

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ

А. Клишкин¹,
А. Фрейдин²,
С. Петров³, кандидат медицинских наук
А. Хурасева³, доктор медицинских наук, профессор
¹Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД»
²Медицинский центр «Земский доктор», Суджа
³Медицинский центр «Авиценна», Курск
E-mail: klimkinaalexandr@mail.ru

В ходе исследования установлена высокая частота осложнений беременности (хроническая фетоплацентарная недостаточность, внутриутробные инфекции, преэклампсия) у пациенток с хроническим пиелонефритом в стадии обострения. Осложнения в родах (несвоевременное излитие околоплодных вод и аномалии родовой деятельности) у беременных с впервые выявленным пиелонефритом встречались реже, чем у пациенток с хроническим воспалением почек в стадии обострения и ремиссии.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, беременность, осложнения, серозный пиелонефрит, гестационный процесс.

В последние годы все большую актуальность приобретает проблема пиелонефрита у беременных. Это, с одной стороны, обусловлено увеличением его частоты (15–20%), а с другой – тем, что пиелонефрит у беременных является фактором риска развития осложнений, способствующих материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [1–3].

Предпосылками для возникновения и прогрессирования пиелонефрита во время беременности являются анатомо-функциональные особенности гестационного процесса [4]. Особого внимания заслуживает то, что дети, родившиеся от матерей с почечной патологией, относятся к группе риска по заболеваемости в постнатальном периоде [5].

Тактика лечения гнойных форм пиелонефрита хорошо отработана, однако при ведении беременных с серозными формами пиелонефрита требуется дифференцированный подход [6–10].

Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности и родов у пациенток в зависимости от формы серозного пиелонефрита.

Анализировали течение беременности и родов у 360 женщин, в том числе у 300 – с серозным пиелонефритом (основная группа) и 60 здоровых беременных (контроль).

Пациентки основной группы были подразделены на 3 подгруппы в соответствии с классификацией А.Я. Пытеля и С.Д. Голигорского (1977) в зависимости от формы серозного пиелонефрита: с пиелонефритом,

выявленным впервые во время беременности (n=100); с хроническим пиелонефритом в стадии обострения (n=100) и с хроническим пиелонефритом в стадии ремиссии (n=100).

Все обследуемые были в возрасте от 22 до 29 лет, у всех беременность была одноплодной и завершилась своевременным рождением живых детей без пороков развития. Проведено комплексное обследование с применением клинических, лабораторных и эхографических методов.

В основной группе обострение хронического пиелонефрита и впервые выявленный пиелонефрит диагностированы во II и III триместрах беременности на основании клинико-лабораторных данных и по результатам ультразвуковой ренометрии.

Статистический анализ результатов исследования проведен с помощью программы многомерного анализа «Статистика 6» с использованием методов вариационной статистики, t-критерия Фишера–Стьюдента; результаты представлены в виде $M \pm m$ (M – средняя величина параметра, m – стандартная ошибка средней величины). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

При сравнении клинико-anamnestических данных пациенток установлено, что для беременных основной группы в отличие от контрольной характерно наличие отягощенно-соматического и гинекологического анамнеза. В анамнезе у женщин основной группы чаще выявлялись хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), самопроизвольные выкидыши и неразвивающаяся беременность (табл. 1).

Известно, что при пиелонефрите гестационный процесс осложняется угрозой прерывания беременности или преждевременными родами [11]. По нашим данным (табл. 2), угроза прерывания беременности преобладала в группе женщин с хроническим пиелонефритом в стадии обострения ($32,0 \pm 4,7\%$; $p_{2-3} < 0,01$; $p_{2-4} < 0,01$).

Одни авторы указывают преэклампсию (гестоз) как наиболее частую причину прерывания беременности при хроническом пиелонефрите (62–87% при нарушении почечной гемодинамики) [12, 13]. По мнению других исследователей, значимую роль в невынашивании беременности при пиелонефрите играет внутриутробное инфицирование (ВУИ), развивающееся на фоне нарушения иммунной адаптации [14, 15].

