

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Черненко М.Л.

*ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия (426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281), e-mail: juliya-doc@mail.ru*

**В настоящее время хронический пиелонефрит приводит к осложненному течению беременности и родов у каждой третьей беременной. В связи с этим изучение особенностей беременности и родов у женщин с данным заболеванием обладает актуальностью ввиду медико-социальной значимости. В ходе исследования выявлено, что пиелонефрит существенно осложняет течение беременности, родов и послеродового периода, а также негативно влияет на внутриутробное состояние плода. По оценке макро- и микроморфологического исследования плацент высок риск послеродового эндометрита и риск для ребенка в плане гнойно-септических осложнений, что требует динамического наблюдения и лечения хронического пиелонефрита в течение беременности и, особенно прегравидарном периоде.**

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, беременность, роды, плацента

## PECULIARITIES OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD IN WOMEN WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

Chernenkova M.L.

*GBOU VPO "Izhevsk State Medical Academy" Minzdrava Rossii, Izhevsk, Russia (426034, Izhevsk, Kommunarov St., 281), e-mail: juliya-doc@mail.ru*

**Currently, chronic pyelonephritis leads to complications of pregnancy and childbirth every third pregnant. In this regard, the study features of pregnancy and childbirth in women with the disease has relevance in view of the medical and social significance. The study found that significantly complicates pyelonephritis during pregnancy, childbirth and the postnatal period, as well as the negative effect on the fetal condition. According to the macro and micromorphological study of placentas high risk of postpartum endometritis and risk to the child in terms of septic complications, which requires dynamic monitoring and treatment of chronic pyelonephritis during pregnancy and especially pregravid period.**

Keywords: chronic pyelonephritis, pregnancy, childbirth, the placenta

В настоящее время прослеживается неуклонный рост частоты пиелонефрита [6]. Актуальность проблемы с позиции акушерства и перинатологии обусловлена обострением заболевания на фоне хронического и латентного течения во время беременности, ведущему к осложненному течению беременности, родов, послеродового периоде и высокой заболеваемости новорожденных [1].

Наличие инфекционного очага в почках нередко приводит к развитию внутриутробного инфицирования и, как следствие, к преждевременному прерыванию беременности в различные сроки (15-20%), преэклампсии (до 40%), плацентарной недостаточности (25-30%), хронической внутриутробной гипоксии плода (30-40%), задержке развития плода (12-15%), анемиям (35-70%) [1, 2, 3].

Дети, рожденные матерями, перенесших как острую, так и хроническую форму пиелонефрита, чаще подвержены гнойно-септическим заболеваниям в постнатальном

периоде, имеют широкий спектр заболеваний, в основе которых лежит дизэмбриогенез мочевой системы [4, 5].

В Удмуртской республике отмечается рост болезней мочеполовой системы у беременных с 49,1% (2012) до 55,2% (2013) в сравнении с Приволжским федеральным округом – 20,0% (2012) и Российской Федерацией – 17,9% (2012). В качестве осложнений родов и послеродового периода данная патология находится на втором месте после заболеваний системы кровообращения: 23,7% (2012), 34,5% (2013) по Приволжскому федеральному округу – 64,8 (2012), Российской Федерацией -64,5 (2012).

Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности и родов у женщин с хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. проведена оценка течения беременности, родов и послеродового периода у 520 женщин, больных хроническим пиелонефритом (группа наблюдения) и 50 практически здоровых женщин (группа сравнения) в возрасте от 16 до 41 года за 2012-2013 годы. Средний возраст пациенток группы наблюдения составил  $28,3 \pm 0,2$  лет, группы сравнения –  $27,2 \pm 0,8$  лет ( $p > 0,05$ ). Обследование и лечение проведено в соответствии с порядком оказания помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №572н от 01.11.2012 года.

Юные пациентки составили в группе наблюдения 13 (2,5%), в группе сравнения 2 (4,0%). Преобладали женщины активного репродуктивного возраста: в группе наблюдения – 440 (84,6%), в группе сравнения – 41 (82,0%). Пациенток старше 36 лет в группе наблюдения было – 67 (12,9%), в группе сравнения – 7 (14,0%).

