

Дифференциальная диагностика острого гестационного пиелонефрита (ОГП) и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости

М. А. Франк, М. Р. Гаитова, Н. Н. Константинов

МУ Городская клиническая больница №40, г. Екатеринбург

Differential diagnostics of the acute gestational pyelonephritis (AGP) and acute surgical diseases of abdominal cavity organs

M. A. Frank, M. R. Gaitova, N. N. Konstantinov

Резюме

В клиническом исследовании освещены вопросы целесообразности госпитализации пациенток с острым гестационным пиелонефритом (ОГП) в многопрофильные стационары, в которых возможны все виды специализированной помощи: урологической, акушерско-гинекологической, хирургической, реанимационно-анестезиологической и др. Нередко ОГП следует дифференцировать с острым аппендицитом, холециститом и др. За период с 2002 по 2006 гг. в урологическом отделении ГКБ №40 пролечено 477 женщин с ОГП; за этот же период 96 беременных пациенток были госпитализированы в отделение неотложной хирургии с различными диагнозами. У 14 пациенток впоследствии установлен диагноз ОГП, по поводу чего проведено лечение с выполнением дренирования почки. Первоначально в 6 случаях из этой группы выполнена аппендэктомия, а в 8 — диагностическая лапароскопия. Предложенный нами алгоритм диагностики, в который включены методы магнитно-резонансной томографии, дуплексной ультразвуковой доплерографии, существенно облегчает процесс постановки диагноза при ОГП.

Ключевые слова: острый гестационный пиелонефрит, дифференциальный диагноз, алгоритм диагностики гестационного пиелонефрита, магнитно-резонансная томография.

Summary

This clinical study covers the problems of patients with the acute gestational pyelonephritis (AGP) hospitalization in the multifield hospital where all types of expert care are provided: urology, obstetric-gynecologic treatment, surgery, reanimation and anesthetic medical help, etc. Often AGP should be differentiated from acute appendicitis, cholecystitis, etc. From 2002 to 2006 in the urology department of the state clinical hospital №40 477 patients with AGP have been treated. During this period 96 pregnant patients with different diagnosis were hospitalized in the emergency surgery department. 14 patients had AGP diagnosis. Treatment with catheter of the kidney has been made. Initially, 6 patients of this group passed through the appendectomy, 8 patients had explorative laparoscopy. The authors suggest that the algorithm of diagnostics, where methods of the magnetic resonance image, duplex ultrasonic dopplerography were included, makes easier the diagnosis in case of AGP.

Key words: acute gestational pyelonephritis (AGP), differential diagnosis, the algorithm of diagnostics of the gestational pyelonephritis, magnetic resonance image.

Современные методы диагностики в значительной степени изменили возможности специалистов, сталкивающихся с проблемой острого гестационного пиелонефрита (ОГП). Вопрос о целесообразности госпитализации пациенток с ОГП в многопрофильные стационары, где может быть оказана специализированная урологическая, акушерско-гинекологическая, реанимационно-анестезиологическая и другие виды помощи, в настоящее время не

вызывает сомнений. Тесное взаимодействие специалистов позволяет решать трудные вопросы диагностики и лечения больных ОГП, количество которых может достигать, по нашим данным, 6-7% от всех пациентов урологического отделения многопрофильной больницы.

Однако трудности в постановке диагноза и выборе метода лечения с позиции практикующего уролога сохраняются и в настоящее время. Речь идет как о вопросах дифференциальной диагностики, так и о вопросах выбора тактики лечения, в том числе и хирургического, при установленном диагнозе ОГП.

Мы считаем, что совершаемые ошибки связаны прежде всего с отсутствием единого подхода урологов и хирургов в процессе диф-

Франк М. А. — к. м. н., зав. урологическим отделением МУ ГКБ №40;

Гаитова М. Р. — врач-ординатор урологического отделения МУ ГКБ №40;

Константинов Н. Н. — зав. 1-м хирургическим отделением МУ ГКБ №40.

