

ID: 2018-05-257-A-18522

Краткое сообщение

Сатуева Э.Я., Мамедова М.М.

Острый гестационный пиелонефрит и его влияние на течение и исход беременности*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета**Научный руководитель: асс. Плеханов А.А.***Резюме**

В работе представлены результаты оценки влияния острого гестационного пиелонефрита на течение и исход беременности и выделены основные факторы риска развития данного заболевания.

Ключевые слова: гестационный пиелонефрит, беременность**Введение**

Одним из актуальных направлений современного здравоохранения является охрана здоровья женщины и ребенка. Однако, по литературным данным, в последние годы отмечается увеличение экстрагенитальных заболеваний при беременности [1,2]. При этом гестационный пиелонефрит (ГП) занимает 2 место в структуре соматической патологии у беременных. ГП – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, преимущественно поражающий интерстициальную ткань и канальцы почек [3,5]. Многочисленные источники свидетельствуют о росте заболеваемости ГП как в России, так и во всем мире. В работе Козак Ю.В. и соавторов (2012г) показано увеличение заболеваемости ГП в 3,6 раз, что составляет 33,8% [4]. Известно, что развитие этого заболевания у каждой третьей беременной осложняется гнойно-воспалительными процессами в почках. У 40% возникают нарушения функции мочевыделительной системы, и в 10% развивается бактериально-токсический шок. Летальность среди беременных варьирует от 4 до 10%, а показатель перинатальной смертности достигает 7,5%, что позволяет считать ГП одной из самых главных медико-социальных проблем современного акушерства и перинатологии[6].

Цель: выделить факторы риска острого гестационного пиелонефрита и оценить его влияние на течение и исход беременности.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни беременных, находившихся на лечении в урологических отделениях ГУЗ СГКБ №8 с диагнозом острый гестационный пиелонефрит за 2017г. (n=61). Контрольную группу (n=15) составили беременные аналогичных сроков гестации без выраженной соматической. Все пациентки обследованы в соответствии с приказом №572н. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программы MicrosoftExcel 2010.

Результаты

Анализ историй болезни показал, что возраст беременных варьировал от 18 до 44 лет в обеих группах. В основной группе распределение пациенток по возрасту произошло следующим образом: в возрасте 26-30 лет – 18 (29,5%) беременных, 21-25 лет - 17 (27,8%), 31-35 лет - 12 (19,6%), 36 и более лет - 11 (18%). В контрольной группе подавляющее число беременных находилось в возрастном промежутке 26-30 лет - (n=5; 33,3%). Среди беременных, перенесших ГП, 45 женщин (73,8%) были первородящими, из них только 18 (29,5%) оказались первобеременными. В контрольной группе удельный вес первородящих составил 53,3% (n=8), а первобеременных – 37,7%. Подавляющее число пациенток основной группы (72,1%) имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Из гинекологических заболеваний хронические воспалительные процессы матки и придатков зарегистрированы у 42 (68,9%) беременных с ГП, миома матки - у 11 (18%), эндометриоз - у 2 (3,3%). Артифициальные аборты и самопроизвольные выкидыши прослежены в анамнезе у 10 (16,4%) и 8 (13,1%) пациенток основной группы, соответственно. Неразвивающаяся беременность в прошлом установлена у 8 (13,1%) беременных с ГП. В контрольной группе отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имело крайне низкое количество беременных. Хронические воспалительные процессы матки и придатков прослежены лишь у 2 (13,3%) беременных, а предшествующий аборт зафиксирован только у 1 женщины (6,7%). Обращает так же на себя внимание снижение индекса соматического здоровья женщин основной группы. Из экстрагенитальной патологии в этой группе преобладают: хронический гастрит – (n=37; 60,6%), хроническая артериальная гипертензия - (n=26; 42,6%), хронический тонзиллит - (n=21; 34,4%), диффузное увеличение щитовидной железы - (n=15; 24,5%), хронический фарингит - (n=12; 19,6%), сахарный диабет - (n=9; 14,7%) хронический тонзиллит - (n=21; 34,4%), хронический гайморит - (n=2; 3,2%). В контрольной группе хронический гастрит выявлен у 3 женщин (20%), диффузное увеличение щитовидной железы - у 2 (13,3%), хронический фарингит - у 2 (13,3%) беременных, хронический тонзиллит - лишь у 1 (6,7%). Результаты нашего исследования показали, что чаще всего ГП развивается во втором триместре беременности (n=35; 57,4%). Тогда как в первом триместре ГП был диагностирован у 3 беременных (4,9%), а в третьем триместре – у 23 (37,7%). Из клинических симптомов ГП преобладали гипертермия (n=31; 50,8%) и болевой синдром (n=47; 77,04%). И лишь у 4 больных (6,5%) диагноз ГП был выставлен только на основании результатов лабораторно-инструментального обследования. Во всех случаях беременным с ГП назначалась спазмолитическая, антибактериальная и инфузионная терапия. Антибактериальная терапия одним препаратом проводилась у 44 женщин (72,1%), комбинированную антибактериальную терапию получали 17 больных (27,9%). В качестве антибактериальных препаратов были использованы антибиотики группы цефалоспоринов (n=27; 61,4%) и пенициллинов (n=13; 29,5%). Макролиды назначались в единичных наблюдениях (n=4; 9,1%). С целью восстановления оттока мочи - стент-дренаж был установлен у 8 (13,1%) пациенток. Продолжительность нахождения в стационаре составила от 4 до 10 суток.

