

УДК 616.613-007.63-053.2:618.17.2-092

Ходжакулиев С.Р.<sup>1</sup>, Князюк А.С.<sup>1</sup>, Лемтюгов М.Б.<sup>1</sup>, Зубарева А.В.<sup>1</sup>, Нурыева Н.Д.<sup>2</sup>,  
Князюк А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Государственное учреждение здравоохранения «Гомельская городская клиническая поликлиника №5 С.В. Глуховой», г. Гомель, Республика Беларусь

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ВТОРИЧНЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ НА ФОНЕ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

**Актуальность.** Обструкция мочевыводящих путей возникает из-за стаза мочи по мочевыводящим путям и обычно проявляется как расширение чашечно-лоханочной системы при визуализации. Обструкция мочеточника при гинекологических злокачественных новообразованиях в 3–4 стадиях, приводящие к наложению чрескожной нефростомии встречается до 26,1% случаях. Время выживаемости после наложения чрескожной нефростомии на поздних стадиях злокачественных новообразований колеблется от 2 до 8,5 месяцев, со средним временем выживаемости 5,6 месяцев [1]. Расширение чашечно-лоханочной системы, которое наблюдается у большинства беременных начиная со второго триместра, зачастую в практике урологов становится причиной экстраполяции тактики ведения пациентов с обструкцией мочеточника вне беременности. Частота дренирования почек при гестационном пиелонефрите может составлять от 42 до 100%. При этом эффективность консервативного лечения может достигать до 96,3% случаях. Таким образом можно предположить, что тактика ведения пациенток с гестационным пиелонефритом определяется традициями, сложившимися в стенах той конкретной клиники, куда обращается пациентка [2]. На экспериментальном исследовании на крысах дистрофически-атрофические изменения почечной паренхимы из-за острой обструкции начинаются уже через 5 суток, а через 8 недель необратимые атрофические изменения [2]. Одним из частых грозных осложнений нарушения уродинамики в верхних мочевых путях является обструктивный пиелонефрит с последующим развитием уросепсиса. Смертность от уросепсиса может достигать от 1,5 до 20% [3]. В связи с чем своевременное восстановление оттока мочи является одним из важных показателей прогноза эффективности лечения.

**Цель исследования:** анализ оказания медицинской помощи в урологическом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» с вторичным гидронефрозом пациентам с акушерско-гинекологической патологией и оценка эффективности дренирования мочевыводящих путей.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ истории болезней семи пациентов получившие лечение с вторичным гидронефрозом на базе урологического отделения в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница

скорой медицинской помощи» 2024 г. В исследования включены истории болезни пациентов с вторичным гидронефрозом почек и с сопутствующей акушерско-гинекологической патологией и физиологическими состояниями, которые приводили к гидронефрозам. Все пациентки были госпитализированы в срочном порядке.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст пациенток составил 47 лет. Из всех пролеченных пациенток 5 являлись трудоспособного возраста. Средний койко-день составил 6 дней. Причиной обструкции верхних мочевых путей чаще всего являлись злокачественные новообразования половых органов (см. таблицу). Средний размер лоханки (по результатам УЗИ) на момент госпитализации составил 24 мм, чашечки 18 мм. У 6 пациенток размер лоханки превышал 20 мм. Клиника олигоурии и анурии отмечено у 3 пациенток с гидронефрозом 2–3 степени на фоне рака шейки матки и рака молочной железы с множественными метастазами.

