

УДК 616.61-002.3-055.26

**ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД
НА ПРОБЛЕМЫ УРОГИНЕКОЛОГОВ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Х.Р. Курбаналиев, Г.С. Чернецова

Представлено современное состояние проблемы пиелонефрита беременных. Указаны причины и проблемы лечебной тактики. С позиции уролога уделено внимание проблемам восстановления оттока мочи внутренним дренированием – установлением самоудерживающегося стента при гестационном пиелонефрите с акцентированием преимуществ и недостатков этого метода.

Ключевые слова: пиелонефрит беременных; гестационный пиелонефрит; нарушение оттока мочи; гидронефроз; осложнения; стентирование и дренирование верхних мочевых путей.

**PYELONEPHRITIS PREGNANT WOMEN.
THE MODERN VIEW ON THE PROBLEM OF UROGYNECOLOGIC
(REVIEW)**

H.R. Kurbanaliev, G.S. Chernetsova

This review presents the current state of the problem of pyelonephritis of pregnant. The article suggests the causes and problems of therapeutic tactics. From the standpoint of the urologist, the focus was on problems of recovery of the outflow of urine internal drainage – establish a self-retaining stent at a gestational pyelonephritis with emphasis on the advantages and disadvantages of the method.

Keywords: pyelonephritis of pregnant women; gestational pyelonephritis; a violation of the outflow of urine; hydronephrosis; complications stenting and drainage of the upper urinary tract.

Актуальность. В последние годы отмечается тенденция к увеличению рождаемости. Наряду с этим повышается частота развития заболеваний почек, приводящих к осложнениям беременности и родов у женщин и плода. За последние 20 лет как урологи, так и акушеры-гинекологи неоднократно обсуждали проблему, связанную с гестационным пиелонефритом, т. е. пиелонефритом беременных, которая вновь и вновь обращает на себя внимание врачей многих специальностей. Пиелонефрит беременных в настоящее время развивается у 7 % пациенток (по некоторым данным от 17,4 до 23,2 %) и может привести к серьезным осложнениям. У 30 % беременных с пиелонефритом развиваются гнойно-воспалительные осложнения, у 40 % отмечается снижение или отсутствие выделительной функции почек, у 10,3 % развивается бактериотоксический шок, 6,4 % страдают токсическим гепатитом, летальность достигает 4–10 %, а перинатальная смертность составляет до 7,5 % [1–5].

Так, еще российские исследователи прошлого века отметили, что эта проблема является своего рода руководством к действию. За два десятилетия частота встречаемости гестационного пиелонефрита возросла с 0,8 до 10 %. К настоящему времени эти показатели изменились, к сожалению, в сторону роста и достигают уже 17,4 % [6–8].

Основная причина развития гестационного пиелонефрита – механическая. Во время беременности матка постепенно увеличивается в размерах, “сдавливает” соседние органы, в том числе и мочеточники, особенно справа, выводные протоки почек, которые отводят из почек мочу. По этой же причине пиелонефрит чаще возникает во второй половине беременности, когда размеры матки максимальные [9, 10].

Другой немаловажный фактор, способствующий развитию гестационного пиелонефрита, – это гормональные перестройки при беременности. Изменение соотношений гормонов в организме, главным

образом, эстрогенов и прогестерона, ведет к ухудшению перистальтики мочеточников и, как результат, к нарушению оттока [11–13].

Помимо вышеперечисленных проблем существуют и те, которые имеют причинно-следственную связь с перенесенным гестационным пиелонефритом и относятся к категории чрезвычайно важных социальных и медицинских вопросов. К последним можно отнести: осложнения в дородовом и послеродовом периодах; невынашивание беременности и мертворождение; развитие хронических заболеваний у женщин, приводящих порой к инвалидизации. Несомненно, гестационный пиелонефрит влияет на состояние плода и, соответственно, на здоровье ребенка. У детей, рожденных от матерей, страдающих пиелонефритом, чаще наблюдаются гипоксия, гипотрофия и внутриутробное инфицирование. Это диктует необходимость выделения таких детей в группу высокого риска по перинатальной патологии. Решение этих вопросов приобретает особое значение в условиях неблагоприятной демографической ситуации [14, 15].

По-прежнему остается достаточно высоким количество гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита беременных, при которых требуется выполнение хирургических, порой органосохраняющих, вмешательств. По данным многих исследователей, количество оперированных женщин с острым гестационным пиелонефритом составило 14,4 %. Процент оперативных вмешательств, по данным ряда авторов, колебался от 8,3 до 28,4 %, а причины такого значительного количества беременных, потребовавших выполнения операции, авторы, прежде всего, усматривали в поздней госпитализации. Несомненно, что в то время в значительной степени страдала преемственность в лечении этих пациенток между урологами и акушерами-гинекологами; отсутствовали единые подходы в диагностике и лечении данной категории больных. В то же время, нельзя недооценивать значение госпитальной инфекции в развитии гнойно-деструктивного пиелонефрита, о чем свидетельствуют современные данные бактериологического анализа у женщин, перенесших инфекции мочевых путей как в период беременности, так и вне ее. Все эти факторы требуют тщательного анализа и выработки четких стандартов лечения острого гестационного пиелонефрита [2, 6, 8, 16].

