Summary of clinical practice guidelines

Structure of care

Guideline 1.1
We recommend multidisciplinary teams (including a consultant obstetrician, consultant nephrologist/expert physician, and expert midwife or midwifery team) are established to offer advice and care for women with CKD who are pregnant or planning a pregnancy. All healthcare professionals caring for women with CKD should be able to access this MDT (1D).

Medication in pregnancy and lactation

Guideline 2.1
We recommend that low dose aspirin, low molecular weight heparin, labetalol, nifedipine, methylprednisolone, azathioprine, ciclosporin, tacrolimus and hydroxychloroquine are safe for use in pregnancy (1B).

Guideline 2.2
We recommend concentrations of calcineurin inhibitors (tacrolimus, ciclosporin) are checked throughout pregnancy and immediately postpartum, as blood concentrations may change (1C).

Guideline 2.3
We recommend that medications which interfere with calcineurin inhibitor metabolism (e.g. erythromycin, clarithromycin) are avoided in pregnant and postpartum women taking tacrolimus or ciclosporin whenever possible (1D).
Настанови / Guidelines

Настанова 2.4
Ми рекомендуємо не приймати мофетилу мікофенолат, метотрексат і циклоспорин під час вагітності, оскільки вони тератогенні (1B).

Настанова 2.5
Ми рекомендуємо припинити прийом мофетилу мікофенолату ще до вагітності, оскільки його використання при вагітності пов’язане з підвищеним ризиком спонтанного викидів і порушення біологічних властивостей плода. Перед зачаттям рекомендується тринічний інтервал для переходу на безпечно для вагітності альтернативу й забезпечення стабілізації хвороби й ниркової функції (1C).

Настанова 2.6
Ми рекомендуємо, якщо існують інші варіанти лікування, уникати ритуксимабу під час вагітності через ризик збільшення поганої функції новонароджених і невідомих довгострокових результатів (1D).

Настанова 2.7
Ми рекомендуємо уникати сиролімусу й еверолімусу під час вагітності через недостатню кількість даних про безпеку (1D).

Настанова 2.8
Ми вважаємо, що користь екулізумабу при вагітності для лікування органозалежних захворювань, швидше за все, перевершує ризик від його застосування (2D).

Настанова 2.9
Ми рекомендуємо метформин для застосування під час вагітності жінкам, які мають показник eGFR до вагітності > 30 мл/хв/1,73 m² і стабільну функцію нирок під час вагітності (1D).

Настанова 2.10
Ми рекомендуємо не посилювати імуносупресивну терапію в перипологовий період, а зміни дози ставити в залежності від клінічних показань і концентрації в крові (1D).

Настанова 2.11
Ми рекомендуємо дозволяти годувати груддю жінкам, які приймають преднізолон, гідроксихлорохін, азатіоприн, циклоспорин, таракролімус, еналаприл, каптоприл, амлодіпін, ніфедипін, лабеталол, атенолол і низькомолекулярний гепарин (1C).

Допомога до вагітності

Конtracepcія

Naстанова 3.1.1
Ми рекомендуємо консультації з безпечної та ефективної контрацепції для всіх жінок репродуктивного віку з ХХН (1D).

Naстанова 3.1.2
Ми рекомендуємо пропонувати безпечну й ефективну контрацепцію жінкам репродуктивного віку, які приймають препарати, які містять едодол, гідроксихлорохін, азатіоприн, циклоспорин, таракролімус, еналаприл, каптоприл, амлодіпін, ніфедипін, лабеталол, атенолол і низькомолекулярний гепарин (1C).
Настанова 3.1.4
Ми рекомендуємо екстрену контрацепцію лише прогестероном як безпечну для жінок із ХХН (1С).

Фертильність
Настанова 3.2.1
Ми пропонуємо збереження фертильності для жінок репродуктивного віку, які потребують лікування циклофосфамідом (2С).

Настанова 3.2.2
Ми пропонуємо жінкам, які раніше проходили лікування циклофосфамідом, провести раннє дослідження щодо безплідності (2D).