**Причины гидронефроза**

| Причины уростаза                                                         | Количество пациентов, чел. |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Рак шейки матки в поздних стадиях с инфильтративным ростом в мочеточники | 2                          |
| Мочекаменная болезнь с обструкцией мочеточников у беременных             | 2                          |
| Рак левой молочной железы с множественными метастазы                     | 1                          |
| Рак влагалища с инфильтративным ростом в мочевой пузырь                  | 1                          |
| Сдавление мочеточника беременной маткой                                  | 1                          |

Нефростомия с двух сторон выполнена двум пациенткам, с одной стороны одной пациентке, стентирование почек с одной стороны троим пациенткам, а с двух сторон выполнено одной пациентке. У 5 пациенток на фоне нарушения уродинамики в верхних мочевых путях развился обструктивный пиелонефрит, в связи с чем после дренирование мочевыводящих путей они получали антибактериальную терапию. У одной пациентки на фоне 24 недели беременности течение обструктивного пиелонефрита осложнилось сепсисом. В послеоперационном периоде у двух пациенток развились осложнения после нефростомии в виде макрогематурии, которые купировали консервативно однократным внутривенным введением препарата транексамовой кислоты в дозе 1000 мг 1 раз в сутки.

**Заключение.** Анализ данных истории болезней показал, что большинство пациентов, поступивших с вторичным гидронефрозом, были с клинической картиной обструктивного пиелонефрита. Средний возраст составил 47 лет, что показывает социальную значимость данных заболеваний. У пациентов с раком женских половых органов осложненной постренальной анурией, перкутанная нефростомия являлась единственным альтернативным малоинвазивным вмешательством для спасения и продолжения жизни.

## Литература

1. New, F. J. Outcomes Related to Percutaneous Nephrostomies (PCN) in Malignancy-Associated Ureteric Obstruction: A Systematic Review of the Literature / F. J. New, S. J. Deverill, B. K. Somani // *Journal of Clinical Medicine*. – 2021. – Vol. 10, No. 11. – P. 2354.
2. Шкодкин, С. В. Нужно ли дренировать почку при гестационном пиелонефрите? / С. В. Шкодкин // *Вестник урологии*. – 2020. – Т. 8, № 1. – С. 49-54.
3. Морфологическое состояние почек при экспериментальном гидронефрозе / В. Ф. Оношко, О. А. Гольдберг, С. А. Лепехова, Т. Ю. Циприкова // *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук*. – 2010. – № 3(73). – С. 249-252.
4. Ходжакулиев, С. Р. Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с острым обструктивным пиелонефритом / С. Р. Ходжакулиев, А. С. Князюк, Н. Д. Нурыева // VIII Полесский урологический форум : Сборник материалов, Гомель, 06–07 июня 2024 года. – Гомель: Гомельский государственный медицинский университет, 2024. – С. 86-89.

---

УДК [618.3-06:618.346-008.811.1]:[616.98:579.834.114]

Юркевич Т.Ю.<sup>1</sup>, Карбанович В.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Государственное учреждение Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Кафедра репродуктивного здоровья, перинатологии и медицинской генетики ИПК и ПКЗ УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ МНОГОВОДИЕМ

**Введение.** Лайм-боррелиоз (болезнь Лайма), вызываемый спирохетой *Borrelia burgdorferi*, *Borrelia afzelii* и др. остается актуальной проблемой в регионах с высокой активностью клещей, включая Республику Беларусь, где сезон их нападения обычно начинается в весенне-летний период. При беременности описаны единичные случаи вертикальной передачи инфекции. В данном клиническом случае представлено раннее течение диссеминированного Лайм-боррелиоза у беременной, осложнившегося многоводием и развитием врожденных аномалий у плода.

**Цель исследования.** Улучшить перинатальные исходы при беременности, осложненной многоводием и маловодием, путем разработки и внедрения новых алгоритмов диагностики и лечения патологического объема околоплодных вод, обусловленного наследственными и врожденными заболеваниями плода, внутриутробным инфицированием.

**Материалы и методы исследования.** Информация получена из карты родов (форма 096/у), генетической карты пациентки, медицинской карты стационарного пациента (новорожденного). УЗИ проводились на аппарате Voluson E8 с использованием трансабдоминального конвексного датчика 5 МГц. Анализ кариотипа выполнялся с помощью стандартной методики GtG-banding. При определении возраста плода учитывали срок гестации.

**Результаты и обсуждение результатов исследования.** Пациентка А., 31 год, первобеременная, обратилась за медицинской помощью в сроке 15–16 недель