По социальному положению группы были уравновешены. Подавляющее большинство женщин в обеих группах были работающими: 395 (76,0%) в группе наблюдения и 37 (74,0%) в группе сравнения. Превалировали в обеих группах служащие, состоявшие в группе наблюдения 240 (46,2%), в группе сравнения – 27 (54,0%). Рабочих было 155 (29,8%) в группе наблюдения и 10 (20,0%) в группе сравнения.

Учащиеся средних профессиональных и высших учебных заведений составили в группе наблюдения 14 (2,7%), в группе сравнения – 3 (6,0%). Высока частота неработающих женщин (безработных, домохозяек) в группе наблюдения – 111 (21,3%), в группе сравнения – 10 (20,0%).

Преимущественно наблюдались пациентки с хроническим пиелонефритом в стадии ремиссии – 353 (67,9%), хронический пиелонефрит в стадии обострения имел место у 167 (32,1%) женщин. Пиелонефрит протекал на фоне мочекаменной болезни у 43 (8,3%),

инфекций мочевыводящих путей (бактериурия, цистит) – у 76 (14,6%), аномалий развития почек – у 21 (4,0%), острой респираторно-вирусной инфекции – у 105 (20,0%) пациенток.

На течение клинической картины заболевания, беременности, родов, послеродового периода, состояние плода и новорожденного существенное влияние оказывают существующие экстрагенитальные заболевания. До наступления беременности на каждую пациентку группы наблюдения приходилось 3,1 соматических заболевания и 1,5 – на женщин группы сравнения.

Первое ранговое место занимали заболевания мочевыделительной системы: 520 (100%) в группе наблюдения и 2 (4,0%) в группе сравнения, второе, соответственно, острая респираторно-вирусная инфекция: 479 (92,1%) и 23 (46,0%), третье – анемия: 328 (63,1%) и 10 (20,0%), четвертое место – заболевания дыхательной системы: 221 (42,5%) и 15 (30,0%), пятое - заболевания сердечно-сосудистой системы: 217 (41,7%) и 3 (6,0%), шестое место – заболевания желудочно-кишечного тракта: 114 (21,9%) и 15 (30,0%), седьмое - хирургическая патология: 91 (17,5%) и 1 (2,0%), восьмое место поделили заболевания эндокринной системы: 41 (7,9%) и нервной системы: 41 (7,9%) в группе наблюдения.

Из анамнеза на каждую пациентку группы наблюдения приходилось 1,7 гинекологических заболеваний, в том числе воспалительные заболеваний гениталий – 1,1. В группе сравнения – 0,9 и 0,6, соответственно.

В структуре гинекологической заболеваемости первое ранговое место занимает бактериальный вагиноз – 342 (65,8%) в группе наблюдения и 12 (24,0%) в группе сравнения, второе место, соответственно, – фоновые заболевания шейки матки – 115 (22,1%) и 10 (20,0%), третье место – вагинит – 114 (21,9%) и 8 (16,0%), четвертое место - воспалительные заболевания органов малого таза – 110 (21,2%) и 8 (16,0%), пятое место - нарушения менструального цикла 94 (18,1%) и 3 (6,0%), шестое место миома матки 42 (8,1%) и 2 (4,0%), седьмое место – кисты яичников 26 (5,0%) и 1 (2,0%).

