



005052823

На правах рукописи

ВЛАСЮК

Марина Евгеньевна

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ
И ОБСТРУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВЕРХНИХ
МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

0 4 ОКТ 2012

Москва – 2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Министерства здравоохранения Московской области и Государственном бюджетном учреждении Ростовской области «Областная больница № 2» г. Ростов-на-Дону.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Петрухин Василий Алексеевич**

Официальные оппоненты:

Шалина Ранса Ивановна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздравсоцразвития РФ;

Леваков Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГУ «Институт повышения квалификации» Федерального медико-биологического агентства России.

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России.

Защита диссертации состоится “___” _____ 2012 года в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.048.01 при ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (101000, Москва, ул. Покровка, д.22 а).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБУЗ МО МОНИАГ.

Автореферат разослан «___» _____ 2012 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Я.З. Зайднева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Пиелонефрит – одно из распространенных экстрагенитальных заболеваний при беременности, встречающееся у 8–12% беременных (Иремашвили В.В., 2007). Его обострению в процессе гестации способствует комплекс гормональных, водно-электролитных, иммунных и механических факторов, неразрывно связанных с беременностью (Серов В.Н., Тютюнник В.Л., 2008). Начиная с ранних сроков беременности, у 80% здоровых женщин возникают функциональные изменения мочевых путей, проявляющиеся снижением тонуса и гипокинезией мочеточников (Захарова Е.В., 2008). На этом фоне развиваются пузырно-мочеточниковые рефлюксы, повышается внутрилоханочное давление, возникают лоханочно-почечные рефлюксы, приводящие к проникновению мочи, микробов, токсинов в ткань почки, что предрасполагает к развитию острого или обострению хронического пиелонефрита (Никонов А.П. с соавт., 2007). Осложненное течение беременности при данной патологии почек встречается в 82,3–89% (Шехтман М.М. с соавт., 2000).

В настоящее время имеется достаточно большое число рекомендаций по лечению данной патологии, в том числе и эмпирической антимикробной химиотерапии пиелонефрита во время беременности. Однако следует иметь в виду, что даже самая мощная медикаментозная, в том числе антибактериальная, терапия может оказаться неэффективной в том случае, если сохраняется нарушение пассажа мочи. Поэтому определяющим моментом при лечении обструктивных форм заболевания является восстановление адекватной уродинамики с использованием различных методов дренирования почечной лоханки (Еникеев Д.В., 2009; Delzell J.E. et al., 2000).

В современной литературе недостаточно освещены показания к разгрузке верхних мочевых путей у беременных при обструктивных поражениях с выбором оптимального метода дренирования почек, особенно на фоне гестационных осложнений. Отсутствует единство взглядов на ведение обструктивного пиелонефрита у беременных, нет общей точки зрения о длительности лечения,

130

сроках и различных подходах к катетеризации полостной системы почек с позиций не только коррекции состояния почек и мочеотведения, но и снижения тяжести гестационных осложнений, риска перинатальных потерь. В связи с вышеизложенным, проблема разработки тактики комплексного лечения пиелонефрита и ретенционно-обструктивных поражений верхних мочевых путей у беременных, относится к актуальным.

Цель исследования: снижение частоты и тяжести осложнений беременности, родов и послеродового периода у пациенток с пиелонефритом на фоне ретенционно-обструктивных осложнений путем совершенствования комплексного лечения и применения дренирования полостной системы почек.

Задачи исследования

1. Определить структуру и частоту встречаемости осложнений беременности и родов, перинатальных исходов у беременных при пиелонефрите на фоне развития ретенционно-обструктивных поражений верхних мочевых путей.
2. Выявить анамнестические, клиничко-лабораторные и ультразвуковые особенности патологии у беременных с ретенционно-обструктивными поражениями верхних мочевых путей.
3. Дать сравнительную оценку клинической эффективности лечения острого пиелонефрита и ретенционно-обструктивных поражений верхних мочевых путей, частоты и тяжести осложнений беременности и родов, перинатальных исходов, качества лечения с применением разной тактики эндоурологического дренирования почек.
4. Выявить морфологические особенности строения околоплодных структур, сосудов ворсинчатого хориона и терминальных ворсин плаценты, их ангиоархитектоники при гнойном обструктивном пиелонефрите на фоне и при отсутствии эндоурологического дренирования почек.
5. Разработать рациональную дифференцированную тактику ведения беременных с пиелонефритом при развитии ретенционно-обструктивных поражений верхних мочевых путей, обосновать целесообразность катетериза-

ции полостной системы почек с целью профилактики осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Научная новизна исследования

В работе предложен новый подход к лечению беременных с пиелонефритом, протекающим в условиях развития обструктивной уропатологии. Впервые доказано преимущество наружного дренирования почки (чрескожная пункционная нефростомия) у беременных с пиелонефритом на фоне обструктивных уропатий. Изучены новые особенности патоморфологических реакций в плаценте, плацентарном ложе матки, сосудах ворсин при различной тактике лечения беременных с острым пиелонефритом.

