

А.М. Невмержицкая
**ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.А. Гаврусев
Кафедра урологии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A.M. Neumiarzhytskaya
**GESTATIONAL PYELONEPHRITIS: EXAMINATION RESULTS
AND TREATMENT TACTICS**

Tutor: PhD, associate professor A.A. Gavrusev
Department of Urology
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. По данным ретроспективного исследования 56 историй болезни с диагнозом острый гестационный пиелонефрит выявлено: наибольшую диагностическую ценность в постановке диагноза имеет УЗИ, в большинстве случаев отмечается правосторонний пиелонефрит, преобладающий возбудитель – E.Coli, стентирование мочеточника – эффективный метод лечения.

Ключевые слова: острый гестационный пиелонефрит, стентирование мочеточника.

Resume. According to a retrospective study of 56 cases of the disease diagnosed with acute gestational pyelonephritis, it was revealed that ultrasound has greatest diagnostic value in making a diagnosis, right-sided pyelonephritis is noted in most cases, the predominant causative pathogen is E.Coli, ureteral stenting is the effective method of treatment.

Keywords: acute gestational pyelonephritis, ureteral stenting.

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 – ГП).

Факторы риска развития ГП:

• анатомо-физиологические особенности строения мочеполовой системы у женщин;

• инфекционные заболевания при беременности и до неё;

• нарушение уродинамики верхних мочевых путей;

• асимптомная бактериурия у беременных.

Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщин, способствующие развитию пиелонефрита:

1. Короткая и широкая уретра.

2. Близость уретры к естественным резервуарам инфекций (влагалище, анальное отверстие и др.);

3. Часто встречающийся (особенно у молодых) нефроптоз с нарушением уро- и гемодинамики (при опущении почки сосуды натягиваются → нарушается

артериальный приток и венозный отток; чем больше изменяется положение мочеочника, тем больше нарушается пассаж мочи);

4. Гормональный сдвиг в организме при беременности приводит к снижению тонуса стенки мочеочников и их дилатации → застой мочи в верхних отделах мочевыделительной системы.

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

Задачи:

1. Выявить основные клинические проявления острого гестационного пиелонефрита, а также характерные для него изменения в лабораторных анализах.

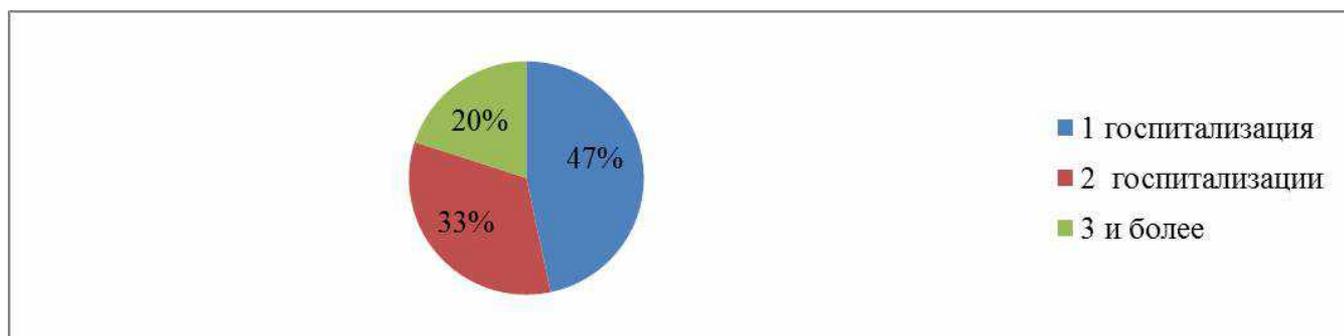
2. Оценить диагностическую ценность используемых в диагностике пиелонефрита методов визуализации (УЗИ).

3. Оценить результаты активной тактики лечения (стентирования) пиелонефрита беременных, а также показания к ней.

Материалы и методы. В основу исследования положены данные анамнеза, лабораторного и инструментального обследования пациенток. В период с 01.02.2022 г. по 01.02.2023 г. на базе урологических отделений 4 ГКБ им. Н.Е. Савченко было проведено ретроспективное исследование 56 историй болезни с диагнозом острый гестационный пиелонефрит. Статистическая обработка данных проводилась на базе программы Microsoft Excel 2013.

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. На диаграмме 1 представлено, сколько из пациенток госпитализированы 1 раз, 2 раза и 3 и более раз: 1 раз – 14, 2 раза – 10, 3 раза и более – 6.