Настанова 3.2.3
Ми рекомендуємо жінок із ХХН спрямовувати на консультацію перед вагітністю до отримання репродуктивної допомоги (1D).

Настанова 3.2.4
Ми рекомендуємо перенос одного ембріона для зменшення ризику ускладнень, пов’язаних із багатоплідною вагітністю із ХХН (1С).

Консультації перед вагітністю та оптимізація вагітності
Настанова 3.3.1
Ми пропонуємо, щоб жінкам із ХХН, які планують вагітність, надавали консультації перед вагітністю мультидисциплінарною командою, що включає консультанта-акушера й нефролога чи лікаря-експерта (2D).

Настанова 3.3.2
Ми рекомендуємо інформувати жінок із ХХН про підвищений ризик ускладнень ускладнень, включаючи прееклампсію, передчасні пологи, обмеження росту плода й спостереження у відділенні патології вагітності, і про те, що вони, швидше за все, потребуватимуть кесарева розродження (1C).

Настанова 3.3.3
Ми рекомендуємо, щоб жінкам із відомими спадковими нирковими захворюваннями або підозрами на них пропонувалась генетична консультація, включаючи з оцінкою ризику успадкування, прогнозом і варіантами втручання й проведеним передімплантаційної генетичної діагностики (1C).

Настанова 3.3.4
Ми рекомендуємо здобувати перед вагітністю з метою оптимізації перебігу вагітності й пологів, що може бути спрямоване:
— на стабілізацію активності хвороби перед вагітністю, мінімізацію дози ліків, що впливають на вагітність (1B);
— оптимізацію контролю артеріального тиску (< 140/90 мм рт.ст.) і застосування ліків при вагітності (1B);
— оптимізацію контроль глюкемії в жінок із цукровим діабетом (1A) (див. розділ 5.4);
— мінімізацію ризику впливу тератогенних ліків (1C) (див. розділ 2);
— складання плану лікування в разі надмірного блювання вагітних або загострення/рецидиву захворювання під час вагітності (1D).

Настанова 3.3.5
Ми рекомендуємо жінкам із ХХН, які приймають інгібітори ангиотензинпреперетворюючого ферменту, планувати їх відміну або заміну, керуючись мірою необхідності застосування альтернативних препаратів.

Guideline 3.1.4
We recommend that progesterone-only emergency contraception is safe for women with CKD (1C).

Fertility
Guideline 3.2.1
We suggest fertility preservation is considered for women of reproductive age who require treatment with cyclophosphamide (2C).

Guideline 3.2.2
We suggest women who have had previous treatment with cyclophosphamide have early investigation of infertility (2D).

Guideline 3.2.3
We recommend women with CKD are referred for pre-pregnancy counselling before receiving assisted reproduction (1D).

Guideline 3.2.4
We recommend single-embryo transfer is performed to reduce risk of complications associated with multifetal pregnancies in women with CKD (1C).

Pre-pregnancy counseling and optimization for pregnancy
Guideline 3.3.1
We suggest women with CKD are advised there is an increased risk of complications in pregnancy including pre-eclampsia, preterm birth, fetal growth restriction, and neonatal unit (NNU) admission, and that they are more likely to require caesarean delivery (1C).

Guideline 3.3.2
We recommend women with CKD are advised there is an increased risk of complications in pregnancy including pre-eclampsia, preterm birth, fetal growth restriction, and neonatal unit (NNU) admission, and that they are more likely to require caesarean delivery (1C).

Guideline 3.3.3
We recommend women with known or suspected inheritable renal diseases are offered genetic counselling including inheritance risk, prognosis, and intervention options including pre-implantation genetic diagnosis (1C).