Как следует из данных табл. 2, у каждой 2-й женщины с хроническим пиелонефритом в стадии обострения беремен-

Таблица 1
Особенности соматического и гинекологического анамнеза у женщин сравниваемых групп; % ($M \pm m$)

Особенности соматического и гинекологического анамнеза	Основная группа			Контрольная группа (n=60)	p
	впервые выявленный пиелонефрит (n=100)	хронический пиелонефрит в стадии обострения (n=100)	хронический пиелонефрит в стадии ремиссии (n=100)		
Частые ОРВИ	29,0±4,5	52,0±5,0	32,0±4,7	20,0±5,2	$p_{1-2} < 0,01$ $p_{2-3} < 0,01$ $p_{2-4} < 0,001$
Хронические ВЗОМТ	22,0±4,1	42,0±4,9	34,0±4,7	13,3±4,4	$p_{2-4} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,01$
Неразвивающаяся беременность	15,0±3,6	27,0±4,4	21,0±4,1	8,3±3,6	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,001$

Примечание. ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции.

ность осложнялась преэклампсией (гестозом), что достоверно чаще, чем в других группах.

В современных исследованиях убедительно доказано, что среди экстрагенитальных заболеваний, увеличивающих риск ВУИ, немаловажная роль принадлежит пиелонефриту. Пути ВУИ при пиелонефрите – разные: трансплацентарный, восходящий, аспирационный; как правило, они сочетаются, что приводит к высокой частоте ВУИ у новорожденных – 17,6–21,8% [1, 16].

При хроническом пиелонефрите в стадии обострения ВУИ было диагностировано в 52,0±5,0% случаев – в 2 раза чаще, чем в других группах ($p_{1-2}<0,01$; $p_{2-3}<0,01$; $p_{2-4}<0,01$).

Одно из наиболее частых осложнений беременности у пациенток с пиелонефритом – ФПН, частота которой варьирует от 20 до 30% [7, 17]. По данным И.Г. Никольской и соавт. (2003), частота гормональной недостаточности фетоплацентарного комплекса при пиелонефрите зависит от его клинической формы: при гестационном пиелонефрите – 18%, при хроническом – 29%, при вторичном хроническом – 42% [18]. Это согласуется с полученными нами данными: у беременных с хроническим пиелонефритом в стадии обострения ФПН диагностирована в 46,0±5,0% случаев, что в 2 раза чаще, чем в других группах.

Течение родов в группе женщин с хроническим пиелонефритом в стадии обострения осложнилось высокой частотой несвоевременного излития околоплодных вод (57,0±5,0%) и аномалий родовой деятельности (52,0±5,0%).

Нами установлено, что у женщин с хроническим пиелонефритом в стадии обострения течение беременности и родов осложнялось намного чаще, чем при других клинических формах серозного пиелонефрита. Следует также отметить, что у всех женщин этой группы сочетались 2–3 осложнения беременности, из которых чаще встречались преэклампсия и ВУИ; среди осложнений родов доминировали несвоевременное излитие околоплодных вод и аномалии родовой деятельности.

Литература

1. Никольская И.Г., Тареева Т.Г., Микаелян А.В. и др. Пиелонефрит и беременность. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения // Рос. вест. акушера-гинеколога. – 2003; 2: 34–6.
2. Петричко М.И., Чижова Г.Б. Инфекции мочеполовой системы у беременных женщин / Новосибирск: Наука, 2002; 268 с.

Осложнения беременности и родов у женщин сравнимых групп; % (M±m)

Таблица 2

Осложнения беременности и родов	Основная группа			Контрольная группа (n=60)	p
	впервые выявленный пиелонефрит (n=100)	хронический пиелонефрит в стадии обострения (n=100)	хронический пиелонефрит в стадии ремиссии (n=100)		
Хроническая ФПН	21,0±4,1	46,0±5,0	26,0±4,4	25,0±5,6	$p_{1-2}<0,001$ $p_{2-3}<0,01$ $p_{2-4}<0,01$
ВУИ	28,0±4,5	52,0±5,0	22,0±4,1	28,3±5,8	$p_{1-2}<0,01$ $p_{2-3}<0,01$ $p_{2-4}<0,01$
Угроза прерывания беременности	25,0±4,3	32,0±4,7	15,0±3,6	15,0±4,6	$p_{2-3}<0,01$ $p_{2-4}<0,01$
Отеки беременных	15,0±3,6	42,0±4,9	34,0±4,7	16,7±4,8	$p_{1-2}<0,001$ $p_{1-3}<0,01$ $p_{3-4}<0,01$ $p_{2-4}<0,001$
Преэклампсия (гестоз)	17,0±3,8	53,0±5,0	28,0±4,5	13,3±4,4	$p_{1-2}<0,01$ $p_{2-3}<0,001$ $p_{2-4}<0,001$ $p_{3-4}<0,05$
Анемия беременных	18,0±3,8	38,0±4,9	33,0±4,7	8,3±3,6	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,05$ $p_{2-4}<0,001$ $p_{3-4}<0,001$
Синдром задержки развития плода	12,0±3,2	35,0±4,8	28,0±4,5	11,7±4,1	$p_{1-2}<0,001$ $p_{1-3}<0,01$ $p_{3-4}<0,01$ $p_{2-4}<0,001$
Несвоевременное излитие околоплодных вод	15,0±3,6	57,0±5,0	25,0±4,3	13,3±4,4	$p_{1-2}<0,001$ $p_{2-3}<0,001$ $p_{2-4}<0,001$
Аномалии родовой деятельности	17,0±3,8	52,0±5,0	30,0±4,6	15,0±4,6	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,05$ $p_{2-3}<0,01$ $p_{2-4}<0,001$ $p_{3-4}<0,05$