Практическая значимость работы

Уточнены показания для проведения наружного или внутреннего дренирования мочевых путей у беременных при остром обструктивном пиелонефрите. Оптимизирован алгоритм обследования и лечения беременных с острым пиелонефритом на фоне и при отсутствии ретенционно-обструктивных нарушений посредством учета почасового диуреза, результатов проведения фармакоэхографической пробы с диуретиком и оценки морфо-функционального состояния уродинамики, учета гестационных осложнений, врожденных аномалий развития почек и мочевой системы, стадии пиелонефрита и анамнестических данных о длительности экстрагенитальной патологии. Полученные в работе доказательства целесообразности ранней и длительной катетеризации полостной системы почек в комплексном лечении обструктивного пиелонефрита беременных способствуют внедрению этого метода в практическое здравоохранение, снижению риска развития осложнений гестации, родов и перинатальных исходов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. При обструктивном пиелонефрите у беременных эффективность дренирования мочевых путей зависит не только от степени нарушения уродинамики, но и определяется анамнестическими и гестационными особенностями.

2. Своевременное и длительное дренирование мочевых путей при пиелонефрите у беременных приводит к более раннему купированию воспаления в почках, уменьшению воспалительных изменений в последе и улучшению перинатальных исходов. Наружное дренирование мочевых путей более эффективно по сравнению с внутренним.

3. Разработанная тактическая схема лечения беременных с обструктивным пиелонефритом позволяет оказать эффективную помощь в первые 3–6 часов после начала обструкции, дифференцированно выбрать наиболее оптимальный способ дренирования мочевых путей.

Внедрение результатов работы

Результаты проведенного диссертационного исследования внедрены и используются в работе акушерского отделения ГУЗ «Областная больница №2» г. Ростов-на-Дону, Муниципального учреждения здравоохранения «Медсанчасть №9 им. М.А. Тверье», а также применяются при чтении лекций на кафедре акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС РостГМУ, ФГОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА» России.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседании акушерского отделения ГУЗ «Областная больница № 2» г. Ростова-на-Дону, представлены на III Всероссийской научно-практической конференции «Функциональное состояние и здоровье человека» (Ростов-на-Дону, 2010г.), Пленуме Российского научного медицинского общества терапевтов «Инновационные технологии и прогресс терапевтической клиники» (г.Ростов-на-Дону, 2010 г.). Апробация диссертации проведена на заседании Ученого совета ГУЗ МОНИИАГ от 14 июня 2011 г..

Личный вклад

Автор лично принимала участие в отборе 144 беременных для включения в исследование, в проведении клинических и инструментальных обследований пациентов и их лечении. Автором разработан оригинальный алгоритм ведения беременных с обструктивным пиелонефритом, позволившим

повысить эффективность их лечения. Автором доказано преимущество наружного дренирования мочевых путей беременных с обструктивным пиелонефритом по сравнению с внутренним.

Публикации

По результатам диссертации опубликовано 8 научных работ в отечественной печати, в том числе 3 журнальные статьи в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура диссертации

Диссертационное исследование изложено на 151 страницах машинописного текста, состоит из введения, 6 глав, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа иллюстрирована 30 таблицами, 29 рисунками. Список литературы содержит 166 источников, в том числе 51 зарубежных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положены результаты наблюдения за 144 беременными, находившимися на обследовании, лечении и родоразрешенными в ГУЗ «Областная больница №2» г.Ростов-на-Дону и урологическом отделении БСМП №2 г. Ростов-на-Дону, а также результаты последующего осмотра их новорожденных.

Беременные были разделены на четыре группы:

1-я группа – 37 беременных с острым пиелонефритом без ретенционно-обструктивных поражений верхних мочевых путей (ВМП), которым было проведено только комплексное консервативное лечение;

2-я группа – 35 беременных с острым пиелонефритом и ретенционно-обструктивным поражением ВМП, которым было проведено внутреннее эндоурологическое дренирование с использованием самоудерживающихся мочеточниковых стентов;

3-я группа – 32 беременные с острым пиелонефритом и ретенционно-обструктивным поражением ВМП, которым было проведено наружное дренирование ВМП посредством чрескожной пункционной нефростомии.

Контрольную группу составили 40 соматически здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью.

В 1-й группе беременных возраст пациенток колебался от 17 до 32 лет, в среднем составив $23,6 \pm 0,9$ года. Во 2-й группе данный показатель находился в диапазоне от 18 до 34 лет, среднее значение было $24,0 \pm 0,8$ года, а в 3-й группе – варьировал от 19 до 34 лет, при среднем значении – $23,2 \pm 0,9$ года. Беременные контрольной группы имели возраст от 18 до 32 лет, в среднем $23,9 \pm 0,6$ года.

Среди обследуемых 1-й группы 26 (70,3%) пациенток были первобеременными, а первородящих было – 28 (75,7%). Во 2-й и 3-й группе аналогичные показатели составили 27 (77,1%), 29 (82,8%) и 23 (71,9%), 26 (81,3%) соответственно.

Аномалии развития мочевой системы и фоновая патология почек встречались в 4 (10,8%) наблюдениях в 1-й группе и у 22 (32,8%) пациенток при обструктивной уропатологии (табл. 1). Причем, у подавляющего большинства женщин аномалии развития мочевой системы были впервые обнаружены во время беременности в результате проведенных исследований.

У 6 (9,0%) беременных на фоне обструктивной уропатологии наблюдалось ряд аномалий развития мочевой системы, при этом в 3-й группе они встречались чаще, чем во 2-й (табл. 1).

Наследственный анамнез по заболеваниям мочеполовой системы оказался отягощённым у 16 (43,2%) беременных 1-й группы, 15 (42,8%) – 2-й и 14 (43,8%) пациенток 3-й группы.

