

УДК 618.36:616.61-002.6

СОСТОЯНИЕ ПЛАЦЕНТ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Стяжкина С.Н., Черненкова М.Л., Абдуллина И.Р., Муллахметова Л.М., Омелина Л.В.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», Ижевск, Россия, (426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281), e-mail: rector@igma.udm.ru

Гестационный пиелонефрит – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, преимущественно поражающий интерстициальную ткань и канальцы почек. Проведен анализ результатов патологоанатомического исследования плацент женщин, страдавших пиелонефритом во время беременности, с целью изучения влияния данного заболевания на состояние плаценты, а также его воздействия на организм ребенка. На основании карт рожениц и результатов исследования плацент, которые включали в себя информацию о количестве и течении беременностей, заболеваниях матери, родах, состоянии новорожденного, диагноз плаценты, степень его выраженности и риск для ребенка, было выявлено, что пиелонефрит во время беременности увеличивает риск развития гестоза, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности, а также повышает риск инфекционно-септических осложнений у матери и ребенка.

Ключевые слова: пиелонефрит, беременность, плацента

CONDITION OF PLACENTAE AT GESTATIONAL PYELONEPHRITIS

Styazhkina S.N., Chernenkova M.L., Abdullina I.R., Mullakhmetova L.M., Omelina L.V.

«Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health Russian Federation», Izhevsk, Russia (426034, Izhevsk, st. Communards, 281), e-mail: rector@igma.udm.ru

Gestational pyelonephritis is the nonspecific infectious and inflammatory process which is arising during pregnancy. Gestational pyelonephritis affects mainly interstitial tissue and tubules of kidneys. The analysis of results of pathoanatomical research of placentae of the women who had pyelonephritis during pregnancy is carried out. The purpose of studying is research of influence of this disease on the condition of a placenta, and also its impact on the child's organism. It was revealed that pyelonephritis during pregnancy increases risk of development of a gestosis, premature birth, chronic placental insufficiency, and also increases risk of infectious septic complications at mother and the child. This analysis is carried out on the basis of cards of women in labor and results of research of placentae which included information on quantity and the course of pregnancies, diseases of mother, childbirth, a condition of the newborn, the diagnosis of a placenta, degree of its expressiveness and risk for the child.

Keywords: pyelonephritis, pregnancy, placenta.

Пиелонефрит – самое частое заболевание почек у беременных. Это неспецифический воспалительный процесс, в который вовлекаются интерстициальная ткань почек и чашечно–лоханочная система. Этиологическим фактором являются бактерии, вирусы, грибы, простейшие. Частота встречаемости данного заболевания в акушерской практике составляет, по данным различных авторов, 5–10% [1,2,5]. Беременные женщины с пиелонефритом относятся к группе высокого риска по внутриутробному инфицированию, невынашиванию, мертворождению и ранней неонатальной смерти. Возникновению этой патологии способствуют гормональные изменения, свойственные беременности, сдавление мочеточников растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме. Прогестерон, продуцируемый плацентой, расслабляет гладкую мускулатуру мочевого пузыря и мочеточников. Происходит расширение и удлинение мочеточников, увеличение полости

лоханок. Как следствие – наблюдается замедление пассажа мочи, нарушается уродинамика. [3,4]

Цель. Изучить влияние пиелонефрита беременной на состояние плаценты, а также воздействие на организм ребенка.

Материалы и методы. В 2013 году было исследовано 16631 плацент, из них 1308 плацент беременных с пиелонефритом, что составило 7,92% от общего числа. Нами методом случайной выборки было отобрано 26 плацент беременных женщин с пиелонефритом. У 19 женщин в анамнезе до беременности наблюдался пиелонефрит (это составило 73,1% случаев в выборке), следовательно, пиелонефрит возникает у беременных, ранее перенесших данное заболевание.

Результаты. У обследованных женщин констатирован следующий паритет (от 1 до 6 беременностей): Одна беременность выявилась в 23,1% случаев, две беременности – в 30,8%, три беременности – в 23,1%, четыре беременности – в 15,4%, пять беременностей – в 3,8%, шесть беременностей выявилось в 3,8% случаев. В среднем на одну женщину приходилось две беременности и двое родов.

Наиболее частыми осложнениями беременности явились внутриутробная гипоксия плода (в 23,1% случаев), фетоплацентарная недостаточность (19,2%), гестоз второй половины беременности (легкий) (19,2%), гестоз первой половины беременности (15,4%), изосенсибилизация по системе АВО и Rh фактору имела место в 6%, маловодие – в 6%, задержка внутриутробного развития плода – в 3,8%. У 9 женщин наблюдалась угроза прерывания беременности (в 34,6% случаев).

Беременность завершилась самостоятельными родами в 57,7%, операцией кесарева сечения – в 42,3%, в связи с клинически узким тазом, гестозом. Безводный промежуток более 6 часов наблюдался в 30,8% случаев. Новорожденные мужского пола составили 46% из всего количества новорожденных, женского – 54%. В 76% наблюдений роды состоялись в сроке гестации 39-40 недель, с массой плода $3629,97 \pm 63,17$ (г), длиной – $52,87 \pm 0,28$ (см); в 16% – в сроки 37-38 недель с массой плода $3365,0 \pm 155,05$ (г), длиной – $52,5 \pm 0,59$ (см); в 8% – в сроки 34-36 недель с массой плода $2805,0 \pm 348,54$ (г), длиной – $48,75 \pm 1,49$ (см). Оценка новорожденных по шкале Апгар: 6-8 баллов – 4%; 7-8 баллов – 15,4%; 8-8 баллов – 23,1%; 8-9 баллов – 46%; 9-9 баллов – 11,5%.