20 лет тому назад произошли значительные перемены в акушерской тактике, что обусловлено внедрением в практику современных методов исследования, позволяющих с акушерских позиций оценить состояние матери и плода, а также функцию плаценты. Эти вопросы имеют чрезвычайно важное значение в тех ситуациях, когда весь арсе-

нал лечебных методов не позволяет избавить женщину от воспалительного процесса в почках, что, в свою очередь, может стать причиной развития серьезных осложнений, таких как ОПН, гестоз, а в последующем ХПН и др. [14].

Совершенствуются организационные методы взаимодействия урологов и акушеров-гинекологов, чему в последнее десятилетие посвящено значительное количество научных работ.

Таким образом, все указанные физиологические причины приводят к застою мочи в лоханках почек, что является благоприятным фоном для размножения патологических микроорганизмов – кишечной палочки, стафилококков, стрептококков и пр. Все это ведет к развитию инфекционно-воспалительного процесса в почках, т. е. пиелонефрита.

Разноречивыми, а иногда и спорными, являются вопросы лечебной тактики. Одни исследователи предлагают консервативную терапию, другие придерживаются показаний к стентированию верхних мочевых путей с целью восстановления оттока мочи. Ученые подчеркивают, что даже проводимая интенсивная терапия будет неэффективной, если имеет место нарушение оттока мочи. Другие же придерживаются принципа последовательных консервативных и хирургических мероприятий, направленных на длительное восстановление оттока мочи, санацию гнойного очага с проведением антибактериальной и симптоматической терапией.

Так, В.Н. Серов и совт., а также многие исследователи указывают, что дренирование мочевых путей при обструктивном пиелонефрите повышает эффективность проводимого лечения острого пиелонефрита и профилактику осложнений течения беременности. При этом наружное дренирование мочевых путей путем наложения чрескожной пункционной нефростомы у беременных при ретенционно-обструктивных нарушениях мочевых путей является более перспективным способом восстановления пассажа мочи [2].

Многие исследователи считают оптимальным методом кратковременное наружное дренирование мочеточниковым катетером, продолжительное рекомендуют дренировать внутренним стентированием, а при тяжелых состояниях и тяжелом течении пиелонефрита, где требуется длительное и контролируемое дренирование почки, методом выбора является перкутанная пункционная нефростомия. Однако следует отметить, что использование чрескожной нефростомии сопровождается повышением компенсаторно-приспособительных реакций в плаценте, что выражается в повышении капилляризации терминальных ворсин малого калибра, гиперплазии периферически расположенных капилляров, уменьшении 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 [10, 17–20].

В данное время разработаны и унифицированы показания к оперативному вмешательству у больных с гнойным пиелонефритом беременных для органосохраняющих операций – отсутствие эффекта от проводимой терапии на фоне адекватного пассажа мочи из верхних мочевых путей, прогрессирование бактериотоксического шока, присоединение тяжелой полиорганной недостаточности и отека легких, невозможность восстановления оттока мочи малоинвазивными методами. Показания к нефрэктомии – тотальное поражение почки карбункулом или апостемами с абсцедированием и гнойным расправлением паренхимы почки, тяжелые септические осложнения, полиорганная недостаточность и др. [6, 14, 17].

Часто урологи видят выход из положения в установлении стента даже при небольших размерах расширенной лоханки и в различные сроки беременности. Разработка показаний и противопоказаний еще требует доработок, но о том, что стентирование является абсолютно безопасным, говорить рано, так как многие исследователи указывают на осложнения в виде следующих проявлений: частые позывы к мочеиспусканию; болезненность и затрудненность мочеиспускания; наличие в моче крови; развитие пузырно-мочеточникового рефлюкса, приводящего к отеку слизистой мочеточника. Если говорить о более серьезных осложнениях, к которым может привести стентирование для восстановления проходимости мочевых путей, то среди них можно выделить следующие: инфицирование, неправильная установка, миграция, обструкция мочевыводящих путей, разрушение или смещение стента, инкрустация и возможная окклюзия, эрозии мочеточника, появление свищей [4, 6, 14, 16, 17].

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, 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 вышеизложенными фак-

тами, проблема разработки тактики комплексного лечения пиелонефрита и ретенционно-обструктивных поражений верхних мочевых путей у беременных, относится к актуальным [1, 7, 8, 14].

