

**С.Л. Окладникова,
Є.С. Крутіков,
В.М. Николаєв**

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНОГО І ХРОНІЧНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ У ВАГІТНИХ

*Кримський державний медичний університет ім. С.І.Георгієвського
кафедра внутрішньої медицини №2
(зав. – проф. В.О. Білоглазов)
Міський клінічний пологовий будинок №2
відділення екстрагенітальної патології вагітних
(гол. лікар – д. мед. н. І.С. Глазков)
м. Сімферополь*

Ключові слова: *піелонефрит,
вагітні*
Key words: *pyelonephritis,
pregnants*

Резюме. *Было обследовано две группы беременных - первая группа с гестационным пиелонефритом, вторая с обострением хронического пиелонефрита. Оценивались особенности клинического течения гестационного и хронического пиелонефритов. Результаты исследований показали, что гестационный пиелонефрит у беременных чаще развивается у женщин с ожирением, в большинстве случаев протекает тяжело, с классической клинической картиной (правосторонним болевым синдромом, в крови лейкоцитоз, микроэритроцитурия и т.д.), и очень часто этому сопутствует угроза прерывания беременности. Хронический пиелонефрит у беременных чаще имеет легкое течение, не сопровождается угрозой прерывания беременности, болевой синдром у женщин выражен в одинаковой степени, как справа, так и слева, в общем анализе крови, по сравнению с гестационным пиелонефритом, отмечаются незначительные отклонения.*

Summary. *Two groups of pregnant - first group with gestational pyelonephritis, second one - with exacerbation of chronic pyelonephritis were investigated. We estimated the clinical features of gestational and chronic pyelonephritis. The results of researches showed that gestational pyelonephritis more frequent by develops in women with obesity, in most cases it has severe course, with classic clinical picture (a right-side pain syndrome, blood leukocytosis, microerithrocituria, etc.) and very often this is accompanied by threat of abortion. Chronic pyelonephritis more often has a mild course, without threat of abortion, pain syndrome is expressed alike both in the right and in the left, in general blood analysis insignificant deviations as compared with gestational pyelonephritis are noted.*

Екстрагенітальна патологія у вагітних в останні роки стає об'єктом пильного вивчення не тільки лікарів акушерів-гінекологів, але й інших суміжних спеціалістів. Як різні захворювання, що виникають гостро в перебіг періоду гестації, так і існуючі до нього хронічні процеси багато в чому ускладнюють перебіг вагітності. У ряді випадків така патологія призводить до різних аномалій перебігу вагітності і пологів, народження ослаблених дітей, несприятливих наслідків для плода, а іноді і для матері [7].

Запальні захворювання сечовидільної системи займають провідне місце в структурі екстрагенітальних хвороб, що розвиваються в гестаційний період. До захворювань цієї групи відносять гострий (гестаційний) і хронічний піелонефрити (ГПН, ХрПН), цистит, безсимптомну бактеріурію [2,4]. Згідно з дослідженнями, піелонефрит – найчастіше захворювання нирок у всіх вікових

групах. У жінок це захворювання в 75% випадків розвивається у віці до 40 років, причому частіше під час вагітності. За даними ряду авторів, у вагітних піелонефрит діагностується в 12,2% випадків [1]. Висока частота розвитку ГПН і загострення ХрПН у вагітних зумовлена порушенням уродинаміки сечових шляхів і кровообігу в нирках [2]. Однією з провідних умов порушення уро- і гемодинаміки верхніх сечовидільних шляхів у періоді гестації є зміни гормонального балансу в організмі матері (естрогенів, прогестерону, глюкокортикоїдів), що призводить до виникнення гіпотонії і дискінезії чашково-мискової системи нирок і сечоводів [2,8]. З другої половини вагітності до гормональних факторів приєднується механічне порушення уродинаміки, зумовлене стисненням сечоводів на рівні тазового кільця збільшеною і ротованою вправо навколо продольної вісі маткою. На тлі

описаних порушень наявність інфекційного осередка в організмі вагітної жінки легко провокує розвиток запального процесу в нирках [2,3].

Перебіг ГПН і ХрПН під час вагітності має свої особливості. Необхідно знати та враховувати ці нюанси для повноцінного лікування і наступного спостереження вагітних жінок з такою патологією.

