

ГИДРОНЕФРОЗ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**Хайитова Д.М.**

Азиатский международный университет, ассистент кафедры клинических предметов

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15059571>

Аннотация. Гидронефроз беременных возникает в результате функциональных изменений в моче-вой системе и является преходящим. У женщин, перенесших гидронефроз беременных, при обследовании в от-даленные после родов сроки патологии не выявляется. Большая гидронефротическая поч-ка может препятствовать нормальным родам.

Ключевые слова: гидронефроз, паренхима почек, полиурия, застой мочи.

HYDRONEPHROSIS IN PREGNANCY

Abstract. Hydronephrosis of pregnancy occurs as a result of functional changes in the urinary system and is transient. In women who have had hydronephrosis of pregnancy, no pathology is detected during examination in the late postpartum period. A large hydronephrotic kidney can interfere with normal labor.

Key words: hydronephrosis, renal parenchyma, polyuria, urinary stagnation.

Гидронефроз - заболевание, возникающее вследствие нарушения оттока мочи и характеризующееся расширением почечной лоханки, застоем мочи в ней и атрофией паренхимы почки.

Препятствия оттоку мочи при гидронефрозе во время беременности:

Следующие: пороки развития уретры и мочевого пузыря; воспалительный процесс в тазовой и околопочечной клетчатке; перекручивание и перегибы мочеточников; сдавление мочеточников; гормональные изменения при беременности кровеносным сосудом, идущим к полюсу почки; или соединительнотканым футляром, образующим единое ложе для правого мочеточника и сосуда, расширяющегося во время беременности; камни и дивертикулы мочеточников; рубцовые сужения мочеточников. Все эти причины способны вызвать гидронефроз органического происхождения. Возникающие при беременности нейрогуморальные сдвиги в организме приводят к атонии лоханок и мочеточников, способствуют развитию гидронефроза функциональной природы.

Гидронефроз может быть не только приобретенным, но и врожденным.

Течение гидронефроза

Нарушение оттока мочи вызывает расширение лоханок, увеличение внутрилоханочного давления, истончение лоханки и паренхимы почки, сокращение числа функционирующих нефронов и развитие почечной недостаточности.

При длительно существующем гидронефрозе почка инфицируется, что сопровождается снижением ее функции и может служить показанием для прерывания беременности. Диагноз гидронефроза у беременных ставится при ультразвуковом сканировании не только у матери, но и у плода.

Заболевание длительное время протекает бессимптомно. Больные предъявляют жалобы на тупые боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область и бедро.

Во время приступа задержка мочеиспускания с последующей полиурией.

Почечная колика более свойственна недавно развившемуся заболеванию. При длительном его течении беспокоят тупые постоянные боли в пояснице. Такие боли во время беременности следует дифференцировать с угрозой прерывания беременности.

Диагностика гидронефроза

Диагностика гидронефроза включает: УЗИ, хромоцистоскопию, в особенности в сочетании с катетеризацией мочеточников, что дает возможность судить о расстройстве секреторной функции паренхимы данной почки, нарушении уродинамики, проходимости мочеточников и локализации препятствия. При осмотре беременной пальпировать увеличенную и измененную почку возможно при небольших сроках беременности.

Важным симптомом может быть гематурия, связанная с венозным застоем при гидронефрозе.

Односторонний гидронефроз, не осложненный пиелонефритом, протекает благополучно. Постепенная утрата функции больной почки компенсируется второй, здоровой почкой.

Осложнения течения беременности при гидронефрозе

Двусторонний гидронефроз, осложненный пиелонефритом, чреват возможностью развития пиелонефроза и хронической почечной недостаточности, что ухудшает прогноз и для жизни, и для беременности.

В 10-15% случаев течение беременности у женщин с гидронефрозом осложняется гестозом.

Большая гидронефротическая почка может препятствовать нормальным родам, обусловив разрыв тонкостенного гидронефротического мешка в родах.

