

*Невмержицкая А.М.*

## **ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Гаврусев А.А.*

*Кафедра урологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Гестационный пиелонефрит занимает 2 место после анемии среди экстрагенитальной патологии беременных и является 1 из ведущих причин госпитализации в период вынашивания беременности. Поэтому национальные сообщества урологов и акушеров-гинекологов мира прикладывают значительные усилия по повышению качества диагностики и лечения острого гестационного пиелонефрита (далее – ОГП).

**Цель:** изучить клиническую картину, диагностику и результаты лечения пиелонефрита беременных в урологических стационарах.

**Материалы и методы.** Данные анамнеза, лабораторного и инструментального обследования пациенток.

**Результаты и их обсуждение.** В период с 01.02.2022 г. по 01.02.2023 г. на базе урологических отделений 4 ГКБ им. Н.Е. Савченко проведено ретроспективное исследование 56 историй болезни с диагнозом ОГП. Все исследуемые поступали по экстренным показаниям. Средний возраст пациенток составил 24.5 года (Me=25). Количество госпитализированных женщин за период наблюдения – 30, из них госпитализированы 1 раз – 14, 2 раза – 10, 3 раза и более – 6. Среднее количество госпитализаций на 1 пациентку 1.87. Средний срок беременности – 27.7 нед. (2 триместр – 50%, 3 триместр – 50%). При поступлении основными жалобами были: болевой синдром разной степени выраженности, локализующийся на стороне преимущественного поражения – 87.5% (n=49); гипертермия выше 38°C – 42,8%; тошнота, рвота – 23,2%; дизурия – 21,4%; макрогематурия – 8,93%.

Результаты лабораторного исследования крови: лейкоцитоз выше 10 и до 15 наблюдался у 37 пациенток (66,1%), от 15 и выше – 9 пациенток (16,07%), палочкоядерный сдвиг – 25 пациенток (44,6%), повышение С-реактивного белка – 27 пациенток (48,2%).

Результаты микроскопического исследования мочи. Лейкоцитурия выше 10 лейкоцитов в п/зр – 23 пациентки (41,1%), из них лейкоцитурия от 10 до 20 – 13 пациенток (23,2%), от 20 до 50 – 6 (10,7%), выше 50 – 4 (7,1%).

Результаты УЗИ. Односторонний уростаз – 80,4% (n=45), в 60,7% (n=34) случаев – уростаз справа. Двухсторонний уростаз – 21,4% (n=12). Расширение чашечек почек от 4 до 6 мм – 21,5%, (n=12), от 7 до 10 мм – 33,9% (n=19), от 11 до 22 мм – 44,6% (n=25). Расширение лоханки более 30 мм – 30,3% (n=17).

Результаты бактериологического исследования мочи. У 53,2% были положительные результаты посева мочи, из них в 38% выявлены *E.coli.*, 18% - *enterococcus faecalis* и др.

Анализ результатов лечения. Стентирование мочеточника проведено в 91,1% случаев (n=51), из них в 64,3% (n=36) справа. Показания к активной тактике лечения (стентированию): лейкоцитоз от 10 и выше, каликоэктазия от 6 мм и выше, лейкоцитурия, гипертермия. Медикаментозное лечение (без стентирования) проведено в 8,9% (n=5). Повторное стентирование в связи с нефункционирующим стентом проведено в 25% (n=14) случаях. Осложнений после лечения, прерываний беременностей за период наблюдения не отмечено.

**Выводы:** ОГП наблюдается в равной степени во 2 и в 3 семестре, случаев ОГП в 1 триместре не выявлено. Наибольшую диагностическую ценность в постановке диагноза имеет УЗИ. В большинстве случаев отмечен правосторонний пиелонефрит – 60,7%. Преобладающим возбудителем ОГП является *E.Coli* (28%). В результате активной тактики лечения (стентирования мочеточника) отмечено относительно быстрое купирование гипертермии и лейкоцитоза. Осложнений после лечения, прерываний беременностей не отмечено. Все пациентки выписаны с улучшением. Таким образом, активная тактика ведения пациенток с ОП является эффективным и довольно безопасным методом лечения.