Мета даного дослідження: вивчення клінічних особливостей перебігу гестаційного і хронічного пієлонефритів у вагітних.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Всього обстежено 104 жінки, у віці від 16 до 39 років, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні екстрагенітальної патології вагітних міського клінічного пологового будинку N2 м.Сімферополя. Середній вік обстежених дорівнював $28,2 \pm 3,7$ року. Термін вагітності в обстежених склав 20-39 тижнів. Всі вагітні були розподілені на дві групи: перша група (54 жінки) - вагітні з ГПН, друга (50 жінок) із загостренням ХрПН. Як контроль була обстежена група вагітних без будь-якої патології в кількості 27 осіб із терміном вагітності 20-39 тижнів.

Особливості ГПН і ХрПН у вагітних оцінювались за наступними даними: анамнез захворювання, наявність і характер супутньої патології; характер клінічного перебігу пієлонефриту (наявність гіпертермії, дизуричних розладів, болювого синдрому). Для оцінки перебігу враховувались лабораторні дані загального аналізу крові і сечі, а також мікробіологічного дослідження сечі. Ступінь тяжкості анемії встановлювали згідно з критеріями ВООЗ (1991). Ультразвукове дослідження нирок проводили на апараті Siemens Sonoline SL-1. Статистичний аналіз одержаних

результатів проводили з використанням комп'ютерної програми Microsoft Excel 5,0.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведених досліджень було виявлено, що в першій групі вагітних із ГПН 51 (94,4%) хвора була першовагітною, 2 (3,7%) жінки виношували другу вагітність і 1 (1,9%) вагітна третьою. У другій групі із ХрПН загострення запального процесу розвинулось у 40 (80%) жінок з першою вагітністю, у 5 (12,5%) – з другою та у 5 (12,5%) – з третьою.

Із супутніх захворювань у 39 (72,2%) вагітних першої групи і 30 (60%) пацієнток другої була діагностована анемія. Причому як в першій, так і у другій групах анемія носила нетяжкий характер. Середній рівень гемоглобіну у вагітних у першій групі склав $100,6 \pm 6,1$ г/л, а у жінок у другій $101,5 \pm 7,3$ г/л, порівняно з контролем ($p < 0,05$), для обох груп хворих. У контрольній групі вагітних середній рівень гемоглобіну склав $118,7 \pm 5,4$ г/л.

Ожиріння у вагітних першої групи спостерігалось в 11 (22,2%) пацієнток, що було достовірно вище ($p = 0,045$) порівняно з другою групою, де ожиріння виявлялось у 5 (10%) жінок.

У 10 (18,5 %) жінок першої групи гострий запальний процес у нирках супроводжувався загрозою переривання вагітності. У другій групі випадків загрози переривання вагітності не спостерігалось.

У вагітних, котрі страждали на ГПН, у порівнянні з вагітними, що мали загострення ХрПН (табл.1), достовірно частіше ($p = 0,016$) відмічалась клініка важкого запального процесу в сечових шляхах, який супроводжувався гіпертермією до фебрильних цифр, болювим синдромом, інтоксикацією (загальною слабкістю, головним болем тощо).

Особливості перебігу гестаційного і хронічного пієлонефритів у вагітних

	I група (n=54)	II група (n=50)	Достовірність між групами
Тяжкий перебіг	21 особа (38,9%)	10 осіб (20%)	0,016
Легкий перебіг	15 осіб (27,8%)	25 осіб (50%)	0,01
Безсимптомний перебіг	18 осіб (33,3%)	15 осіб (30%)	-

У вагітних із загостренням ХрПН частіше спостерігався більш легкий клінічний перебіг захворювання (субфебрильна температура тіла переважно у вечірній час, помірний тягнучий біль у попереку, періодичні явища дизурії). Безсимптомний перебіг захворювання (зміни тільки в аналізах сечі без будь-яких клінічних проявів)

був діагностований приблизно в однаковій мірі – у 18 (33,3%) пацієнток з ГПН та у 15 (30%) вагітних із ХрПН.

