

УДК: 616.61-002.3

Гестационный пиелонефрит: причины, основные показатели заболеваемости, методы диагностики и лечения.

Стяжкина С.Н. (1 Республиканская Клиническая Больница г. Ижевск)

Гаджибекова С.И. (Ижевская государственная медицинская академия)

Бутолина Л.А. (Ижевская государственная медицинская академия)

Баеш К.С. (Ижевская государственная медицинская академия)

Резюме: Актуальность вопроса гестационного пиелонефрита обусловлена ростом инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей у женщин за последние годы. Встречаются случаи гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита беременных, а также осложнения в виде гестоза, гипотрофии плода, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности. Авторами был проведен анализ заболеваемости гестационным пиелонефритом за 9 месяцев 2016 года на базе Первой РКБ г.Ижевска. Были получены статистические данные, изучены особенности течения заболевания и методы диагностики и лечения. В результате исследования стало ясно, что чаще заболевают женщины в возрасте 26-30 лет, преимущественно в зимний и весенний период. Острая форма встречается намного чаще, чем хроническая. Наиболее частые диагностические признаки: ноющие боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, симптом сотрясения, лейкоцитурия и протеинурия в общем анализе мочи, уретеропиелокаликоэктазия по данным УЗИ. Применялось консервативное лечение с улучшением.

Ключевые слова: гестационный пиелонефрит, беременность

Gestational pyelonephritis: causes, the main indicators of morbidity, methods of diagnosis and treatment.

Styazhkina S.N. (1 Republican Clinical Hospital, Izhevsk)

Gadzhibekova S.I. (Izhevsk state medical academy)

Butolina L.A.(Izhevsk state medical academy)

Baesh K.S. (Izhevsk state medical academy)

Abstract: The relevance of the question of gestational pyelonephritis is due to growth of infectious-inflammatory diseases of the urinary tract among women in recent years. There are cases of purulent-destructive forms of acute pyelonephritis among the pregnant women, as well as complications such as preeclampsia, fetal hypotrophy, premature birth, chronic placental insufficiency. The authors have analyzed the incidence of gestational pyelonephritis for 9 months of 2016 on the basis of the First Republican clinical hospital in Izhevsk. In this way, the statistical data have been received, the features of the disease, methods of diagnosis and treatment have been studied . As a result of research, it became clear that 26-30 aged women get sick more often, mostly in winter and spring. The acute form is more common than chronic. The

most common diagnostic indications are aching low back pain , frequent urination, a symptom of concussion, leukocyturia and proteinuria in the General analysis of urine, ureteropiyelokalikoektaziya according to the ultrasound. Applied conservative treatment with improvement.

Keywords: gestational pyelonephritis, pregnancy

Гестационный пиелонефрит — неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, с первоначальным и преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечнолоханочной системы и канальцев почек; в последующем в процесс вовлекаются клубочки и сосуды почек.

Актуальность вопроса гестационного пиелонефрита обусловлена увеличением роста инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей у женщин за последние годы. Встречаются случаи гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита беременных, а также осложнения в виде гестоза, гипотрофии плода, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности.

Различают острый и хронический пиелонефрит. Острый пиелонефрит встречается у 2–10% беременных женщин, чаще при первой беременности (80%), чем при повторной (20%). У первобеременных женщин заболевание проявляется на 4–5 мес беременности, у повторнобеременных — на 6–8 мес.

Цель: анализ заболеваемости гестационным пиелонефритом (ГП) за последние 9 месяцев (с 1.01.16 до 1.10 16) на базе Первой РКБ.

Задачи: анализ литературы по гестационному пиелонефриту; просмотр историй болезни с данным заболеванием; изучение особенностей течения гестационного пиелонефрита; изучение методов диагностики и лечения.

Материалы и методы: истории болезни урологического отделения БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска за 2016 год.

Методики исследования: теоретический анализ и синтез, сравнительная методика и абстрагирование, выявление закономерностей и зависимостей.

