

Осложнения беременности при консервативном и активном ведении гестационного пиелонефрита

Т.Г. Емельянова, В.И. Коновалов

Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета УрГМА,
Городская клиническая больница № 40 Г. Екатеринбург.

В современных экологических условиях жизни, ухудшения социально-экономических условий и индекса здоровья населения важной задачей является уменьшение перинатальной заболеваемости и смертности. В последние годы прослеживается отчётливая тенденция возрастания перинатальной заболеваемости. По сравнению с предыдущим десятилетием заболеваемость новорождённых увеличилась почти в два раза, более чем 1/3 всех детей рождается больными или заболевают в течение периода новорождённости.

Ведущую роль в сохранении относительно высоких показателей перинатальной заболеваемости и смертности играют состояние здоровья беременных. Одним из часто встречающихся видов экстрагенитальной патологии у беременных являются заболевания почек и мочевыводящих путей, частота которых по данным различных авторов колеблется от 8% до 23%.

Пиелонефрит - одно из весьма распространённых заболеваний почек. В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости пиелонефритом у беременных, особенно, распространены его атипичные формы. Многие авторы указывают на его многократные обострения при беременности, увеличение количества акушерских осложнений при беременности и родах, внутриутробное инфицирование плода, снижение иммунологической реактивности у матери и новорождённого. Развитие плода происходит на фоне наличия инфекционного процесса, который нередко является основной причиной гибели детей.

Патогенез пиелонефрита - многофакторный. Одним из факторов его развития является нарушение оттока мочи и возникновение вследствие этого повышенного внутрилоханочного давления, что способствует развитию лоханочно-почечных рефлюксов. Основное лечебное значение придаётся методам ликвидации суправезикальной обструкции и антибактериальной терапии. При наличии выраженной клинической картины, а также значительном расширении чашечно-лоханочной системы, которое обнаруживается при

УЗИ почек, показана катетеризация или чрескожная пункционная нефропиелостомия.

Цель исследования - изучение эффективности хирургических методов декомпрессии мочевыводящих путей на основании анализа течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с гестационным пиелонефритом.

Материалы и методы исследования

Было проведено обследование и лечение 106 женщин с гестационным пиелонефритом, развившимся в различные сроки гестации (от 12 до 37 недель). Все беременные были разделены на две группы: I группу составили 55 беременных, получивших только консервативное лечение (антибактериальное и противовоспалительное), II группа включала 51 беременных, подвергшихся оперативным методам декомпрессии мочевыводящих путей и антибактериальному и противовоспалительному лечению. Контрольную группу составили 50 соматически здоровых беременных женщин. Средний возраст женщин в I группе - 22+3,64 года, во II группе - 22+3,64 года. Средний возраст в контрольной группе - 22+4 года.

Обследование беременных с пиелонефритом проводилось по единой схеме: общеклинические методы исследования, акушерский статус в динамике, оценка состояния почек (УЗИ, бактериологическое исследование мочи), оценка состояния фетоплацентарной системы (УЗИ плода, доплерометрия, кардиотокография). Работа проводилась совместно с урологами, нефрологами и терапевтами.

В урологическом отделении 40 ГКБ были проведены катетеризация мочеточников у 46 беременных (90,2%) и перкутанная чрескожная нефростомия у 5 беременных (9,8%). Операции были произведены в различные сроки беременности - с 12 недель до 35 недель. Наряду с антибактериальной, инфузионной и противовоспалительной терапией было проведено лечение, улучшающее кровообращение в фетоплацентарном комплексе (курантил, трентал, кавинтон), а также фитотерапия.

Результаты исследования и их обсуждение

1. Угроза прерывания беременности в I группе наблюдалась у 30 (54,54%) женщин, во II группе - у 24 (47,05%). В контрольной группе - у 3 (6%) женщин.

2. Ранний токсикоз был выявлен у 11 (20%) беременных I группы и у 15 (29,4%) беременных II группы, в контрольной группе - у 4 (8%) женщин.

3. Отеки беременных наблюдались у 19 (34,54%) в I группе и у 17 (33,33%) во II группе, в контрольной группе у 3 (6%).