Згідно з клінічними спостереженнями ізольований біль у поперековій ділянці справа частіше відмічався у вагітних першої групи – 34 особи, що склало 63% ($p = 0,01$), а у другій групі – у 19

(38%) хворих. Наявність ізольованого больового синдрому зліва відмічалась у 12 (24%) вагітних другої групи. Розлитий двосторонній біль в попереку спостерігався приблизно в однакових випадках: у 3 (5,6%) пацієнток першої групи та у 5 (10%) вагітних другої групи.

Результати лабораторних методів дослідження показали, що лейкоцитоз із паличкоядерним зрушенням вліво виявляється з однаковою частотою у вагітних як із ГПН, так і з загостренням ХрПН. Як правило, це пацієнтки з яскравими клінічними проявами запального синдрому. Середня кількість лейкоцитів у крові у вагітних першої і другої груп між собою достовірно не відрізнялась ($p > 0,05$). Але при цьому в першій групі середня кількість лейкоцитів крові дорівнювала $11,6 \pm 1,5 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$ порівняно з контролем), а у другій групі – $6,7 \pm 2,5 \times 10^9/\text{л}$ ($p > 0,05$). Для порівняння в контрольній групі середня кількість лейкоцитів склала $6,4 \pm 2,1 \times 10^9/\text{л}$.

За даними загального аналізу сечі, в період розпалу пієлонефрити проявлялись: лейкоцитурією, помірною протеїнурією, мікроеритроцитурією, бактеріурією, лужною реакцією сечі. Лейкоцитурія спостерігалась у 100% випадків, як у першій, так і у другій групі. Протеїнурія була зафіксована також в однакових випадках у 48 (88,9%) вагітних першої групи і у 40 (80%) вагітних другої. При цьому середня кількість білка в сечі у жінок першої групи склала $0,189 \pm 0,02$ г/л, а у вагітних другої – $0,10 \pm 0,03$ г/л ($p > 0,05$). Значно частіше в першій групі вагітних спостерігалась мікроеритроцитурія – у 36 (66,7%) вагітних ($p = 0,042$), порівняно з другою, де подібний симптом відмічався у 25 (50%) пацієнток.

Бактеріурія спостерігалась однаково часто – у вагітних обох груп (в 100%). Згідно з проведеним бактеріологічним дослідженням виявлені збудники ресструвались з однаковою частотою випадків в обох групах. Так, *E. Coli* стала етіологічним фактором запалення в нирках у 46 (85,2%) жінок першої групи та у 39 (78%) жінок другої. *E. Faecalis* був збудником у 5 (9,2%) хворих у першій групі та у 7 (14%) пацієнток у другій. У 3 (5,6% випадків) пацієнток першої групи та у 4 (8%) жінок у другій у результаті посіву був отриманий ріст *S. Pyogenis*. При цьому середнє мікробне число у вагітних першої групи склало $2,5 \pm 0,3$ мілн. мікробних тіл на 1 мкл сечі, а у вагітних другої групи $7,1 \pm 0,8$ мілн. на 1 мкл сечі, що було достовірно вище ($p < 0,05$).

За даними ультразвукового дослідження нирок, справа розширення чашково-мискової систе-

ми (ЧМС) спостерігалось у 29 (55,6%) пацієнток у першій групі вагітних, що було значно вище ($p = 0,036$), ніж у другій групі, де розширення ЧМС спостерігалось тільки лише в 19 (38%) випадках. Середній розмір чашечок справа між групами достовірно не відрізнявся. Але у вагітних першої групи кортико-медулярний індекс (КМІ) справа знижувався у 25 (46,3%) випадках, а у вагітних у другій групі КМІ знижувався у 13 (26%) хворих ($p = 0,018$).

Зліва розширення ЧМС реєструвалось в однакових випадках в обох групах і достовірно не відрізнялось. Середній розмір чашечок зліва і КМІ у вагітних також достовірних відмінностей не мав.

Узагальнюючи вищесказане, можна сказати, що розвиток ГПН і загострення ХрПН найчастіше і в різній кількості випадків зустрічаються у жінок з першою вагітністю. Це підтверджують і дані літератури, які вказують, що частота розвитку запальних захворювань нирок у першороділь достовірно вище [5,8]. Причиною цього, ймовірно, є такий додатковий фактор порушення уродинаміки, як тиск пружної черевної стінки на матку та опосередковано на сечоводи [7].

