

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

Стяжкина С.Н., Черненкова М.Л., Саева Г.И., Юнусова Л.Н.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», Ижевск, Россия, (426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281), e-mail: leisanka180593@mail.ru

Гестационный пиелонефрит – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, преимущественно поражающий интерстициальную ткань и канальцы почек. 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. В 2011 году в одном из родильных домов города Ижевска наблюдались 80 пациенток с диагнозом «хронический пиелонефрит». В статье приведены данные анализа состояния пациенток в дородовом периоде, исход родов, состояние новорожденных и т.д. На основании карт рожениц, которые включали в себя информацию о количестве и течении беременностей, заболеваниях матери, родах, состоянии новорожденного 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, новорожденный.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF A DISEASE OF CHRONIC PYELONEPHRITIS AT WOMEN IN THE PERIOD OF A GESTATION

Styazhkina S.N., Chernenkova M.L., Saetova G.I., Junusova L.N.

«Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health Russian Federation», Izhevsk, Russia (426034, Izhevsk, st. Communards, 281), e-mail: leisanka180593@mail.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. 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. In 2011, 80 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. 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 which included information on quantity and the course of pregnancies, diseases of mother, childbirth, a condition of the newborn, degree of its expressiveness and risk for the child.

Keywords: pyelonephritis, pregnancy, newborn.

Среди экстрагенитальной патологии у беременных заболевания почек и мочевыводящих путей занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и представляют опасность, как для матери, так и для плода. В свою очередь беременность может способствовать возникновению почечной патологии, либо обострению, латентно протекающих до беременности, хронических заболеваний почек.

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]. Особое место среди экстрагенитальной патологии занимают воспалительные заболевания мочевыделительной системы, в частности пиелонефрит. Чаще всего пиелонефрит обнаруживают в сроках беременности 12-15 недель, 24-29 недель, 32-34 недель, 39-40 недель, а в послеродовом периоде на 2-5 и 10-12 сутки. Пиелонефрит у беременных может возникнуть впервые или проявиться (обостриться), если женщина болела им до беременности.

В активном фертильном возрасте экстрагенитальная патология у женщин России составляет 85-98 %, в Удмуртской Республике – 80% [7]. Болезни мочеполовой системы у беременных по данным Всемирной организации здравоохранения составляют 23,6 % [2]. 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 % [6].

Пиелонефрит при беременности выделен в отдельную нозологическую группу и характеризуется как инфекционно-воспалительный процесс почечной паренхимы и чашечно-лоханочной системы, который развивается на фоне беременности. В той или иной степени заболевание встречается у 1-10 % беременных женщин [3].

При обследовании 1000 беременных в женской консультации пиелонефрит диагностирован у 12,2%, в том числе острый у 6,8%, хронический — у 5,4% женщин. Почти у половины больных с хроническим пиелонефритом во время беременности возникло обострение заболевания. Возбудителями пиелонефрита являются чаще всего грамотрицательные микроорганизмы кишечной группы, нередко — сапрофиты: кишечная палочка, энтерококк, клебсиелла, протей, а также стафилококки, стрептококки и др. При свежем процессе находят одного возбудителя, при длительно существующем — может быть ассоциация из нескольких микробов.[4] Инфекция распространяется преимущественно гематогенным путем из очага воспаления в глоточных миндалинах, зубах, гениталиях, желчном пузыре и др. [7].

Механизм развития пиелонефрита во время беременности обусловлен сдавливанием мочеточников увеличенной в размерах маткой. Уростазу способствуют изменения гормонального фона, снижение тонуса симпатической нервной системы, гипокальциемия. С 10-й по 30-ю неделю беременности снижаются мышечный тонус и сократимость мочеточников, происходит повышение фильтрации и уменьшение реабсорбции воды, образование большего количества суточной мочи, что также способствует развитию гидроуретеронефроза. Вышеуказанные изменения создают благоприятные условия для развития инфекции в почке [3]. Для диагностики пиелонефрита у беременных не