Первое наблюдение за беременными осуществляли при первичной манифестации воспалительного процесса в почках, в преобладающем большинстве случаев в сроки 22–26 недель. Дальнейшее обследование проводилось в 32–34, 36–38 недель, в родах и в первую неделю после родов. Анализировали клинические данные, изучали акушерско-гинекологический анамнез, осуществляли динамическое наблюдение за состоянием плода и новорожден-

ных, проводили патоморфологическое исследование последов, изучали осложнения эндоурологического дренирования ВМП.

Таблица 1.

Структура аномалий развития мочевой системы у беременных на фоне и при отсутствии обструктивной уропатологии

Аномалия развития	1-я группа (n=37)		При обструктивной уропатологии					
			2-я группа (n=35)		3-я группа (n=32)		В целом (n=67)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Врожденный стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента	—	—	—	—	3	9,4	3	4,5
Аномальное расположение устья мочеточника	—	—	—	—	4	12,5	4	6,0
Нефроптоз	1	2,7	—	—	3	9,4	3	4,5
Врожденная аномалия развития почки:								
— подковообразная почка	2	5,4	1	2,9	8	25,0*	9	13,4*
— дистопия почки	—	—	—	—	1	3,1	1	1,5
— лоханочно-мочеточниковое удвоение	—	—	—	—	2	6,3	2	3,0
— добавочная доля	1	2,7	—	—	1	3,1	1	1,5
— гипоплазия почки	1	2,7	1	2,9	1	3,1	2	3,0
— поликистоз почек	—	—	—	—	1	3,1	1	1,5
Добавочные сосуды почек	1	2,7	3	8,6	6	18,8*	9	13,4*

Примечание: достоверные отличия по сравнению с 1-й группой при $p < 0,05$.

Наряду с общепринятыми методами в клинко-лабораторное обследование беременных были включены: анализ мочи по Нечипоренко, исследование суточной протеннурнии, бактериологические методы исследования мочи с последующей идентификацией возбудителя, определением степени микробной обсемененности и чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам, оценка кислотно-щелочного состояния крови.

Инструментальное обследование беременных включало ультразвуковое (УЗ) исследование почек с помощью аппарата Aloka-630 (Япония) с линейным датчиком 7,5 мГц, при котором определяли структуру, размеры почек, толщину коркового слоя, состояние чашечно-лоханочной системы, выявляли образования и инфильтраты почек. У пациенток, подвергшихся катетеризации или нефростомии, обязательно проводился УЗ контроль почек во время беременности и после родов. Допплерэхографическое исследование сосудов маточно-плацентарного-плодового кровотока проводили по стандартному алгоритму (Демидов В.Н. и соавт., 1998).

Для раннего выявления ретенции ВМП у беременных использовали метод фармакоэхографии, предложенный Н.А. Лопаткиным с соавт. (1985) и усовершенствованный М.Н. Почерниковой с соавт. (2006). На фоне форсированного диуреза (прием 1 литра жидкости и фуросемида 0,3 мг/кг под язык) измеряли изменение поперечного размера лоханок обеих почек спустя 7, 10, 15, 30, 45, 60 и 90 минут. Если поперечный размер лоханки достигал максимума к 30 минуте, не увеличивался больше 50% от исходного размера и возвращался через 45–60 минут наблюдения к первоначальным значениям, то такие показатели соответствовали ранним стадиям нарушения уродинамики ВМП (I, II). Если повышение диуреза приводило к замедлению сокращения поперечного размера лоханки и достигало максимума к 60 минуте, лоханка увеличивалась больше 50% от исходного размера, и начиналось ее сокращение через 90 минут наблюдения, но не возвращалось к первоначальным значениям, то такие показатели соответствовали IIIA стадии нарушения уродинамики ВМП. Если на протяжении 90 минут имело место увеличение лоханки больше 50% от исходного размера и отсутствовала тенденция к ее сокращению, то такая кривая соответствовала IIIB стадии нарушения уродинамики ВМП. Признаком обструкции считали увеличение размеров поперечника лоханки на 50% через 5 минут после водной нагрузки и введения фуросемида. По методу М.Н. Почерниковой с соавт. (2006) при I и II типах рекомендуется консервативное ведение больных, при IIIA и IIIB типах нарушения уродина-

мики – стентирование катетером-стентом и при обструкции мочевых путей – наложение нефростомы.

При патоморфологическом исследовании последов особое внимание уделяли макроскопической характеристике: массе и диаметру последа, а также выраженности компенсаторно-приспособительных, инволютивно-деструктивных реакций в плаценте. По совокупности всех вышеперечисленных изменений в плацентах были выделены последы со слабыми, умеренными, выраженными компенсаторно-приспособительными реакциями (Милованов А.П., 1999; Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., 2002). Количественную оценку выраженности патологических процессов в плаценте проводили по стандартизированной схеме, предложенной А.П. Миловановым с соавт. (1988).

Все статистические процедуры проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении беременных с острым пиелонефритом в стационар в срочном порядке осуществляли забор крови и мочи на общий, биохимический и микробиологический анализ, катетеризировали мочевой пузырь для учета почасового диуреза, начинали инфузионную, десенсибилизирующую и антибактериальную терапию. У всех беременных 1-й группы почасовой диурез был в норме (50 мл и более). Они не требовали катетеризации ВМП и им проводили консервативное лечение. У остальных беременных при наличии продолжающейся анурии или олигурии на фоне проводимого лечения был предположительно поставлен диагноз острого пиелонефрита, осложнившегося ретенционно-обструктивными нарушениями.

