

А.М. Пожарицкий, А.П. Головацкий
**ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Р.Л. Коршикова

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A.M. Pozharytski, A.P. Golovatski
**THE EFFECT OF CHRONIC PYELONEPHRITIS ON THE COURSE
OF PREGNANCY AND THE OUTCOME OF CHILDBIRTH
FOR THE MOTHER AND FETUS**

Tutor: associate professor R.L. Korshikova

Department of Obstetrics and Gynecology

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Проведенное сравнение течения родов и послеродового периода у здоровых родильниц и родильниц, имеющих хронический пиелонефрит в анамнезе, показало высокую вероятность развития осложнений при беременности и родах у пациенток с хроническим пиелонефритом.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, статистический анализ.

Resume. The comparison of the course of labor and the postpartum period in healthy maternity and maternity women with a history of chronic pyelonephritis showed a high probability of complications during pregnancy and childbirth in patients with chronic pyelonephritis.

Keywords: chronic pyelonephritis, statistical analysis.

Актуальность. Хронический пиелонефрит (ХП) является самой часто встречаемой экстрагенитальной патологией мочевыделительной системы (МВС), которая имеет место у 6-10% всех рожениц по данным различных авторов [1]. Рядом авторов отмечено, что ХП может оказывать негативное влияние на течение беременности и здоровье плода [2]. Однако, полиморфизм отрицательных проявлений заболевания уже на протяжении длительного времени не позволяет четко обозначить осложнения, с которыми может столкнуться женщина в процессе родов [3]. Также нет полной ясности о встречаемости осложнений в дородовом и послеродовом периодах у повторнобеременных женщин перенесших гестационный пиелонефрит (ГП) во время первой беременности.

Цель: определить влияние ХП на течение беременности и исход родов для матери, плода и новорожденного у повторнобеременных, перенесших гестационный пиелонефрит (ГП) во время первой беременности.

Задачи:

1. Проанализировать течение текущей и предыдущих беременностей у группы женщин с хроническим пиелонефритом;
2. Оценить течение текущей и предыдущих беременностей у группы женщин без сопутствующей патологии мочевыделительной системы;
3. Провести сравнительный анализ результатов беременностей в двух группах.

Материал и методы. На базе родового отделения УЗ “1-я городская клиническая больница” нами проведен ретроспективный анализ 120 историй родов и медицинских карт, из которых:

60 повторнобеременных пациенток с подтвержденным сопутствующим ХП. У всех пациенток данной группы предыдущие беременности протекали на фоне гестационного пиелонефрита (основная группа). Для сравнения взята репрезентативная контрольная группа, состоящая из 60 повторнобеременных женщин, не имевших ХП либо других хронических инфекционных заболеваний в анамнезе. Обе группы сопоставимы по возрасту и паритету родов. Средний возраст пациенток основной группы – $26 \pm 4,9$ лет, контрольной – $27 \pm 5,8$ лет. Проведен анализ данных течения и исходов предыдущих беременностей, наличия генитальной и экстрагенитальной патологии, а также обострений инфекционных заболеваний; результатов лабораторных исследований; информации об особенностях течения настоящей беременности, осложнениях в родах и состоянии плода в раннем неонатальном периоде. Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни в пакете программ Statsoft Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного анализа установлена статистически значимая повышенная частота инфекционно-воспалительных заболеваний у обследованных пациенток в основной группе (22: кольпит 45,5%, цервицит 45,5%, аднексит 13,6%) по сравнению с контрольной (9: кольпит 77,7%, цервицит 22,2%) при $p=0,031$. Респираторных в группе N1 (16: тонзиллит, 56,3%, ринит 37,5%, фарингит 6,25%) относительно N0 (6: тонзиллит 50%, ринит 50%) при $p=0,058$. Гастрит также наблюдался значительно чаще в основной группе – 16/5, $p=0,049$. Кроме пиелонефрита, патологию МВС составляли мочекаменная болезнь (МКБ) (у 15% рожениц), пиелозктазия/гидронефроз (13,3%), нефроптоз (13,3%), гипоплазия (8,3%), что дополнительно приводило к нарушению пассажа мочи и создавало условия для хронизации почечной инфекции.

Анализировался видовой состав бактерий и грибов, высеянных при бактериологическом исследовании мочи и отделяемого родового канала рожениц обеих групп. При анализе родовых путей в основной группе обнаружено значительное обсеменение у 37 рожениц. Нами обнаружена зависимость между встречаемостью спонтанных аборт, неразвивающихся беременностей и высеиванием культуры рода *Proteus* или ее ассоциации с *Escherichia coli* ($U = 59,0$; $p < 0,05$) из мочеполовой системы рожениц.

Обсеменение в контрольной группе встречалось значительно реже – в 12 случаях, преобладающие культуры – *Escherichia coli* (66,7%) и *Candida albicans* (58,3%). Таким образом, можно предположить, что наличие хронической инфекции мочевыделительной системы поддерживает воспалительные процессы урогенитального тракта, а также может способствовать возникновению инфекционных заболеваний других органов и систем.

Протеинурия ($p < 0,00$), анемия ($p = 0,043$), гипертензия и отеки ($p < 0,00$), преэклампсия ($p > 0,1$) также чаще встречались в основной группе по отношению к контрольной.

