятті на облік – бактеріологічне або двократне мікроскопічне дослідження сечі або визначення нітритів в сечі. Антибіотикотерапія пероральною дозою (фосфоміцину трометамол) або упродовж трьох днів (напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини, нітрофураетолін). Контроль бактеріурії – через 1 місяць.

Гломерулонефрит

Зустрічається рідко у 0,1-0,2% вагітних, але являється найбільш небезпечним захворюванням, так як ускладнення при цьому зустрічаються дуже часто. Гломерулонефрит – це інфекційно-алергічне захворювання з враженням клубочків і канальців нирок, визивається β -гемолітичним стрептококом гр. А 12 типу. Гломерулонефрит розвивається через 10-15 днів після ангіни, скарлатини, стрептококової піодермії. Рідко зустрічається неінфекційний гломерулонефрит, який розвивається після прививок, вакцинацій.

Класифікація. Гломерулонефрити бувають гострі і хронічні, але частіше зустрічаються хронічні форми.

Клініка захворювання розвивається поступово: виникає слабкість, головна біль, пастозність м'яких тканин, підвищення артеріального тиску, з'являється гематурія, підвищується рівень антистрептолізину, антигіалуронідази.

Перебіг гломерулонефриту під час вагітності: настає загострення хронічного гломерулонефриту, що можливо пов'язано з підвищенням глюкокортикоїдів під час вагітності. Хронічний гломерулонефрит може перебігати в таких формах:

1. Гіпертонічна: підвищення АТ, гематурія, протеїнурія, зміна очного дна (у 7%).
2. Нефротична: протеїнурія 10-30 г/л, набряки, гіперемія.
3. Змішана: гіпертонія, протеїнурія 1-3-6 г/л, підвищення АТ, набряки, може бути еклампсія.
4. Латентна – мікропротеїнурія, мікрогематурія, циліндри, нормальний АТ, набряків немає, інколи при цій формі спостерігається макрогематурія, тоді приходится проводити диференційний діагноз з пухлиною нирок.

Всі форми рано чи пізно переходять в термінальну стадію – хронічну уремію.

Перебіг вагітності при гломерулонефриті. Вагітність для таких хворих дуже небезпечна, по-перше загострюється саме захворювання, по – друге майже у 40% при вагітності розвивається пізній гестоз, який важко перебігає, погано піддається лікуванню, часто бувають напади еклампсії і внутріутробна смерть плода. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти з коагулопатичними кровотечами, що нерідко призводить до гибелі породілі. У 1/7 вагітних пологи розпочинаються передчасно. Гіпотрофія плода.

Особливо несприятливі для вагітності – гіпертонічна хвороба і змішана форма гломерулонефриту і найбільш сприятлива – латентна форма.

Виділено 3 групи ризику вагітних хворих на гломерулонефрит.

До I групи ризику відносять вагітних з латентною формою гломерулонефриту.

До II групи ризику – вагітні з нефротичною формою.

До III групи ризику – вагітні з гіпертонічною і змішаною формою, з гострим і загостреним хронічним гломерулонефритом, а також з будь-якою формою, яка перебігає з нирковою недостатністю.

Ведення вагітності

Вагітні з гломерулонефритом повинні до 12 тижнів вагітності бути госпіталізовані в нефрологічне відділення, для ретельного обстеження вирішування питання про можливість зберегти вагітність. Вагітність можна дозволити хворим з латентною формою (2/3 вагітних). Пізні гестози у них виникають в 20%, але піддаються лікуванню.

При нефротичній формі спостерігаються сильні набряки, їх лікують сечогінними препаратами, вливанням білкових препаратів. Вони 3 рази повинні бути в стаціонарі за час вагітності. Якщо набряки, протеїнурія і гематурія зменшуються, то вагітність можна продовжувати.

При III ступені ризику вагітність протипоказана, так як нерідко вже під час вагітності може розвинути ниркова недостатність, не кажучи про такі ускладнення, які виникають як важка форма нефропатії, нерідко прееклампсія і еклампсія, передчасне відшарування плаценти, антенатальна смерть плода.