Во 2-й группе больных IIIA стадия нарушений уродинамики наблюдалась у 18 (51,4%) пациенток, IIIB – у 16 (45,7%) беременных и обструкция ВМП – у 1 (2,9%) женщины. В 3-й группе по частоте преобладала обструкция ВМП – 26 (81,3%) беременных, у 6 (18,7%) пациенток была выявлена IIIB стадия нарушений уродинамики.

У пациенток при IIIA и IIIB стадиях нарушений уродинамики стентировали мочеточники. При анурии, обструкции мочевых путей, аномалиях развития мочевыделительной системы сразу накладывали нефростому. У 10 (22%) пациенток дренирование мочеточника катетером–стентом было неэффективным. У этих больных исходно наблюдали окклюзию в условиях фармакоэзографического исследования, гестоз, наличие добавочной петли почечных сосудов как врожденной аномалии, гнойной стадии пиелонефрита, имелись анамнестические указания на обострения пиелонефрита еще до беременности (табл. 2).

Таблица 2.

Факторная оценка эффективности катетеризации мочеточников стентом

Фактор	Влияние на эффективность катетеризации	χ^2 , p
Окклюзия при фармакоэзографической пробе	↓	$\chi^2 = 10,9, p=0,001$
IIIA и IIIB стадия нарушения уродинамики	↑	$\chi^2 = 0,41, p>0,05$
Добавочные сосуды почек	↓	$\chi^2 = 11,6, p=0,0007$
Пиелонефрит в анамнезе до беременности	↓	$\chi^2 = 7,52, p=0,0061$
Гнойный пиелонефрит	↓	$\chi^2 = 7,23, p=0,0072$
Пиелокаликэктазия	↓	$\chi^2 = 7,07, p=0,008$
Гестоз	↓	$\chi^2 = 14,5, p=0,0001$

Через 1–2 дня неэффективной катетеризации ВМП пациенткам накладывали чрескожную нефростому. Беременным с указанными в табл. 2 признаками оптимальным является выполнение чрескожной пункционной нефростомии и отказ от использования мочеточниковых катетеров-стентов. Разработанный подход позволяет более оперативно и эффективно принимать врачебные решения о ведении беременных с острым пиелонефритом и ретенционно-обструктивными осложнениями.

Нами была определена тактика исходного обследования беременных с острым пиелонефритом для оптимального выбора метода восстановления пассажа мочи (рис. 1).

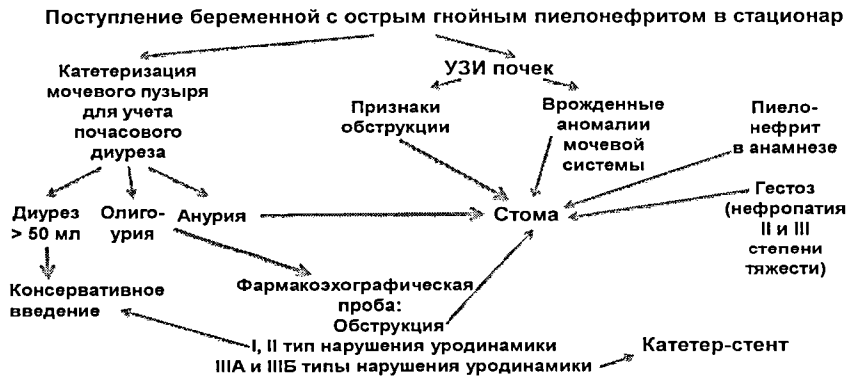


Рис. 1. Алгоритм ведения беременных с обструктивным пиелонефритом.

Решение в пользу дренирования ВМП принималось с учетом почасового диуреза (менее 50 мл), результатов проведения фармакоэхографической пробы с диуретиком (обструкция, IIIA и IIIB типы нарушений уродинамики), гестационных осложнений (наличие гестоза – нефропатии II и III степени тяжести), врожденных аномалий развития почек и мочевой системы, стадии пиелонефрита и анамнестических данных о длительности экстрагенитальной патологии.

Благодаря использованной методике диагностики и лечения пиелонефрита на фоне обструктивной уропатологии купирование основных симптомов заболевания – болевого синдрома, лейкоцитоза, повышенного СОЭ во 2-й и 3-й группах происходило быстрее по сравнению с 1-й группой при консервативном лечении (рис. 2).

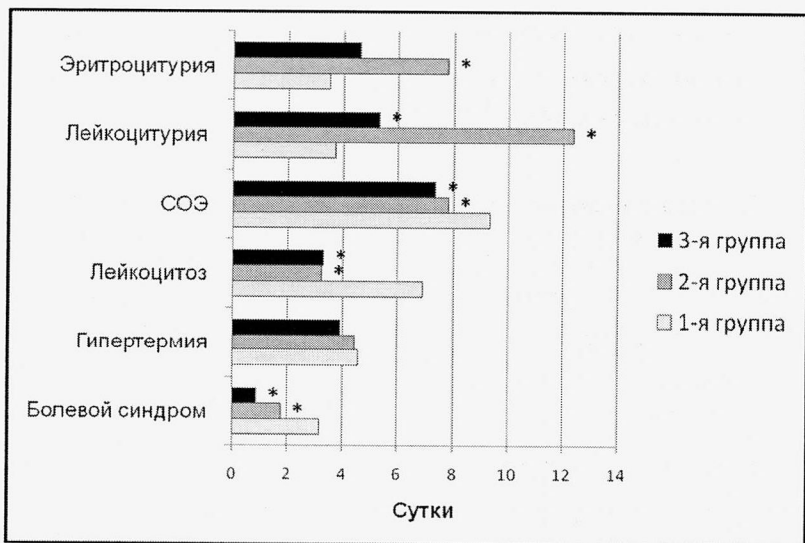


Рис. 2. Купирование симптомов пиелонефрита в группах.

