

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМИ ГЕСТАЦИОННЫМИ ПИЕЛОНЕФРИТАМИ

Ю.В. Козак¹, Т.В. Киселева², О.Г. Пекарев², И.М. Поздняков²

¹МБУЗ «Городская клиническая больница № 25»

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск)

В статье показана эффективность использования плазмафереза и энтеросорбентной терапии в лечении острых гестационных пиелонефритов у беременных

Ключевые слова: плазмаферез, энтеросорбентная терапия, гестационный пиелонефрит.

Козак Юлия Владимировна — врач акушер-гинеколог акушерского наблюдательного отделения МБУЗ «ГКБ № 25», e-mail: Juliakozak@yandex.ru

Киселева Татьяна Вячеславовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, e-mail: kis_tv98@mail.ru

Пекарев Олег Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, рабочий телефон: 8 (383) 226-16-66

Поздняков Иван Михайлович — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, контактный телефон: 8 (383) 226-16-66

Урологи и нефрологи относят пиелонефрит беременных к разряду осложненных инфекций верхних мочевыводящих путей, угрожающих развитием тяжелого гнойно-септического процесса [1]. Сочетание беременности и инфекции мочевыводящих органов, особенно на фоне аномалий развития мочевыводящих путей, всегда сопровождается

развитием осложнений основного заболевания, акушерской и перинатальной патологией. Невынашивание беременности, преждевременные роды, плацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода и его гипоксия, внутриутробное инфицирование плода, гестоз, анемия, неврологические нарушения со стороны новорожденного — вот далеко не полный перечень осложнений течения беременности и родов для матери и плода у женщин с урогенитальной инфекцией [4]. Это является одной из главных медико-социальных проблем современного акушерства и перинатологии.

Частота пиелонефрита у беременных колеблется от 12,2 до 33,8 %. Как в России, так и за рубежом в настоящее время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости из-за возрастания патогенности микроорганизмов и улучшения диагностики [3, 10].

Гестационный пиелонефрит осложняет течение беременности в 1–17 % наблюдений [2, 7, 8, 9]. Частота манифестации пиелонефрита в период беременности составляет 6–10 % [5, 6]. У 92,4 % беременных острый пиелонефрит развивается во II–III триместрах беременности [2].

Лечение пиелонефрита во время беременности имеет свои особенности, поскольку при выборе лекарственных препаратов необходимо учитывать не только их эффективность при данном возбудителе и воспалительном процессе определенной локализации, но и возможность их отрицательного воздействия на организм матери и плода [8].

Учитывая высокую частоту осложнений лекарственной терапии — 10–40 % [5], отсутствие эффекта от традиционных детоксикационных средств (инфузионные, мочегонные), в последние годы широко разрабатываются и внедряются в практику экстракорпоральные методы детоксикации [2, 4]. Экстракорпоральные методы детоксикации, помимо разгрузки органов естественной детоксикации, выраженного антиоксидантного, противовоспалительного, иммунокорректирующего действия, позволяющего значительно сократить применение медикаментозных средств, обладают комплексными положительными влияниями на систему мать-плод [4].

В настоящее время отсутствуют контролируемые исследования, подтверждающие необходимость применения методов экстракорпоральной детоксикации. Высокая токсичность и узконаправленность медикаментозного воздействия оправдывают использование экстракорпоральных методов детоксикации, способствующих купированию воспалительного процесса.

Цель исследования. Доказать повышение эффективности лечения острого пиелонефрита у беременных при использовании эфферентной и энтеросорбентной терапии в сочетании с традиционной терапией в сравнении с беременными, получавшими только традиционную терапию.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе городского нефрологического центра МБУЗ «ГКБ № 25», на кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета г. Новосибирска. Критерием включения явились беременные женщины при сроке беременности 22–37 недель с клинически установленным диагнозом острого неструктивного гестационного пиелонефрита, подтвержденным клинико-лабораторными данными и ультразвуковыми исследованиями.

В зависимости от метода лечения было выделено три исследуемые группы. Основная включала в себя 30 беременных, которым проводился в сочетании с традиционной терапией мембранный плазмаферез и энтеросорбентная терапия углеродминеральным

сорбентом СУМС-1. Две контрольные группы: в первой группе (30 человек) на фоне традиционной терапии проводилась энтеросорбентная терапия углеродминеральным сорбентом СУМС-1, во второй группе (30 человек) проводилась только традиционная терапия. Группы были сопоставимы по возрасту, паритету, сопутствующей акушерской и гинекологической патологии, проводимой антибактериальной, инфузионной и симптоматической терапиями. Антибактериальная терапия назначалась эмпирически с учетом данных о региональных особенностях частоты и резистентности возбудителей пиелонефрита у беременных и критериев FDA безопасности лекарственных средств у беременных [5, 9]. Длительность и эффективность лечения определялась динамикой клинико-лабораторных и эхографических показателей. Эффективность проводимой терапии оценивалась по продолжительности «купирующей терапии» (исчезновение болевого синдрома и признаков общей интоксикации организма), температурной реакции, длительности антибактериальной терапии. Перечисленные критерии включались в комплексную оценку терапевтической эффективности, результаты были представлены как полное выздоровление, значительное улучшение, улучшение.