При исследовании биохимического анализа крови в обеих группах маркеры почечной патологии (уровень мочевины и креатинина) не выходили за пределы референсных значений, что в основной группе может быть связано с латентным течением инфекции на фоне снижения реактивности организма роженицы. При анализе репродуктивной функции достоверно чаще отмечались ее нарушения при предыдущих беременностях в основной группе: у 56,6% (34) обследованных пациенток в анамнезе были неразвивающиеся беременности, у 31,6% (19) – спонтанные выкидыши, у 78,3% (47) – предыдущие беременности протекали с осложнениями. В контрольной группе неразвивающаяся беременность встречалась в 18,3% (11) случаев, спонтанные выкидыши – 10% (6), осложненные предыдущие беременности – 23,3% (14) (значимость различий при $p < 0,05$).

Столь значительная разница в двух группах может быть обусловлена наличием хронической инфекции, а именно патогенностью ее возбудителя. В основной группе достоверно чаще имели место различные осложнения настоящей беременности как со стороны матери, так и со стороны плода относительно контрольной группы: угроза преждевременных родов (УПР) ($p < 0,05$), фетоплацентарная недостаточность и хроническая гипоксия плода (ФПН/ХГП) ($p < 0,00$), многоводие ($p = 0,068$). Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) чаще отмечено в контрольной группе ($p > 0,1$). В основной группе родоразрешение путем кесарева сечения понадобилось 45% (27) роженицам; индуцирование родов было у 11,6% (7) рожениц (в контрольной группе 13,3% (8) и 18,3% (11) соответственно, $p < 0,05$).

Послеродовые осложнения достоверно чаще имели место в основной группе родильниц – 23,3% (14) случаев против 3,3% (2) в контрольной группе ($p = 0,041$). Нагноение и расхождение операционных швов – 23,5% (4), послеродовой мастит 29,4% (5), обострение пиелонефрита с возникновением лихорадки и воспалительными изменениями в крови 23,5% (4), позднее гипотоническое кровотечение 5,9% (1). В контрольной группе в 3,3% (2) случаев имело место ОРВИ после родов.

У всех 120 родильниц родились живые дети. При оценке состояния ребенка в раннем неонатальном периоде анализировались такие признаки, как доношенность, баллы по шкале Апгар на 1 и 5 минутах после родов, длина и масса плода, а также осложнения и патологические состояния. В группе рожениц с ХП недоношенная беременность имела место в случаях (8,3%), в контрольной группе – в 9 случаях (15%), масса плода в N1 группе составила 3492 ± 472 г, в N0 группе – 3685 ± 280 г. Длина тела составила соответственно $52 \pm 2,6$ см и $52 \pm 1,9$ см. По шкале Апгар через 1/5 минут в основной группе N1 47 детей имели 8/8 баллов, 13 детей – 8/9 баллов. В контрольной группе: 28 детей имели 8/8 баллов, 32 – 8/9 баллов. Дети, рожденные от матерей с ХП, в раннем неонатальном периоде имели осложнения чаще, чем от родильниц из контрольной группы. В контрольной группе отмечено 10% (6) случаев патологических состояний, тогда как в основной группе – 38,3% (23) (разница 74%, $p < 0,05$). При этом ни у кого из детей не обнаружено признаков пиелонефрита. Структура патологических состояний у детей от рожениц N1 группы: нарушения обмена веществ у 13 детей (гипербилирубинемия 69,2%, гипогликемия 30,7%), признаки нарушения кровообращения у 10 детей (“мраморная” кожа 70%, акроцианоз

30%), у 6 детей отмечена потеря массы тела и нарушение репаративных способностей – длительное заживление пупочной раны. Инфекционные заболевания встречались у 11 детей: омфалит 45,5%, конъюнктивит 36,4%, блефарит 18,2%, пневмония 18,2%.

Выводы:

1. Хронический пиелонефрит, оказывает существенное влияние на течение беременности, родов и послеродового периода у повторнобеременных женщин, имевших гестационный пиелонефрит в анамнезе. Течение беременности у данных пациенток достоверно чаще осложнялось такими патологическими состояниями, как преэклампсия, протеинурия, анемия, гипертензия, отеки и др., и заставляло чаще прибегнуть к индуцированным родам или кесаревому сечению.

2. Дети, рожденные от матерей с хроническим пиелонефритом, в неонатальном периоде чаще имели инфекционные осложнения и патологические состояния, что заставляет рассматривать пиелонефрит матери в качестве серьезного фактора риска для дальнейшего развития ребенка.

Литература

1. Оценка эффективности лечения острого гестационного пиелонефрита / В. П. Авдошин, С. Г. Морозов, В. А. Соболев [и др.] // *Акушерство и гинекология*. – 2015. – № 3. – С. 38-41.
2. Довлатян, А. А. Острый пиелонефрит беременных / А. А. Довлатян, А. Л. Шабад, К. И. Забиров // *Медицина*. – 2011. – № 4. – С. 62-67.
3. Кулаков, В. И. Научно-практические итоги по диагностике и лечению пиелонефрита беременных и родильниц / В. И. Кулаков, Б. Л. Гуртовой, А. И. Емельянова // *Акушерство и гинекология*. – 2009. – № 6. – С. 88-91.