

УДК 618.3/5:618.61-002.3

© Коллектив авторов, 2011.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА, СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Е. Н. Ляшенко, В. А. Заболотнов, А. Н. Рыбалка, О. И. Боева, З. М. Кадырова

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. кафедрой – проф. В. А. Заболотнов),

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь.

THE FEATURES OF THE COURSE OF THE PREGNANCY, THE LABOR, THE POSTPARTUM STAGE, THE CONDITION OF THE NEWBORN BABIES IN THE WOMEN WITH PYELONEPHRITIS

E. N. Lyashenko, V. A. Zabolotnov, A. N. Rybalka, O. I. Boeva, Z. M. Kadirova

SUMMARY

The modern findings about pyelonephritis at the pregnant women are presented in given article. The features of the course of the pregnancy, the labor, the postpartum stage, the condition of the newborn babies in the women with pyelonephritis are described.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ, ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ, СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ У ЖІНОК З ПІЕЛОНЕФРИТОМ

О. М. Ляшенко, В. О. Заболотнов, А. М. Рибалка, О. І. Боева, З. М. Кадирова

РЕЗЮМЕ

У статті наведені сучасні дані про пієлонефрит у вагітних. Описані особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, стану новонароджених у жінок з пієлонефритом.

Ключевые слова: беременность, роды, плод, пиелонефрит, осложнения.

Проблема экстрагенитальных заболеваний у беременных, среди которых наибольший удельный вес имеет патология почек, остаётся одной из наиболее актуальных в акушерской практике. По данным литературы, в настоящее время прослеживается неуклонный рост числа инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, в том числе пиелонефрита, который встречается у 15-20% лиц молодого возраста. Пиелонефрит занимает лидирующее место в структуре заболеваний почек во всех возрастных группах – от новорожденных до долгожителей. Особенно актуальна эта проблема с позиций современного акушерства и перинатологии, так как наличие этой патологии у матери обуславливает осложненное течение гестационного процесса и высокую заболеваемость новорожденных [1, 2, 3].

Согласно данным современной литературы, пиелонефрит определяется как инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным поражением интерстициальной ткани почки и ее чашечно-лоханочной системы. По характеру клинического течения пиелонефрит может быть острым и хроническим. В отдельную группу выделен гестационный пиелонефрит [2, 3].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных у женщин с пиелонефритом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучен общий соматический и акушерско-гинекологический анамнез, особенности течения беременности, родов, послеродового периода, состояние новорожденных при рождении у 280 женщин с пиелонефритом. Применены клинические, лабораторные и статистические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За период с 2005 по 2010 гг. в ГКРД №2 г. Симферополя произошло 21 139 родов. Заболевания мочевыводящих путей у беременных составляли 3,1%. Анализ количества случаев с заболеваниями мочевыводящих путей у беременных свидетельствует, что показатель данной патологии беременных имеет тенденцию к росту. В 2005 году процент заболеваний мочевыводящих путей составлял 2,8% от числа родов, а в 2010 году – 3,2%.

Под нашим наблюдением находились 280 беременных, страдающих пиелонефритом. В исследуемой группе у 185 женщин (66,1%) был хронический пиелонефрит в стадии ремиссии; у 49 женщин (17,5%) – обострение хронического пиелонефрита; у 46 женщин (16,5%) диагностирован гестационный пиелонефрит.

Возраст женщин колебался в пределах 18-42 лет. В возрасте до 25 лет было 100 беременных (35,7%), 25-30 лет – 140 (50,0%) и старше 30 лет – 40 женщины

(14,3%). Как видно, большинство женщин были в возрасте 25-30 лет.

Общий, соматический и специальный анамнез был отягощен детскими инфекционными заболеваниями (ветряная оспа, корь, краснуха) переболели 235 беременных (83,9%).

У 115 (41,1%) из 280 беременных с пиелонефритом была диагностирована другая хроническая соматическая патология: гипертоническая болезнь – у 15 (5,4%), варикозная болезнь нижних конечностей – у 19 (6,8%), хронический гастрит – у 17 (6,1%), заболевания глаз (миопия, астигматизм) – у 39 (13,9%), вегетососудистая дистония – у 25 (8,9%) женщин.

