

¹Стяжкина Светлана Николаевна / Stjazhkina Svetlana Nikolaevna – доктор медицинских наук, профессор, кафедра факультетской хирургии ИГМА;

²Черненкова Маргарита Львовна / Chernenkova Margarita Lvovna – кандидат медицинских наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии ИГМА;

³Набиуллина Алсу Анваровна / Nabiullina Alsu Anvarovna – студент;

⁴Низаметдинова Лейсан Кашифовна / Nizametdinova Leisan Kashifovna – студент, лечебный факультет,

Государственное образовательное учреждение Высшего профессионального образования
Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Аннотация: развитие острого пиелонефрита во время беременности занимает второе место в структуре экстрагенитальных патологий у женщин. Актуальность проблемы имеет значение не только для акушеров-гинекологов, но и для урологов и хирургов. Изучение патогенетических аспектов во время беременности позволяет выбрать верную тактику лечения острого пиелонефрита. Рядом ученых были разработаны принципы диагностики и лечения, которые необходимы для правильного ведения беременности, а также способствуют вынашиванию здорового плода.

Abstract: the development of acute pyelonephritis during pregnancy ranked second in the structure of extragenital pathologies in women. The urgency of the problem is important not only for obstetrician- gynecologists, but also for urologists and surgeons. Study of pathogenetic aspects during pregnancy allows you to choose the right tactics treatment of acute pyelonephritis. A number of scientists have developed principles of diagnosis and treatment , which are necessary for the proper management of pregnancy , as well as contribute to the nurturing of a healthy fetus.

Ключевые слова: острый пиелонефрит, беременность.

Keywords: acute pyelonephritis, pregnancy.

В последние годы отмечен рост инфекционно–воспалительных заболеваний мочевых путей у женщин. Они сравнительно часто встречаются во время беременности. Так, частота развития острого пиелонефрита во время беременности в последние годы возросла в 3,6 раза, и осложнение заняло второе место в структуре экстрагенитальных заболеваний у беременных [3, 9].

Сидорова И. С., Кирющенко А. П. и Вартанова А. О. (2010) выделяют следующие факторы, предрасполагающие к возникновению острого гестационного пиелонефрита: нейрогуморальные сдвиги в организме беременной (в 23–28 недель происходят выраженные гормональные изменения в среде плацентарной системы), механический фактор (сдавление мочеточников увеличенной беременной маткой), а также наличие очага инфекции в организме [5, 6, 8, 10].

Также известно, что у беременных с пиелонефритом отмечается высокая частота обнаружения патогенной и условно–патогенной микробной флоры в урогенитальном тракте (Бавина Е. Н. 1991, Никольская И. Г. 2003, Высоцких Т. С. 2008). Бактериологическое исследование мочи позволило обнаружить, что этиологическим фактором гестационного пиелонефрита наиболее часто служит *E. Coli* (67, 4 %) (Петричко М. И., Чинова Г. Б., 2002, Новиков С. Б., 2002) [6, 7].

Сидорова И. С. и соавторы (2010) выявили четкую взаимосвязь между частотой развития осложнений беременности, тяжестью течения острого гестационного пиелонефрита, аллельной принадлежностью по гену GP3a и показателями исследуемых ауто антител по методу ЭЛИ-П-Теста.

Журавлев В. Н., Франк М. А., Петров Д. В. доказали, что основу патогенеза острого гестационного пиелонефрита составляет системная воспалительная реакция и, следовательно, ее маркеры могут быть объективным критерием течения воспалительного процесса. Для дифференциальной диагностики тяжести острого гестационного пиелонефрита использовалось определение иммуноглобулинов, бета-лизинов и пропердина. В зависимости от уровня этих маркеров диагностируется серьезный (при более низком уровне) или гнойно-деструктивный (при более высоком уровне) пиелонефрит [4].

Петров С., Серёгин С., Клишкин А. выявили, что у беременных с острым гестационным пиелонефритом увеличено содержание С3-, С4- компонентов комплемента, увеличена активность кислородозависимых систем нейтрофилов, изменено содержание лактоферрина и функционального резерва нейтрофилов, по сравнению с беременными с хроническим гестационным пиелонефритом в стадии обострения и ремиссии.

В большинстве случаев, в первом триместре гестационный пиелонефрит выявляется только у 4–5 % женщин. Основная же часть пациентов с данной патологией - во втором и третьем триместрах беременности (95–96 %) (Лопаткин Н. А. 1998, Новиков С. Б. 2002, Высоцких Т. С. 2008).

Клиническая симптоматика гестационного пиелонефрита чаще проявляется во втором триместре беременности. Диагностически значимыми являются изменения, выявляемые при биохимическом анализе крови: диспротеинемия, относительное увеличение количества глобулинов, азотемия, причиной которого являются активность пиелонефрита и присоединившийся гестоз средней степени тяжести [9].

При лечении пиелонефрита беременных высокоэффективным средством является озонотерапия, которая одновременно используется как метод профилактики внутриутробной инфекции у новорожденных [1].