ференциальной диагностики острой хирургической патологии и ОГП. В частности, ушел в историю такой метод, как хромоцистоскопия, который является малоинформативным, травматичным и даже опасным в связи с высокой вероятностью инфицирования госпитальными штаммами микроорганизмов. Практически не используется экскреторная урография, которая в редких случаях, но все же выполнялась ранее. Ультразвуковая диагностика стала ведущим методом наряду с клинико-лабораторным обследованием при ОГП. Помимо рутинного УЗИ выполняется ультразвуковая доплерография (УЗДГ), а внедрение магнитно-резонансной томографии (МРТ) позволило урологам исключить из своего арсенала выполнение рентгенологического исследования у беременных в процессе диагностики ОГП.

К наиболее часто встречающимся острым хирургическим заболеваниям, с которыми проводится дифференциальная диагностика ОГП, относятся острый аппендицит, холецистит и панкреатит.

Острый аппендицит наиболее распространенное хирургическое заболевание у беременных, угрожающее жизни матери и плода. Аппендицит во время беременности встречается в 0,03-5,20 % случаев. Перфорация червеобразного отростка наблюдается в 14 % оперативных вмешательств, произведенных в связи с подозрением на аппендицит во время беременности, и отмечается у 25-43% больных с подтвержденным диагнозом. При этом в подавляющем большинстве случаев длительность заболевания превышает 24 часа [1]. Наиболее часто аппендицит возникает в I (19-32%) и II триместре, реже — III триместре (15-16%) [2]; летальность среди беременных от аппендицита за последние 40 лет снизилась с 3,9 до 1,1%, однако она выше, чем у небеременных женщин — 0,25% [3]. Чем больше срок беременности, тем выше летальность. В ранние сроки беременности летальность не превышает 0,3%, а в поздние достигает 30%. Этот высокий процент связан с трудностями диагностики, удлинением времени наблюдения и относительно поздним решением выполнить операцию.

Простые формы острого аппендицита встречаются в среднем у 63% беременных, доступные — у 37%. Его повторные приступы бывают у 30-50% беременных [4].

Возникновению и более тяжелому течению острого аппендицита у беременных способствуют прилив крови к тазовым органам, смещение слепой кишки и червеобразного отростка с возможными его перегибами и разрывами ранее имевшихся сращений и, по-видимому, изменениями реактивности организма в связи с гормональными сдвигами [5].

Аппендицит осложняет течение беременности. Во второй половине беременности не происходит осумкования периаппендикулярно выпота при перфорации червеобразного отростка, развивается разлитой перитонит. Образующиеся спайки с маткой вызывают активацию ее сократительной деятельности, что приводит к прерыванию беременности у 2,7-3,2% женщин [4].

Острый аппендицит необходимо дифференцировать с ранним токсикозом, почечной коликой, пиелонефритом, холециститом, панкреатитом, острым гастритом, внематочной беременностью, пневмонией и др. Во время беременности, когда аппендикс смещается вверх, аппендицит особенно трудно дифференцировать с правосторонним пиелонефритом. Различается начало заболевания. Аппендицит всегда начинается с боли, а затем повышается температура и появляется рвота; пиелонефрит — с озноба, рвоты, лихорадки и лишь после этого возникают боли.

В конце беременности расположение аппендикса может быть ближе к правой почке или желчному пузырю. Симптомы с брюшины перекрыты большой маткой. Частая причина диагностических ошибок — забрюшинное расположение аппендикса, который ошибочно принимают за острый пиелонефрит. В клинической картине на первый план выступает положительный симптом Пастернацкого. Симптомы с брюшины слабо выражены или отсутствуют. Главное дифференциально-диагностическое значение имеет анализ мочи: лейкоцитурия, гематурия [4].

В настоящее время имеется большое количество публикаций, свидетельствующих о более высокой информативности и эффективном использовании в диагностике острого аппендицита у беременных ультразвукового исследования. Для улучшения визуализации червеобразного отростка разработана методика дозированной компрессии линейным датчиком при трансабдоминальном исследовании в правом нижнем квадранте живота. Новый подход к использованию ультразвуковых методов в диагностике острого аппендицита предложен Н.В. Patriquin и соавт., которые использовали доплеровское исследование кровотока в червеобразном отростке [6]. Точность и специфичность сонографии достигают соответственно 96 и 98%.