Этиология. Во время первого триместра беременности изменяется гормональный фон женщины, повышается уровень эстрадиола и прогестерона. Данные изменения непосредственно влияют на чашечно-лоханочную систему почек и на тонус мускулатуры мочевого пузыря. Увеличенная матка давит на мочевыводящие пути, что приводит к застою, что в свою очередь увеличивает риск проникновения патогенных микроорганизмов и их размножение, провоцируя развитие воспаления в почках. Различают внебольничный и госпитальный пиелонефрит, в первом случае возбудителем инфекции является кишечная палочка (*Escherichia coli*), на долю которой приходится 85-90% случаев, во втором случае - чаще грамотрицательные (*Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, *Serratia*), и грамположительные бактерии (*Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus saprophyticus* и *Staphylococcus aureus*).

Но основным фактором в развитии гестационного пиелонефрита является нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей или наличие инфекции в организме женщины.

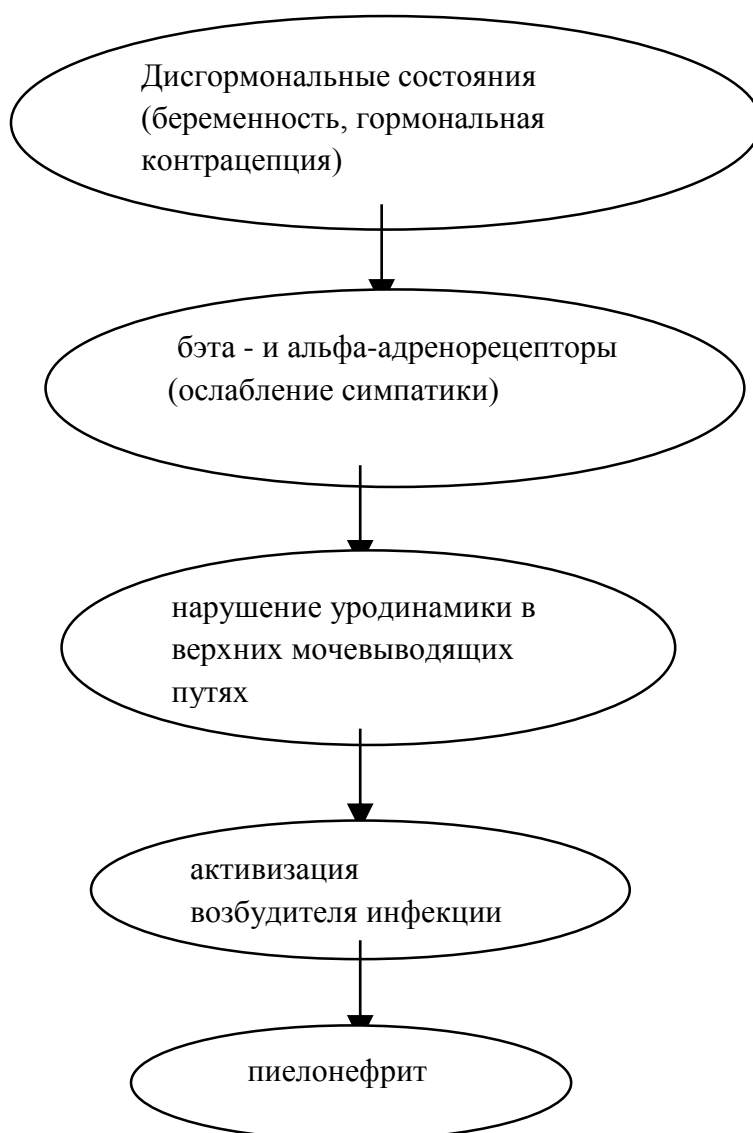
Во время наиболее выраженных гормональных изменений в плацентарной системе выделяют критический срок развития пиелонефрита – 23-28 недели.

Патогенез. Уретеропиелоектазия возникает во время беременности за счет увеличенной матки, давящей на мочеточники, снижая их тонус и вызывая нарушения кровоснабжения и уродинамики почек, вследствие моча застаивается в верхних мочевых путях. После 6 недели происходит гиперкинезия мочеточников, а в 8 недель – гипотония и гипокинезия чашечек и лоханок почек.

Снижение тонуса непосредственно лежит в основе нейрогуморальных факторов, так например, ослабление симпатической нервной системы приводит к изменениям в мочевыводящих путях, следовательно мы можем проследить взаимосвязь между вегетативной нервной системой и функцией гладких мышц мочеточников и лоханок почек.