Результаты и обсуждение. Уже после начала терапии подавляющее большинство пациенток первой группы — 26 (86 %) отмечали улучшение самочувствия, нормализацию сна, аппетита, уменьшение болей в пояснице в первые сутки лечения, тогда как в контрольных группах на фоне проводимой терапии указанные выше признаки улучшения отмечены у меньшего числа пациенток в сравнении с основной группой — у 20-ти (66,7 %) пациенток второй и 14-ти (46,7 %) пациенток третьей групп соответственно.

Нормализация температуры наступила достаточно быстро у пациенток как основной, так и контрольных групп. Это свидетельствует о том, что антибактериальная терапия по-прежнему остается базисной и достаточно эффективной. Однако следует указать, что тенденция к более быстрой нормализации температуры тела отмечена все же у пациенток основной группы и составила $90,0 \pm 3,74 \%$ на вторые-третьи сутки, в группе с энтеросорбентной терапией — $66,7 \pm 4,42 \%$, в группе с традиционной терапией — $43,4 \pm 6,21 \%$.

Более отчетливо преимущества проведения мембранного плазмафереза и энтеросорбентной терапии видны при изучении продолжительности «купирующей терапии». Под «купирующей терапией» понимается исчезновение болевого синдрома и признаков общей интоксикации организма. Продолжительность «купирующей терапии» у подавляющего числа пациенток основной группы — 28 (93,3 %) — была в пределах пяти суток, в группах сравнения только у 22-х (73,3 %, $p < 0,05$) и 14-ти человек (46,7 %, $p < 0,05$) к этому времени отмечалась стойкая тенденция к купированию процесса и нормализации состояния.

Статистически достоверная разница выявлена и при учете терапевтического эффекта у пациенток всех групп. Продолжительность антибактериальной терапии у больных основной группы в среднем составила $6,9 \pm 0,24$ дня, тогда как продолжительность антибактериальной терапии во второй и третьей группах составила $8,2 \pm 0,31$ и $10,1 \pm 0,46$ дня соответственно. Учитывая все вышеизложенное, можно утверждать, что у пациенток с энтеросорбентной терапией получена существенная экономия антибиотиков. Но еще большая экономия антибиотиков (в 2,84 раза) отмечена в основной группе с плазмаферезом и энтеросорбентной терапией. Максимальный терапевтический эффект получен у пациенток основной группы. По нашим наблюдениям, клиническое выздоровление (полное выздоровление + значительное улучшение) при применении плазмафереза и энтеросорбентной терапии наступило в 96,7 % случаев. При энтеросорбентной терапии — в 90 %, при традиционной терапии — в 80 %.

Эти данные свидетельствуют о более высокой эффективности санации первичного очага воспаления при применении мембранного плазмафереза в сочетании с энтеросорбцией у пациенток с острыми пиелонефритами.

Выводы. Проведенный анализ результатов показал более раннее и эффективное купирование воспалительного процесса при применении мембранного плазмафереза и энтеросорбентной терапии у беременных с острыми пиелонефритами по сравнению с энтеросорбентной и традиционной терапиями. Предложенная методика лечения позволяет снизить курсовую дозу антибактериальной терапии, нормализовать общее состояние в течение 3–7-ми дней и достичь клинического выздоровления у 98,0 % пациенток. Внедрение указанного метода в акушерскую практику в комплексном проведении с традиционной терапией является актуальным, безопасным и эффективным методом лечения острого гестационного пиелонефрита, позволяет снизить частоту акушерских и урологических осложнений, уменьшить количество койко-дней пребывания в родильном доме, экономить дорогостоящие препараты, улучшить качество жизни беременных и создать благоприятные условия для развивающегося плода.