Частота острого холецистита у беременных составляет 0,05-0,16%. Среди неакушерских показаний к хирургическому вмешательству во время беременности острый холецистит стоит на втором месте после аппендицита. Холецистэктомия требуется примерно одной беременной из тысячи. Заболевание чаще всего развивается на фоне желчно-каменной болезни

вследствие закупорки пузырного протока камнями. У 3,5-11% беременных желчнокаменная болезнь протекает бессимптомно, а камни случайно обнаруживают на УЗИ [7].

Несмотря на редкое развитие острого панкреатита у беременных, почти все авторы обращают внимание на высокую материнскую — 39% (у небеременных 6-33%) и перинатальную смертность — 380%. Это во многих случаях объясняется поздней диагностикой заболевания, а также более тяжелым течением его в период беременности. У беременных чаще, чем вне беременности, наблюдаются безболевого формы острого панкреатита. В этом случае заболевание проявляется шоком и симптомами поражения центральной нервной системы. С введением в клиническую практику ультразвукового метода исследования значительно расширились возможности диагностики острого панкреатита у беременных, особенно его отечной формы. Осмотреть поджелудочную железу во время беременности удается у 80-93% пациенток, точность метода составляет 90-98% [4].

В случае же установленного диагноза ОГП немаловажными остаются вопросы прогноза течения заболевания, а также объективизация состояния как самой пациентки, так и пораженного органа.

Все вышесказанное послужило поводом для проведения анализа накопленных клинических данных с позиции уролога с целью: сформулировать принципы диагностики и дифференциальной диагностики острого гестационного пиелонефрита.

Материал и методы

За период с 2002 по 2006 г. в урологическом отделении пролечено 477 женщин с ОГП; в том числе оперировано 16 женщин с гнойно-деструктивным пиелонефритом, что составило 3,35%. Все они оперированы в течение 1 суток с момента поступления. За этот же период времени под нашим наблюдением находилось 14 женщин, которым первоначально выполнены: аппендэктомия — в 6 случаях; диагностическая лапароскопия с подозрением на острый аппендицит в 8 случаях. Там, где была выполнена аппендэктомия, у 4 женщин диагностирован флегмонозный аппендицит, в 2 случаях — катаральные изменения. В последующем все 14 женщин получали лечение по поводу острого гестационного пиелонефрита, у 10 из них потребовалось выполнение дренирования почки. В качестве примера приводим клиническое наблюдение.

Клинический пример 1.

Больная М., 1974 г.р. в неотложном порядке обратилась в приемное отделение хирургии 08.12.2005 г. с жалобами на постоянные ноющие боли в правой подвздошной об-

ласти, возникшие на фоне полного благополучия. Направлена с приема из женской консультации. В момент обращения длительность заболевания составляла 14 часов. Анализ крови: Нв — 121 г/л; эрит. — $3,0 \times 10^{12}$; лейкоц. — $13,6 \times 10^9$. Анализ мочи: желтая, уд. вес — 1020, pH — 6,0; белок — следы, лейкоц. — в неб. кол-ве, эрит. — нет. На основании клинических данных выставлен диагноз: острый аппендицит. Гинеколог: беременность 17-18 недель. Данных за угрозу прерывания беременности нет.

08.12.2005 г.: больной выполнена экстренная операция: лапароскопически дополненная аппендэктомия под ЭТН. Диагноз: флегмонозный аппендицит. Дальнейшее лечение проходило в условиях хирургического отделения. Проводилась симптоматическая, инфузионная терапия, направленная на пролонгирование беременности.

12.12.2005 г.: УЗИ беременности: усиление венозного рисунка гипертрофия плаценты, склонность к задержке внутриутробного развития у плода. Беременность 17,5 недель.

