

Клинико-диагностические особенности пиелонефрита у беременных с урогенитальной хламидийной и микоплазменной инфекцией

Л. И. МАЛЬЦЕВА, И. М. ШИШОКИНА.

Кафедра акушерства и гинекологии 1 (заведующая — профессор Л. И. Мальцева)
Казанской государственной медицинской академии.

Пиелонефрит относится к наиболее частым инфекционно-воспалительным заболеваниям беременных, встречается, по различным данным, у 12-18% женщин (Кулаков В. И., Вихляева Е. М., 1995; Шехтман М. М., 1998). Принято считать, что острый пиелонефрит, впервые возникший во время беременности, не оказывает существенного влияния на течение беременности, тогда как у женщин с хроническим пиелонефритом часто наблюдается невынашивание и недонашивание беременности, развитие различных форм гестоза, плацентарной недостаточности. Дети, рожденные матерями, перенесшими как острую, так и хроническую форму заболевания, нередко имеют признаки внутриутробного инфицирования. Перинатальная заболеваемость и смертность у этих детей выше, чем у детей здоровых женщин.

Известно, что почечная патология женщины влияет на развитие почек у ее ребенка. Курбанов Д. Д. (1988) ультразвуковым методом выявил гидронефроз у 2,8% плодов этих женщин, тогда как у плодов здоровых беременных гидронефроз визуализировался в 4-5 раз реже. В первые месяцы жизни признаки инфекции мочевыводящих путей были обнаружены у 3,2% новорожденных, впоследствии у половины из них диагностированы аномалии развития почек, идентичные материнским. По данным Дегтяревой Э. М. с соавт. (1986), заболевания мочевой системы беременной являются тератогенным фактором для мочевой системы плода.

Возбудителями гестационного пиелонефрита, по различным данным, являются микроорганизмы группы энтеробактерий (кишечная палочка, клебсиелла, протей), реже встречается энтерококк, стрептококк В и D. Отмечена низкая эффективность лечения пиелонефрита у беременных и большая частота малосимптомных, латентных форм.

В последние годы получены данные о том, что воспалительный процесс в почках может быть связан с грибами *Candida*, уреаплазмами и микоплазмами (Мальцева Е. С., 1996; Клишко Н. Н., 2002). Никольская И. Л. с соавт. (1998) у 18% беременных с пиелонефритом установила выделение с мочой герпетических вирусов, у 16% — микоплазм и хламидий и связала низкую эффективность лечения именно с этими особенностями инфицирования мочевых путей.

Способность этих возбудителей длительно персистировать в организме, а также особые свойства микоплазм в виде нестабильности генома, уникальных механизмов генетической трансформации и, как следствие, высокой скорости мутационных процессов, делает невозможным применение стандартных подходов для терапии этих инфекций.

Микоплазмы и хламидии часто обнаруживаются у беременных женщин в нижних отделах урогенитального тракта и способствуют развитию дисбиотических и воспалительных процессов во влагалище, уретре, шейке матки. Инфекция мочевых путей нередко встречается у таких женщин и протекает, по нашим данным, упорно, сочетаясь с различными осложнениями беременности.

Изучение анамнеза и особенностей клинического течения пиелонефрита показало, что наличие специфической — хламидийной, микоплазменной и герпетической инфекции в половых органах нередко связана с хроническим воспалительным процессом мочевых путей. Гестационный пиелонефрит у женщин с микоплазменно-хламидийной инфекцией чаще всего протекает как обострение хронического процесса. Доказательством этому являются данные УЗИ по оценке состояния почек. У всех женщин с каким-либо указанием в анамнезе на мочевую инфекцию выявлено уплотнение чашечно-лоханочной системы, ее расширение без изменения объема почек. Особенностью ультразвуковых находок явилась большая частота нефроптоза у беременных с хронической микоплазменной и хламидийной инфекцией, и признаки грубой дисплазии почек — удвоение почек, удвоение чашечно-лоханочной системы, гидронефроз. Пиелонефрит на фоне специфической инфекции чаще был у повторнобеременных и повторнородящих женщин, имеющих самопроизвольные аборты, привычное невынашивание, гестоз, неразвивающуюся беременность в анамнезе.

Анализ развившихся осложнений настоящей беременности показал, что у беременных со специфической инфекцией и пиелонефритом в 1,4 раза чаще наблюдается угроза прерывания беременности, в 2,7 раза — гестоз, в 12,5-15,4% — многоводие и в 6,2-6,7% — маловодие. В 6,3% случаев у беременных с микоплазменно-хламидийной инфекцией наблюдался симфизит. Наши наблюдения показали, что развитие этого осложнения часто связано именно с хламидийно-бактериальными ассоциациями и требует антибактериальной терапии. Течение пиелонефрита на фоне специфической инфекции сопровождалось в 5 раз чаще, чем в группе здоровых беременных, бактериальным вагинозом и в 1,3 раза — кольпитом, нередко очень упорным.

Таким образом, суммарный эффект специфической и неспецифической бактериальной урогенитальной флоры определяет высокую степень риска беременности, родов и перинатальной патологии у данных женщин. Подтверждением этому явилась высокая частота ультразвуковых признаков патологии плаценты. Соответствие зрелости плаценты сроку бе-

Клинико-диагностические особенности пиелонефрита у беременных с урогенитальной хламидийной и микоплазменной инфекцией

Окончание. Начало на 19-й стр.