Во время второго и третьего триместра в организме беременной женщины происходит уменьшение ионов кальция, что приводит к снижению симпатической нервной системы и, следовательно, к снижению тонуса гладких мышц мочеточников.

Схема патогенеза гестационного пиелонефрита.



Симптомы. Острый пиелонефрит начинается внезапно. Самыми частыми и распространенными симптомами являются:

- Повышение температуры от субфебрильной (38°C) и выше, сопровождающаяся ознобом.
- Боль в поясничной области с пораженной стороны (или с обеих сторон).
- Боль при мочеиспускании
- Увеличение количества мочи
- Изменение цвета мочи
- Слабость
- Тошнота
- Головные боли

Кроме того, как правило, клиника гестационного пиелонефрита в различные периоды беременности характеризуется рядом особенностей. В первом триместре могут возникать выраженные боли в поясничной области, иррадиирующие в нижние отделы живота, наружные половые органы (боль напоминает почечную колику). Во втором и третьем триместре боли обычно менее интенсивные, иногда преобладают явления дизурии, больные принимают вынужденное положение с прижатыми к животу ногами.

Диагностика. Самым показательным анализом при постановке диагноза пиелонефрит является общий анализ мочи. При этом заболевании наблюдается лейкоцитурия (10–15 в поле зрения и более), протеинурия, бактериурия. В анализе по Нечипоренко – количество лейкоцитов более 2000 в 1 мл. В общем анализе крови выявляются признаки воспаления: лейкоцитоз и повышение СОЭ. При ультразвуковом исследовании почек определяется расширение чашечек и лоханок (пиелоектазия), увеличение размеров почки. Также необходимо проводить мониторинг состояния плода посредством УЗИ, КТГ и доплерометрии.

Полученные результаты.

Анализ историй болезни показал, что возраст варьировал от 16 до 30 лет, 16-20 лет – 21,4%, 21-25 лет – 28,6%, 26-30 лет - 50%.

Беременность по счету среди больных ГП: первая - 30%, вторая - 45%, третья - 15%, четвертая у 10%.

Острый пиелонефрит в первом триместре был диагностирован нами у 1 (7,2%) пациенток на сроке 8-13 недель; во втором триместре у 6 беременных (42,8%) со сроком гестации 14-26 недель; в третьем триместре у 7 женщин (50%) на сроке 27-40 недель беременности. У 35,7 % заболевание является обострением хронического.

Самым частым симптомом больных острым пиелонефритом, исследованных нами беременных являются ноющие боли в поясничной области (у 100%). К урологическим симптомам, также наблюдаемым у беременных с острым инфекционно-воспалительным процессом в почках, следует отнести учащенное и болезненное мочеиспускание. При нашем обследовании у 5 женщин (37,5%) было выявлено учащенное мочеиспускание; у 14,3% – учащенное и болезненное (рези). Симптом сотрясения выражен у 11 (78,6 %) обследованных. Повышение температуры наблюдалось у 21,4% .

Все беременные были обследованы клинически, бактериологически и УЗИ, что позволило подтвердить предполагаемый диагноз. У всех обследованных беременных (100%) обнаружено повышенное количество лейкоцитов в крови (лейкоцитоз. У 8 - анемия (57,2%).

Тромбоцитопения	выявлена	у	6	пациенток	-	42,3%
Протеинурия		у	10		-	71,4%.
Лейкоцитурия		у	11		-	78,6%.
Гематурия		у	4		-	28,6%.

Бактериурия у 6 - 42,9%.

У 64, 3 % обследованных по УЗИ почек заключение «уретеропиелокаликоэктазия» . Одностороннее поражение наблюдается в 57,1 %, двустороннее - в 42,9% случаев. Соотношение стороны поражения гестационным пиелонефритом в исследуемой нами группе пациенток выглядит следующим образом: правосторонний пиелонефрит – 35,7 %, левосторонний пиелонефрит – 21,4%. Острый пиелонефрит диагностирован у 64,3 % обследованных, у 35,7 %- обострение хронического пиелонефрита.