12.12.2005 г.: жалобы на дизурию, тупые ноющие боли в гипогастрии, в правой поясничной области, общую слабость, гипертермию до $38,2^\circ\text{C}$. Осмотрена урологом — диагноз: острый гестационный пиелонефрит справа. Беременность 18 недель. Дальнейшее лечение в урологическом отделении. Анализ крови: Нв — 105 г/л; лейкоц. — $11,9 \times 10^9$; эрит. — $3,9 \times 10^{12}$; тромбоц. — 240×10^9 . Анализ мочи: с/желт., уд. вес — 1025, pH — 6,0; белок — 1 г/л; лейкоц. — 35-36 в п/зр., эрит. — 28-32 в п/зр., бактерии «+». Биохимический анализ крови: АСТ/АЛТ — 34/26; амиллаза — 50 ммоль/л; билирубин — 9,7 ммоль/л; креатинин — 86,1 ммоль/л; общ. белок — 72 г/л. УЗИ почек RD112 x 60 мм; RS = 104 x 53 мм. ЧЛС: справа лоханка расширена до 32 мм, слева — не расширена, камней нет. В урологическом отделении выполнена катетеризация правой почки, при которой отмечено значительное нарушение уродинамики. Посев мочи из катетера: кишечная палочка — 10^5 . Проводилась антибактериальная терапия — урофосфабол 1 г. X 2 р/сут. в/в., инфузионная терапия.

15.12.2005 г.: посев мочи на микрофлору — роста нет. Клинически и по лабораторным данным в течение 3 суток положительная динамика.

15.12.2005 г.: осмотрена гинекологом — диагноз: беременность 18 недель. Угрожающий поздний выкидыш. Анемия I степени.

16.12.2005 г.: больная для дальнейшего лечения переведена в отделение патологии беременных, где продолжена терапия, пролонгирующая беременность, а также уроантисептики, фитодуретики, позиционная терапия с эффектом.

19.12.2005 г.: посев мочи — выделены грибы рода Candida. Назначена специфическая терапия — флюконазол 250 мг.

21.12.2005 г.: анализ крови: Нв — 111 г/л; лейкоц. — $12,8 \times 10^9$; эрит. — $3,69 \times 10^{12}$; СОЭ — 33 мм/ч.

21.12.2005 г.: проба Нечипоренко: лейкоц. — 3750, эрит. — нет.

22.12.2005 г.: анализ мочи — с/ж., /уд. вес — 1025, pH — 6,0; белок — отр., лейкоц., эрит. — нет. ЭКГ: синусовая тахикардия — 97 в мин. Электрическая ось не отклонена.

26.12.2005 г.: в удовлетворительном состоянии с рекомендациями больная выписана домой под наблюдение акушера-гинеколога, уролога по месту жительства.

Не менее тревожной можно расценивать ситуацию, когда налицо картина ОГП и имеется подозрение на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Мы наблюдали 2 пациенток с подтвержденным диагнозом

Таблица Острые хирургические заболевания у беременных

Годы	2002	2003	2004	2005	2006	Итого
Острый аппендицит	6	4	8	6	7	31
Острый холецистит	1	3	2	4	2	12
Острый панкреатит	10	14	9	12	8	53
Итого:	17	21	19	22	17	96

острого гестационного пиелонефрита, которые первоначально получали лечение в урологическом отделении. В обоих случаях выполнено дренирование почек, при этом было выявлено выраженное нарушение уродинамики с присоединением воспалительного компонента. Однако, обе они в течение первых суток были оперированы по поводу флегмонозного аппендицита. В таблице приведены сведения с наиболее часто встречающимися заболеваниями, по поводу которых беременные женщины были госпитализированы в хирургическое отделение клиники за 5 лет.

Таким образом, на 96 пациенток, которые были госпитализированы в отделение неотложной хирургии с различными диагнозами, приходится 16 беременных женщин, у которых возникли трудности дифференциальной диагностики. Доля беременных женщин этой группы составила 16,7%. В нашей клинике внедрен и в течение последних 3 лет применяется алгоритм диагностики (рис. 1) при остром гестационном пиелонефрите. Хотелось бы акцентировать внимание, что в настоящее время мы полностью отказались от использования рентгенологических методов диагностики, и, конечно же, от хромоцистоскопии при остром геста-

ционном пиелонефрите, в том числе, и при гнойно-деструктивных формах.