Лікування. Дієта: білкова, при нефротичній формі її треба збільшити до 2г/кг, зменшити прийом NaCl до 5 г, води до 800 мг за день.

Симптоматичне лікування: гіпотензивні препарати, діуретики, білкові препарати.

Сечокам'яна хвороба

Зустрічається в 0,15-0,3% і під час вагітності частішають напади сечокам'яної коліки. Цьому сприяють розширення і гіпотонія ниркових мисок, сечоводів і сечового міхура, приєднання інфекції, сечові камінці починають міграцію і стан кожної третьої хворої під час вагітності погіршується.

Ускладнення перебігу вагітності:

1. Попередує переривання вагітності.
2. Виникнення пієлонефриту за рахунок травми слизової оболонки сечовивідних шляхів і приєднання інфекції.
3. Пізній гестоз.
4. Перинатальна смертність досягає 50%.
5. Гідронефроз, якщо спостерігається повна перекриття сечовода великим камінцем.

Неускладнена сечокам'яна хвороба не впливає на перебіг вагітності. Переривання вагітності показано лише при нирковій недостатності, або при поєднанні з важкою формою гестозу.

Пологи у більшості роділь перебігають без ускладнень.

Лікування: відварене м'ясо, риба 2-3 рази в тиждень, яблука, абрикоси, кавуни, відвари чорної смородини. Спазмолітики: папаверин 2% по 2 мл, но-шпа по 2 мл, платифілін 0,2% по 2 мл, баралгін по 5 мл в/в, атропін, промедол, морфій не бажано. В деяких випадках коліку вдається купувати препаратами, які вибірково розширюють мускулатуру сечовода (цистеналом по 20 крапель на кусок цукру під язик, а при повторних нападах по 20 крапель 3 рази в день під час їжі, або після їжі); авісан 0,1 по 2 таб. після їжі, або по 0,05-0,1, 3-4 рази в день, канефрон по 2 табл. тричі на добу до 3 тижнів.

Теплі ванни і грілки при вагітності протипоказані. Якщо напади коліки не купуються медикаментозними препаратами то проводять катетеризацію нирки (stent), якщо катетер не можливо провести в сечоводи – ставиться питання про оперативне лікування. Показання для операції:

1. Анурія, визвана закупоренням сечовода.
2. Септичний стан хворої при пальпульозному пієлонефриті.
3. При пієонефрозі.

Гідронефроз і вагітність

Інколи розвивається гідронефроз, коли сечовід здавлюється вагітною маткою, але частіше гідронефроз буває до вагітності і перебігає безсимптомно. Вагітні скаржаться на тупі

болі в попереку, в зв'язку з венозним застоєм часто виникає гематурія, інколи ниркові коліки (якщо камінець перекриває відток сечі), інколи піїурія, бактеріурія, зміни формули крові.

Діагностика – УЗД, хромоцископ, катетеризація сечоводів.

Ускладнення під час вагітності:

1. Збільшена нирка може заважати нормальним пологам.
2. Може розірватися нирка під час пологів.
3. Запалення гідронефротичної нирки.
4. Ниркова недостатність при двосторонньому ураженні.
5. Ускладнення гідронефрозу пієлонефритом або пієнефрозом.
6. Пізні гестози у 10-15%.
7. Перинатальна смертність 0,5%, незрілі діти народжуються у 15%.

Якщо гідронефроз з'являється під час вагітності, то непотрібно спішити з її перериванням, необхідно вагітну обстежити.

Переривання вагітності показано:

1. При двохсторонньому гідронефрозі.
2. Гідронефроз однієї нирки, якщо навіть функція її збережена.
3. При односторонньому гідронефрозі, що супроводжується азотемією, або пієлонефритом, який погано піддається лікуванню.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4. 5.	<i>Підготовчий етап</i> 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації. 5. Провести контроль вихідного рівня знань шляхом відповіді кожного курсанта на контрольне запитання	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<i>Основний етап</i> 2. Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Класифікація, клініка, діагностика захворювань нирок у вагітних. 2. Особливості перебігу захворювання нирок у вагітних. 3. Особливості ведення вагітності, пологів, післяпологового періоду, періоду новонародженості при захворюваннях нирок. 4. Лікування захворювання нирок при вагітності і в післяпологовому періоді.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1.	<i>Заключний етап</i> 1. Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення патології вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики.