Течение беременности у женщин с пиелонефритом сопровождалось анемией в 136 случаев (48,6%).

Гинекологические заболевания были в анамнезе у 152 женщин (54,3%): эрозия шейки матки – 33,2%, воспалительные заболевания придатков – 14,6%, миома матки – 4,3%. Оперативные вмешательства имели место у 5 женщин (1,8%): 2 женщины прооперированы по поводу внематочной беременности и 3 – по поводу апоплексии яичника.

Хронический пиелонефрит оказывает отрицательное влияние на репродуктивную функцию женщин (2 женщины (0,9%) страдали первичным бесплодием, у 39 женщин (16,7%) в анамнезе были самопроизвольные выкидыши, 4 женщины (1,7%) пре-

рывали беременность после 12 недель в связи с пороками развития внутренних органов у плода).

Данная беременность была первой у 45,4% женщин, две и более беременностей в анамнезе имели 54,6% женщин.

В связи с обострением хронического или гестационным пиелонефритом 95 женщин исследуемой группы были госпитализированы в стационар до 20 недель – 34 пациентки (35,8%), при беременности 21-30 недель – 38 пациенток (40,0%), в 31 и более недель – 23 пациентки (24,2%).

Клиника манифестации заболевания у 49 женщин с обострением хронического пиелонефрита и 46 женщин с гестационным пиелонефритом представлена на рисунке 1. В большинстве случаев имелось сочетание нескольких симптомов. У всех женщин симптом «поколачивания» был положительным (рис. 1).

При лабораторном обследовании в общем анализе крови у 32 (33,7%) женщин отмечается лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево.

По данным УЗИ почек, гидронефроз (7 случаев – 14,3%) и пиелоктазия (26 случаев – 56,5%) были частыми находками у 46 пациенток с гестационным пиелонефритом, в то время как аномалии развития мочевыделительной системы (57 случаев – 24,4%) встречались в основном у 234 беременных с хроническим пиелонефритом. Дефекты почечных структур, как правило, обнаруживались справа.

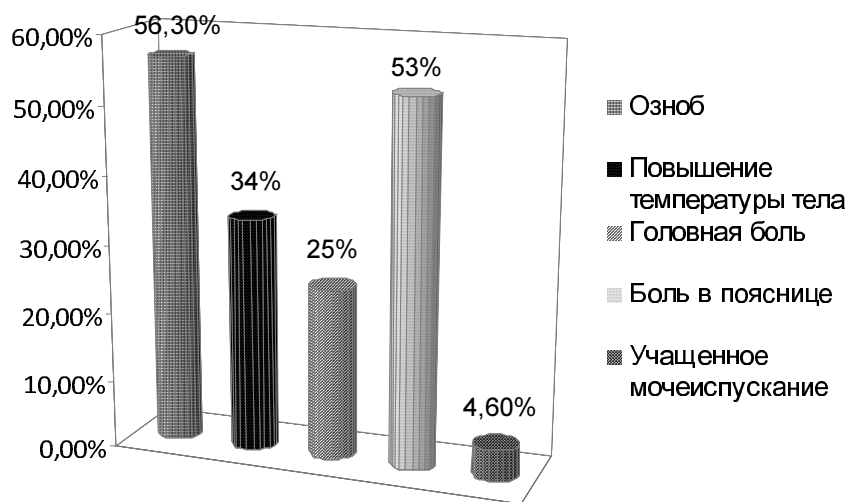


Рис. 1. Клиническая картина.

Особого внимания заслуживает вопрос об особенностях течения настоящей беременности. Течение беременности осложнилось рвотой беременных у 10,0% (28 женщин). Пиелонефрит, даже если он не обостряется во время беременности, часто осложняется преэклампсией (преэклампсия легкой степени встречалась у 11 (3,9%) женщин, средней степени – у 8 (2,9%), тяжелой степени – у 3 (1,1%).

В первой половине беременности угрозой прерывания осложнились 79 беременностей (28,2%). Угроза прерывания во второй половине беременности встречалась у 64 беременных (22,9%).