ГПН часто сполучається з наявністю ожиріння у вагітних. Перш за все, це пов'язано з додатковим гіподинамічним фактором у жінок, котрі страждають на ожиріння, який поглиблює порушення уродинаміки, що є під час вагітності. Необхідно відмітити, що кожна п'ята жінка, котра страждає на ГПН, має загрозу переривання вагітності. В той же час розвиток ГПН і ХрПН у вагітних в однаковій мірі супроводжується розвитком анемії.

Перебіг ГПН носить, як правило, тяжкий характер, у той час як ХрПН частіше має малосимптомний (легкий) перебіг. Очевидно, це пов'язано із загальною адаптацією організму вагітної і, зокрема, імунної системи пацієнтки до наявності хронічного осередку інфекції в нирках при ХрПН.

Особливістю больового синдрому у вагітних із ГПН є його переважна правостороння локалізація, що говорить про більш часте втягнення в процес правої нирки. Це і підтверджується даними УЗД: у вагітних із ГПН спостерігається значне розширення ЧМС справа. Причиною цього, ймовірно, є підвищений механічний тиск, зумовлений ротацією збільшеної матки вправо, а також розширенням і варикозними змінами правої яєчникової вени, що призводить до значного порушення відтоку сечі саме справа [1,6].

Больвовий синдром при ХрПН виражений більше зліва.

ГПН частіше перебігає з картиною класичного лейкоцитозу в крові. В аналізах сечі у вагітних із ГПН частіше реєструється мікроеритроцитурія. Середнє мікробне число у вагітних із ГПН значно нижче, ніж у жінок із загостренням ХрПН, що, очевидно, пов'язано з наявністю певного рівня вихідно персистуючої інфекції в сечовивідній системі у пацієнок з ХрПН.

ВИСНОВКИ

1. Особливістю гестаційного пієлонефриту у вагітних є те, що він частіше розвивається у жінок з ожирінням, у більшості випадків пере-

бігє тяжко, з класичною клінічною картиною (правостороннім больвовим синдромом, у крові лейкоцитоз, мікроеритроцитурія тощо), та дуже часто цьому передує загроза переривання вагітності.

2. Хронічний пієлонефрит у вагітних частіше має легкий перебіг, не супроводжується загрозою переривання вагітності, больвовий синдром у жінок виражений в однаковій мірі, як справа, так і зліва, в загальному аналізі крові порівняно з гестаційним пієлонефритом відмічаються незначні відхилення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гуменюк Е.Г. Современные подходы к профилактике и лечению инфекций мочевыводящих путей во время беременности // Журнал акушерства и женских болезней. – 2005. – Т. LIV, № 4. – С.1-4.
2. Иремашвили В.В. Инфекции мочевыводящих путей: современный взгляд на проблему // Русский мед. журнал. – 2007. – Т. 15. (29). – С. 2231-2236.
3. Качалина Т.С., Каткова Н.Ю., Николаева О.А. Клинические аспекты дифференцированного подхода к лечению и профилактике пиелонефрита у беременных // Гинекология. – 2004. - № 6. – С. 6.
4. Пиелонефрит и беременность. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения / Никольская И.Г., Тареева Т.Г., Микаелян А.В. [и др.] // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2003. – № 2. – С.34-36.

5. Потапов В.О., Березницкая Г.Г. Гестационный пиелонефрит // Жіночий лікар. – 2006. – № 1. – С. 8.
6. Серов В.Н., Тютюнник В.Л. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение. Мать и дитя // Акушерство и гинекология. - 2008. – № 16. – С. 1-10.
7. Шехтман М.М., Павлов В.В., Линева О.И. Почки и беременность. - Самара: ГП «Перспектива», 2000. – 256с.
8. Delzell J.E.Jr., Lefevre M.L. Urinary tract infections during pregnancy // Am. Fam. Physician. – 2000. – № 10. – P. 509-515.
9. Nickel J.K. Management of urinary tract infections: hystorical perspective and current strategies: part 2 – modern management // J. Urol. – 2005. – Vol. 173. – P. 27-32.