Высок процент бесплодия в анамнезе 31 (6,0%) в группе наблюдения и 3 (6,0%) в группе сравнения. Аномалии развития матки составили 11 (2,1%) в группе наблюдения. Лидируют воспалительные процессы гениталий – 566 (108,8%) в группе наблюдения и 28 (56,0%) в группе сравнения, которые нередко обусловлены инфекциями, передаваемыми половым путем. У 415 (79,8%) была микст-инфекция. Ведущими являлись уреоплазменная – 118 (36,2%) в группе наблюдения и 18 (36,0%) в группе сравнения и микоплазменная инфекция – 162 (31,2%) в группе наблюдения и 14 (28,0%) в группе сравнения. Каждая вторая пациентка группы наблюдения указала в анамнезе на вирусную инфекцию – 245 (47,1%), в том числе цитомегаловирусная инфекция – 151 (29,0%) и вирус простого герпеса – 94 (18,1%). Хламидийную инфекцию перенесли 42 (8,1%) пациентки группы наблюдения.

Оценивая репродуктивный анамнез необходимо указать, что средний возраст менархе у пациенток группы наблюдения составил  $13,2 \pm 1,6$  лет, в группе сравнения  $13,3 \pm 1,6$  лет ( $p > 0,05$ ). Менструальный цикл был регулярным с менархе в группе наблюдения у 452 (86,9%) женщин и у 46 (92,0%) пациенток группы сравнения ( $p > 0,05$ ). Нарушения менструального цикла в группах были соответственно альгодисменорея у 120 (23,1%) и у 10 (20,0%), гиперполименорея у 47 (9,0%) и у 4 (8,0%).

Начало половой жизни с колебаниями от 13 до 27 лет в среднем составило у женщин группы наблюдения  $18,2 \pm 2,1$  лет и группы сравнения  $19,0 \pm 1,8$  лет. Ранее начало половой жизни (до 18 лет), соответственно, в 16,2% и в 16,0%. В браке в группе наблюдения состояли 35,7%, без брака – 64,3%, в группе сравнения, соответственно, в 34,0% и в 76,0%.

В среднем на одну женщину приходилось 2,8 беременностей и 1,6 родов. Из 520 женщин группы наблюдения в анамнезе беременность закончилась абортми (от 1 до 6) – у 152 (29,2%), самопроизвольным абортм (от 1 до 5) – у 41 (7,9%), неразвивающейся беременностью (от 1 до 3) – у 31 (6,0%). Внематочная (трубная) беременность имела место у 12 (2,3%) и прерывание беременности по медицинским показаниям в связи с врожденным пороком развития плода – у 6 (1,2%).

Как показало наше исследование, частота анемии при настоящей беременности в I триместре была выше у женщин группы наблюдения –  $38,8 \pm 2,3$  по отношению к группе сравнения –  $12,0 \pm 1,4$  на 100 обследованных. Каждая вторая беременная группы наблюдения перенесла ОРЗ ( $41,9 \pm 2,2$ ) и каждая третья – группы сравнения ( $32,0 \pm 1,1$ ).

Велика доля заболеваний дыхательной системы: в группе наблюдения ( $19,4 \pm 3,0$ ) по отношению к группе сравнения ( $12,0 \pm 1,4$ ). В I триместре гестации пациентки имели сердечно-сосудистую патологию –  $22,7 \pm 2,9$  на 100 обследованных в группе наблюдения, в группе сравнения –  $6,0 \pm 1,5$ . Среди ведущей патологии были заболевания желудочно-кишечного тракта: в группе наблюдения –  $18,8 \pm 3,0$  и в группе сравнения –  $22,0 \pm 1,2$ .

Основными вариантами осложнений беременности в I триместре были угроза прерывания беременности и ранний токсикоз. Угроза прерывания беременности встречалась чаще в группе наблюдения –  $40,6 \pm 2,2$  по отношению к группе сравнения –  $14,0 \pm 1,4$ . Ранний токсикоз также имел место чаще в группе наблюдения ( $10,6 \pm 3,3$ ) группы сравнения ( $8,0 \pm 1,4$ ).

Среди экстрагенитальной патологии во II триместре гестации чаще выявлена анемия: в группе наблюдения составившая  $41,0 \pm 2,2$  на 100 обследованных, в том числе I степени – 55,4%, II степени – 6,1%, III степени – 1,4%. В группе сравнения –  $20,0 \pm 1,3$ . Количество больных с анемией увеличилось по сравнению с I триместром беременности.