Обсуждение

Дальнейшее динамическое наблюдение за беременными показало высокую частоту осложнений гестации у пациенток основной группы. Отеки, вызванные беременностью, определены у 20 (32,8%) женщин основной группы, при 3 (20%) случаях в контрольной группе. В 40% наблюдений в основной группе беременность осложнилась развитием гестационной артериальной гипертензии, тогда как в контрольной группе данная патология зафиксирована лишь в 1 случае (6,7%). Удельный вес диагностики тяжелой преэклампсии, после перенесенного ГП, составил 11,5% (n=7), при отсутствии данного осложнения гестации в контрольной группе.

Фетоплацентарная недостаточность по данным УЗИ и доплерометрии выявлена у 29 пациенток основной группы (47,5%), при этом нарушения маточно-плацентарного кровотока 1А степени зарегистрированы у 13 женщин (21,3%), 1Б степени – у 5 (8,2%), преждевременное созревание плаценты – у 11 (18%). Маловодие диагностировано у 7 пациенток с ГП (11,5%), многоводие – у 11 (18%). Задержка роста плода была установлена у 17 беременных, перенесших ГП (27,9%).

Преждевременные роды в основной группе составили 9 (14,8%) случаев основной группы. Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) в исследуемых историях зарегистрирован у 15 (24,6%) беременных основной группы, из них в 8 (53,3%) наблюдениях ПРПО зафиксирован при доношенной беременности, а у 7 (46,6%) женщин – при недоношенной беременности. Частота оперативного родоразрешения в группе женщин после перенесенного ГП достигала 32,8% (n=20). Среди основных показаний к операции кесарева сечения: длительная фетоплацентарная недостаточность, тяжелая преэклампсия, острый дисстресс-синдром плода, нарушения сократительной деятельности матки.

Заключение

Результаты проведенного анализа показали, что к факторам риска ГП следует отнести: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (72,1%), наличие экстрагенитальной патологии с очагами хронических воспалительных процессов, второй триместр беременности (57,4%). Возникновение ГП увеличивает риск возникновения фетоплацентарной недостаточности до 47,5%, гестационной артериальной гипертензии и преэклампсии до 51,5%. Кроме того, возникновение данной патологии повышает вероятность преждевременных родов до 14,8%, а использование оперативных пособий до 32,8%.

Литература

1. Хворостухина Н.Ф., Салов И.А., Новичков Д.А. Острый панкреатит беременных. Клиническая медицина 2015; 93 (2): 61-66.
2. Хворостухина Н.Ф., Шляхова И.Ю., Новичков Д.А., Бебешко О.И., Плеханов А.А. Влияние базовой гипотензивной терапии на состояние фетоплацентарного комплекса и исходы беременности при хронической артериальной гипертензии. Современные проблемы науки и образования 2015; (6-0): 74.
3. Серов В.Н. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение /В.Н.Серов, В.Л. Тютюнник. Русский мед. журнал 2012; 10(36): 78–81.
4. Козак Ю.В., Киселева Т.В., Пекарев О.Г. и др. Применение экстракорпоральных методов детоксикации при лечении беременных с острыми гестационными пиелонефритами. JournalofSiberianMedicalSciences 2012; (1).
5. Стяжкина С.Н., Черненкова М.Л., Набиуллина А.А. и др. Острый гестационный пиелонефрит, этиопатогенетические аспекты, диагностика и лечение. Проблемы Современной науки и образования 2015; (36): 202-205.
6. Х.Р. Курбаналиев, Г.С. Чернецова. Пиелонефрит беременных. Современный взгляд на проблемы урогинеколога. Вестник КРСУ 2017; 17(7): 33-36.