Примечание. ФПН – фетоплацентарная недостаточность.

3. Hill J., Sheffield J., McIntire D. et al. Acute pyelonephritis in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2005; 105 (1): 18–23.
4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.: Триада X, 2005.
5. Ишкабулова Г.Дж. Особенности функционального состояния почек у новорожденных от матерей, больных хроническим пиелонефритом // Педиатрия. – 2001; 3: 42–5.
6. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных / М.: Медицина, 2004.
7. Емельянова Т.Г. Оптимизация лечения и акушерской тактики при остром гестационном пиелонефрите. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2006; 26.
8. Сафронова Л.А. Пиелонефрит и беременность // Рус. мед. журн. – 2000; 8 (18): 778–81.
9. Кушевская Е.А. Пиелонефрит и ретенционно-обструктивные поражения верхних мочевых путей, их коррекция у беременных. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007; 22.
10. Suman E., Gopalkrishna Bhat K., Hegde B. Bacterial adherence and immune response in recurrent urinary tract infection // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2001; 75 (3): 263–8.
11. Посисеева Л.В., Талаев А.М., Панова И.А. Реоренографические критерии прогнозирования гестоза у беременных с хроническим пиелонефритом // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2004; 4: 4–5.

12. Гурьева В.М. Артериальная гипертензия у беременных (клиника, диагностика, лечение). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008; 47.

13. Хамадянов У.Р., Громенко Ю.Ю. Профилактика преждевременных родов у женщин с урогенитальной инфекцией // Акуш. и гинекол. – 2003; 2: 66–8.

14. Капительный В.А. Течение и исходы беременности у пациенток с бессимптомной бактериурией. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008; 21.

15. Sharma P., Thapa L. Acute pyelonephritis in pregnancy: a retrospective study // Aust. NZS Obstet. Gynecol. – 2007; 47 (4): 3–5.

16. Pont A., Wolff H., van Delden O. et al. Pyelonephritis during pregnancy: a threat to mother and child // Med. Tijdschr. Geneeskol. – 2008; 152 (1): 58.

17. Кокая А.А., Добротина А.Ф., Егорова Н.А. Особенности фетоплацентарной системы и состояние плода у беременных с хроническим и гестационным пиелонефритом // Вестн. ВолГМУ. – 2003; 1: 51–5.

18. Никольская И.Г., Тареева Т.Г., Микаелян А.В. и др. Пиелонефрит и беременность. Профилактика, принципы диспансерного наблюдения, лечение, родоразрешение // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2003; 3: 23–6.

CHRONIC PYELONEPHRITIS IN PREGNANCY

A. Klimkin¹; A. Freidin²; S. Petrov³, Candidate of Medical Sciences; Professor A. Khuraseva³, MD

¹Departmental Clinical Hospital at the Kursk City Station, OAO «RZhd»

²«Zemskiy doktor» Medical Center, Sudzha

³«Avicenna» Medical Center, Kursk

This investigation established the high rate of pregnancy complications (chronic fetoplacental insufficiency, intrauterine infections, and preeclampsia) in patients with chronic pyelonephritis in the acute stage. Labor complications (premature amniorrhea, labor anomalies) occurred in pregnant women with new-onset pyelonephritis less frequently than in patients with chronic renal inflammation in exacerbation and remission periods.

Key words: obstetrics and gynecology, pregnancy, complications, serous pyelonephritis, gestational process.