В большинстве случаев ультразвуковая сонография дает исчерпывающую информацию о состоянии почечной паренхимы, чашечно-лоханочной системы и наряду с клинико-лабораторной оценкой состояния пациентки позволяет выбрать тактику лечения. Речь идет о серьезных формах острого гестационного пиелонефрита, которые по нашим данным составили более 96%. Возможность выполнения перманентного УЗИ контроля за состоянием почки, чашечно-лоханочной системы позволяют своевременно оценить адекватность дренирования почки, проанализировать структурные изменения, а также проследить за динамикой размеров пораженного органа.

Совершенствование техники в значительной степени расширяет возможности УЗИ диагностики, в частности, дуплексная ультразвуковая доплерография (ДУЗДГ) позволяет на основании изучения кровотока судить о функциональных изменениях при различных заболеваниях почек, контролировать динамические изменения в процессе лечения и др. Использование метода ДУЗДГ закономерно привлекло внимание специалистов, занимающихся изу-

Рисунок 1. Алгоритм диагностики острого гестационного пиелонефрита



чением различной экстрагенитальной патологии при беременности.

Ю. Г. Аляев с соавт. [8] отмечают, что эходопплерография занимает одну из ведущих позиций в диагностике нарушений кровообращения в почке при остром пиелонефрите. В. А. Максимов с соавт. [9] проанализировали диагностические возможности доплерографии при остром пиелонефрите (15 пациентов с острым серозным и 27 пациентов с острым гнойным пиелонефритом). Чувствительность и специфичность энергетической доплерографии при тотальном гнойном поражении, остром апостематозном пиелонефрите и карбункуле почки составили 100 и 100%, 100 и 98%, 89 и 91% соответственно.

Метод ДУЗДГ применен нами у 65 женщин с острым гестационным пиелонефритом в процессе динамического наблюдения: в 1 сутки и на 3-5 сутки от начала лечения. Неинвазивность метода в сочетании с относительно невысокими затратами делают его незаменимым для оценки почечного кровотока особенно при пиелонефрите беременных, что особенно важно как для оценки эффективности проводимой терапии так и для прогноза вынашивания беременности. Проведенные исследования проанализированы в соответствии с клинико-лабораторными изменениями, подтверждающими положительную динамику в состоянии пациенток. Нормализация показателей гемодинамики в почке может свидетельствовать об устранении фактора интрапаренхиматозного сдавления почечных артерий в результате эффективной проводимой противовоспалительной терапии и адекватного дренирования почки. Мы считаем, что метод ДУЗДГ может быть использован для диагностики гемодинамических нарушений при остром пиелонефрите, а оценка изменений в динамике позволяет контролировать их обратимость.

В тех случаях, когда проводится дифференциальная диагностика серозного и гнойно-деструктивного пиелонефрита у беременных женщин, методом выбора является МРТ, обладая высокими информативностью, достоверностью и специфичностью. Не менее важен и такой вопрос как безопасность исследования у беременных женщин [10,11].

Мы выполнили МРТ при остром гестационном пиелонефрите в 28 случаях во II и III триместрах беременности с целью исключения гнойно-деструктивных изменений в почках, паранефрии, в том числе и в тех случаях, когда было выполнено какое — либо дренирование почек.

В 5 случаях диагноз гнойно-деструктивного процесса подтвержден. Метод позволяет оценить функциональное состояние почек, что

имеет большое значение в случае предполагаемого выполнения оргауноносящей операции. Кроме того, метод дает нам возможность в сложных клинических случаях исключить наличие гнойно-деструктивных изменений в почках в отличие от ранее применявшейся экскреторной урографии. Этот факт чрезвычайно важен, поскольку выполнение необоснованных оперативных вмешательств у беременных отнюдь не облегчает их состояния. В качестве примера приводим следующее клиническое наблюдение.

Клинический пример 2.

Больная К., 17 лет, поступила в неотложном порядке в урологическое отделение МУ ГКБ №40 28.11.2007 г. В 01 час 30 минут с диагнозом: острый окклюзионный гестационный пиелонефрит справа, сепсис. Беременность 28 нед. Пациентка доставлена бригадой «Медицины катастроф» из ЦРБ районного центра Свердловской области, где находилась на лечении с 27.11.2007 г. по поводу острого гестационного пиелонефрита. Начало антибактериальной терапии цефатоксимом 2 г. в/в привело к снижению АД до 80/60 мм рт. ст.