Список литературы

1. Аляев Ю. Г. Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита / Ю. Г. Аляев, М. А. Газимиев, Д. В. Еникеев // Урология. — 2008. — № 1. — С. 3–6.
2. Довлатян А. А. Интенсивная терапия при осложненных формах гнойного пиелонефрита беременных / А. А. Довлатян // Урология. — 2008. — № 2. — С. 10–14.
3. Карпов О. И. Новые возможности лечения пиелонефрита / О. И. Карпов // Consilium medicum : журнал доказательной медицины для практикующих врачей. — 2006. — Том 8, № 4. — С. 8–12.
4. Орджоникидзе Н. В. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов / Н. В. Орджоникидзе [и др.] ; под ред. академика РАМН Г. Т. Сухих. — М., 2009. — 432 с.
5. Синякова Л. А. Инфекции мочевых путей у беременных. Современные подходы к лечению / Л. А. Синякова, И. В. Косова // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. — 2008. — № 1. — С. 11–13.
6. Acute pyelonephritis in pregnancy / J. B. Hill [et al.] // Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 105, N 1. — P. 18–23.
7. Delzell J. E. Jr. Urinary tract infections during pregnancy / J. E. Jr. Delzell, M. L. Leferre // Am. Fam. Physician. — 2000. — Vol. 61, N 3. — P. 713–721.
8. Greer L. G. Ampicillin resistance and outcome differences in acute antepartum pyelonephritis / L. G. Greer [et al.] // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 89, N 14. — P. 26.
9. Sanders C. L. Renal disease in pregnancy / C. L. Sanders, M. J. Lucas // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. — 2001. — Vol. 28, N 3. — P. 593–600.
10. Urinary tract infection in pregnancy / M. A. Herraiz [et al.] // Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. — 2005. — Vol. 23, N 4. — P. 40–64.

APPLICATION OF EXTRACORPORAL METHODS OF DETOXICATING AT TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH ACUTE GESTATIONAL PYELONEPHRITES

Y.V. Kozak¹, T.V. Kiseleva², O.G. Pekarev², I.M. Pozdnyakov²

¹MBEH «City Clinical Hospital № 25»

²SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», (c. Novosibirsk)

The efficiency of use of plasmapheresis and enterosorbent therapy in treatment of acute gestational pyelonephritis at pregnant women is shown in article.

Keywords: plasmapheresis, enterosorbent therapy, gestational pyelonephritis.

About authors:

Kiseleva Tatyana Vacheslavovna — doctor of medical sciences, professor of obstetrics and gynecology chair of medical faculty SEI HPE «Novosibirsk State Medical University», e-mail: kis_tv98@mail.ru

Kozak Julia Vladimirovna — obstetrician-gynecologist of obstetric observative unit at MBEHCCH №25, e-mail: Juliakozak@yandex.ru

Pekarev Oleg Grigoryevich — doctor of medical sciences, professor, head of obstetrics and gynecology chair of medical faculty at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University», work phone 8 (383) 226-16-66

Pozdnyakov Ivan Mikhailovich — doctor of medical sciences, professor of obstetrics and gynecology chair of medical faculty at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University», work phone 8 (383) 226-16-66

List of the Literature:

1. Alyaev J. G. Modern aspects of diagnostics and treatment of gestational pyelonephritis / Y. G. Alyaev, M. A. Gazimiev, D. V. Enikeev // Urology. — 2008. — № 1. — P. 3–6.
2. Dovlatyan A. A. invasive therapy at complicated forms of purulent pyelonephritis at pregnant women / A. A. Dovlatyan // Urology. — 2008. — № 2. — P. 10–14.
3. Karpov O. I. New possibilities of pyelonephritis treatment / O. I. Karpov // Consilium medicum: magazine of demonstrative medicine for practicing physician. — 2006. — V. 8, № 4. — P. 8–12.
4. Ordzhonikidze N.V. Pregnancy and labors at diseases of urinary organs / N. V. Ordzhonikidze [etc.]; ed. of academician of the Russian Academy of Medical Science G. T. Sukhikh. — M, 2009. — 432 P.

5. Sinyakova L. A. Infections of urinary tract at pregnant women. Modern approaches to treatment / L. A. Sinyakova, I. V. Kosova // Effective pharmacotherapy in obstetrics and gynecology. — 2008. — № 1. — P. 11–13.
6. Acute pyelonephritis in pregnancy / J. B. Hill [et al.] // Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 105, N 1. — P. 18–23.
7. Delzell J. E. Jr. Urinary tract infections during pregnancy / J. E. Jr. Delzell, M. L. Leferre // Am. Fam. Physician. — 2000. — Vol. 61, N 3. — P. 713–721.
8. Greer L. G. Ampicillin resistance and outcome differences in acute antepartum pyelonephritis / L. G. Greer [et al.] // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 89, N 14. — P. 26.
9. Sanders C. L. Renal disease in pregnancy / C. L. Sanders, M. J. Lucas // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. — 2001. — Vol. 28, N 3. — P. 593–600.
10. Urinary tract infection in pregnancy / M. A. Herraiz [et al.] // Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. — 2005. — Vol. 23, N 4. — P. 40–64.