Оснащення - лабораторні аналізи, кабінет функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Запорожан В.М. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник.-Одеса: ОДМУ, 2005.- 292 с.
2. Кулаков В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 608 с.
3. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
4. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
5. Патология внутренних органов и беременность: учеб. пособие для врачей-терапевтов и врачей общей практики / Б.А. Ребров. О.А. Реброва. Е.Б. Комарова, Р.М. Алешина и др.; под ред. Б.А. Реброва. - Донецк: Заславский А.Ю.. 2010. - 321 с.
6. Наказ МОЗ України №234 від 10.05.07р. «Захворювання нирок під час вагітності».

Питання

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
3. Дати визначення: пієлонефриту, гломерулонефриту, сечокам'яної хвороби.
4. Етіологія: пієлонефриту, гломерулонефриту, гідронефрозу.
5. Класифікація захворювання нирок у вагітних.
6. Клініка: пієлонефриту (різних форм), гломерулонефриту (різних форм), сечокам'яної хвороби, гідронефрозу.
7. Визначення групи ризику: при пієлонефриті, гломерулонефриті.
8. Особливості перебігу захворювання нирок у вагітних.
9. Особливості перебігу вагітності при захворюваннях нирок.
10. Особливості перебігу пологів при захворюванні нирок.
11. Особливості ведення вагітності, пологів, післяпологового періоду, періоду новонародженості при захворюваннях нирок.
12. Лікування захворювання нирок при вагітності і в післяпологовому періоді.

Тестові завдання

1. У відділення патології вагітних поступила вагітна П., 26-27 тижнів вагітності. Скарги на підвищення температури тіла до 38,7⁰С, озноб, болі в попереку, більше справа, частий та болючий сечопуск. З анамнезу відомо, що з 14 років хворіє хронічним пієлонефритом. При об'єктивному обстеженні: позитивний симптом Пастернацького з обох сторін, блідість шкірних покривів. Діагноз?

A Хронічний пієлонефрит в стадії загострення.

B Гестаційний пієлонефрит.

C Ниркова коліка

D Пієлоцистит.

E Прееклампсія легкого ступеня.

2. В жіночу консультацію звернулась вагітна в терміні 18 тижнів із скаргами на дизуричні прояви: біль та кров'янисті виділення під час сечовиділення. Після обстеження аналіз сечі за Нечипоренко – норма, за Зимницьким – норма, загальний аналіз сечі: лейкоцити – 20-30 в п/з, еритроцити – 5-10 в п/з. Яку патологію можна запідозрити?

1. Ниркова недостатність.
2. Пієліт.
3. Загроза переривання вагітності (аборт, що розпочався).
4. Сечо-кам'яна хвороба.
5. *Цистит.

3. Вагітна в терміні 20 тижнів доставлена у відділення патології вагітних зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5°C, біль у попереку зліва, дизуричні розлади. В анамнезі захворювань нирок не було. Симптом Пастернацького позитивний зліва. В загальному аналізі сечі – білок 0,066 г/л, лейкоцити покривають все поле зору. Який найбільш ймовірний діагноз?

1. * Пієлонефрит вагітних.
2. Загострення хронічного пієлонефриту.
3. Сечо-кам'яна хвороба.
4. Прееклампсія вагітних.
5. Загроза переривання вагітності.

4. Першовагітна К., 24 років, вагітність 28-29 тижнів, звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на часте сечовипускання, різкий біль внизу живота, що посилюється наприкінці сечовипускання. Тіло матки в нормотонусі. Положення плода поздовжнє, голівка над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 132 уд/хв.. Води цілі. Який діагноз вірогідний у вагітної?

1. Пієлонефрит гестаційний.
2. Загроза переривання вагітності.
3. *Цистит.
4. Кам'яна хвороба сечового міхура.
5. Пізній гестоз.