Мы также отметили сезонность заболевания: летом поступило 3 беременные (21,4%), осенью - 1 (7,2%), зимой и весной по 5 женщин (35,7%).

Выводы: Таким образом, ГП чаще встречался у женщин в возрасте 26-30 лет 50% случаев. Наиболее часто ГП возникает в третий триместр – 35,7% , во вторую беременность (45%) и в большинстве случаев имеет двустороннюю локализацию – 42,9% всех случаев.

Самым частым симптомом острого гестационного пиелонефрита являются ноющие боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, симптом сотрясения.

Наиболее частые диагностические признаки: лейкоцитурия (у 78,6%) и протеинурия (71,4%) в общем анализе мочи , уретеропиелокаликоэктазия по данным УЗИ (64,3%).

Острая форма встречается намного чаще 64,3%, чем хроническая. Основой диагностики гестационного пиелонефрита являются жалобы пациента, бактериологическое исследование мочи, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек.

Для лечения чаще всего применяется консервативная терапия: инфузионная (физ. раствор), спазмолитики (папаверин, эуфиллин), антибиотики (чаще всего цефтриаксон, амоксициллин), обезболивающие (кеторол). Преимущественно беременные заболевают в зимний и весенний период.

Оперативное лечение используется при осложненных вариантах.

Клинический пример

Пациентка 26 лет экстренно поступила 17.08.16 в урологическое отделение Первой РКБ г.Ижевска с диагнозом “Гестационный пиелонефрит. Беременность 20-21 неделя”.

При поступлении предъявляла жалобы на ноющие боли в боку и поясничной области справа; подъем температуры тела до 37,5 °, болезненное мочеиспускание.

Объективно: состояние пациентки удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Артериальное давление 120/60 мм рт.ст Пульс 88 в минуту. ЧДД 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, не вздут, увеличен за счет матки, матка в нормотонусе. Почки не пальпируются. Симптом сотрясения положительный справа, отеков нет.

Лабораторно-инструментальные методы исследования:

УЗИ почек: “Признаки уретеропиелокаликоэктазии справа”

Общий анализ крови: снижение эритроцитов ($3,69 \cdot 10^{12}/л$), гемоглобина (109г/л) и гематокрита (30,1%), тромбоцитов ($176 \cdot 10^9/л$). СОЭ 41 мм/ч.

Биохимический анализ крови: повышенное содержание фибриногена (7,1 г/л); непрямого билирубина (9,9 мкмоль/л); общего билирубина (26,19 мкмоль/л)

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, мутная, относительная плотность 1.020; рН 5,5; Кровь+++ (250RBC/uL);Белок +++ (300mg/dL); Кетоны +++ (100mg/dL); Лейкоциты +++ (500WBC/uL); Нитриты+.

За время госпитализации пациентка получила лечение: инфузионная терапия, папаверин, цефтриаксон, позиционная терапия с положительной динамикой и снятием симптомов. Выписалась в удовлетворительном состоянии через неделю.

Литература

1. *Авдошин В.П., Морозов С.Г., Соболев В.А. и др.* Оценка эффективности лечения острого гестационного пиелонефрита // Акуш и гин. М., 2005.
2. *Довлатян А.А.* Острый пиелонефрит беременных. М. Медицина, 2004. 215с.
3. *Забиров К.И., Шабад А.Л.* Острый гестационный пиелонефрит //Правление Всероссийским обществом урологов. Екатеринбург, 1996. С. 243
4. *Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И.* Некоторые научно-практические итоги по диагностике и лечению пиелонефрита беременных и родильниц // Акушерство и гинекология, 2005. №6.
5. *Мысякова В.Б.* Факторы, способствующие возникновению пиелонефрита у беременных // Акуш. и гинек, 1991. №12. С. 3–6.

6. *Никольская И.Г.* Акушерские и перинатальные аспекты пиелонефрита. Дис.канд.мед.наук. М., 1999.
7. *Пытель Ю.А., Лоран О.Б.* Острый гестационный пиелонефрит //Пленум Правления Всероссийского общества урологов. Мат, Екатеринбург, 15-18 окт. 1996. С. 229–233.
8. *Шехтман М.М.* Акуш. нефрология. М., Триада X, 2000. 255 с.