Guideline 3.3.4
We recommend pre-pregnancy counselling for the optimisation of maternal and neonatal outcomes in women with CKD, which may include:
— stabilising disease activity in advance of pregnancy on minimised doses of pregnancy-appropriate medications (1B);
— optimising blood pressure control (< 140/90 mmHg) on pregnancy-appropriate medications (1B);
— optimising glycaemic control in women with diabetes mellitus (1A) (see section 5.4);
— minimising risk of exposure to teratogenic medications (1C) (see section 2);
— making a treatment plan in the event of hyperemesis or disease exacerbation/relapse during pregnancy (1D).

Guideline 3.3.5
We recommend women with CKD who are taking angiotensin converting enzyme inhibitors have a plan for discontinuation/conversion guided by the strength of indication for renin-angiotensin blockade and the
likelihood of pregnancy confirmation in the first trimester (1B).

Guideline 3.3.6
We recommend angiotensin receptor antagonists are discontinued in advance of pregnancy (1D).

Guideline 3.3.7
We suggest women with CKD stages 4 and 5 contemplating pregnancy are offered pre-dialysis education (2D).

Pregnancy Care
Assessment of renal function in pregnancy
Guideline 4.1.1
We recommend renal function in pregnancy is assessed using serum creatinine concentrations as estimated GFR (eGFR) is not valid for use in pregnancy (1C).

Guideline 4.1.2
We recommend women with CKD have formal quantification of proteinuria in pregnancy (1D).

Guideline 4.1.3
We recommend quantification of proteinuria is undertaken by protein : creatinine ratio (uPCR) or albumin : creatinine ratio (uACR). Twenty-four hour urine collection for quantification of protein is not required (1B).
Настанова 4.4.1
Ми рекомендуємо, щоб цільовий артеріальний тиск під час вагітності для жінок з ХХН становив 135/85 мм рт.ст. або менше, що має бути зафіксовано в історії вагітності й пологів (прим. форма № 096/о) (1D).

Настанова 4.4.2
Ми пропонуємо продовжувати антигіпертензивне лікування в жінок із ХХН під час вагітності, поки систолічний артеріальний тиск не буде стабільно < 110 мм рт.ст. або діастолічний < 70 мм рт.ст. або настане симптоматична гіпотензія (2D).

Настанова 4.4.3
Ми рекомендуємо використовувати лабеталол, ніфедипін і метилдопу для лікування гіпотензії під час вагітності (1B).

Настанова 4.4.4
Ми рекомендуємо не застосовувати інтегратори антагоністів артеріальних рецепторів і діуретики для лікування гіпотензії під час вагітності (1B).

Настанова 4.4.5
Ми рекомендуємо діагностувати поєднану преєклампсію: — у жінки з непротеїнуричною ХХН, якщо в неї розвинулася нова гіпотензія (систолічний АТ > 140 мм рт.ст. і/або діастолічний АТ > 90 мм рт.ст.) і антагонії (СБК > 30 мг/ммоль або САК > 8 мг/ммоль) або дисфункція материнських органів після 20 тижнів вагітності (1B); — у жінки з протеїнуричною ХХН, якщо в неї розвинулася нова гіпотензія (систолічний АТ > 140 мм рт.ст. і/або діастолічний АТ > 90 мм рт.ст.) або антагонії материнських органів після 20 тижнів вагітності (1B); — у жінки з хронічною гіпотензією і протеїнуриєю, якщо вона розвиває дисфункцію материнських органів після 20 тижнів вагітності (1B).

Настанова 4.4.6
Ми пропонуємо, щоб у жінок з протеїнуричною гіпотензією і протеїнуриєю, у яких розвивається стійка гіпотензія (систолічний АТ > 160 мм рт.ст. і/або діастолічний АТ > 110 мм рт.ст. або виникла необхідність подвоєння антигіпертензивних засобів) і/або значнім підвищеним протеїнуриї (подвоєння СБК або САК порівняно з ранньою вагітністю) негайно виключити наявність поєднаної преєклампсії (2D).

Настанова 4.4.7
Ми пропонуємо розглядати використання антігенних маркерів (PIGF ± sFlt-1) як доповнення для діагностики поєднаної преєклампсії залежно від поточних досліджень у жінок із ХХН (2C).