применяются рентгенологические методы диагностики, поэтому используют клиническое наблюдение, лабораторные, ультразвуковые и эндоскопические исследования. Иногда используется катетеризация мочеточников, как с диагностической целью, так и для восстановления оттока мочи из верхних отделов мочевыводящих путей. В анализах мочи характерны следующие изменения: умеренная протеинурия (менее 1 г/л), лейкоцитурия (наличие в моче повышенного содержания лейкоцитов), микрогематурия (эритроциты в моче). Наиболее предпочтителен анализ мочи по Нечипоренко, где определяется количество лейкоцитов и эритроцитов и посев мочи в котором определяют возбудителя инфекции и его чувствительность к антибиотикам. В крови: повышение лейкоцитов, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных форм и гипохромной анемии, возможно повышение уровня мочевины сыворотки крови. Для острого гнойного пиелонефрита у беременных характерны симптомы: озноб на фоне высокой температуры, сильная головная боль, ломота в мышцах, тошнота, иногда рвота, учащение дыхания и пульса, усиленное потоотделение и последующее снижение температуры вплоть до нормальных цифр. Между ознобами отмечается вялость и адинамия. Выраженная болезненность в поясничной области, соответствующая стороне пораженной почки, отдающая в верхнюю часть живота, пах, промежность, бедро. Характерно усиление болевых ощущений в ночное время, в положении лежа на спине или на стороне противоположной больной почки, при кашле и глубоком вдохе. Хронический гестационный пиелонефрит протекает с тянущими, тупыми болями в поясничной области, усиливающимися при движении или физических нагрузках. Головная боль, повышенная общая слабость и утомляемость. Может протекать и бессимптомно и впервые выявиться только при динамическом анализе мочи. У многих пациенток отмечается прогрессирующая гипертензия (15-20%), а также азотемия, которая приобретает злокачественный характер.

Цель исследования

Изучить особенности течения пиелонефрита у беременных женщин, а также влияние данного заболевания на развитие плода и состояние новорожденного.

Материалы и методы

В Удмуртской республике основная помощь беременным с патологией почек оказывается в хирургическом отделении многопрофильного лечебного учреждения г. Ижевска БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» и городских больницах других городов Республики. Больные (в среднем 70 – 80 человек) проходят стационарное лечение в урологическом отделении 1РКБ ежегодно. Отбор пациентов для исследования проводился из данного учреждения. С этой целью были изучены истории болезни, диспансерные и амбулаторные карты 80 беременных женщин с хроническим пиелонефритом.

Результаты и их обсуждение

Административно – территориальное деление Удмуртской республики (УР) определяется Конституцией Удмуртской Республики. Всего в республике в настоящее время 5 городов республиканского подчинения (Ижевск, Воткинск, Глазов, Сарапул, Можга) и 25 муниципальных районов. Исходя из такого территориального деления, было рассчитано количество беременных женщин с хроническим пиелонефритом, поступивших в 1 РКБ из районов УР в 2011 году.

Среди всех пациенток ижевчанки составили 43,75%, женщины из Завьяловского района – 6,25%, из Воткинского, Алнашского, Кизнерского и Дебесского районов – по 5%, из Глазовского, Можгинского, Сарапульского, Шарканского и Балезинского районов – по 3,75%, соответственно. Пациентки из Вавожского, Сюмсинского районов составили по 2,5%.

В эпидемиологической структуре беременных женщин больных хроническим пиелонефритом выявился достаточно молодой трудоспособный возраст пациентов. Средний возраст составил 27,5 лет.

При проведении анализа по месту работы среди пациенток выяснилось, что преобладающее большинство – 17,5% безработные. 13,75% работают в области медицины, на третьем месте продавцы – 12,5%.

Большая часть женщин с хроническим пиелонефритом поступает в октябре (16) и в мае (10) (рисунок 1).

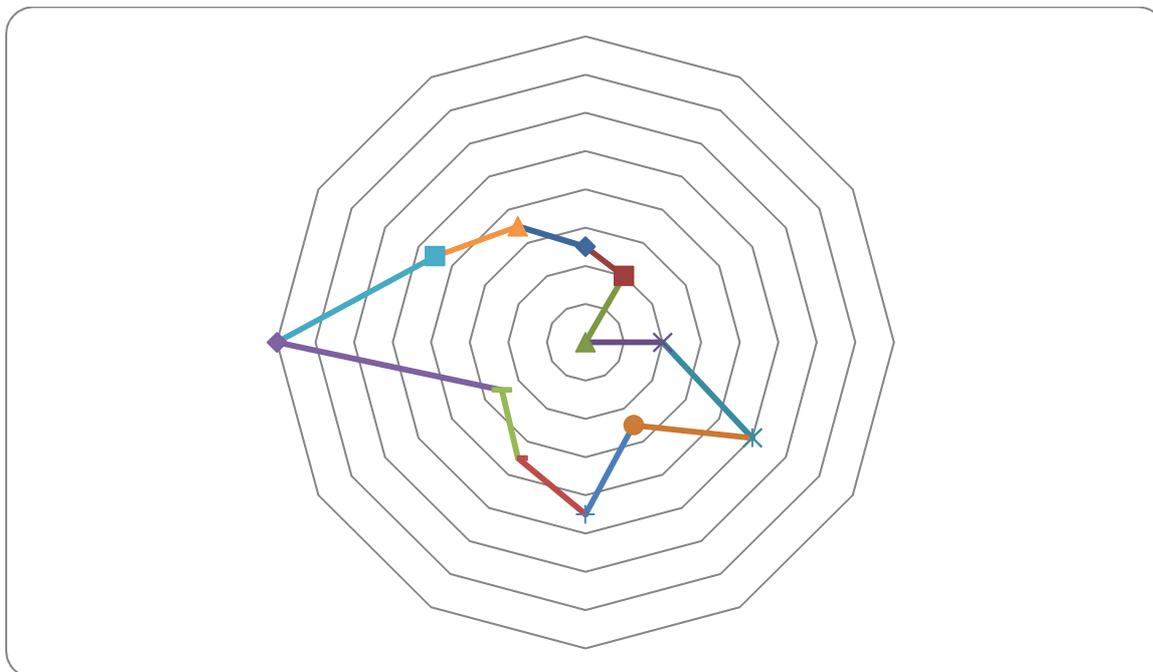


Рис. 1. Распределение женщин с пиелонефритом, госпитализированных в 1РКБ г. Ижевска по месяцам 2011года