ременности отмечено лишь у 46,2% беременных с хроническим пиелонефритом, у 30% беременных выявлена ЗВУР плода.

Исследования, проведенные в нашей клинике, показали, что при хламидийно-микоплазменной инфекции и пиелонефрите нарушения кровотока в сегментарных почечных артериях наблюдаются у 79,6% женщин, одновременно — и в терминальных ветвях артерии пуповины — у 66%. В III триместре, несмотря на лечение, нарушения кровотока сохраняются у 45% женщин с развитием плацентарной недостаточности.

Оценка мочевого синдрома показала, что наиболее типичными признаками наличия микоплазменной, хламидийной, вирусной инфекции являются высокий удельный вес мочи, эритроцитурия и кристаллурия. Среди солей мочевого осадка преобладала оксалурия, но при наличии микоплазменно-хламидийно-герпетической ассоциации отмечена и фосфатурия. Можно предполагать, что причиной столь высокой частоты эритроцитурии у больных при пиелонефрите на фоне специфической инфекции является способность микоплазм, хламидий и вирусов персистировать в клетках крови, эндотелии сосудов (Л. И. Мальцева, 1996; Л. А. Лобова, 2000), вызывая их повреждение и нарушение проницаемости, что наиболее значимо реализуется в интерстициальной ткани почек.

Изучение характера и особенностей результатов бактериологического исследования мочи у беременных с пиелонефритом показало, что урогенитальная хламидийная, микоплазменная и герпетическая инфекция сопряжена со своеобразным спектром бактериурии — доминировали клебсиеллы и энтерококк. Характерной особенностью бактериурии у беременных с микоплазменно-хламидийной инфекцией явилось обнаружение анаэробной неспорообразующей флоры у 22,8% беременных, дрожжеподобных грибов — у 19,5% и специфической инфекции — микоплазм, уреаплазм, хламидий и вирусов — у 70% женщин.

В лечении больных эффективными антибиотиками для элиминации специфической инфекции из мочи оказались клаксид или макропен, в наибольшей степени выводящихся с мочой. При сочетании специфической и неспецифической флоры в моче использовали амоксилав совместно с макролидом.

Эффективным было сочетание макропен + тиберал, препаратами II выбора явились цефалоспорины II или III поколения в сочетании с тибералом, нитрофуранами, дифлюканом. В тяжелых случаях использовали препараты резерва — цефепим, меропен, в нетяжелых — эубиотики в сочетании с канефрон. Обязательным компонентом лечения являлась иммунотерапия — иммуноглобулин для внутривенного введения по 25 мл (при вирусуреи, упорном выделении хламидий или микоплазм), пос-

ле 27 недель беременности — виферон, кипферон. Противорецидивная терапия проводилась канефроном в сочетании с бифидумбактерином форте или бифидобактом.

Использованный подход к лечению позволил добиться безрецидивного течения пиелонефрита у 93,8% женщин со специфической инфекцией.

Таким образом, пиелонефрит у беременных со специфической инфекцией имеет свои особенности, что следует учитывать при обследовании и лечении. В связи с этим, можно рекомендовать:

1. У беременных с микоплазменной, уреаплазменной, хламидийной и смешанной с вирусной инфекцией бактериологическое исследование мочи проводить в I триместре беременности или сразу с началом наблюдения на любом сроке беременности.

2. При оценке клинического анализа мочи необходимо обращать внимание на высокий удельный вес мочи, оксалурию или уратурию, эритроцитурию по Нечипоренко, что позволяет предположить наличие мочевого инфекции на фоне специфического процесса. Количество лейкоцитов может быть при этом в пределах нормы или несколько выше нормы.

3. В I триместре беременности при обострении пиелонефрита и отсутствии выраженной интоксикации лечение проводить фитопрепаратами — фитолизином (по 1 ч. л. 3 раза в день или канефроном в течение 4-6 недель (по 2 др. 3 раза в день) в сочетании с санацией влагалища и эубиотиками (бифидумбактерин форте, эуфлоран В, линекс или бифидобакт).

4. При выявлении вирусуреи, хронической микоплазменной, хламидийной инфекции, не купирующихся признаках угрозы прерывания беременности назначать иммуноглобулин внутривенно по 25 мл через день 3 раза, после 27 недель беременности — виферон, кипферон.

5. Стартовой антибактериальной терапией при микоплазменной, хламидийной и смешанной инфекции, сочетанной с грамположительной кокковой флорой, является клаксид или макропен внутрь в течение 10 дней (250 мг х 2 раза в день и 400 мг х 3 раза в день соответственно) или в сочетании или последовательно с амоксиклавом, аугментинном или уназином (особенно при выделении клебсиеллы или энтерококка). При отсутствии эффекта или смене возбудителя показаны цефалоспорины II или II поколения + тиберал, при выделении грибов *Candida* назначать флуконазол 150-450 мг в течение 3 дней. В тяжелых случаях использовать макропен, тиенам. На этапе долечивания целесообразно применять нитрофураны, нитроксолин или канефрон с эубиотиками в течение 6 недель. Противорецидивная терапия — канефрон по 2 др. 3 раза и бифидумбактерин форте по 5 доз 3 раза в день в течение 4-6 недель.