Таким образом, актуальность проблемы гестационного пиелонефрита в настоящее время не вызывает сомнений. Трудно выделить при рассмотрении всей проблемы только лишь урологическую составляющую. И все же, с точки зрения практикующего врача-уролога как амбулаторно-поликлинической службы, так и врача урологического стационара, необходимы четко сформулированные принципы в вопросах профилактики, диагностики и лечения гестационного пиелонефрита. Это касается как организации специализированной урологической помощи, так и взаимодействия с акушерами-гинекологами. Создание единых стандартов позволит обеспечить оказание квалифицированной урологической помощи в стационарах различного уровня.

Из вышеизложенного следует, что пиелонефрит во время беременности является тяжелым осложнением, приводящим к высокому проценту развития гестозов (44,2 %), анемий беременных (61,1 %), преждевременных родов (17,1 %) и внутриутробного инфицирования плода (8,4 %).

Среди причин следует выделить такие как: рост заболеваемости; увеличение процентного количества гнойно-деструктивных форм гестационного пиелонефрита; отсутствие четко сформулированных критериев как в постановке диагноза, так и при выборе показаний к различным методам лечения; отсутствие общепринятых протоколов ведения данной категории больных. Требуют дальнейшего совершенствования организационные вопросы диагностики и лечения этого заболевания, координации врачей разных специальностей.

Литература

1. *Варганова А.О.* Особенности течения беременности, родов, перинатальные исходы у пациенток с острым гестационным пиелонефритом / А.О. Варганова, А.П. Кирющенко, А.А. Довлатян // Акушерство и гинекология. 2006. № 2. С. 8–11.
2. *Серов В.Н.* Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение / В.Н. Серов, В.Л. Тютюнник // Русский мед. журнал. 2012. Т. 10. № 36. С. 78–81.
3. *Франк М.А.* Острый гестационный пиелонефрит: патогенетические аспекты, диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А. Франк. М., 2009. 23 с.
4. *Morgan K.L.* Management of UTIs during pregnancy / K.L. Morgan // MCN Am J Matern Child Nurs. 2004. Vol. 29. № 4. P. 254–258.

5. *Paban S.* Acute pyelonephritis in pregnancy / S. Paban // A retrospective study. 2007. V. 47. № 4. P. 313–315.
6. *Власюк М.Е.* Клиническая эффективность консервативной и эндоурологической тактики лечения беременных с острым пиелонефритом при ретенционно-обструктивных осложнениях / М.Е. Власюк и др. // РМЖ. Ростов н/Д. 2010. № 2. С. 1–9.
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. *Солихов Д.Н.* Функциональное состояние почек при нормальной и осложненной беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.Н. Солихов. Душанбе, 2004. 16 с.
9. *Охотников А.Н.* Оптимизация диагностической и лечебной тактики при гнойном пиелонефрите беременных: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Н. Охотников. Саратов, 2012. 16 с.
10. *Figueroa A.J.* Xanthogranulomatous pyelonephritis in a pregnant woman: a case report and review of the literature / A.J. Figueroa, J.P. Stein, J.A. Cunningham, D.A. Ginsberg, D.G. Skinner // Urology. 1996. Vol. 48. № 2. P. 294–297.
11. *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.
12. *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.
13. *Wing D.A.* Pyelonephritis in pregnancy: treatment options for optimal outcomes Drugs / D.A. Wing // Drugs. 2001. Vol. 61. № 14. P. 2087–2096.
14. *Пронкин Е.А.* Длительное и пожизненное дренирование верхних мочевых путей мочеточниковыми стентами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.А. Пронкин. М., 2010. С. 3–4.
15. *Roy K.K.* Recurrent eclampsia in a women with chronic pyelonephritis / K.K. Roy, N. Malhotra, K. Banerjee // Eur J. Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001. Vol. 94. № 2. P. 307–308.
16. *Shokeir A.* Renal colic in pregnant women: role of renal resistive index / A. Shokeir, M. Mahran, M. Abdulmaaboud // Urology. 2000. Vol. 55 (3). P. 344–347.
17. *Рыжков С.В.* Эффективность эндоурологического дренирования мочевых путей у беременных при пиелонефрите // ADVANCES IN CURRENT NATURAL SCIENCES / С.В. Рыжков, М.Е. Власюк, О.И. Пакус и др. 2011. № 5. С. 154–155.
18. *Rodriguez M.* Prognostic value of cytokines in SIRS general medical patients / M. Rodriguez, F. Santolaria, A. Jarque // Cytokine. 2001. Vol. 15. P. 232–236.
19. *Smaill F.* Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy / F. Smaill // Cochrane Database Syst Rev. 2001. (2). Update of: Cochrane Database Syst Rev.
20. *Delakas D.* Ureteral drainage by double-J-catheters during pregnancy / D. Delakas, I. Karyotis, P. Loumbakis, G. Daskalopoulos, J. Kazanis, A. Cranidis // Clin Exp Obstet Gynecol. 2000. Vol. 27. № 3–4. P. 200–202.