

Самигуллина А.Э., Отогонова Ж.К.

**АКУШЕРДИК КОШУМЧА ООРУЛАРДЫН ӨНҮГҮШҮНДӨГҮ
ПИЕЛОНЕФРИТТЕРДИН РОЛУ (адабиятка сереп)**

Самигуллина А.Э., Отогонова Ж.К.

**РОЛЬ ПИЕЛОНЕФРИТОВ В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ (обзор литературы)**

A.E. Samigullina, Zh.K. Otogonova

**THE ROLE OF PYELONEPHRITIS IN THE OBSTETRIC COMPLICATIONS
DEVELOPMENT (literature review)**

УДК: 618.3-06:616.61-002.3

Макалада акушердик кошумча оорулардын өнүгүшүндөгү пиелонефриттердин ролу жөнүндөгү азыркы түшүнүк тууралуу адабияттардагы маалыматтын жалпыланган анализи берилген.

Негизги сөздөр: кош бойлуулук, пиелонефрит, анемия, гестоз, мөөнөтүнө жетпөө, плацентардык дисфункция.

В статье предоставлен обобщающий анализ литературных данных современного представления о роли пиелонефритов в развитии акушерских осложнений.

Ключевые слова: беременность, пиелонефрит, анемия, гестоз, невынашивание, плацентарная дисфункция.

The article presents a summary analysis of modern ideas in literature data about the role of pyelonephritis in the obstetric complications development.

Key words: pregnancy, pyelonephritis, anemia, preeclampsia, miscarriage, placental dysfunction.

Инфекции мочевыводящих путей в период беременности за последние 20 лет не имеют тенденции к снижению, а число беременных с заболеваниями почек возросло в 4 раза [1]. Среди экстрагенитальной патологии заболевания почек и мочевыводящих путей у беременных занимают 2-е место и представляют опасность как для матери, так и для плода [2].

Увеличение частоты пиелонефритов у беременных в настоящее время связано с изменением характера микрофлоры, ее резистентностью к антибактериальным препаратам, ростом числа врожденных патологий мочевыводящей системы, недостатком мер первичной и вторичной профилактики [3].

По данным литературы, к наиболее частым осложнениям беременности при пиелонефрите относятся невынашивание, гестоз, анемия, плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода и задержка его внутриутробного развития. Наличие пиелонефрита также осложняет течение родов и послеродового периода. Авторами установлено, что у рожениц с данной патологией достоверно чаще встречаются преждевременное или раннее излитие околоплодных вод, острая интранатальная гипоксия

плода, нарушения сократительной активности матки, процессов отделения и выделения последа. После родов в 2-3 раза возрастает риск возникновения гнойно-воспалительных процессов в мочеполовых органах. Пиелонефрит неблагоприятно влияет на состояние плода и новорожденного, являясь источником внутриутробного инфицирования и обеспечивая развитие плацентарной недостаточности [4].

Именно поэтому ученые всего мира последние десятилетия уделяют огромную роль исследованиям посвященным проблеме пиелонефрита у беременных женщин.

Так авторами, в ходе своего исследования доказано, что к наиболее частым осложнениям инфекций мочевыводящих путей относятся: гестоз (80%), анемия (35-42%), преждевременные роды (15-20%), несвоевременное излитие околоплодных вод (10%), аномалии сократительной деятельности матки (15%), кровотечения (8%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (5%), а в послеродовом периоде - субинволюция матки (13%), эндометрит (8%), послеродовый пиелонефрит (25-30%) [5].

Из проведенного исследования авторы утверждают, что течение беременности и родов у женщин страдающих пиелонефритом имеет ряд особенностей. У таких женщин, нередко наблюдается невынашивание беременности, причем прерывание ее происходит в средние сроки 16-24 недель, выкидыши возникают у 6% больных пиелонефритом, преждевременные роды - у 25% женщин [6].

По данным литературы установлено, что неблагоприятное влияние острого гестационного пиелонефрита на течение беременности проявляется развитием различных акушерских осложнений. Наиболее частым осложнением в данном исследовании явилась угроза прерывание беременности, которая диагностирована у 11,7% женщин-носителей PL - АПаллеля и гиперактивных по аАТ. Частота гестозов различной степени тяжести у пациенток с PL-АП суммарно превышало частоту этого осложнения у пациенток с PL-АП [7].