28.11.2007 г.: в 20.00 неотложном порядке выполнена катетеризация правого мочеточника, восстановлена адекватная уродинамика справа. При ультразвуковом исследовании деструктивных изменений в паренхиме почек не выявлено. В условиях ПАО продолжена антибактериальная терапия — цефтриаксон 1 г. 3 раза в/в, инфузионная терапия, прессорная поддержка мезатоном 10 мг/час, дезинтоксикационная терапия. В ближайшие часы сохранялась нестабильная гемодинамика со снижением АД до 70/40 мм. рт. ст. при адекватном функционировании мочеточникового катетера справа.

28.11.2007 г.: анализ крови: лейкоц. — $20,8 \times 10^9$; эрит. — $2,8 \times 10^{12}$; Нв — 97 г/л; тромб. — 140×10^9 ;

28.11.2007 г.: коагулограмма — склонность к гипокоагуляции на фоне снижения тромбоцитов и плазменных факторов. Фибринолиз в пределах нормы.

28.11.2007 г.: анализ мочи: 1010, рН — 5,5, белок — следы; лейкоц., эрит. — в небольш. кол-ве. Посевы мочи на микрофлору — патогенная и условно-патогенная микрофлора не выявлена. Посев крови: выделен эпидермальный стафилококк, чувствительный к рифампину, ванкомицину.

28.11.2007 г.: рентгенография грудной клетки — нарушение гемодинамики по малому кругу кровообращения в виде застойных явлений.

28.11.2007 г.: МРТ почек (рис. 1, 2, 3): определяется расширение ЧЛС левой почки до 23 x 25 x 32 мм, расширение левого мочеточника до 10-11 мм вследствие его сдавления между увеличенной маткой и передне-медиальным контуром поясничной мышцы. В правом мочеточнике визуализируется мочеточниковый катетер, расширения ЧЛС правой почки нет, деструктивных изменений в паренхиме почек не определяется. Отек паранефральной клетчатки справа. УЗИ беременности: беременность 27-28 недель. Плацентарная недостаточность. Маловодие. ЭКГ: синусовая тахикардия 115-118 уд. в мин. Неполная блокада. ПНПГ: нарушение метаболизма в миокарде задне-боковой стенки левого желудочка, области верхушки, перегородки.

29.11.2007 г.: состояние стабильное, имеет место SIRS, РДСВ, субкомпенсировано по дыхательной недостаточности.

29.11.2007 г.: ан. крови: лейкоц. — $19,0 \times 10^9$; п/я-38%, с/я — 44%, мон. — 12%, лим. — 6%; эрит. — $2,60 \times 10^{12}$; Нв —

Рисунки 2, 3, 4. МРТ пациентки К., 17 лет. Диагноз: Острый гестационный пиелонефрит. Сепсис.



93 г/л; тромб. — 184×10^9 ; ПТИ — 79 %; общ. белок — 44 г/л, креат. — 65 ммоль/л, мочеви. — 3,62 ммоль/л, б/р — 5,1 мкмоль/л. КЩС артерия: рН — 7,463; pCO_2 — 27,8 ммНг; pO_2 — 59,5; ВЕ — «—» 2,0 ммоль/л; $O_2\text{sat}$ — 92%, RQ (респират. коэффициент) — 170(N — \uparrow 300), информирует о легочных повреждениях. Несмотря на отсутствие клинических проявлений пиелонефрита слева, выполнено дренирование левой почки, смена антибактериального препарата на сульперазон 2 гр. х 2 р. в/в. Спустя сутки наметилась положительная динамика, стабилизировалось артериальное давление, по данным ультразвукового исследования чашечно-лоханочная система не расширена с обеих сторон, гнойно-деструктивных изменений в паренхиме почек нет.