Нами было определено, что дефицит веса плаценты составил 42,3% случая, такой же процент случаев наблюдался и с увеличением веса плаценты. Аномалии формы были выявлены в 10 из 26 плацент (38,4%): Pl. marginata – 30,76%, Pl. bilobata – 3,84%, Pl. circumvallata – 3,84%. Во всех случаях наблюдалась хроническая плацентарная недостаточность разной степени выраженности (высокой – 11,5%, средней – 57,8%, низкой –

30,7%). Острая плацентарная недостаточность была выявлена в 73% случаев, 50% из которых составила острая плацентарная недостаточность низкой степени. Восходящая бактериальная инфекция наблюдалась в 61,5% случаев, из них: с высокой степенью – 19,3%, средней – 19,2% случаев, низкой – 23%; гематогенная инфекция (виллузит и пролиферативное воспаление) – 73% случаев. Компенсаторно-приспособительные изменения расценивались как низкие в 78%, средние – в 14% случаев.

Также была произведена оценка риска для ребенка: в 100% возникал риск гипоксического поражения центральной нервной системы (поражение низкой степени – 61,5%, высокой – 38,5%). Риск антенатального инфицирования имелся в 61,5% (низкий – 26,9%, средний – 19,2%, высокий – 15,4%). Половина исследованных плацент характеризовалась риском развития врожденных пороков развития.

Среди патологии плацент наиболее часто встречаются: «старые» синцитиальные почки – 23 случая (88,5%), «молодые» синцитиальные почки – 23 случая (88,6%), синцитио-капиллярные мембраны – 21 случай (80,76%), кальциноз – 20 случаев (76,9%), фокальные некрозы эпителия ворсин – 18 случаев (69,2%), склероз стромы опорных и промежуточных ворсин – 17 случаев (65,4%), продуктивный париетальный хориодецидуит – 16 случаев (61,5%), афункциональные зоны – 16 случаев (61,5%), продуктивный базальный децидуит – 15 случаев (57,7%). Реже возникают: экссудативный интервиллузит – 13 случаев (50%), экссудативный париетальный хориодецидуит – 12 случаев (46,15%), экссудативный пуповинный флебит – 10 случаев (38,5%). В отдельных случаях отмечается такая патология как: гематома пуповины до 1 суток, гематома пуповины после 1 суток, парез сосудов, экссудативный плацентарный хориоамнионит, мелкокистозные превращения цитотрофобласта.

Таким образом, отмечается связь пиелонефрита беременных с возникновением у них патологий плацент, что еще раз подтверждает его неблагоприятное влияние как на организм матери, так и на организм ребенка.

По данным исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. У большинства беременных пиелонефрит выступает как рецидивирующее заболевание.
2. Гестационный пиелонефрит отрицательно влияет на вес плаценты, изменения которого в ту или иную сторону может вызвать угрозу прерывания беременности или патологию развития ребенка.
3. Пиелонефрит оказывает неблагоприятное воздействие на течение беременности и плод, что выражается в частом присоединении гестоза первой и второй половины гестации, угрозы прерывания беременности в различные сроки, хронической и острой плацентарной

недостаточности, что необходимо учитывать для благополучного родоразрешения и рождения здорового ребенка.

4. Рекомендуется динамическое наблюдение и лечение ребенка после выписки из родильного дома, так как нами был выявлен высокий риск развития гипоксического поражения центральной нервной системы и антенатального инфицирования плода.

5. Необходима своевременная диагностика и лечение пиелонефрита у беременных для снижения риска возникновения патологии плода. Рекомендуется совместное ведение таких больных урологом и акушером-гинекологом.

Список литературы

1. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. // М.: Медицина, 1986.– 488с.
2. Пытель Ю.А., Лоран О.Б. Острый гестационный пиелонефрит. // Пленум правления Всероссийского общества урологов. // М., 1996.– 229–234с.
3. Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Санникова А.А., Молчанова Л.Ф., Санников П.Г. // Острый пиелонефрит и его осложнения: эпидемиология, диагностика, тактика и лечение: Методическое пособие. - Ижевск, - 2004. -56 с.
4. Черненкова М.Л., Виноходова Е.М., Тетелютина Ф.К., Стяжкина С.Н., Султанова М.В., Пахомова И.А., Леднева А.В., Ребро Н.А.// Морфологические особенности плаценты при экстрагенитальной патологии// Морфологические ведомости.// М.,2013, №2 – С. 86-90.
5. Шехтман М.М., Павлов В.В., Линева О.И. Почки и беременность. // Самара: ГП «Перспектива», 2000.– 256с

Рецензенты:

Варганов М.В., д.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии, ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Ижевск;

Ситников В.А., д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии, ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Ижевск.