При дренировании мочевых путей у больных 2-й и 3-й группы по сравнению с консервативным ведением пациенток болевой синдром купировался быстрее во 2-й группе на 44,3%, в 3-й группе – на 72%; лейкоцитоз – во 2-й группе на 53,2%, в 3-й группе – на 51,9% быстрее. Во 2-й и 3-й группе беременных по сравнению с 1-й группой были выше темпы снижения СОЭ (на 16,4% и 21,4%), количества палочкоядерных нейтрофилов, лимфоцитов. Причина такой разницы в показателях кроется в скорой и успешной нормализации уродинамики во 2-й и 3-й группах. Болевой синдром быстрее всего купировался при наружном дренировании. Во всех группах после начала лечения содержание азотистых продуктов белкового обмена – креатинина и мочевины снижалось, что свидетельствовало о снижении интоксикационных явлений в организме. Наиболее благоприятная динамика креатинина и мочевины крови наблюдалась после наложения чрескожной нефростомы, что привело к достоверно более низким значениям этих показателей на 10-е сутки в 3-й группе ($0,079 \pm 0,02$ ммоль/л) по сравнению со 2-й ($0,088 \pm 0,03$ ммоль/л) и 1-й ($0,087 \pm 0,04$ ммоль/л) группами.

Угроза прерывания беременности была самым частым осложнением во всех группах исследования: в 1-й группе – у 26 (73,0%), во 2-й группе – у 31 (88,6%) и в 3-й группе – у 27 (84,4%) пациенток (табл.3).

Таблица 3.

Структура осложненных родов у больных пиелонефритом на фоне и при отсутствии обструктивной уропатологии

Осложнения родов	1-я группа (n=37)		При обструктивной уропатологии					
			2-я группа (n=35)		3-я группа (n=32)		В целом (n=67)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Преждевременное излитие околоплодных вод	6	17,1	6	18,8	5	16,1	11	17,5
Аномалии родовой деятельности	7	20,0	8	25,0	6	19,4	14	22,2
Эпизиотомия	4	11,4	4	12,5	3	9,7	7	11,1
Дефекты последа	5	14,3	8	25,0*	4	12,9	12	19,0
Предлежание плаценты	3	8,6	3	9,4	4	12,9	7	11,1
ПОНРП	2	5,7	3	9,4	2	6,5	5	7,9
Стимуляция родовой деятельности	4	11,4	6	18,8*	3	9,7	9	14,3
Кровотечение в раннем послеродовом периоде	4	11,4	6	18,8*	4	12,9	10	15,9
Объем кровопотери, (мл)	315,7±32,1		328,2±27,9		320,6±24,6		322,5±30,7	
Ручной контроль полости матки	7	20,0	8	25,0	7	22,6	15	23,8

Примечание как в табл. 1.

Угроза преждевременных родов чаще ($p < 0,05$) наблюдалась в 1-й группе при консервативном ведении (48,6%) по сравнению со 2-й (37,1%) и 3-й группой (31,3%). Беременность на фоне обструктивной уропатологии чаще ($p < 0,05$) осложнялась гестозом (37,3%) по сравнению с пациентками с неосложненным воспалительным процессом в почках (18,9%). Причем в каждом десятом наблюдении степень тяжести гестоза у пациенток с обструктивным пиелонефритом была средней или тяжелой. ФПН, напротив,

чаще ($p < 0,05$) встречалась у беременных при пиелонефрите без обструктивных нарушений (70,3% против 34,3%). У беременных 1-й группы задержка роста плода была выявлена в 16% и встречалась чаще ($p < 0,05$), чем у пациенток с нарушением уродинамики в ВМП (4,5%), что, по-видимому связано с длительностью интоксикации. Изменения околоплодных вод наблюдались в сходном проценте случаев в изучаемых группах.

В 1-й группе преждевременных родов было 9 (25,7%), из них в 22,2% на сроке 28–32 недель, в 33,3% – на 32–34 неделе и в 44,4% – на 34–36 неделе беременности. Во 2-й группе преждевременные роды наблюдались у 11 (34,4%) пациенток: в 18,2%, 27,3% и 54,5% на сроке 28–32, 32–34 и 34–36 недели беременности, соответственно. В 3-й группе число преждевременных родов по сравнению с двумя предыдущими группами было ниже и составило 12,9%, причем у всех женщин роды были в сроки 34–36 недель. Таким образом, в 3-й группе беременных, где в схему лечения была включена чрескожная нефростомия, по сравнению с 1-й и 2-й группами количество преждевременных родов было ниже ($p < 0,05$).