Венозна тромбоемболія
Настанова 4.5.1
Ми рекомендуємо жінкам, які мають протеїнурию непротеїнуричного діапазону (СБК > 300 мг/ммоль або САК > 250 мг/ммоль) пропонувати тромбопрофілактику низькомолекулярним гепарином при вагітності й у післяполовий період.

Guideline 4.3.2
We suggest kidney donors are offered low dose aspirin (75–150 mg) to reduce the risk of pre-eclampsia (2D).

Guideline 4.4.1
We recommend that the target blood pressure during pregnancy for women with CKD is 135/85 mmHg or less, which should be documented in the woman’s healthcare record (1D).

Guideline 4.4.2
We suggest antihypertensive treatment in women with CKD is continued in pregnancy unless systolic blood pressure is consistently < 110 mmHg systolic, or diastolic blood is pressure consistently < 70 mmHg diastolic BP, or there is symptomatic hypotension (2D).

Guideline 4.4.3
We recommend labetalol, nifedipine and methyl-dopa can be used to treat hypertension in pregnancy (1B).

Guideline 4.4.4
We recommend angiotensin converting enzyme inhibitors, angiotensin receptor antagonists and diuretics are not used to treat hypertension in pregnancy (1B).

Guideline 4.4.5
We recommend a diagnosis of superimposed pre-eclampsia is considered:
— in a woman with non-proteinuric CKD, if she develops new hypertension (systolic BP > 140 mmHg and/or diastolic BP > 90 mmHg) and proteinuria (uPCR > 30 mg/mmol or uACR > 8 mg/mmol) or menstrual organ dysfunction after 20 weeks’ gestation (1B);
— in a women with proteinuric CKD if she develops new hypertension (systolic BP > 140 mmHg and/or diastolic BP > 90 mmHg) or menstrual organ dysfunction after 20 weeks’ gestation (1B);
— in a women with chronic hypertension and proteinuria, if she develops menstrual organ dysfunction after 20 weeks’ gestation (1B).

Guideline 4.4.6
We suggest in women with chronic hypertension and proteinuria that the development of sustained severe hypertension (systolic BP > 160 mmHg and/or diastolic BP > 110 mmHg or doubling of antihypertensive agents) and/or a substantial rise in proteinuria (doubling of uPCR or uACR compared to early pregnancy) should prompt clinical assessment for superimposed pre-eclampsia (2D).

Guideline 4.4.7
We suggest a role for angiogenic markers (PIGF ± sFlt-1) is considered as an adjunct to diagnose superimposed pre-eclampsia, dependent upon ongoing research in women with CKD (2C).

Venous thromboembolism
Guideline 4.5.1
We recommend that women with nephrotic-range proteinuria (uPCR > 300 mg/mmol or uACR > 250 mg/mmol) be offered thromboprophylaxis with low molecular weight heparin in pregnancy and the post-partum period.
unless there is a specific contraindication including risk of labour or active bleeding (1D).

**Guideline 4.5.2**
We suggest that non-nephrotic range proteinuria in pregnancy is a risk factor for thrombosis and thromboprophylaxis with low molecular weight heparin should be considered in the presence of additional risk factors (2D).

**Anaemia**

**Guideline 4.6.1**
We recommend pregnant women with CKD are given parenteral iron if indicated (1C).

**Guideline 4.6.2**
We recommend erythropoietin stimulating agents are given if indicated in pregnancy (1C).

**Bone health**

**Guideline 4.7.1**
We recommend women with CKD who are vitamin D deficient be given vitamin D supplementation in pregnancy (1B).

**Guideline 4.7.2**
We recommend calcimimetics are discontinued in pregnancy (1D).

**Guideline 4.7.3**
We recommend non-calcium based phosphate binders are discontinued in pregnancy (1D).

**Renal biopsy**

**Guideline 4.8.1**
We recommend if a histological diagnosis will change management in pregnancy then renal biopsy can be performed in the first and early second trimester of pregnancy (1C).

