

## ВОСТАНОВЛЕНИЕ УРОДИНАМИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

© А. М. Ходжамуродов, Д. Н. Солихов, М. М. Косимов, З. И. Умарова

Кафедра урологии Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Инфекции мочевыводящих путей представляют серьезную угрозу для здоровья матери и ребенка. Наиболее распространенным из них является пиелонефрит беременных. В работе приведены результаты обследования и лечения 110 беременных женщин с пиелонефритом и осложнившимся гидронефрозом. Анализ результатов показал наибольшую эффективность внутреннего стентирования почек с использованием раствора декасана в терапии пиелонефрита у беременных. Использование данного метода способствует быстрому купированию симптомов заболевания.

**Ключевые слова:** пиелонефрит беременных; гидронефроз; мочеточниковый стент; декасан.

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Пиелонефрит беременности встречается у 8–10% беременных женщин, чаще при первой беременности, и, как правило, во втором триместре (с 16-й по 28-ю неделю). Поражаются в равной мере одна или обе почки. При одностороннем процессе преобладает поражение правой почки. При этом возникновение и развитие пиелонефрита у беременных и родильниц обусловлено наличием двух основных факторов: инфекционного дремлющего очага в организме и нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей [1, 3].

В период беременности и родов под влиянием механических, нейрогуморальных и эндокринных факторов возникают сложные анатомо-функциональные изменения в мочевыводящих органах, направленные на обеспечение нормально-го процесса гестации [3, 6].

Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности. К наиболее частым осложнениям относятся: невынашивание, анемия, плацентарная недостаточность, гестоз, хроническая гипоксия плода, выкидыш, преждевременные роды, задержка внутриутробного развития плода, мертворождение, острая интранатальная гипоксия плода, нарушение сократительной активности матки, процессов отделения и выделения послеродового. После родов в 2–3 раза возрастает риск возникновения гнойно-воспалительных процессов в мочеполовых органах [2, 4, 5].

*Цель:* улучшение эффективности лечения при осложненных формах пиелонефрита у беременных с гидронефрозом.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением с 2010 по 2014 гг. находились 110 беременных с осложненными формами пиелонефрита беременных с I–II степени гидронефрозом в ГУ «РНКЦ урология», в отделении урогинекологии. Пациентки в зависимости от тактики лечения были разделены на три клинические группы: 1-я группа — 40 (36,36%) беременные с пиелонефритом, которым было проведено только комплексное консервативное лечение, поскольку у них отмечался гидронефроз первой степени, и в других вмешательствах они не нуждались; 2-я группа — 35 (31,82%) женщины с пиелонефритом и ретенционно-обструктивным поражением верхних мочевых путей, которым было проведено эндоурологическое дренирование с использованием мочеточниковых стентов; 3-я группа — 35 (31,82%) беременные с обструктивным пиелонефритом, которым было проведено внутреннее дренирование, и был установлен мочеточниковый стент после предварительного промывания полости антисептическим раствором 0,02%-го декасана.

Почечная колика наблюдалась у 58 пациенток (52,72%). У 20 (18,18%) больных лихорадка носила гектический характер, достигающий до 38,5–39 °С, сопровождающийся потрясающим ознобом, тошно-

той, слабостью и нарушением сна, что определяло тяжесть состояния больных. При УЗИ определялось разной степени выраженности расширение полостной системы почек. Лейкоцитурия и бактериурия, лейкоцитоз и повышение СОЭ в крови выявлено у всех пациенток.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении всем больным назначены антибиотики с учётом антибиотикограммы мочи и терапевтического действия препарата, витамины группы «В», спазмолитики, позиционно дренирующая терапия; при выраженных признаках интоксикации организма дополнительно проводилась инфузионно-детоксикационная терапия. В результате лечения у 40 (58,8%) больных отмечался положительный результат, и они были выписаны из стационара, 10 из вышеперечисленных больных повторно обратились с рецидивом, им было проведено внутреннее дренирование почки с предварительным промыванием ее полости декасаном. У всех 35 беременных из 2-й группы наблюдался хороший результат. Примерно через месяц у 8 беременных отмечалось повторное проявление клинических признаков, двоим провели замену стента с предварительным промыванием полости раствором 0,02%-го декасана, трое из них, после удаления стента не нуждались в повторном стентировании ввиду доношенности срока; троим стент не удалили, так как после проведения консервативной терапии состояние больных улучшилось, купировались клинические и лабораторные признаки заболевания.