В 1-й группе кесарево сечение проведено у 13 (37,1%) беременных, во 2-й группе – у 10 (31,2%), в 3-й группе – у 6 (19,4%) больных. В 1-й группе плановое кесарево сечение по отношению к общему количеству операций наблюдалось у большего числа пациенток (76,9% против 60,0% во 2-й и 66,7% в 3-й группах). Показаниями к плановому проведению кесарева сечения явились: анатомически узкий таз, рубец на матке, предлежание плаценты, миома матки. В 1-й группе экстренное кесарево сечение по отношению к общему количеству операций проведено у 3 (23,1%) больных, во 2-й группе – у 4 (40,0%) и в 3-й группе – у 2 (33,3%) пациенток. В 1-й группе показаниями к экстренному кесареву сечению явились преэклампсия ($n=1$), кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и начавшаяся острая гипоксия плода ($n=2$). Во 2-й группе причиной экстренного кесарева сечения явились слабость родовой деятельности ($n=3$) и кровотечения при ПОНРП ($n=3$). В 3-й группе экстренное кесарево

сечение проведено у 2 больных при кровотечении, связанном с ПОНРП и острой гипоксией плода. Осложнения кесарева сечения были единичными, патологической кровопотери не было.

Структура осложнений родов у больных пиелонефритом на фоне и при отсутствии обструктивной уропатологии представлена в табл. 3. К наиболее частым осложнениям в родах относили преждевременное излитие околоплодных вод, нарушения сократительной активности матки с последующей стимуляцией родовой деятельности, нарушения процессов отделения и выделения последа, что являлось показанием к проведению ручного контрольного обследования полости матки. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах у пациенток с пиелонефритом на фоне и при отсутствии обструкции ВМП встречались, соответственно, в 11,4%, 18,8% и 12,9% в 1-й, 2-й и 3-й группах.

Показатели состояния новорожденных и распространенность патологии плода и новорожденных отражены в табл. 4. Различная тактика ведения беременных сопровождалась отличиями в состоянии новорожденных. В 1-й группе чаще ($p < 0,05$) наблюдалась хроническая внутриутробная гипоксия плода, гипербилирубинемия и анемия. Ишемические поражения ЦНС у новорожденных (31,4%), внутричерепная гипертензия (22,9%) при консервативном ведении пациенток в 1-й группе наблюдались чаще по сравнению с женщинами, у которых осложнения пиелонефрита своевременно купировались эндоурологическими методами (20,6% и 11,1% соответственно). Различие между группами по частоте хронической внутриутробной гипоксии плода было статистически достоверным и объяснялось более высокой встречаемостью ФПН по сравнению с женщинами, у которых осложнения пиелонефрита своевременно купировались эндоурологическими методами. У рожениц в 1-й группе вес ребенка при рождении в среднем составил $3,28 \pm 0,5$ кг, во 2-й группе – $3,35 \pm 0,6$ кг и в 3-й группе $3,48 \pm 0,4$ кг, различий между группами не отмечалось. Гипотрофия новорожденных встречалась во всех

группах в одной пятой наблюдений. 23 ребенка (65,7%), родившихся от матерей

Таблица 4.

Состояние новорожденных и течение раннего неонатального периода

Характеристика состояния плода и новорожденных	1-я группа (n=35)		При обструктивной уропатологии					
			2-я группа (n=32)		3-я группа (n=31)		В целом (n=63)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вес ребенка при рождении, (кг)	3,28±0,5		3,35±0,6		3,48±0,4		3,35±0,6	
Гипотрофия новорожденных	7	20,0	6	18,8	6	19,4	12	19,0
Баллы по шкале Апгар на 1-й мин.	7,73±0,5		7,85±0,4		7,94±0,3		7,85±0,4	
Баллы по шкале Апгар на 5-й мин.	8,15±0,6		8,13±0,9		8,35±0,7		8,26±0,5	
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	29	82,8	20	62,5*	20	64,5*	40	63,5*
Аспирационный синдром	2	5,7	2	6,3	1	3,2	3	4,8
Пневмония	6	17,1	5	15,6	4	12,9*	9	14,3
Везикулез	2	5,7	2	6,3	3	9,7	5	7,9
Анемия новорожденных	9	25,7	6	18,8	5	16,1*	11	17,5*
Гипербилирубинемия	18	51,4	10	31,3*	9	29,0*	19	30,2*
Ишемические поражения ЦНС	11	31,4	7	21,9*	6	19,4*	13	20,6*
Внутричерепная гипертензия	8	22,9	4	12,5*	3	9,7*	7	11,1*
Врожденные пороки развития	4	11,4	4	12,5	2	6,5	6	9,5
Вес ребенка при выписке, кг	3,06±0,2		3,11±0,4		3,0±0,5		3,01±0,4	

Примечание как в табл. 1.

1-й группы и 38 детей (60,3%) от матерей с осложненным пиелонефритом были переведены в отделения патологии новорожденных детских больниц. Пневмония чаще встречалась у новорожденных в 1-й группе (17,1%) по сравнению с пациентками при эндоурологической тактике ведения (15,6% во

2-й и 12,9% в 3-й группах). Частота везикулеза была сходной в группах обследования – 5,7%, 6,3% и 9,7% в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно.

Различная тактика ведения наблюдаемых беременных сопровождалась отличиями в состоянии новорожденных. В 1-й группе чаще ($p < 0,05$) наблюдалась хроническая внутриутробная гипоксия плода, гипербилирубинемия и анемия. Ишемические поражения ЦНС у новорожденных (31,4%), внутричерепная гипертензия (22,9%) при консервативном ведении пациенток в 1-й группе наблюдались чаще по сравнению с женщинами, у которых осложнения пиелонефрита своевременно купировались эндоурологическими методами (20,6% и 11,1% соответственно). Различие между группами по частоте хронической внутриутробной гипоксии.

При патоморфологическом исследовании последов обращало на себя внимание, что частота воспалительных изменений – хориоамнионита, фуникулита в 1-й группе по сравнению со 2-й и 3-й была выше. В 3-й группе воспалительные изменения в последе встречались редко (13%), а явлений хориоамнионита и фуникулита не наблюдалось. О выраженности компенсаторно-приспособительных реакций плаценты на тканевом уровне судили по количеству терминальных ворсин малого калибра, гиперплазии периферически расположенных капилляров (ангиоматоз), уменьшению толщины плацентарного барьера за счёт истончения синцития, образованию синцитиокапиллярных мембран и синцитиальных узелков. При консервативном ведении пациентов в 1-й группе чаще других встречались слабые очаговые компенсаторно-приспособительные реакции (45,9%). При дренировании мочевых путей во 2-й и 3-й группах с наибольшей частотой наблюдались умеренные по выраженности компенсаторно-приспособительные реакции (57,1% и 65,6% соответственно). В 1-й группе больных суммарно признаки плацентарной недостаточности были обнаружены в 89,2% ($n=33$), во 2-й группе – в 82,8% ($n=29$) и в 3-й группе – в 71,9% ($n=23$). При этом, плацентарная недостаточность в стадии субкомпенсации чаще наблюдалась в 1-й группе, а во 2-й и 3-й группах чаще встречалась компенсация патологии.

Наибольшая выраженность облитерационной ангиопатии наблюдалась при консервативном ведении пиелонефрита. В 3-й группе пропускная способность артерий была ограничена только для стволовых ворсин. Напротив, в терминальных ворсинах капилляризация возрастала. Во 2-й группе сосудистое ремоделирование с ограничением кровоснабжения было выявлено в стволовых и промежуточных ворсинах, а в терминальных ворсинах, как и в 3-й группе, объемная плотность капилляров возрастала. Таким образом, признаки ангиопатии были выражены меньше всего в 3-й группе при наружном дренировании мочевых путей.

Комплексное морфологическое исследование материнской части плаценты у рожениц с пиелонефритом показало, что в преобладающем большинстве наблюдений при консервативной тактике в 1-й группе выявлены очаговые или распространенные расстройства маточно-плацентарного кровообращения и альтернативно-дистрофические изменения структурных элементов плаценты, с увеличением функциональной паренхимы, незрелых форм ворсин хориона, снижением показателей компенсаторно-приспособительных реакций. Гистологические данные, проведенные согласно стандартам, показали, что морфологическая картина плацент соответствует картине хронической плацентарной недостаточности и выраженным воспалительным изменениям.

У беременных с пиелонефритом в послеродовой период частым осложнением явились гнойно-воспалительные заболевания женских половых органов и мочевыделительной системы, несмотря на проводимую антибактериальную терапию в течение 4–5 суток после родов. Причем, у женщин 1-й группы послеродовые гнойно-воспалительные осложнения женских половых органов (послеродовый эндометрит, частичное расхождение шва промежности, гематома шва) встречались чаще, чем при пиелонефрите с obstructивными нарушениями (25,7%, 12,5%, 12,9% соответственно, в 1-й, 2-й и 3-й группах), хотя это различие носило характер тенденции, без статистической достоверности ($p > 0,05$). Выскабливания стенок полости матки в по-

слеродовой период осуществляли по поводу гематометры в (2,8%, 3,1%, 0% наблюдений соответственно, в 1-й, 2-й и 3-й группах). Выписка беременных преимущественно проходила на 5–7 сутки после родов. По данным амбулаторного мониторинга инфекционно-воспалительные осложнения мочевой системы (обострение пиелонефрита, цистит), которые возникали на 11–14 сутки после родов, встречались чаще в 1-й группе женщин (22,9% против 9,4% и 6,5% соответственно, в 1-й, 2-й и 3-й группах). Анемия в послеродовом периоде наблюдалась в каждом пятом случае и была обусловлена интоксикацией ввиду протекания гнойно-воспалительных осложнений мочеполовой системы. Таким образом, эндохирургические способы восстановления пассажа мочи при пиелонефрите, устраняющие застой мочи в чашечно-лоханочной системе почек, способствовали снижению гнойно-воспалительных осложнений мочевой системы и женских половых органов в послеродовом периоде.

Проведенные в работе клинические и патоморфологические исследования позволили заключить, что своевременное и длительное дренирование мочевых путей при пиелонефрите у беременных приводит к более быстрому купированию воспалительных реакций, снижению осложнений в период гестации и в родах, что связано со снижением патоморфологических реакций в плаценте и ее сосудах. При этом, эффективность наружного дренирования мочевых путей при пиелонефрите у беременных выше внутреннего.

ВЫВОДЫ

1. Среди больных с острым пиелонефритом в 26,9% наблюдаются нарушения уродинамики IIIA стадии, в 32,8% – IIIB стадии и в 40,3% имеет место обструкция верхних мочевых путей.
2. У беременных с острым пиелонефритом при присоединении ретенционно-обструктивных осложнений чаще наблюдаются угроза прерывания беременности и гестоз. Длительное дренирование мочевых путей сопровождается снижением частоты ФПН, ЗРП, гипоксии и гипербилирубинемии новорож-

денных, а также послеродовых гнойно-воспалительных осложнений мочевой системы у женщин.

3. У беременных с обструктивным пиелонефритом при накладывании чрескожной пункционной нефростомы по сравнению с внутренним дренированием мочеточников катетером-стентом болевой синдром, лейкоцит- и эритроцитурия купируются быстрее на 1-е, 7-е и 3-и сутки соответственно, продолжительность дизурических расстройств, астенического синдрома сокращается, наблюдается более эффективное снижение мочевины крови, восстановление кислотно-щелочного состояния крови с нормализацией парциального напряжения кислорода.

4. Катетеризация мочеточников катетером-стентом неэффективна при исходном выявлении окклюзии в условиях фармакоэхографического исследования, наличии добавочной петли почечных сосудов как врожденной аномалии, гнойной стадии пиелонефрита и анамнестических указаниях на обострение пиелонефрита еще до беременности, а также при гестозе (нефропатия 2–3 ст.). Этим беременным показано проведение чрескожной пункционной нефростомии.

5. Использование чрескожной нефростомии сопровождается повышением компенсаторно-приспособительных реакций в плаценте, что выражается в повышении капилляризации терминальных ворсин малого калибра, гиперплазии периферически расположенных капилляров, уменьшению толщины плацентарного барьера. При наружном дренировании облитерационная ангиопатия ограничена только промежуточными ворсинами, сокращается площадь деструктивных и воспалительных изменений в плаценте по сравнению с внутренним дренированием мочеточников.

6. Предлагаемый алгоритм ведения беременных с обструктивным пиелонефритом позволяет улучшить качество диагностики, дифференцированно подойти к терапии, сократить время принятия решения о целесообразности эндоурологического дренирования до 3–6 часов, что приводит к снижению осложнений беременности, родов и патологии новорожденного.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При госпитализации беременных с острым пиелонефритом для своевременной диагностики ретенционно-обструктивных осложнений в стандарт первичного обследования необходимо включить: 1) клинико-лабораторное обследование с уточнением урологического анамнеза и выявлением акушерских осложнений; 2) катетеризацию мочевого пузыря с определением почечного диуреза; 3) фармакоэзографическую пробу.

2. У беременных с острым пиелонефритом при окклюзии верхних мочевых путей, на фоне гестоза, гнойной стадии воспалительного процесса в почках, указания на пиелонефрит до беременности, добавочный нижнеполярный сосуд почек и другие врожденные аномалии мочевой системы показано наружное дренирование мочевых путей посредством наложения чрескожной пункционной нефростомы.

3. Эндоурологическое дренирование мочевых путей следует осуществлять в многопрофильной больнице с подключением специалистов урологического и нефрологического отделений.

4. У беременных с острым пиелонефритом при консервативном ведении необходимо проводить профилактику и лечение ФПН и ЗРП на всем протяжении беременности и динамическое амбулаторное наблюдение после родов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Власюк М.Е., Пакус И.О., Рыжков С.В., Пакус О.И., Воронова О.В., Монсеико С.Н., Бережная О.Г. Патоморфологическое исследование плацент и их сосудов у беременных при пиелонефрите в условиях консервативной и эндхирургической тактики лечения // Вестник новых медицинских технологий. –2010. Т. XVII. – №4. – С.125–127 (перечень ВАК РФ).

Рыжков С.В., Власюк М.Е., Пакус О.И., Рогачева Е.А., Уманский М.Н. Клиническое значение естественных аутоантител к почечным антигенам для прогнозирования течения пиелонефрита у беременных. // Материалы III Всероссий-

- ской научно-практической конференции «Функциональное состояние и здоровье человека». – Ростов-на-Дону, 2010 – С. 168–169.
3. Рыжков С.В., Власюк М.Е., Пакус О.И., Пампула Н.С. Возможности фармакоэхографической пробы у беременных при остром пиелонефрите // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2010. – № 10. – С. 79–81.
4. Власюк М.Е., Рыжков С.В. Современная тактика лечения пиелонефрита у беременных // Материалы Пленума Российского научного медицинского общества терапевтов и межрегиональной конференции, посвященной 80-летию Ростовского Областного научно-медицинского общества терапевтов «Инновационные технологии и прогресс терапевтической клиникки». – Ростов-на-Дону, 2010. – С. 27–28.
5. Рыжков С.В., Власюк М.Е., Пакус О.И., Полонская Е.И. Эффективность эндоурологического дренирования мочевых путей у беременных при пиелонефрите // Успехи современного естествознания. – 2011. – №5. – С.154–155.
6. Рыжков С.В., Власюк М.Е., Пакус О.И., Тасина Е.И. Дифференцированный выбор метода эндоурологического дренирования мочевых путей у беременных при пиелонефрите // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – №6. – С. 148–149.
7. Петрухин В.А., Рыжков С.В., Пакус О.И., Власюк М.Е., Пармон В.Я. Тактика и клиническая эффективность ведения беременных с осложненным острым пиелонефритом. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 1. – С. 26–30 (перечень ВАК РФ).
8. Власюк М.Е., Рыжков С.В., Полонская Е.И., Пампуло Н.С., Шацкая В.В., Давиденко В.Н., Киртанасов Я.П., Пакус О.И. Клиническая эффективность консервативной и эндоурологической тактики лечения беременных с острым пиелонефритом при ретенционно-обструктивных осложнениях // Современные проблемы науки и образования (электронный журнал). – 2012. – № 1; URL: www.science-education.ru/101-5385 (перечень ВАК РФ).

Печать цифровая. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс».

Формат 60x84/16. Объем 1,0 уч.-изд.-л.

Заказ № 2720. Тираж 100 экз.

Отпечатано в КМЦ «КОПИЦЕНТР»

344006, г. Ростов-на-Дону, ул. Суворова, 19, тел. 247-34-88
