

## ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Стяжкина С.Н., Черненкова М.Л., Кривенко П.А., Гайлямова Л.И.

*ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия, vikgra@yandex.ru*

Изучение проблемы хронического пиелонефрита является актуальным с позиции современного акушерства и перинатологии, поскольку чаще всего заболевание проявляется или возникает впервые во время беременности, обуславливая осложненное течение гестационного процесса и высокую заболеваемость новорожденных при наличии этой патологии у матери. Наличие пиелонефрита также осложняет течение родов и послеродового периода. Установлено, что у рожениц с данной патологией достоверно чаще встречаются преждевременное или раннее излитие околоплодных вод, острая интранатальная гипоксия плода, нарушения сократительной активности матки, процессов отделения и выделения последа. В 2014 году в одном из родильных домов города Ижевска наблюдалась 81 пациентка с диагнозом «хронический пиелонефрит». В статье приведены данные анализа состояния пациенток в дородовом периоде, исход родов, состояние новорожденных и т.д.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, беременность, экстрагенитальная патология.

## THE COURSE OF PREGNANCY AND OUTCOME OF LABOR IN WOMEN WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

Styazhkina S.N., Chernenkova M.L., Krivenko P.A., Gaylyamova L.I.

*Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia, vikgra@yandex.ru*

Recently the study of chronic pyelonephritis has been a topical issue in obstetrics and perinatology as women develop this disease for the first time during their pregnancy. It can result into a complicated gestational process and neonatal morbidity. It can also cause complications during childbirth and in postpartum period. Women who have this pathology are known to have premature or early discharge of the amniotic fluid, acute intranatal fetal hypoxia, disturbances of uterine contractions and placenta delivery. In 2014, 81 female patients with the diagnosis of chronic pyelonephritis were under observation in one of maternity hospitals of the city of Izhevsk. The article provides data on the analysis of patients' condition in the prenatal period, labour outcome, and Apgar scoring of newborns.

Keywords: chronic pyelonephritis, pregnancy, extragenital pathology.

Экстрагенитальная патология – это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности [5]. Наличие у беременной женщины экстрагенитальной патологии является тем неблагоприятным фоном течения беременности, на котором сокращаются или ограничиваются возможности адаптационных механизмов, а также усугубляются все осложнения, возникающие во время беременности, родов и послеродовом периоде.

Среди экстрагенитальных заболеваний, которые осложняют течение беременности и родов, патология почек и мочевыводящих путей занимает второе место после болезней сердца и сосудов. На амбулаторном этапе наблюдения за беременными в женской консультации заболевания почек отмечаются у 30–35 % беременных. Чаще всего выявляется пиелонефрит (10–12 %), бессимптомная бактериурия (6–10 %) и значительно реже (0,1–0,2 %) гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, цистит. В активном фертильном возрасте

экстрагенитальная патология у женщин России составляет 85–98 %, в Удмуртской Республике – 80% [9]. Болезни мочеполовой системы у беременных по данным Всемирной организации здравоохранения составляют 23,6 % [3]. Пиелонефрит занимает 2-е место в структуре патологии мочевыделительной системы, составляя 10–12 %. Среди беременных, проживающих в Удмуртии, заболевания мочевыводящих путей констатированы в 53–54 % [8].

Хронический пиелонефрит – вялотекущее, периодически обостряющееся бактериальное воспаление интерстиция почки, приводящее к необратимым изменениям в чашечно-лоханочной системе с последующим склерозированием паренхимы и сморщиванием почки [7]. Пиелонефрит, впервые возникший во время беременности, называют гестационным или пиелонефритом беременных. Достаточно часто женщина страдает пиелонефритом до беременности, на фоне которой пиелонефрит может обостряться или протекать в хронической форме. Чаще всего заболевание проявляется или возникает впервые во время беременности, обуславливая осложненное течение гестационного процесса и высокую заболеваемость новорожденных при наличии этой патологии у матери, именно поэтому изучение проблемы хронического пиелонефрита становится актуальным с позиции современного акушерства и перинатологии.

Первичным очагом инфекции является любой гнойно-воспалительный процесс в организме женщины. Пути проникновения инфекции в почку различны: гематогенный, уриногенный (при наличии пузырно-мочеточниковых рефлюксов) и др. Инфицирование в основном происходит гематогенным путем. Пиелонефрит чаще диагностируется у первобеременных, что объясняется недостаточностью адаптационных механизмов к тем изменениям (иммунологическим, гормональным и др.), которые присущи организму женщины во время гестационного процесса. У большинства женщин атаки пиелонефрита отмечаются во втором триместре беременности (22–28 нед.).