В третьей группе отмечалась положительная динамика, в данной группе всем проводилось стентирование мочеточника после предварительного промывания полости антисептическим 0,02%-м раствором декасана.

После установления стента с использованием антисептического раствора 0,02%-го декасана и проведения антибиотикотерапии через 3–5 дней состояние больных улучшилось. Болевой синдром купировался, температура тела нормализовалась. На контрольном УЗИ определялось значительное уменьшение степени гидронефроза.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, анализ полученных данных позволил установить, что тяжесть течения заболевания зависела от степени выраженности морфологических

изменений в почках. Использование внутреннего дренирования почки с предварительным промыванием её полости раствором декасана при осложнённых формах пиелонефрита беременности, сопровождающееся гидронефрозом, значительно улучшает эффективность лечения, что способствует профилактике осложнений течения беременности и родов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Серов В. Н., Тютюнник В. Л. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение // Русский мед. журнал. 2012. Т. 10, № 36. С. 78–81.
2. Охотников А. Н. Оптимизация диагностической и лечебной тактики при гнойном пиелонефрите беременных: автореф. дис... канд. мед. наук. Саратов, 2012. 16 с.
3. Минасян А. М. Беременность на фоне хронического пиелонефрита // Саратовский научно-мед. жур. 2012. Т. 8, № 4. С. 920–925.
4. Франк М. А. Острый гестационный пиелонефрит: патогенетические аспекты, диагностика и лечение: автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2009. 23 с.
5. Пронкин Е. А. Длительное и пожизненное дренирование верхних мочевых путей мочеточниковыми стентами: автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2010.
6. Власюк М. Е. Клиническая эффективность консервативной и эндоурологической тактики лечения беременных с острым пиелонефритом при ретенционно-обструктивных осложнениях // Ростов-на-Дону. РМЖ. 2010. № 2. С. 1–9.

## URODYNAMICS RECOVERY IN PREGNANT PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF PYELONEPHRITIS

*Khodzhamurodov A. M., Solikhov D. N., Kosimov M. M., Umarova Z. I.*

✧ **Summary.** Urinary tract infections are serious threats to the health of mother and child. The most common of these is the pyelonephritis of pregnancy. This work contains results of examination and treatment of 110 pregnant women who had pyelonephritis with complicated hydronephrosis. Analysis of the results proved effectiveness in usage of internal stenting of kidney after preliminary washing of kidney cavity with isotonic dekasane combined with conservative therapy. Using this method allows rapid relief of symptoms, reduction in bed days.

✧ **Key words:** pyelonephritis in pregnancy; hydronephrosis; ureteric stent; dekasane.

*Сведения об авторах:*

Ходжамуродов Асадулло Мухамадкомилевич — кафедра урологии. Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали Ибни Сина. Таджикистан. Душанбе, ул. И.Сомони, 59. E-mail: 49@tadjmedun.tj.

Hodzhamurodov Asadullo Muhamadkamilovich — Urology Department. Avicenna Tajik State Medical University. Tadjikistan, Dushanbe, I. Somoni St., 59. E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Солихов Дилшод Нигматович** — профессор, д. м. н., заведующий кафедрой урологии. Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали Ибни Сина. Таджикистан. Душанбе, ул. И.Сомони, 59. E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Косимов Махмадиёр Махадович** — кафедра урологии. Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали Ибни Сина. Таджикистан. Душанбе, ул. И.Сомони, 59. E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Умарова З.И.** — кафедра урологии. Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали Ибни Сина. Таджикистан. Душанбе, ул. И.Сомони, 59. E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Solikhov Dilshod Nigmatovich** — doctor of medical science, head of the Urology Department. Avicenna Tajik State Medical University. Tadjikistan, Dushanbe, I. Somoni St., 59. E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Kosimov Makhmadier Makhadovich** — Urology Department. Avicenna Tajik State Medical University. Tadjikistan, Dushanbe, I. Somoni St., 59. E-mail: 49@tadjmedun.tj.

**Umarova Z.I.** — Urology Department. Avicenna Tajik State Medical University. Tadjikistan, Dushanbe, I. Somoni St., 59. E-mail: 49@tadjmedun.tj.