Тромбоцитопения в группе наблюдения составила  $9,4 \pm 3,4$ , в группе сравнения  $4,0 \pm 1,5$ . Реже по сравнению с I триместром у беременных встречались острые респираторные

заболевания: в группе наблюдения  $6,7 \pm 3,5$ , в группе сравнения –  $6,0 \pm 1,5$ . Заболевания дыхательной системы оставались практически на уровне I триместра и составили  $17,7 \pm 3,1$  в группе наблюдения и  $16,0 \pm 1,3$  в группе сравнения.

Во II триместре гестации угроза прерывания беременности достоверно чаще встречалась в группе наблюдения  $36,9 \pm 2,4$ , в группе сравнения –  $20,0 \pm 1,3$ . У пациенток группы наблюдения уже со II триместра появились нарушения маточно-плацентарного кровотока и задержка развития плода, как признаки сформировавшейся плацентарной недостаточности. В развитии последней основными и нередко первоначальными причинами являются гемодинамические микроциркуляторные нарушения. Плацентарная недостаточность в группе наблюдения имела место в  $6,0 \pm 3,5$  (группа сравнения  $2,0 \pm 1,5$ ), в том числе нарушения маточно-плацентарного кровотока по доплеру  $2,1 \pm 1,4$  и  $2,0 \pm 1,5$ , соответственно, задержка развития плода  $1,2 \pm 1,1$  в группе наблюдения.

Преэклампсия умеренной степени была у  $5,0 \pm 3,5$  группы наблюдения. Изосенсибилизация по АВО-системе и Rh-фактору выявлена в группе наблюдения  $6,5 \pm 3,5$ , в группе сравнения  $4,0 \pm 1,5$ .

В III триместре среди соматической патологии также как в I и II триместрах ведущей была анемия: в группе наблюдения составила  $34,8 \pm 2,4$ , в группе сравнения –  $8,0 \pm 1,4$ ; тромбоцитопения  $7,5 \pm 3,5$  и  $2,0 \pm 1,5$ , соответственно. Острые респираторные заболевания встречались реже I и II триместров. В группе наблюдения составили  $4,8 \pm 3,6$  и  $4,0 \pm 1,5$  в группе сравнения. Уменьшились, но, тем не менее, оставались высокими, заболевания дыхательной системы  $14,0 \pm 3,2$  (группы наблюдения) и  $8,0 \pm 1,5$  (группа сравнения).

Из осложнений беременности в III триместре преобладала угроза преждевременных родов –  $30,2 \pm 2,6$  на 100 обследованных группы наблюдения (группа сравнения –  $6,0 \pm 1,5$ ) и преэклампсия умеренной степени –  $31,7 \pm 2,0$ . Внутриутробная гипоксия была в  $19,4 \pm 3,0$  (группа сравнения –  $2,0 \pm 1,5$ ), внутриутробное инфицирование плода в  $5,8 \pm 3,5$ , плацентарная недостаточность в  $6,9 \pm 3,5$ , задержка развития плода – в  $2,9 \pm 1,4$ , многоводие – в  $4,6 \pm 2,5$ , маловодие в  $4,4 \pm 2,5$ , низкая плацентация – в  $6,2 \pm 3,5$ , предлежание плаценты – в  $2,9 \pm 1,4$ , изосенсибилизация по АВО-системе и Rh-фактору - в  $7,3 \pm 3,5$  (группа наблюдения).

В группе наблюдения преобладали повторнородящие женщины –  $58,5\%$ , первородящие составили  $41,5\%$ . Роды у 283 ( $54,4\%$ ) женщин завершились самостоятельно, в том числе в  $52,7\%$  в срок при доношенной беременности и в  $1,7\%$  - преждевременно.