30.11.2007 г.: ан. крови: лейкоц. — $19,0 \times 10^9$; эритроц. — $2,67 \times 10^{12}$; Нв — 94 г/л; тромб. — 186×10^9 ; б/х ан. крови: общ. белок — 52 г/л; креат. — 70 ммоль/л; мочеви. — 2,7; б/р — 6,18 мкмоль/л. КЩС артериальной крови: рН — 7,42; pCO_2 — 24,6 ммНг; pO_2 — 59,1 ммНг; ВЕ — «—» 6,1 ммоль/л; $O_2\text{sat}$ — 90,8%; RQ — 197. КЩС венозной крови: рН — 7,354; pCO_2 — 34,6 ммНг; pO_2 — 29,2 ммНг (N — не менее 60 ммНг); ВЕ — «—» 4,2 ммоль/л; $O_2\text{sat}$ — 50,9% (N — не менее 70%); Рентгенография грудной клетки: сегментарная пневмония слева. В течение последующих 7 суток состояние пациентки значительно улучшилось, нормализовалась температура, показатели крови, что позволило поочередно удалить мочеточниковые дренажи. Однако, в течение последующих суток по данным ультразвукового исследования пиелозктазия достигла 25–30 мм с обеих сторон, появилась субфебрильная температура. Произведено стентирование мочеточников с обеих сторон. Спустя 2 недели пациентка переведена в отделение патологии беременных.

Результаты МРТ позволили нам избежать необоснованного оперативного вмешательства, поскольку тяжесть состояния пациентки была обусловлена не гнойно-деструктивными изменениями в почке, а другими механизмами; в частности бактериемией и токсемией и пагубными последствиями антибактериальной терапии при отсутствии адекватного дренирования почки.

Заключение

Диагностированное острое хирургическое заболевание у беременных женщин не исключает наличие сочетанных заболеваний, в час-

тности такого, как острый гестационный пиелонефрит. Современные методы обследования, включенные в алгоритм диагностики ОГП, в значительной степени облегчают и сокращают этот процесс, позволяя избежать как диагностических так и тактических ошибок.

МРТ обладает высокой разрешающей способностью, скоростью исследования, высокоэффективна, экономична. Это исследование следует рассматривать как метод выбора при подозрении на гнойно-деструктивный пиелонефрит у беременных, а также при дифференциальной диагностике с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Литература

1. Стрижаков А. Н. Беременность и острый аппендицит. А. Н. Стрижаков, О. Р. Баев, Э. И. Черкезова. Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. 1999; 1: 37-47.
2. Самойлова Ю. А. Клиника, диагностика, акушерство и хирургическая тактика у беременных с острым аппендицитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01, 14.00.27. Самойлова Юлия Александровна : [Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова]. М., 2007; 24 с. : ил.
3. Репина М. А., Ходжиева Э. Д. Аппендицит и беременность. Акушерство и гинекология. 1983; 10: 69-72.
4. Шехтман М. Н. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: Триада-Х, 1999; 815 с.
5. Дехтярь Е. П. Острый аппендицит у женщин. М., 1971.
6. Patriquin H. V., Garner I. H., Lafortune M. et al. Amer. J. Pointgenal. 1966. vol.166, 3; 629-633.
7. Уильямс М. Острый холецистит и беременность [Электронный ресурс]. М. Уильямс. Режим доступа : www.URL: <http://gynaecology.webarena.ru/pregnanc/obstetricnutr112.shtml>. Заглавие с экрана 20.05.2008.
8. Аляев Ю. Г. Эходоплерография в урологии. Ю. Г. Аляев, В. А. Григорян, В. Е. Синицын, М. Е. Чальбй, руководство для практикующих врачей. М.: Литтерра. 2007; 168.
9. Максимов В. А. Применение энергетической доплерографии при остром пиелонефрите [Электронный ресурс]. В. А. Максимов, В. И. Борисик и др. Режим доступа: http://usfd.ru/article.asp?an=USFD_2005_1_11
10. Аляев Ю. Г. Магнито-резонансная томография в урологии. Ю. Г. Аляев, В. Е. Синицын, Н. А. Григорьев. М.: Практическая медицина, 2005; 270.
11. Fradin J. M., Regan F., Rodriguez R., Moore R. Hydronefrosis in pregnancy: simultaneous depiction of fetal and maternal hydronefrosis by magnetic resonance urography. Urology. 1999. Apr. 53. P. 825-827.