

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, НУЖНО ЛИ УСТАНАВЛИВАТЬ МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ СТЕНТ?

Юшко Е. И.¹, Анфилец П. В.², Булдык Ю. Т.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь, Минск

²УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко», Беларусь, Минск

Введение. Тема гестационного пиелонефрита (ГП) в последние десятилетия постоянно обсуждается в отечественной и зарубежной литературе. Основная причина повышенного внимания к различным аспектам ГП обусловлена высоким числом осложнений ГП как для плода так и для беременной женщины. При идентификации факта осложненного течения ГП непростой задачей является диагностика заболевания и лечение пациентки из-за ограничения, запрета на использование многих лекарственных средств, а также рентгенрадиологических методов исследования в результате их отрицательного воздействия на развивающийся плод. По этим причинам многие вопросы диагностики и лечения ГП остаются недостаточно изученными, а полученная информация не может в полной мере соответствовать принципам доказательной медицины. В частности, до настоящего времени не существует полностью безопасных методик для дифференциации патологического расширения чашечно-лоханочной системы почки от физиологической (встречается у 80 %) дилатации у беременных, за исключением случаев обструкции мочеточника конкрементом. Пиелонефрит во время беременности справедливо считают междисциплинарной проблемой, которой занимаются врачи многих специальностей: акушеры-гинекологи, урологи, нефрологи, врачи общей практики, врачи лучевой диагностики. Отсутствие научно-обоснованных критериев для дифференцирования расширения верхних мочевых путей (ВМП) от физиологической дилатации при ГП затрудняет ответственность в работе врачей, что особенно важно при возникновении критических ситуаций.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациенток с ГП используя разработанную нами клиничко-диагностическую шкалу для определения показаний к дренированию верхних мочевых путей.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 54 женщин с ГП, прошедших обследование и стационарное лечение в урологических отделениях УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» в 2024–2025 гг. Для определения тактики лечения всем пациентам проведен: анализ жалоб и анамнеза заболевания, анамнеза жизни, объективное исследование, выполнение общего анализа крови и мочи, посева мочи на микрофлору до начала антибактериальной терапии, биохимическое исследование крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, осмотр гинеколога. Ранее по материалам обследования и лечения 30 женщин с ГП, пролеченных в стационаре в 2023 году, нами с использованием компьютерных технологий разработана «Клиничко-диагностическая шкала для

определения показаний к дренированию верхних мочевых путей у пациенток с ГП». В нее вошли 5 признаков с наибольшим информационным весом: степень расширения ЧЛС, температура, выраженность боли, количество лейкоцитов по общему анализу крови, уровень С-реактивного белка. Отобранным критериям с использованием экспертного метода присвоено от 0 до 3 баллов в зависимости от удаленности значения критерия по отношению к стандартным, нормативным показателям. Далее по материалам исследования определены диапазоны сумм критериев для принятия одного из трех вариантов по лечению. При сумме баллов от 0 до 5 — показаний для дренирования ВМП нет; при сумме 6–9 баллов — на данном этапе дренирование ВМП не показано, но рекомендовано повторить все исследования через 12 часов; если суммарная оценка составляет от 10 до 15 баллов — показано дренирование ВМП.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов группы исследования $28,5 \pm 4,7$ года. В возрасте до 25 лет было 22 (40,7 %) женщины, 25–29 лет — 18 (33,3 %), 30–35 лет — 9 (16,7 %), старше 35 лет — 9 (9,3 %). ГП случился по ходу первой беременности у 32 (59,3 %) женщин, второй — у 13 (24,1 %), третьей и более у 9 (16,6 %). Акушерский и/или гинекологический анамнез был отягощен у 21 (38,9 %) пациентки. Всем беременным группы исследования ($n = 54$) определена сумма баллов с использованием вышеуказанной клинико-диагностической шкалы. Полученные данные использованы для определения тактики лечения каждой беременной женщине и подтвердили практическую значимость данной разработки. В итоге у 16 (29,6 %) пациентов использовано только консервативное лечение. В диапазоне 6–9 баллов было 23 (42,6 %) беременных; в процессе последующего динамического наблюдения по нашей методике 9 из них установлен стент. У оставшихся 15 (27,8 %) женщин проведено дренирование ВМП по экстренным показаниям.

Выводы. Разработанная нами клинико-диагностическая шкала может быть использована в практическом здравоохранении для выбора тактики лечения и определения показаний к дренированию ВМП у пациенток с ГП.