**Peripartum care**

**Guideline 4.9.1**
We recommend women with CKD receive routine peripartum care, with additional specialist input (1D).

**Guideline 4.9.2**
We recommend women with CKD have observations taken and documented during any hospital admission. This includes temperature, heart rate, blood pressure, respiratory rate, and oxygen saturation. An early warning score should be calculated and actioned appropriately (1D).

**Guideline 4.9.3**
We recommend additional assessment for women with an elevated early warning score, for women considered to be high-risk, and for any women in whom there is any clinical concern. This includes examination of jugular venous pressure, lung auscultation and urine output monitoring (in-dwelling catheter not usually required) in addition to routine parameters (1D).

**Guideline 4.9.4**
We recommend women with CKD at risk of volume depletion or volume overload are highlighted by the MDT in advance of delivery (1D).

**Guideline 4.9.5**
We recommend that fluid balance is managed with the aim of maintaining normal fluid volume, avoiding dehydration and pulmonary oedema, with input from clinicians with expertise in fluid balance and renal disease (1D).
Настанова 4.9.6
Ми рекомендуємо всім клініцистам мати настороженість щодо підвищеного ризику набряку легенів у жінок із ХХН і прееклампсією (1D).

Настанова 4.9.7
Ми рекомендуємо терміни пологів для жінок із ХХН визначати за акушерськими показаннями з урахуванням ниркових факторів, включаючи погіршення функції нирок, симптоматичною гіпоальбумінемією, набряком легенів і рефрактерною гіпертензією (1D).

Післяполовий догляд

Настанова 4.10.1
Ми рекомендуємо не призначати нестероїдні протизапальні засоби (1C).

Настанова 4.10.2
Ми рекомендуємо жінкам із ХХН провести плановий ранній післяполовий контроль стану нирок (1D).

Настанова 4.10.3
Ми рекомендуємо жінкам із ХХН призначати препарати, які завжди сумісні з годуванням груддю, коли це можливо (1D).

Настанова 4.10.4
Ми рекомендуємо, щоб жінкам із ХХН пропонували безпечну і ефективну контрацепцію після пологів і вони отримували оновлені консультації перед наступними вагітностями (1D).

Специфічні стани

Трансплантація нирок

Настанова 5.1.1
Ми рекомендуємо жінкам, яким проведена трансплантація нирки, почекати, поки функція нирок не стане стабільною на препаратах і в дозах, безпечних для вагітності до зачаття, як правило, протягом року після трансплантації (1D).

Настанова 5.1.2
Ми рекомендуємо, щоб план значної пологів у жінки із трансплантованою ниркою був обговорений з місцевою командою з хірургічної трансплантації (1D).

Настанова 5.1.3
Ми рекомендуємо, щоб режим пологів у жінок із трансплантованою ниркою, яка була акушерською попередньою, був встановлений разом з місцевою командою з хірургічної трансплантації (1D).

Настанова 5.1.4
Ми рекомендуємо, щоб кесарев розтин у жінки з ниркою в трансплантації був виконаний досвідченим акушером, в ідеалі — консультант (1D).

Настанова 5.1.5
Ми рекомендуємо, щоб жінки, які мають трансплантовану нирку, яка була акушерською попередньою, відвідували консультанта (1D).

Діаліз

Жінки, які отримували підтримуюче діалізне лікування перед вагітністю

Настанова 5.2.1
Ми рекомендуємо всім клініцистам мати настороженість щодо підвищеного ризику набряку легенів у жінок із ХХН і прееклампсією (1D).

Guideline 4.9.6
We recommend all clinicians are aware of the increased risk of pulmonary oedema in women with CKD and pre-eclampsia (1D).

Guideline 4.9.7
We recommend the timing of birth for women with CKD is determined by obstetric indications, with consideration of renal factors including deteriorating renal function, symptomatic hypoalbuminaemia, pulmonary oedema, and refractory hypertension (1D).

Postnatal care

Guideline 4.10.1
We recommend that non-steroidal anti-inflammatoryatories should not be given (1C).

