

Л.Д. Ржеуская, Т.С. Дивакова, М.П. Фомина, А.К. Семенюк

Профилактика внутриутробного инфицирования плода у женщин с пиелонефритами

УО «Витебский государственный медицинский университет»

В настоящее время отмечается рост инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей у беременных, причём особенно актуальна эта проблема в современном акушерстве и перинатологии, так как заболевание чаще манифестирует во время беременности, обуславливая осложнённую гестацию и высокую заболеваемость новорождённых. К частым осложнениям беременности при пиелонефрите относятся гестоз, плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия и задержка развития плода на фоне его внутриутробного инфицирования. Результаты гистологического исследования могут помочь в установлении причин и характера патологии у плода, что служит критериями прогноза, лечения новорождённых, контроля за последующими беременностями.

Цель исследования: изучение эффективности противорецидивного лечения пиелонефритов у беременных для профилактики внутриутробного инфицирования плода.

Материалы и методы. Основную группу составили 68 (100%) беременных в возрасте 19-25 лет с пиелонефритом, которые на протяжении гестации получали курсы противорецидивной терапии пиелонефрита. Показаниями к госпитализации беременных были: острый пиелонефрит – у 32 (47,0%), обострение хронического пиелонефрита – у 31 (45,6%), бессимптомная бактериурия – у 5 (7,4%). Гестационный пиелонефрит выявлен у 22 (32,3%) пациенток. Лечение беременных с пиелонефритом включало: антибиотикотерапию, уросептики, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, метаболическую, седативную, антианемическую и витаминотерапию, коррекцию плацентарной недостаточности, иммунокорректирующую терапию. В комплексное лечение этих больных был включен канефрон, который женщины получали в сроке 14 – 40 недель. Канефрон назначали по 2 капсулы 3 раза в день 14 – 21 день за период пребывания в стационаре и амбулаторно. Курсы приёма канефрона повторяли в 24 – 28 недель амбулаторно, при последующих госпитализациях в стационар и в послеродовом периоде. Контрольную группу составили 20 женщин с доношенной беременностью, поступивших в стационар с явлениями пиелонефрита, лечение которого до настоящей госпитализации в период гестации не проводилось. В контроле у 8 (40,0%) пациенток диагностировали хронический пиелонефрит, у 7 (35,0%) – гестационный пиелонефрит, у 5 (25,0%) – острый пиелонефрит. Оценку изменений соматического и гинекологического статуса проводили на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Для оценки состояния маточно-плацентарно-плодового комплекса при сонографии выполняли фетометрию, плацентографию, плацентометрию, доплерометрию маточных артерий и артерий пуповины, определяли биофизический профиль плода.

Результаты и обсуждение

Нам удалось проследить исходы родов у 34 (100%) женщин основной группы. Все пациентки основной группы в сроке 37 – 38 недель беременности были госпитализированы в роддом для планового родоразрешения. Среди них в 6 (17,6%) случаях при настоящей госпитализации диагностировали обострение хронического пиелонефрита и гестационный пиелонефрит, в 2 (5,9%) – бессимптомную бактериурию. Гестоз лёгкой и средней степени тяжести во время настоящей беременности развился у 17 (50,0%) женщин в сроке 30-37 недель, у 19 (55,9%) – беременность сопровождалась плацентарной недостаточностью и хронической гипоксией плода, у 4 (11,8%) – многоводием, у 3 (8,8%) – маловодием, у 18 (52,9%) – анемией I – II степени тяжести. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы по кардиальному и гипертоническому типу осложнила беременность

у 8 (23,5%) женщин основной группы.

Среди 20 (100%) пациенток контрольной группы с проявлениями пиелонефрита диагностировали гестоз лёгкой и средней степени тяжести – в 11 (55,0%), плацентарную недостаточность и хроническую гипоксию плода – в 17 (85,0%), многоводие – в 3 (15,0%), маловодие – в 1 (5,0%), анемию I – II степени тяжести – в 14 (70,0%), соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы по гипертоническому типу – в 5 (25,0%) случаях.

При сонографии у 8 (23,5%) беременных основной группы были выявлены ультразвуковые маркёры внутриутробного инфицирования плода: у 5 – расширение межворсинчатого пространства с утолщением плаценты, у 3 – преждевременное созревание плаценты, у 2 – умеренное многоводие. В основной группе в 3 (8,8%) случаях отмечено нарушение маточно-плацентарного кровотока Ia степени.

Ультразвуковые маркёры внутриутробного инфицирования плода в группе контроля были обнаружены у 7 (35,0%) женщин (у 5 – расширение межворсинчатого пространства с утолщением плаценты, у 2 – выраженное многоводие с преждевременным созреванием плаценты, у 2 – умеренное маловодие), причём в 3 (15,0%) случаях выявлено поражение плода (у 2 – вентрикуломегалия, у 2 – задержка внутриутробного развития плода I степени, у 1 – перивентрикулярная кальцификация и негомогенность паренхимы головного мозга). В контрольной группе в 1 (5,0%) случае отмечено нарушение маточно-плацентарного кровотока II степени, в 4 (20,0%) – Ia степени.

Роды произошли в срок у 34 (100%) женщин основной группы, в контроле преждевременные роды в сроке 32–37 недель были у 2 (10,0%) женщин. Родоразрешены операцией кесарево сечение 4 женщины основной группы и 2 женщины контрольной группы по показаниям, не связанным с патологией почек и мочевыводящих путей. Средний вес детей при рождении в основной группе составил 3250+250 г с оценкой по шкале Апгар 8–8/9 баллов. В контроле средний вес детей при рождении – 3010+230 г, причём 3 (15,0%) из них маловесные с оценкой по шкале Апгар 6–7 баллов. В контрольной группе у 1 новорождённого выявлена пневмония, у 2 – инфекция, специфичная для перинатального периода. Тяжёлого гестоза в основной и контрольной группах не было ни в одном случае. Рецидивов пиелонефрита в основной группе беременных не было, так как проводилась комплексная противорецидивная терапия с применением канефрона в условиях стационара (8 беременных госпитализированы дважды, 6 – три раза) и амбулаторно. В контрольной группе рецидив пиелонефрита возник у каждой третьей женщины.

При патоморфологическом исследовании последа у 34 (100%) пациенток основной группы выявлена зрелая плацента, причём у 20 (58,8%) – с компенсаторными изменениями, у 8 (23,5%) – с наложением фибриноида в межворсинчатом пространстве, у 3 (8,8%) – с полнокровием ворсин, у 7 (20,6%) – воспалительные изменения в плаценте в виде базального децидуита. В контрольной группе при гистологическом исследовании последа в 12 (60,0%) случаях выявлено диссоциированное созревание плаценты с преобладанием зрелых ворсин, децидуит обнаружен в 14 (70,0%), интервил-лётит – в 8 (40,0%), хориоамнионит – в 4 (20,0%), эндофлебит сосудов пуповины – в 1 (5,0%) случае.

Выводы. Итак, повторные курсы терапии пиелонефрита у беременных с применением канефрона препятствуют рецидиву данного заболевания, повышают эффективность общепринятой терапии, сокращают сроки и кратность применения антибактериальных препаратов, способствуют профилактике интраамниальной инфекции и внутриутробного инфицирования плода.