4. Преэклампсия средней степени тяжести развилась у 8 женщин I группы (14,54%) и у 8 женщин II группы (15,68%), в контрольной группе этой патологии не было.

5. Преэклампсия тяжелой степени развилась у 5 (9,09%) беременных I группы и у 1 (1,96%) беременных II группы, в контрольной группе не было случаев.

6. При ультразвуковом исследовании в третьем триместре беременности были обнаружены такие изменения, как отечность плаценты и утолщение её у 5 (9,09%) в I группе женщин и у 7 (13,72%) во II группе; кальцинаты у 16 (29,09%) беременных I группы, у 9 (17,64%) беременных II группы; кисты у 8 (14,54%) женщин I группы и у 4 (7,84%) женщин II группы.

7. Методом доплерометрии было обнаружено нарушение в фетальном микроциркуляторном русле в I группе у 7 (12,7%) женщин, во II группе у 4 (7,8%) женщин.

8. Преждевременные роды имели место у 5 (9,1%) женщин I группы и у 5 (9,8%) беременных II группы.

9. Кесарево сечение по сочетанным показаниям было выполнено в I группе у 20 (36,4%) беременных и у 9 (17,6%) женщин II группы. В контрольной группе - у 6 (12%) беременных. Роды осложнились преждевременным излитием вод в I группе у 15 (27,3%) рожениц, во II группе у 15 (29,4%) рожениц, в контрольной группе у 7 (14%) женщин.

10. Слабость родовой деятельности отмечена у 4 женщин в I группе (7,3%) и у 4 во II группе (7,8%), в контрольной группе - у 2 (4%).

11. В послеродовом периоде осложнения в виде поздних послеродовых кровотечений, эндометрита, субинволюции матки были зафиксированы у 3 женщин I группы (5,45%), у 1 женщины II группы (1,96%) и у 2 (4%) в контрольной группе.

12. Обострения пиелонефрита во время беременности и после родов были выявлены у 3 (5,45%) женщин в I группе, во II группе обо-

стрений заболевания не было.

13. С оценкой по Апгар 7/8 баллов в I группе родилось 24 (43,63%) детей, во II группе - 33 (64,7%), в контрольной группе - 47 (94%) детей.

14. Синдром двигательных нарушений в I группе был диагностирован у 2 (3,64%) детей, во II группе - у 1 (1,96%) ребёнка, в контрольной группе этой патологии не наблюдалось.

15. Транзиторная гипербилирубинемия была выявлена в I группе у 21 (38,18%) новорожденных, во II группе - у 17 (33,33%) детей, в контрольной группе - у 4 (8%).

16. Врожденная патология почек в виде пиелозктазии почек у детей в I группе была обнаружена у 3 детей (5,45%), во II группе - у 1 (1,96%).

Заключение

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о неблагоприятном влиянии пиелонефрита на течение беременности, родов и послеродового периода. Пиелонефрит вызывает осложнения беременности: невынашивание, гестозы, фетоплацентарную недостаточность, гипоксию и гипотрофию плода. В родах у женщин с пиелонефритом дородовое излитие вод, ранние гипотонические кровотечения наблюдались в 4 раза чаще. Послеродовый период при гестационном пиелонефрите осложнялся поздними послеродовыми кровотечениями, субинволюцией матки и эндометритом. Эти осложнения связаны с инфицированностью организма беременной женщины.

Прослеживаются отличия при активном и консервативном ведении пиелонефрита у беременных. У женщин с активным ведением пиелонефрита на 7% реже развилась преэклампсия тяжелой степени, на УЗИ плаценты на 7% реже выявлялись кисты и на 13% - кальцинаты, при доплерометрии нарушение кровообращения в фетальном микроциркуляторном русле наблюдались на 5% меньше, кесарево сечение по сочетанным показаниям было выполнено в два раза реже, обострений пиелонефрита в послеродовом периоде не было. Детей с оценкой по Апгар 7/8 баллов родилось больше на 10%, а врожденная патология почек у новорожденных в виде пиелозктазии было обнаружено только у 1 ребёнка против 3 при консервативном ведении пиелонефрита.

Хотя изменения приведенных клинико-лабораторных показателей наблюдается в виде тенденций можно сделать вывод, что активное ведение беременных с гестационным пиелонефритом является предпочтительным.