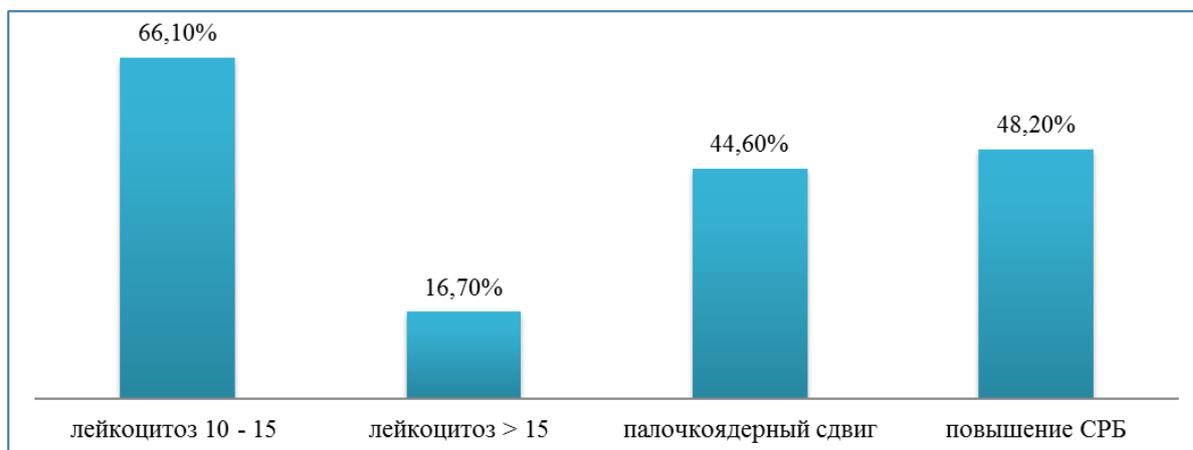


Диagr. 1 – Количество госпитализаций на одну пациентку

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%.

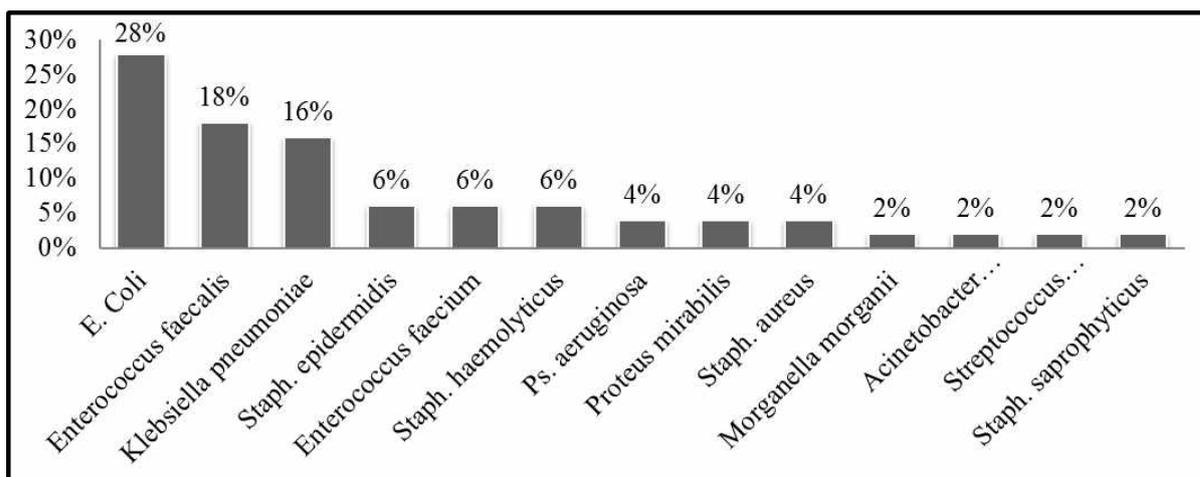
На диаграмме 2 представлены результаты лабораторного исследования крови пациенток.



Диагр. 2 – Результаты ОАК и БАК

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%). Также у 18 пациенток (32,1%) выявлено повышение относительной плотности мочи. Можно предположить, что они не соблюдали рекомендации врача по питьевому режиму, пили недостаточно жидкости. Обезвоживание организма также является отягощающим фактором для развития гестационного пиелонефрита.

На диаграмме 3 представлены результаты бактериологического исследования мочи. У 53,2% были положительные результаты посева мочи, из них в 38% выявлены E.coli., 18% - enterococcus faecalis и др.



Диагр. 3 – Результаты бактериологического исследования мочи

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).

По результатам УЗИ можно сделать вывод, что правая почка поражается значительно чаще чем левая (правая – 60,7 %, левая — в 19,7 %).

Это согласуется с данными литературы и объясняется следующими факторами:

- отклонение беременной матки вправо и её поворот вокруг продольной оси;
- синдром яичниковой вены — пересечение правой яичниковой вены, которая впадает в нижнюю полую вену, с правым мочеточником на уровне *linea terminalis*, при расширении сосуда во время беременности мочеточник сдавливается;
- увеличение яичникового сплетения по мере роста матки;
- сдавление маткой глубоких вен таза, что приводит к значительному наполнению яичниковых сосудов.

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, болевой синдром, нарушение уродинамики, (каликоектазия 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. В большинстве случаев отмечен правосторонний пиелонефрит – 60.7%. Клиническая картина острого пиелонефрита характеризуется болевым и выраженным интоксикационным синдромом. В анализе крови при ГП отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и повышение С-реактивного белка. В анализе мочи – лейкоцитурия. Наибольшую диагностическую ценность в постановке диагноза имеет УЗИ, оно дает возможность одномоментно оценить состояние почек матери и состояние плода; позволяет выявить расширение полостной системы почки, наличие конкрементов в мочевыводящих путях и изменения в паранефральной клетчатке. Преобладающим возбудителем ГП 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 ГП является эффективным и довольно безопасным методом лечения.

Литература

1. Шкодкин С.В. Гестационный пиелонефрит: с чего начать? Вестник урологии. 2019;7(3):41-46.
2. Острый пиелонефрит / Российские клинические рекомендации УРОЛОГИЯ (под редакцией Ю. Г. Аляева [и др.]. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – С.429-441.
3. Левченко В.В., Моргун П.П. Гестационный пиелонефрит: современная дренирующая тактика. Вестник урологии. 2019;7(3):29-34.