Даже при относительно благоприятном течении гестационный пиелонефрит оказывает неблагоприят-

ное влияние на процесс родов. Наиболее частым осложнением явилось несвоевременное излитие околоплодных вод, особенно у пациенток с гиперреактивностью по аАТ и носителей аллеля PL-AI. Высокий риск возникновения гестационного пиелонефрита, вероятно, связан с восходящим путем проникновения микробного агента из половых путей, о чем свидетельствует высокая частота воспалительных заболеваний половых органов [8].

Авторы в своем исследовании доказали, что нередко беременность при пиелонефрите осложняется угрозой ее прерывания (20-25%) или преждевременными родами. Самопроизвольное прерывание беременности во II триместре происходит у каждой 10-й женщины, преждевременными родами беременность завершается в 17% случаев [9]. Ведущая роль в невынашивании беременности при пиелонефрите отводится инфекции. При инфекции мочевыводительных путей в организме беременных изменяется плацентарный барьер, обеспечивающий защиту плода и нормальные условия его развития. В этиологии невынашивания у таких пациенток большое значение имеет нарушение иммунной адаптации. В хронической стадии воспаления при пиелонефрите микробный фактор утрачивает ведущее значение, при том важную роль приобретают аутоиммунные процессы, влияющие на изменения реологических свойств крови и микроциркуляции, приводящие к развитию антифосфолипидного синдрома одной из причин перинатальных потерь [10]. Авторами доказано, что главной причиной невынашивания беременности является плацентарная недостаточность. Признаки фетоплацентарной недостаточности у пациенток с пиелонефритом выявляются в 20-33,3% наблюдений [11].

При комплексной оценке состояния фетоплацентарного комплекса (ФПК) на основании анализа содержания в сыворотке крови плодовых и плацентарных гормонов С.А. Витушко (1988) в своей работе выделила следующие типы гормональных адаптивных реакций плода: нормальный, напряжение (повышение уровня плодовых и/или плацентарных гормонов более 75-го перцентиля от нормы), истощение (снижение показателей этих гормонов менее 25-го перцентиля от нормы), неустойчивость (повышение уровня одних гормонов при снижении других), недостаточность. При этом функциональная реакция напряжения отмечается у 8-9% больных, неустойчивость гормональной функции – у 12%. Для пиелонефрита характерна зависимость реакций ФПК от его формы. Недостаточность гормональной функции ФПК выявляется в 18% случаев при гестационном пиелонефрите, в 29% – при хроническом пиелонефрите и в 42% – при вторичном хроническом пиелонефрите [12].

Снижение гормональной функции является наиболее неблагоприятной реакцией ФПК, которая коррелирует с замедлением созревания плаценты и доплерометрическими признаками плацентарной

недостаточности. Были установлены «критические сроки» беременности, при которых наблюдаются наиболее выраженные изменения гормональной функции ФПК. Прежде всего, это конец II триместра беременности, о чем свидетельствует снижение уровней плацентарного лактогена и прогестерона ниже 25-го перцентиля при всех формах пиелонефрита. У беременных с хроническими формами заболевания выраженное снижение гормональной продукции ФПК регистрируется после 37 недель [13].

Полученные в своей работе данные авторам позволили доказать возможность прогнозирования возникновения гестоза при пиелонефрите беременных за 10-12 недель до его клинических проявлений на основе изучения показателей почечного кровотока и сосудистого почечного сопротивления при сроке 16-20 недель беременности. Оценка кровотока в корковом веществе почки очень важна и позволяет диагностировать не только сосудистый спазм, но и активность воспалительного процесса, а также дает возможность проведения профилактических мероприятий [14].

Другим серьезным последствием плацентарной дисфункции в результате поражения почек при пиелонефрите является развитие преэклампсии, которая как правило, рано начинается и протекает малосимптомно, отличается быстрым прогрессированием и часто является показанием к досрочному родоразрешению, тем самым повышая риск перинатальной патологии и перинатальных потерь. Гестоз чаще развивается у пациенток с вторичным хроническим пиелонефритом, возникшим на фоне другой сопутствующей урологической патологии в 64% случаев. Осложнение беременности и родов у больных пиелонефритом часты, особенно если болезнь протекает с артериальной гипертензией [15].

Пиелонефрит нередко сопровождается анемией средней, тяжелой и очень тяжелой степени. Почки – место образования эритропоэтина, и их поражение быстро приводит к развитию выраженной анемии. Такая анемия, конечно, опасна, особенно в плане предстоящих родов, и однозначно требует лечения [16].