Виды микроорганизмов, вызывающих инфекции мочевыводящих путей, а также факторы их вирулентности сходны у беременных и небеременных женщин, чем подтверждается общность механизмов проникновения инфекции в мочевые пути. Этиология гестационного пиелонефрита непосредственно связана с облигатной и факультативной микрофлорой кишечника. Наиболее частыми возбудителями внебольничного пиелонефрита являются бактерии семейства *Enterobacteriaceae*, из которых на долю *Escherichiacoli* приходится до 80–90 % случаев заболевания. Этиологическое значение других микроорганизмов, как грамотрицательных (*Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, *Serratia*), так и грамположительных бактерий (*Enterococcusfaecalis*, *Staphylococcus* sp (*saprophyticus* и *aureus*)) существенно возрастает в случае госпитальной инфекции. В качестве

редких возбудителей могут выступать грибы родов *Candida*, *Blastomyces*, возбудители заболеваний, передающихся половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*). Вирусы и внутриклеточные паразиты не считаются самостоятельными этиологическими факторами, но, выступая в ассоциации с бактериями, могут играть роль пускового механизма [4]. Существует два основных механизма распространения инфекции: гематогенный из очага инфекции и уриногенный (восходящий) путь при пузырно-мочеточниковом рефлюксе. Факторами риска развития гестационного пиелонефрита являются: предшествующий анамнез инфекции мочевыводящих путей, особенно до 20 недель беременности; пороки развития почек и мочевых путей, камни почек и мочеточников; воспалительные заболевания женских половых органов; сахарный диабет; нарушения уродинамики, обусловленные беременностью (дилатация и гипокинезия внутриполостной системы почек, мочеточников на фоне метаболических изменений), низкий социально-экономический статус. Острый пиелонефрит беременных развивается у 20–40 % женщин с нелеченной бессимптомной бактериурией, что позволяет рассматривать последнюю также в качестве фактора риска развития гестационного пиелонефрита. Экстрагенитальные заболевания также являются преморбидным фоном развития пиелонефрита при беременности. Среди экстрагенитальных заболеваний основное место принадлежит хроническому тонзилиту и сахарному диабету.

К наиболее частым осложнениям беременности при пиелонефрите относятся: невынашивание, гестоз, анемия, плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода и/или задержка его внутриутробного развития. Наличие пиелонефрита также осложняет течение родов и послеродового периода. Установлено, что у рожениц с данной патологией достоверно чаще встречаются преждевременное или раннее излитие околоплодных вод, острая интранатальная гипоксия плода, нарушения сократительной активности матки, процессов отделения и выделения последа. После родов в 2–3 раза возрастает риск возникновения гнойно-воспалительных процессов в мочеполовых органах. Пиелонефрит неблагоприятно влияет на состояние плода и новорожденного, являясь источником внутриутробного инфицирования и обеспечивая развитие плацентарной недостаточности. Проявления внутриутробной инфекции у новорожденного ребенка могут быть различными: от простейшего заболевания глаз – конъюнктивита, не представляющего собой опасности для ребенка, до тяжелых инфекционных поражений легких, почки др. органов. Кроме того, развивается внутриутробная гипоксия плода, когда в связи с изменениями в организме матери плод получает меньше кислорода, чем ему требуется для нормального роста. Это грозит гипотрофией плода – меньшим весом, недостаточным его развитием. Это диктует необходимость пристального внимания исследователей к проблеме пиелонефрита у беременных женщин [7].

Хронический пиелонефрит у беременных встречается часто (до 30 %) и диагностируется на основании обнаружения в моче лейкоцитов (даже в незначительном количестве). Длительно существующий воспалительный процесс приводит к склерозированию почечной ткани, нарушению концентрационной способности почек. Возможно развитие гипертензии и почечной недостаточности [1]. Роды у беременных с острым пиелонефритом, как правило, протекают самопроизвольно. В родах показано широкое применение спазмолитических средств. При хроническом пиелонефрите вследствие частого развития позднего токсикоза беременных наблюдается более частое искусственное родоразрешение (15,9 %), причем у значительного числа рожениц (0,3 %) приходится прибегать к медикаментозному родовозбуждению. Оперативное родоразрешение у беременных с острым пиелонефритом допустимо лишь по строгим показаниям [4].

Распространенность пиелонефрита изучалась в течение 2 лет среди 32 282 беременных женщин: у 440 был выявлен пиелонефрит (14 на 1000), большая часть случаев имела место во втором триместре – 53 %; в первом триместре – 21 %; в третьем триместре – 26 % [10].