Guideline 4.10.2
We recommend women with CKD have a planned early postpartum renal review (1D).

Guideline 4.10.3
We recommend that women with CKD are prescribed medications that are compatible with breastfeeding whenever possible (1D).

Guideline 4.10.4
We recommend that women with CKD are offered safe and effective contraception postpartum and receive updated pre-pregnancy counselling before future pregnancies (1D).

Specific conditions

Renal transplantation

Guideline 5.1.1
We recommend women with renal transplants wait until their kidney function is stable on medications that are safe in pregnancy before conceiving, which is usually more than one year after transplantation (1D).

Guideline 5.1.2
We recommend that plans for delivery in a woman with a renal transplant are discussed with the local surgical transplant team (1D).

Guideline 5.1.3
We recommend that mode of delivery in women with renal transplants is based on obstetric indications and maternal preference (1D).

Guideline 5.1.4
We recommend that caesarean delivery in a woman with a renal transplant patient is performed by the most senior obstetrician available, ideally a consultant (1D).

Guideline 5.1.5
We recommend that women with kidney-pancreas transplants, kidney-liver transplants, and dual kidney transplants are managed during pregnancy and delivery by a multidisciplinary team including transplant physicians and surgeons, at a transplant centre (1D).

Dialysis

Women receiving maintenance dialysis before pregnancy

Guideline 5.2.1
We recommend women established on dialysis prior to pregnancy receive pre-pregnancy counselling including the options of postponing pregnancy until
чаючи варіанти перенесення вагітності на час після трансplanation (якщо це можливо) і необхідність тривалого частого діалізу до і під час вагітності (1C).

**Настанова 5.2.2**
Ми рекомендуємо жінкам, які отримували діаліз до вагітності, отримувати тривалий, частий гемодіаліз або в центрі, або вдома, щоб покращити результати вагітності (1C).

**Настанова 5.2.3**
Ми пропонуємо жінкам, які отримують перитонейальний діаліз до вагітності, перейти на гемодіаліз під час вагітності (1D).

**Начаток діалізу під час вагітності**

**Настанова 5.2.5**
Ми вважаємо, що гемодіаліз слід почати при вагітності, коли концентрація сечовини в матері становить 17–20 ммоль/л, а ризики передчасних пологів перевищують ризики початку діалізу. Додатково до концентрації сечовини в матері (2D) слід враховувати гестацію, динаміку змін функції нирок, баланс рідини, біохімічні параметри, артеріальний тиск та уремічні симптоми.

**Вовчаковий нефрит і васкуліт**

**Настанова 5.3.1**
Ми рекомендуємо жінкам, хворим на вовчак або васкуліт, почекати, поки хвороба припиниться, протягом приймайливи 6 місяців до зачаття (1B).

**Настанова 5.3.2**
Ми рекомендуємо всім жінкам, хворим на вовчак, приймати гідроксихлорохін під час вагітності, якщо це не протипоказано (1C).

**Настанова 5.3.3**
Ми рекомендуємо жінкам, хворим на вовчак, спостерігати за активністю захворювання під час вагітності (1D).

**Настанова 5.3.4**
Ми рекомендуємо жінок, позитивних на анти-Ro (SSA) або анти-La (SSB) антитіла, направляти на ехокардіографію плода в другому триместрі (1C).

**Настанова 5.3.5**
Ми рекомендуємо жінок з антифосфоліпідним синдромом і анамнезом підтвердженого тромбоемболічного епізоду або попереднього несприятливого акушерського результату (включаючи періодичну ранню втрату плода) отримувати низькомолекулярний гепарин під час вагітності й протягом шести тижнів після пологів (1B).

**Діабетична нефропатія**

**Настанова 5.4.1**
Ми рекомендуємо жінкам, хворим на діабетичну нефропатію, перед зачаттям проводити оптимізацію рівня глюкози в крові, артеріального тиску й протеїнурії (1C).
Настанова 5.4.2
Ми рекомендуємо жінкам, хворим на діабетичну нефро-патію, продовжувати приймати інгібітори ангіотензинпе-ретворюючого ферменту до зчаття, регулярно проводити тестування на вагітність під час спроб зчаття (1C).