Операция кесарево сечение проведена 237 ( $45,6\%$ ) пациенткам, в том числе при доношенной беременности в  $40,2\%$ , преждевременно – в  $5,4\%$ . Показаниями к оперативному родоразрешению явились: рубец на матке – 122 ( $51,5\%$ ), внутриутробная гипоксия плода и

плацентарная недостаточность – 39 (16,5%), клинически узкий таз – 31 (13,1%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты – 17 (7,2%), преэклампсия – 15 (6,3%), дистоция шейки матки – 13 (5,5%).

Роды осложнились аномалиями родовой деятельности у 69 пациенток (13,3%), несвоевременным излитием околоплодных вод у 62 (12,1%), травматизмом в родах у 127 (24,4%), гипотонией матки у 13 (2,5%).

В послеродовом периоде субинволюция матки, гематометра имели место у 30 (5,7%) родильниц. В 27,7% наблюдений выполнено ручное обследование полости матки по поводу сомнительного последа, в 8,3% проводилось выскабливание полости матки (задержка частей последа).

При макроморфологическом исследовании 50 плацент аномалии плаценты выявлены в 28,0% (*placenta marginata* – 18,0%, *placenta bilobata* – 4,0%, *placenta circumvallata* – 6,0%). При микроморфологическом исследовании выявлены хроническая плацентарная недостаточность в 96,0% (низкой степени выраженности – 58,0%, средней – 34,0%, высокой – 4,0%), острая плацентарная недостаточность в 86,0% (низкой степени – 58,0%, средней – 26,0%, высокой – 2,0%), нарушение созревания ворсин – 68,0% (низкой степени – 58,0%, средней – 10,0%), антенатальное инфицирование с восходящим путем в 76,0% (низкой степени – 64,0%, средней – 12,0%) и гематогенным путем в 18,0% (средней степени – 6,0%, высокой – 12,0%). Компенсаторно-приспособительные изменения расценивались как низкие в 78,0%, средние – 14,0%.

Риск развития послеродового эндометрита составил 86,0%.

Риск для ребенка: по антенатальному инфицированию составил 94,0% (минимальный – 64,0%, средний – 18,0%, высокий – 12,0%), по гипоксическому поражению центральной нервной системы – 98,0% (минимальный – 28,0%, средний – 12,0%, высокий – 58,0%), по риску нарушения созревания внутренних органов – 68,0% (минимальный – 58,0%, средний – 10,0%), по риску врожденных пороков развития – 48,0% (минимальный – 16,0%, средний – 28,0%, высокий – 4,0%).

В ходе нашего исследования выявлено, что пиелонефрит существенно осложняет течение беременности, родов и послеродового периода, а также негативно влияет на внутриутробное состояние плода. По оценке макро- и микроморфологического исследования плацент высок риск послеродового эндометрита и риск для ребенка в плане гнойно-септических осложнений, что требует динамического наблюдения и лечения хронического пиелонефрита в течение беременности и прегравидарном периоде.

## Список литературы

1. Гаврюшов Д.Н. Перинатальные исходы при бессимптомной инфекции мочевыводящих путей в зависимости от степени бактериурии // Здоровье женщины. - 2012. - № 2 (68). - С. 181.
2. Мустафина Л.Р., Логвинов С.В., Юрьев С.Ю. Морфологическая характеристика компенсаторных процессов в зрелых плацентах при разных видах урогенитального инфицирования // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 10-9. - С. 1778-1780.
3. Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Панов В.О. [и др.] Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов. – М., 2009. – 432с.
4. Худиева Г.З., Алиева Э.М., Мамедова А.Г., Байрамова Г.М., Гарашова М.А. Особенности фетоплацентарного кровотока у беременных с воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей // Здоровье женщины. - 2014. - № 2 (88). - С. 72.
5. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. - М.: «Триада-Х», 2011. - 896с.
6. Talalayenko Yu.O., Yulish Ye.I., Talalayenko O.K. Pyelonephritis, Placenta And Newborn (Literature Review) // Медико-социальные проблемы семьи. - 2014. - Т. 19. - № 1. - С. 98-103.

### Рецензенты:

Кузнецова Е.П., д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск;

Дворянский С.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск.