



Пути повышения эффективности лечения ретенционно-обструктивных осложнений острого пиелонефрита у беременных

А.М. Ходжамуродов, Д.Н. Солихов, М.Ф. Доджоева, М.М. Косимов

Кафедра урологии; акушерства и гинекологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Нами были обследованы 53 беременные женщины по поводу пиелонефрита с гидронефрозом, в возрасте от 18 до 29 лет.

В зависимости от степени нарушения уродинамики и связанных с этим структурных изменений чашечно-лоханочной системы больные были подразделены на 3 клинические группы.

В результате проведенного консервативного лечения у всех пациентов первой группы (n=14) отмечен положительный эффект, во второй группе (n=21) – только у 15 (71,42%), а остальным 6 пациенткам – по показаниям был установлен почечный стент. В третьей группе (n=18), ввиду отсутствия эффекта от противовоспалительной терапии, частых и некупирующихся приступов почечной колики, с целью улучшения уродинамики, всем (100%) пациенткам был установлен мочеточниковый стент. Всего в комплексе проведенной терапии 24 (45,28%) пациенткам был установлен мочеточниковый стент, что способствовало уменьшению степени гидронефроза, стиханию интенсивности воспалительного процесса и улучшению общего состояния пациенток

Ключевые слова: пиелонефрит беременных, гидронефроз, стентирование почек, доплерография сосудов почек

Введение. Острый пиелонефрит встречается у 8-10% беременных женщин, чаще при первой беременности и, как правило, во втором триместре. Поражаются в равной мере одна или обе почки. При одностороннем процессе преобладает поражение правой почки. При этом пиелонефрит может первично возникать в процессе беременности, но часто наблюдается обострение хронического пиелонефрита [1-3].

Возникновению пиелонефрита у беременных способствуют: механическое сдавление мочеточников растущей маткой, наличие гнойно-воспалительных очагов инфекции в организме (ангина, фурункулез), узкий таз, крупный плод [4,5]. Кроме того наблюдается сочетание нескольких из перечисленных факторов, в том числе с превалированием различных экстрагенитальных заболеваний: анемии, йоддефицитных заболеваний, патологий сердечно-сосудистой системы, нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта и связанных с этим проблем полноценного питания. Наличие пиелонефрита на фоне этих заболеваний отрицательно воздействует на течение беременности. Это проявляется в виде невынашивания, плацентарной недостаточности, гестозов, хронической гипоксии плода, которые чаще приводят к задержке внутриутробного развития плода, выкидышам, преждевременным родам, мёртворождению [6-9].

Пиелонефрит также осложняет течение родов и послеродового периода. Установлено, что у рожениц с данной патологией чаще встречается преждевременное излитие околоплодных вод, острая интранатальная гипоксия плода, нарушение сократительной способности матки, процессов отделения и выделения последа. После родов в 2-3 раза возрастает риск возникновения гнойно-воспалительных процессов в мочеполовых органах [10-12].

Пиелонефрит неблагоприятно влияет на состояние самого плода, новорождённого и является источником внутриутробного инфицирования и связанных с ним различных осложнений [13-15].

Цель исследования: оценка результатов лечения пиелонефрита у беременных при ретенционно-обструктивной форме гидронефроза.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в условиях отделения урогинекологии Республиканского клинического центра «Урология» в 2012/2013 гг. находились 53 женщины по поводу пиелонефрита беременности с гидронефрозом, в возрасте от 18 до 29 лет.

Срок первой беременности при поступлении был от 16 до 33 недель. Из них в тяжёлом состоянии поступили 21 (39,62%), в средней тяжести – 18 (33,96%)

и в удовлетворительном состоянии – 14 (26,42%) пациенток. Правостороннее поражение почек было у 40 пациенток, левосторонний процесс – у 7 и двустороннее поражение – у 6. С болями в поясничной области разной степени выраженности поступило 25 (47,17%) женщин. Почечная колика наблюдалась у 8 (15,10%) пациенток. У 20 (37,73%) больных лихорадка носила фебрильный и гектический характер, доходящий до 380С – 400С, сопровождаясь ознобом, тошнотой, слабостью и нарушением сна, что свидетельствовало о тяжести состояния больных.

Обследованные пациентки (n=53) в зависимости от степени нарушения уродинамики и связанных с этим структурных изменений чашечно-лоханочной системы были подразделены на 3 клинические группы:

- в первую группу вошли 14 (26,4%) больных, у которых на фоне клинически выраженной картины пиелонефрита, отсутствовало расширение полостной системы в почке;
- во вторую – 21 (39,6%) больная, у которых имело место расширение только почечной лоханки, что соответствовало гидронефрозу I степени;
- в третью группу были включены 18 (34,0%) пациенток, у которых определялось расширение лоханки и чашек почек, которое расценено как гидронефроз II степени.

Для полноценной диагностики осложнённых форм пиелонефрита у беременных были проведены клинико-лабораторные и биохимические анализы крови и мочи, посев мочи и антибиотикограмма мочи, УЗИ и доплерографическое исследование почек.

Эффективность лечения оценивалась на основе комплексных клиничко-инструментальных данных, свидетельствующих о нормализации уродинамики на основе морфологических показателей, а также степени снижения явлений интоксикации организма. Показания к установлению стента были выставлены на основании отрицательного эффекта от проводимой консервативной терапии.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программы SPSS

16.0. Описательная статистика качественных признаков представлена в виде n (n/N%), где n – абсолютная частота признака, n/N – относительная частота, выраженная в процентах. Дисперсионный анализ проводили методом ANOVA. Нулевую гипотезу отвергали при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о том, что в зависимости от степени нарушения уродинамики и, связанных с этим структурных изменений чашечно-лоханочной системы, у больных первой группы (n=14), на фоне клинически выраженной картины пиелонефрита, структурные изменения в почке отсутствовали, при доплерографическом исследовании – нарушение кровообращения в сосудах почек не наблюдалось. Скорость кровотока (Vmax) паренхиматозных артерий составила 52,3 см/сек., ренальный индекс (Ri) – 0,57; сегментарные артерии: Vmax – 61,2 см/сек., Ri – 0,62; основной ствол почечной артерии: Vmax – 81,7 см/сек., Ri – 0,67.

Этим больным проводилась антибиотикотерапия, согласно антибиотикограмме мочи, назначались витамины группы «В», спазмолитики, позиционно дренирующая терапия, а при выраженных признаках интоксикации организма, дополнительно – инфузионно-детоксикационная терапия. На 3-5 день лечения температура тела нормализовалась, боли уменьшились. В результате лечения отмечен положительный эффект у всех больных (100%). Из этой группы ни одному больному не потребовалось установление стента.

При доплерографическом исследовании пациенток второй группы (n=21), показатели скорости ренального кровотока в почечных артериях умеренно снижены: паренхиматозные артерии: Vmax – 43,3 см/сек., Ri – 0,58; сегментарные артерии: Vmax – 53,7 см/сек., Ri – 0,57; основной ствол почечной артерии: Vmax – 47,1 см/сек., Ri – 0,62 (табл.). В данной группе консервативная терапия оказалась эффективной только у 15 (71,42%) больных. Остальным 6 пациентам были определены показания к установлению почечного стента.

ТАБЛИЦА. ПАРАМЕТРЫ КРОВОТОКА В ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Клинические группы		Паренхиматозные артерии		Сегментарные артерии		Основной ствол почечной артерии	
		Vmax, см/сек.	Ri	Vmax, см/сек.	Ri	Vmax, см/сек.	Ri
2-я группа (n=21)	До лечения	43,3	0,58	53,7	0,57	47,1	0,62
	После лечения	56,4	0,61	63,3	0,61	78,5	0,73
3-я группа (n=18)	До лечения	27,1	0,53	46,2	0,61	38,9	0,62
	После лечения	51,1	0,56	58,2	0,63	76,9	0,67



В третьей группе больных ($n=18$), у которых определялось расширение всей полостной системы почек, которое расценивалось как гидронефроз II степени, при доплерографическом исследовании отмечалось максимальное снижение скорости ренального кровотока: паренхиматозные артерии: $V_{max} - 27,1 \text{ см/сек.}$, $Ri - 0,53$; сегментарные артерии: $V_{max} - 46,2 \text{ см/сек.}$, $Ri - 0,61$; основной ствол почечный артерии: $V_{max} - 38,9 \text{ см/сек.}$, $Ri - 0,62$. Кроме того, у всех больных были выявлены лейкоцитоз и повышение СОЭ, а также лейкоцитурия и бактериурия.

Отсутствие эффекта от обычной противовоспалительной терапии пиелонефрита, частые и некупирующиеся приступы почечной колики послужили показанием к установлению почечного стента у 6 (28,57%) больных из 2-ой клинической группы.

Консервативное лечение в третьей группе было неэффективно, поэтому, с целью улучшения уродинамики, всем 18 (100%) пациенткам данной группы был установлен мочеточниковый стент.

Суммарно во второй и третьей группах было установлено 24 (45,28%) мочеточниковых стентов.

После установления стента и проведения антибиотикотерапии через 4-6 дней состояние больных 2 и 3 групп улучшилось, болевой синдром купирован, температура тела нормализовалась. При контрольном ультразвуковом исследовании на 3-6 сутки определялось значительное уменьшение степени гидронефроза у всех больных 2 и 3 группы. При повторном доплерографическом исследовании у больных 2 и 3 групп отмечено улучшение почечного кровотока: паренхиматозные артерии: $V_{max} - 51,1 \text{ см/сек.}$, $Ri - 0,56$; сегментарные артерии: $V_{max} - 58,2 \text{ см/сек.}$, $Ri - 0,63$; основной ствол почечный артерии: $V_{max} - 76,9 \text{ см/сек.}$, $Ri - 0,67$.

Полученные результаты в ходе нашего исследования подтверждают данные М.М. Шехтмана о нарушении уродинамики и тенденции уменьшения скорости внутрипочечного кровотока по мере увеличения срока беременности [16].

При внутреннем дренировании болевые явления на 3-и сутки встречались у одной больной, а при консервативном ведении – у 16,2% женщин. На 10-е сутки лечения у женщин 1-й и 3-й групп были купированы клинические признаки интоксикации, проявлявшиеся астеническим синдромом различной степени выраженности [17].

Таким образом, при пиелонефрите беременных, осложнённом гидронефрозом, наблюдается нарушение кровообращения в почках. При этом внутреннее дренирование полостной системы почек стентом улучшает отток мочи из верхних мочевых путей, способствуя купированию воспалительного про-

цесса и улучшению кровоснабжения в почке. В свою очередь, использование внутреннего дренирования почки при осложнённых формах пиелонефрита беременных значительно улучшает эффективность проводимой терапии и способствует профилактике осложнений течения беременности и родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Серов В.Н. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение/ В.Н.Серов, В.Л.Тютюнник// Русский мед. журнал. – 2012. – Т. 10, № 36. – С. 78-81.
2. Серов В.Н. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение/ В.Н.Серов // Русский мед. журнал: Мать и дитя. – 2008. – Т.16, №1. – С.10-13.
3. Петров Д.В. Критерии синдрома системной воспалительной реакции в выборе лечебной тактики при гестационном пиелонефрите / Д.В.Петров// Науч-практ. журнал «Интенсивная терапия». - Екатеринбург. 2006. – №1. – С. 55-58.
4. Солихов Д.Н. Функциональное состояние почек при нормальной и осложнённой беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.Н.Солихов. – Душанбе. – 2004. – 16с.
5. Журавлёв В.Н. Организация специализированной медицинской помощи беременным при остром пиелонефрите / В.Н.Журавлёв // Казанский мед. журнал. – 2008. – Т. 89, № 4. – С. 485-491.
6. Карпов О.И. Новые возможности лечения пиелонефрита / О.И.Карпов // Consilium medicum: журнал доказательной медицины для практикующих врачей. – 2006. – Т. 8, № 4. – С. 8-12.
7. Иремашвили В.В. Инфекции мочевыводящих путей: современный взгляд на проблему / В.В.Иремашвили// Русский мед. журнал. – 2007. – Т. 15, № 29. – С. 2231-2236.
8. Журавлёв В.Н. Роль госпитальной инфекции в развитии гнойно-деструктивных форм острого гестационного пиелонефрита/ В.Н.Журавлёв, Д.В.Петров, Р.Ш.Шамуратов // Уральский мед. журнал. – 2006. – № 8. – С. 29-33.
9. Прогностические возможности дуплексной ультразвуковой доплерографии при остром гестационном пиелонефрите / В.Н.Журавлёв, Е.Е.Кунцева, Р.М.Эйдинов, Б.И.Клебанов // Казанский мед. журнал. – 2008. – Т. 89, №2. – С.187-189.
10. Акушерство: Национальное руководство / Э.К.Айламазяна, В.И.Кулакова, В.Е.Радзинского. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2007. – 696с.
11. Охотников А.Н. Оптимизация диагностической и лечебной тактики при гнойном пиелонефрите беременных: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Н.Охотников. – Саратов. – 2012. – 16с.



12. Пронкин Е.А. Длительное и пожизненное дренирование верхних мочевых путей мочеточниковыми стентами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.А.Пронкин. – М. - 2010. – С.3-4с.
13. Франк М.А. Острый гестационный пиелонефрит: патогенетические аспекты, диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А.Франк. – М. – 2009. – 23с.
14. Millar L.K. Uterine contraction frequency during treatment of pyelonephritis in pregnancy and subsequent risk of preterm birth / L.K. Millar// Journal of Perinatal Medicine. – 2005. – V. 31, №1. – P. 41–46.
15. Paban S. Acute pyelonephritis in pregnancy/ S. Paban// A retrospective study. –2007. –V. 47, №4. – P. 313–315.
16. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М.Шехтман. – М.: Триада-Х. – 2005. – 255 с.
17. Власюк М.Е. Клиническая эффективность консервативной и эндоурологической тактики лечения беременных с острым пиелонефритом при ретенционно-обструктивных осложнениях / М.Е.Власюк [и др.]// Ростов-на-Дону. – РМЖ. – 2010. - №2. – С. 1-9.

Summary

Ways to improving the treatment effectiveness of retentional obstructive complications of acute pyelonephritis in pregnant

A.M. Hodjamurodov, D.N. Solihov, M.F. Dodkhoeva, M.M. Kosimov
Chair of Urology; Obstetrics and Gynecology Avicenna TSMU

We examined 53 pregnant women with pyelonephritis with hydronephrosis in age from 18 to 29 years.

Depending on degree of urodynamics violation and structural changes of pelvic urological system associated by this were divided three clinical groups.

As a result of conservative treatment in all patients from first group (n=14) noted a positive effect, in second group (n=21) – only in 15 (71,42%) patients, and the remaining 6 patients – by indications was set renal stent. In the third group (n=18) due to lack of effect of anti-inflammatory therapy, and frequent attack of no-reserving colic, to all patients in this group was set ureteral stent to improve urodynamics. Totally in complex therapy for 24 (45,28%) patients was set ureteral stent that reduce the degree of hydronephrosis, subsiding intensity of the inflammatory process and improve the overall condition of patients

Key words: pyelonephritis gravidarum, hydronephrosis, renal stenting, renal vascular Doppler

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ходжамуродов Асадулло Мухаммадкомиллович –
аспирант кафедры урологии ТГМУ;
Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: asadmedik@mail.ru