В 2014 году в одном из родильных домов города Ижевска Удмуртской Республики наблюдалась 81 пациентка с диагнозом «хронический пиелонефрит». В стационаре в возрасте до 20 лет наблюдалось 3 женщины, в возрасте от 20 до 30 лет – 33 женщины, в возрасте от 30 до 40 лет – 39 женщин, и от 40 лет и старше – 6 женщин. Среднее количество койко-дней – 12. Медикаментозное лечение при пиелонефрите назначают обязательно. Основой лечения хронического пиелонефрита в период обострения являются этиологически направленная, с учетом спектра возбудителей и их чувствительности к антимикробным препаратам, антибиотикотерапия и безусловное восстановление пассажа мочи. Основная группа лекарственных препаратов, которая наиболее эффективна для лечения пиелонефритов – это антибиотики. Двадцать пять пациенток прошли антибиотикотерапию, препаратами выбора для женщин были: цефтриаксон, амоксициллин, метронидазол. Стимуляция родов рекомендуется роженицам с почечной недостаточностью, циститом, пиелонефритом и другими хроническими заболеваниями почек и мочевыводящих путей, для стимуляции родовой деятельности 49 роженицам был назначен окситоцин. Преждевременные роды (роды на сроке беременности менее 37 недель) были зафиксированы у восьми пациенток. У пациенток с пиелонефритом роды проводят через естественные родовые пути, кесарево сечение выполняют строго по акушерским показаниям, из 81 пациентки, лишь 38 родили естественным путем. Акушерские показания к кесареву сечению были у 30 пациенток, такие показания как: абсолютно узкий таз, угроза разрыва матки, тяжелые экстрагенитальные патологии и т.д., у трех пациенток хронический пиелонефрит стал относительным показанием к кесареву сечению, так как физиологические роды через

естественные родовые пути могли быть сопряжены с угрозой жизни и здоровью матери и ребенка. Экстренное кесарево сечение необходимо было провести 13 женщинам. Только 4 малыша родились с легким отклонением здоровья (5–6 баллов по шкале Апгар), 8 новорожденным был выставлен диагноз врожденная гипотрофия.

В заключение хотелось бы отметить, что пиелонефрит при беременности – частое, но небезобидное осложнение, которое требует тщательного обследования и комплексного лечения. Сегодня сохранить беременность, осложненную пиелонефритом, удается практически в 90 % случаев, тем не менее, своевременная профилактика, диагностика и лечение позволяют значительно снизить частоту осложнений беременности и улучшить перинатальные исходы. Пристальное внимание за женщинами с данной патологией крайне необходимо, так как дальнейшее более глубокое и детальное изучение этой проблемы позволит оптимизировать лечебную тактику и повысить эффективность профилактики, как основного заболевания, так и осложнений гестационного процесса у этой категории пациенток, а также значительно повысит шанс рождения здорового малыша.

### Список литературы

1. Акушерство: учебник для медицинских вузов / Э.К. Айламазян. – 7-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2010. – 543 с.
2. Антошина Н.Л., Михалевич С.И. Хронический пиелонефрит и беременность: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение / Н.Л. Антошина, С.И. Михалевич // Медицинские новости. – 2006. – № 2. – С. 24-33.
3. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. – М.: Медицина, 2004.
4. Соколова М.Ю. Экстрагенитальная патология у беременных: Руководство для врачей / М.Ю. Соколова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 336 с.
5. Медведь В.И. Основные вопросы экстрагенитальной патологии. Часть I. Определение, систематизация, клиническая значимость и проблемы, связанные с экстрагенитальной патологией // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 6. – С. 5-11.
6. Минасян А.М., Дубровская М.В. Беременности на фоне хронического пиелонефрита (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8. – № 4. – С. 920-925.
7. Нефрология: национальное руководство / Под ред. Н.А. Мухина. 2009. – 720 с. (Серия «Национальные руководства»).
8. Черненко М.Л. Течение беременности у женщин с хроническим пиелонефритом / М.Л. Черненко, Т.Н. Стрелкова // Медицинский альманах. – 2011. – № 6. – С. 80-81.
9. Шехман М.М. Акушерская нефрология. – М., 2000. – С. 40-102.

10. Hill J.B. Acute pyelonephritis in pregnancy / J.B. Hill, J.S. Sheffield // Obstet Gynecol. – 2005. – No. 105. – P. 18-23.

**Рецензенты:**

Варганов М.В., д.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской академии, г. Ижевск;

Ситников В.А., д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской академии, г. Ижевск.