Патология амниона, по данным УЗИ, наблюдалась в 28,6% случаев (у 40 женщин имело место маловодие и у 40 беременных имело место многоводие).

Преждевременное излитие околоплодных вод произошло у 43 (15,4%) беременных в сроке бере-

менности 27-34 недели, у 9 женщин (3,2%) – после 34 недель беременности.

По данным доплерографического исследования, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока имело место у 43 женщин (15,4%): IA – в 6,4%, IB – в 5,0%, II – в 3,9%. Наличие пиелонефрита у беременной нередко приводит к развитию внутриутробного инфицирования, угрозе прерывания беременности, патологии амниона (много-, маловодие, наличие гиперэхогенной суспензии в околоплодных водах). Дистресс плода наблюдался в 6,8% случаев, синдром задержки развития плода – в 3,9%, преждевременное старение плаценты имело место в 4,3%.

Срочные роды были у 258 женщин (92,0%). У 22 женщин, что соответствуют 7,9%, произошли преждевременные роды, в сроке беременности 31-36 недель.

Всего операцией кесарева сечения родоразрешились 55 женщин (19,6%). Показаниями к абдоминальному родоразрешению явились: рубец на матке – 7,1%, дистресс плода – 2,5%, клинически узкий таз – 2,5%, неправильное положение плода – 2,1%, аномалии родовой деятельности – 2,5%, осложненная миопия – 1,8%, преэклампсия тяжелой степени – 1,1%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 1,1%.

Всего родилось 288 детей (8 двоен). Масса тела при рождении менее 2500 г отмечена у 35 (12,2%) новорожденных. Масса тела 2500-3000 г была у 52 (18,0%) новорожденных; масса тела 3000–3999 г – у 182 новорожденных (63,2%). Масса тела 4000 г и более – у 19 (6,6%) новорожденных. Длина тела 46-47 см была у 34 (11,8%) детей; длина 48-53 см – у 194 новорожденных (67,4%); длина тела 50-57 см – у 60 новорожденных (20,8%).

Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения 2-5 баллов была у 2 (0,7%) новорожденных, 6-7 баллов – у 15 (5,4%), 8-10 баллов – у 271 новорожденных (96,8%).

Чаще всего регистрировались такие осложнения периода новорожденности, как желтушный синдром – 50,3% (149 детей), токсическая эритема выявлена у

2,4% детей, синдром возбуждения – 1,7%, респираторный дистресс синдром – 1,0%, внутриутробная пневмония плода – 0,7%, синдром внутриутробного инфицирования – 0,7%. У 2,8% детей диагностированы аномалии развития почек, идентичные материнским. Врожденные пороки развития плода (пороки развития сердца, желудочно-кишечного тракта) обнаружены у 5,6% (16) новорожденных.

В послеродовом периоде в исследуемой группе женщин в 3,6% случаев имело место обострение хронического пиелонефрита. Гипотоническое кровотечение в послеродовом периоде наблюдалось у 2 женщин (0,7%), хориоамнионит – у 2 женщин (0,7%), субинволюция матки – у 1 женщины (0,4%).

ВЫВОДЫ

1. В период с 2005 по 2010 годы отмечено увеличение частоты заболеваний мочевыделительной системы.

2. Проведенные исследования свидетельствуют, что критическим сроком беременности для возникновения гестационного пиелонефрита или обострения хронического пиелонефрита является срок гестации 25-30 недель беременности.

3. При пиелонефрите во время беременности повышается частота акушерских осложнений, синдрома внутриутробного инфицирования плода, и имеет место нарушение течения периода адаптации новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дядык А. И. Инфекции мочевыводящих путей при беременности / А. И. Дядык, Л. В. Багрий, Н. Ф. Яровая // Украинский химиотерапевтический журнал. – 2000. – № 4. – С. 61–65.

2. Перепанова Т. С. Инфекции почек и мочевыводящих путей: современные подходы к терапии / Т. С. Перепанова // Фарматека. – 2004. – № 3/4. – С. 16–22.

3. Чайка В. К. Справочник специалиста / В. К. Чайка, Н. В. Гребельная // Газета «Новости медицины и фармации». – 2007. – № 12 (218).