Но основным методом лечения является антибиотикотерапия. При лечении беременных необходимо учитывать не только эффективность препарата, но и безопасность его для плода. Также следует учитывать срок беременности и данные суммарной функциональной способности почек, индивидуальную переносимость фармакотерапии. Назначение препарата без учета чувствительности, сразу после взятия мочи для посева можно лишь при тяжелых состояниях [12].

Шкляев А. Е. и Пантюхина А. С. провели оценку эффективности лечения острого гестационного пиелонефрита и пришли к выводу, что наилучшие показатели чувствительности микроорганизмов установлены к цефатоксиму, цефтриаксону, цефтазидиму, цефепиму, ципрофлоксациму, цефеперазолу, цефтазидину [11].

Антибактериальная терапия гестационного пиелонефрита усугубляет дисбиотический процесс во влагалище у беременных (в 90,4 % случаев). Поэтому лечение гестационного пиелонефрита следует проводить в два этапа: антибактериальная терапия с последующим восстановлением биоценоза влагалища в зависимости от сформировавшегося биотопа. Применение культуры собственных лактобацилл на втором этапе лечения приводит к эффективному восстановлению биоценоза влагалища [2].

Эффективным методом лечения острого гнойного пиелонефрита является использование дренажей: наружное дренирование мочеточниковым катетером, стентирование, чрескожная пункционная нефростомия. Оптимальным методом кратковременного (3-5 суток) дренирования почки является наружное дренирование мочеточниковым катетером; длительное дренирование осуществляется установлением «стента». Чрескожная пункционная нефростомия применяется при более тяжелом течении пиелонефрита, где требуется длительное и контролируемое дренирование почки [4].

При лечении острого гестационного пиелонефрита эффективно использование низкоинтенсивной магнитолазерной терапии во второй половине беременности. Она позволяет ускорить клиническое выздоровление пациенток (сократились сроки пребывания в стационаре на 3 дня). Также применение данной терапии в комплексном лечении острого пиелонефрита беременных предотвращает развитие повторных атак пиелонефрита во время продолжающейся беременности и в послеродовом периоде, считает Федченков В. В. (2004).

Вывод: изучение роли острого гестационного пиелонефрита в экстрагенитальной патологии у беременных женщин является актуальной проблемой на сегодняшний день, так как это заболевание является наиболее значимым по своей тяжести среди других. На данный момент проведено множество исследований в области диагностики и лечения острого гестационного пиелонефрита. Полученные результаты широко внедряются и используются в медицине, что снижает риск развития осложнений у беременных и плода. Но актуальность данной проблемы не снижается, так как дальнейшее ее изучение позволит оптимизировать лечебную тактику и повысить эффективность профилактики.

Литература

1. *Верховых И. В.* Прогнозирование и профилактика беременных с пиелонефритом: автореф. дис. на соискание уч. степени к.м.н. – Волгоград. – 2006.
2. *Высоцких Т. С.* Коррекция нарушений биоценоза влагалища при лечении гестационного пиелонефрита: автореф. дис. на соискание уч. степени к.м.н. - Самара. - 2008.
3. *Довлатян А. А.* Острый пиелонефрит беременных. / М.: Медицина. - 2004.
4. *Журавлев В. Н., Франк М. А., Петров Д. В.* Объективизация диагностики острого гестационного пиелонефрита. // Казанский медицинский журнал. - 2008. - т. 89, № 3.
5. *Мысякова В. Б.* Факторы, способствующие возникновению пиелонефрита у беременных. // Акушерство и гинекология. – 1991. - № 12., С. 3–6.
6. *Никольская И. Г.* Акушерские и перинатальные аспекты пиелонефрита: автореф. дис. на соискание уч. степени к.м.н. - Москва. - 1999.
7. *Петричко М. И., Чижова Г. В.*, отв. ред. Рыжавский Б. Я. Инфекции мочеполовой системы у беременных женщин. / Новосибирск: Наука. – 2002. - с. 268.
8. *Пытель Ю. А., Лоран О. Б.* Острый гестационный пиелонефрит. // Пленум Правления Всероссийского общества урологов. – Екатеринбург. - 15-18 окт. 1996. - С. 229–233.
9. *Сидорова И. С., Кирющенко А. П., Вартанова А. О.* Прогнозирование и исходы беременности и родов у пациенток с острым гестационным пиелонефритом. // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 4., С. 37-40.
10. *Шехтман М. М.* Акушерская нефрология. – Москва - Триада Х. - 2000. – с. 255.
11. *Шкляев А. Е., Пантюхина А. С., Замятина С. Г.* Актуальные вопросы терапии и восстановительной медицины: материалы межрегиональной научно–практической конференции, посвященной 80-летию профессора Корепанова А. М. / Ижевск – 2009 - с. 204 – 207.
12. *Шкляев А. Е., Пантюхина А. С.* Труды Ижевской Государственной Медицинской Академии. – Ижевск. - 2009. - т. 47, с. 72 – 75.