У беременных женщин, страдающих хроническим пиелонефритом у 47,5 % роды вторые, первые роды у 36,6%, третьи – 13,8%, четвертые – 1,5% и пятые 1,5% соответственно.

При поступлении в урологическое отделение 25% женщин имели беременность в 40 – 41 неделю, 35% – 38 недель, 6,25% – 37 недель.

Беременные сроком по 30,31,34,35 недель составляли по 1,3% каждая. 47,5% (38) женщин, страдающих хроническим пиелонефритом, рожали естественным путем, тогда как 15% (12) беременным кесарево сечение проводилось экстренно, 37,5% (30) – планово.

Оценивалось состояние новорожденного по шкале Апгар (табл. 1).

Таблица 1

Оценка новорожденных по шкале Апгар

№	Балл	Количество детей	%
1	3 – 7	1	1,3
2	6 – 8	2	2,5
3	6 – 9	1	1,3
4	7 -8	4	5
5	8- 8	30	37,5
6	8 - 9	34	42,5
7	9 - 9	8	10

При оценке новорожденных можно сделать вывод, что большинство детей рождались здоровыми.

Учитывались рост и масса новорожденных. Средний рост детей составил 50 – 55см (67,5%), 45 – 50 см – 13,8%, 40 – 45см – 2,5%, более 55см – 16,3%. Средняя масса новорожденных составила 3000 – 3500г (40%), до 2000г – 3,8%, 2500 – 3000 г – 16,3%, 3500 – 4000 г – 27,5%, более 4000г – 12,5%.

При обследовании женщин с гестационным пиелонефритом, среди сопутствующей патологии на первом месте стоит хронический пиелонефрит, выявлен у 17,5% пациенток.

Вегето – сосудистая дистония составила 5%, на третьем месте среди сопутствующей патологии стоят хронический холецистит, уреоплазмоз, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки по 3,75%. Хронический бронхит и хронический миокардит выявился у 2,5% женщин. Хламидиоз, ЖКБ, МКБ составляют по 1,25%.

У 38,75% женщин роды протекали с осложнениями: гематометра – 16,25%, выскабливание полости матки – 15%, ручное удаление задержавшихся оболочек – 7,5%, ручное отделение и выделение плотно прикрепленного последа – 6,25%, острый геморрой – 5%, разрыв промежности – 3,75%. Разрыв матки, задержка частей последа, вакуум аспирация матки составили по 2,5%; субинволюция матки, кома, лохиометра по 1,25%.

Проводилась терапия окситоцином, кеторолом, дротаверином, антибиотиками (табл. 2).

При лечении беременных с пиелонефритом определяется два основных момента – это полноценное дренирование заблокированной почки и эффективная антибактериальная терапия. При назначении антибиотиков необходимо учитывать не только эффективность препарата, но и его безопасность для плода.

Таблица 2

Проведенная терапия гестационного пиелонефрита

Препараты:	Количество беременных:	%
Окситоцин	51	63,75
Кеторол	30	37,5
Дротаверин	17	21,25
Цефтриаксон	18	22,5
Сорбифер	33	41,25

Выводы и заключение

Подводя итог нашей работе, хотелось бы отметить, что пиелонефрит занимает важное место среди заболеваний у женщин в период гестации, выступает как рецидивирующее заболевание. Необходима ранняя диагностика и лечение таких женщин, чтобы не было осложнений в течение беременности, развитии плода и в дальнейшем новорожденного. Поэтому необходима совместная работа акушера – гинеколога, неонатолога и врача – нефролога. Особое место занимает профилактика гестационного пиелонефрита. Правильно подобранная лечебная тактика повысит шанс рождения здорового ребенка.

Список литературы

1. 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.
2. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. – М.: Медицина, 2004. – С. 5-15.
3. Комяков Б. К. Урология. – М.: Медицина, 2012. – С. 225-227.
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. Черненко М.Л. Течение беременности у женщин с хроническим пиелонефритом / М.Л. Черненко, Т.Н. Стрелкова // Медицинский альманах. – 2011. - № 6. – С. 80-81.

7. Шехман М.М. Акушерская нефрология. – М., 2000. – С. 40-102.

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.