Настанова 5.4.3
Ми рекомендуємо, щоб графіку догляду, спостережен-ня й лікування жінок, хворих на діабетичну нефропатію, дотримувалися відповідно до національних рекомендацій йоду діабету під час вагітності, на додаток до спеціалізовано-го моніторингу ниркової хвороби під час вагітності (1D).

Інфекція сечовивідних шляхів (UTI)

Настанова 5.5.1
Ми пропонуємо жінкам із рефлюкс-нефропатією, вро-дженими аномаліями нирок і сечовивідних шляхів (CAKUT-синдром), жінкам із ХХН, які приймають імуносупресивні препарати, а також жінкам з рецедивуючою інфекцією сечно- вого тракту (ICT) в анамнезі антибіотикопрофілактику під час вагітності після першого епізоду ICT під час вагітності, включно з безсимптомною бактеріурією (2D).

Настанова 5.5.2
Ми рекомендуємо продовжувати профілактику ICT, що була призначена до вагітності, і під час вагітності з викорис-танням засобів, відомих як безпечні (1D).

Рефлюкс-нефропатія та вроджені аномалії нирок і сечно- вивідних шляхів (CAKUT-синдром)

Настанова 5.6.1
Ми рекомендуємо жінкам із попередньою операцією на сечовому міхурі (реімплантація сечоводу, реконструкція се-чового міхура, уся комплексна дитяча урологія) обговорю-вати можливі проблеми під час вагітності з урологом, який має досвід реконструкції сечового міхура, щоб оцінити ва-ріанти пологів (1D).

Настанова 5.6.2
Ми рекомендуємо, щоб виявлені антенатально аномалії в нирках плода і/або сечовивідних шляхах були обговорені з фахівцями фетальної медицини й дитячої нефрології для визначення відповідного лікування новонароджених (1D).

Настанова 5.6.3
Ми рекомендуємо, щоб дітям з антенатально виявлені-ми порушеннями в нирках плода і/або сечовивідних шляхів про-водили нагляд в катамнезі, якщо виявлені ознаки інфекції сечовивідних шляхів (1C).

GUIDELINE 5.4.2
We recommend that women with diabetic nephropathy continue angiotensin converting enzyme inhibitors until conception, with regular pregnancy testing during attempts to conceive (1C).

GUIDELINE 5.4.3
We recommend that the schedule of care, surveillance and management of women with diabetic nephropathy should be undertaken according to national guidelines for diabetes in pregnancy, in addition to specialist monitoring of renal disease in pregnancy (1D).

Urinary Tract Infection (UTI)

GUIDELINE 5.5.1
We suggest women with reflux nephropathy, congenital anomalies of the kidneys and urinary tract (CAKUT), women with CKD taking immunosuppression, and women with a history of recurrent UTI should be offered antibiotic prophylaxis during pregnancy after a single UTI in pregnancy, including asymptomatic bacteriuria (2D).

GUIDELINE 5.5.2
We recommend pre-pregnancy UTI prophylaxis be continued in pregnancy using agents known to be safe (1D).

Reflux nephropathy and Congenital Abnormalities of the Kidney and Urinary Tract (CAKUT)

GUIDELINE 5.6.1
We recommend women with previous bladder surgery (re-implantation of ureter, bladder reconstruction, all complex paediatric urology) should be discussed during pregnancy with a urologist with expertise in bladder reconstruction to evaluate options for delivery (1D).

GUIDELINE 5.6.2
We recommend that antenatally detected abnormalities in the fetal kidneys and/or urinary tract should be discussed with fetal medicine and paediatric nephrology specialists to determine appropriate neonatal management (1D).

GUIDELINE 5.6.3
We recommend that children with antenatally detected abnormalities in the fetal kidneys and/or urinary tract should have specialist follow up if features of urinary tract infection are identified (1C).