Частота рождения незрелых детей достигает 15%, велика перинатальная смертность. При планировании беременности следует выяснить функцию почки и наличие латентных инфекций в ней. Гидронефроз, выявившейся во время беременности, обычно не является противопоказанием к беременности.

Показания к прерыванию беременности при гидронефрозе:

- Двусторонний гидронефроз, выявленный до беременности;

- Гидронефроз единственной почки, даже если функция ее сохранена;
- Односторонний гидронефроз, сопровождающемся азотемией или пиелонефритом, плохо поддающимся лечению.

Пластическая операция в области лоханочно-мочеточникового соустья дает возможность устранения гидронефроза хирургическим путем при сохраненной функции паренхимы почек. При атрофии паренхимы почки у больных с односторонним гидронефрозом производят нефрэктомию.

Урологическая операция во время беременности в тяжелых случаях заболевания может способствовать распространению или генерализации инфекции мочевыводящих путей, но является единственным рациональным выходом из положения, предотвращающим развитие сепсиса и обеспечивающим продолжение беременности. В послеоперационном периоде требуется лечение, направленное на сохранение беременности.

Реабилитация женщин, страдающих гидронефрозом, состоит в своевременном лечении осложнений его - нефролитиаза и пиелонефрита.

Наличие единственной почки может быть врожденной аномалией или следствием удаления другой почки.

Врожденное отсутствие одной почки - редкая патология. При отсутствии патологических процессов во врожденной единственной почке данная патология часто остается нераспознанной, в том числе и во время беременности, выявляется лишь при наличии патологических изменений в единственной почке.

REFERENCES

1. Gilbert G.L. Infections in pregnant women. Med J Aust 2002; 176: 229– 236. <https://www.mja.com.au/journal/2002/176/5/1-infections-pregnant-women>;
2. Palasanthiran P, Starr M, Jones C, Giles M; editors. Management of perinatal infections. Sydney: Australasian Society for Infectious Diseases, 2014.
3. Public Health Laboratory Network. Laboratory case definitions for diagnosis of communicable diseases. Canberra: Commonwealth of Australia, 2017.
4. LeBaron C.W., Forghani B, Beck C, et al. Persistence of mumps antibodies after 2 doses of measles-mumps-rubella vaccine. J Infect Dis 2009; 199: 552– 560.
5. Best J.M. Rubella. Semin Fetal Neonatal Med 2007; 12: 182– 192.
6. Cradock-Watson J.E., Ridehalgh MK, Anderson MJ, Pattison JR. Outcome of asymptomatic infection with rubella virus during pregnancy. J Hyg (Lond) 1981; 87: 147– 154.

7. Ahn K.H., Park YJ, Hong SC, et al. Congenital varicella syndrome: a systematic review. *J. Obstet. Gynaecol* 2016; 36: 563– 566.
8. Gilbert G.L. Parvovirus B19 infection and its significance in pregnancy. *Commun Dis. Intel.l* 2000; 24 (Suppl): 69– 71.
9. Bascietto F., Liberati M, Murgano D, et al. Outcome of fetuses with congenital parvovirus B19 infection: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 52: 569–
10. Tuksanova, D. I. (2019). Osobennosti sostoyanie parametrov gomeostaza i kardiogemodinamiki u zhenshchin s fiziologicheskim techeniem beremennosti. *Novyj den' v medicine-Tibbiyotda yangi kun-2019*, 1(25), 159-163.
11. Tuksanova, D. I. (2019). Features of the state of parameters of homeostasis and cardiodynamics in women with the physiological course of pregnancy. *Tibbietda yangi kun. Tashkent*, (1), 25.
12. Zaripova D.Ya., Tuksanova D.I., Negmatullaeva M.N. Osobennosti techeniya perimenopauzal'nogo perekhoda zhenshchin s ozhireniem. *Novosti dermatovenerologii i reproduktivnogo zdorov'ya*. № 1-2.2020 Str.39-42.– 66.