Таким образом, следует отметить высокую роль пиелонефритов в развитии осложнений у беременных женщин, таких как: невынашивание, гестоз, анемия, плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода, задержка внутриутробного развития плода. При этом авторами доказаны критические сроки невынашивания – это 16-24 недель и высокая вероятность преждевременных родов, а также возможность прогнозирования возникновения гестоза при пиелонефрите за 10-12 недель до его клинических проявлений. Полученные данные еще раз подчеркивают актуальность исследований для Кыргызской Республики, посвященных проблеме пиелонефрита у беременных женщин.

Литература:

1. Гуртовой Б.Л. Инфекции мочевыводящих путей у беременных и родильниц [Текст] // Б.Л. Гуртовой, А.И. Емельянова, О.А. Пустотина / Трудный пациент. - М., 2005. - № 9. - С.20.
2. Кравченко Е.Н. Инфекционно-воспалительные заболевания почек у беременных. Диагностики и лечение [Текст] // Е.Н. Кравченко, И.А. Гордеева, Д.В. Кубарев / Акушерство и гинекология. - М., 2013.-№4. - С. 29-31.
3. Васильева З.В. Состояние аутоиммунитета у матерей во время беременности и их новорожденных при разных формах пиелонефрита [Текст] // З.В. Васильева, В.В. Коробчук, А.В. Тягунова с соавт. / Российский вестник акушера-гинеколога. - М., 2014. - №2. - С. 72.
4. Антошина Н.Л. Хронический пиелонефрит и беременность: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение [Текст] // Н.Л. Антошина, С.И. Михалевич / Медицинские новости. - М., 2006.- №2.-С.1.
5. Капитильный В.А. Современные подходы к диагностике и лечению инфекции мочевыводящих путей у беременных [Текст] // В.А. Капитильный / Научно-практический журнал. - М., 2007. - №11.- С.74-75.
6. Ботпаев Б.А. Течение беременности при пиелонефрите [Текст] // Б.А. Ботпаев / Вестник КАЗНМУ, 2011.- №1.- С.1.
7. Сидорова И.С. Прогнозирование исходов беременности и родов при остром гестационном пиелонефрите [Текст] // И.С. Сидорова, А.П. Кирющенко, А.О. Вартанова / Акушерство и гинекология. - М., 2010. - №4. - С. 37-40.
8. Никольская И.Г. Акушерские и перинатальные аспекты пиелонефрита [Текст] // И.Г. Никольская / Автореф ... канд. мед.наук. - М., 1999. - 20 с.
9. Никольская И.Г. Пиелонефрит и беременность: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения [Текст] // И.Г. Никольская, Т.Г. Тареева, А.В. Микаэлян с соавтор. / Рос.вестник акушера-гинеколога. - М., 2003. - № 2. - С. 34-36.
10. Посисеева И.А. Реоренографические критерии прогнозирования гестоза у больных с хроническим пиелонефритом [Текст] // И.А. Посисеева, А.М. Талаев, И.А. Панова с соавтор. / Российский вестник акушера-гинеколога. - М., 2004.-№4.-С.4-5.
11. Никонов А.П. Инфекции мочевыводящих путей и беременность: диагностика и антибактериальная терапия [Текст] // А.П. Никонов, О.Р. Асцатурова, П.А. Шулутко с соавтор. / Журнал доказательной медицины Консилиум медикум. - М., 2007.-№6. - С.52-53.
12. Мазурская Н.М. Особенности внутривисочечного кровотока у беременных с хроническим пиелонефритом по данным дуплексного сканирование с цветовым доплеровским картированием и трехмерным доплерографии [Текст] // Н.М. Мазурская, И.Г. Никольская, Т.Г Тареева // Российский вестник акушера-гинеколога. - М., 2004.- №5. - С.13-18.
13. Лелюк В.Ю. Пиелонефрит беременных [Текст] // В.Ю. Лелюк, А.А. Гресь / Журнал Гродненского Государственного медицинского университета. - Гродный, 2006.- № 14. - С.-18-21
14. Кушевская Е.А. Лечебная тактика при пиелонефрите у беременных [Текст] // Е.А. Кушевская, В.П. Алпатов, Е.Ю. Обухова / Кремлевская медицина. - М., 2006. - № 3. - С. - 57-59.
15. Кушевская Е.А. Диагностика острого пиелонефрита у беременных [Текст] // Е.А. Кушевская / Вести Смоленской медицинской академии. - Смоленск, 2006. - № 4. - С.105-110
16. Медведь В.И. Проблемы бессимптомной бактериурии у беременных [Текст] // В.И. Медведь / Луганск, 2011. - №3. - С. - 15-19.

Рецензент: д.м.н., профессор Рыскельдиева В.Т.