

Выводы

1. По данным лабораторной диагностики в группе пациенток, у которых МКБ впервые диагностирована в период текущей беременности отмечены более выраженные воспалительные изменения, чем в группе пациенток, у которых о наличии МКБ было известно до начала беременности.

2. В лечении МКБ у беременных преобладают малоинвазивные хирургические методы с использованием эндоурологии. В группе пациенток, у которых МКБ диагностирована в период текущей беременности они были проведены 26 (89,7 %) женщинам, в группе пациенток, у которых МКБ диагностирована до начала беременности 14 (73,7 %). Основным хирургическим методом является внутреннее стентирование мочеточника, оно было выполнено 21 (72,4 %) пациенткам 1-й группы и 11 (57,9 %) пациенткам 2-й группы соответственно.

3. Анализ полученных результатов позволяет констатировать, что в группе пациенток, у которых МКБ диагностирована в период текущей беременности, заболевание чаще осложнялось вторичным пиелонефритом. Мы связываем этот факт с тем, что по результатам нашего исследования в этой группе пациенток камни чаще локализовались в мочеточнике и почечной лоханке, тем самым вызывая нарушение пассажа мочи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ziemba, J. B.* Epidemiology and economics of nephrolithiasis / J. B. Ziemba, B. R. Matlaga // *Investig Clin Urol*. 2017. Vol. 58 (5). С. 299–306. DOI: 10.4111/icu.2017.58.5.299.
2. Современные представления об эпидемиологии и патогенезе уролитиаза. Научный результат / В. Ф. Куликовский [и др.] // *Медицина и фармация*. 2016. Vol. 2(4). С. 4–12.
3. *Semins, M. J.* Kidney stones and pregnancy / M. J. Semins, B. R. Matlaga // *Adv Chronic Kidney Dis*. 2013. Vol. 20 (3). С. 260–264. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.01.009>.
4. Экстрагенитальная патология и беременность / под ред. А. С. Логутовой. М.: Литтера. 2013. 544 с.
5. Мочекаменная болезнь и беременность / И. Г. Никольская [и др.] // *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2012. № 1. С. 82–86.

УДК 618.3:616.61-007-053.1

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК: ЕСТЬ ЛИ РИСК ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

Лашкевич Е. А.

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Аномалии развития мочевыводящих путей составляют более 30 % всех врожденных пороков развития человека. В большинстве случаев они не проявляются какой-либо клинической симптоматикой и выявляются случайно при диспансерном обследовании женщины во время беременности. Пороки развития почек являются значимым фактором риска инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, способствуют развитию акушерских и перинатальных осложнений [1, 2]. Наиболее частыми осложнениями беременности у пациенток с пороками развития почек являются преэклампсия (до 60 %), анемия (до 40 %), угроза прерывания беременности (до 30 %) и хроническая плацентарная недостаточность (до 30 %) [3].

Цель

Изучить особенности течения беременности у пациенток с врожденными аномалиями развития почек.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализированы истории родов 53 родильниц, родоразрешенных в родильном отделении У «Гомельская областная клиническая боль-

ница» в 2021–2022 гг. На группы родильницы разделены в зависимости от наличия врожденных аномалий развития почек: основную группу составили 22 родильницы с врожденными аномалиями развития почек, в контрольную группу вошли 31 родильница без врожденных аномалий развития почек. Анализировали течение беременности, сопутствующие соматические и гинекологические заболевания. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (р, %). Для выявления достоверности в группах использовался критерий χ^2 с поправкой Йейтса. Статистически значимыми считались различия при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст обследуемых женщин с врожденными аномалиями развития почек составил $27,3 \pm 1,1$ лет, без врожденных аномалий развития почек — $28,9 \pm 1,1$ лет. Половина пациенток основной группы были первородящими — 11 (50 %) против 6 (22,6 %, $\chi^2 = 4,8$, $p = 0,029$) в контрольной.

Гинекологические заболевания в анамнезе имели больше половины пациенток в обеих группах — 14 (63,6 %) женщин основной группы и 16 (51,6 %) контрольной. Наибольшая доля приходится на псевдоэрозию шейки матки в обеих группах, которая диагностирована у 10 (45,5 %) женщин с врожденными аномалиями развития почек и у 12 (38,7 %) без врожденных аномалий развития почек. Структура остальных заболеваний: в основной группе — по 1 (4,5 %) киста бартолиновой железы, киста яичника и двурогая матка; в контрольной группе — по 1 (3,2 %) бесплодие и миома матки, хронический сальпингоофорит отмечен у 2 (6,5 %) женщин контрольной группы.

Сопутствующая экстрагенитальная патология диагностирована у 87,1 % женщин контрольной группы. В основную группу входили пациентки с врожденными аномалиями развития почек: у 21 (95,5 %) женщины диагностировано неполное удвоение почки/почек, среди которых удвоение правой почки выявлено у 8 (38,1 %) пациенток, левой почки — у 7 (33,3 %) и обеих почек — у 6 (28,6 %); у 1 (4,5 %, $\chi^2 = 32,82$, $p < 0,001$) женщины выявлен поликистоз почек. Наибольший удельный вес в обеих группах имеют заболевания глаз и сердечно-сосудистой системы, а также щитовидной железы у пациенток контрольной группы (таблица 1). У пациенток с врожденными аномалиями развития почек чаще диагностированы сопутствующие инфекционно-воспалительные заболевания почек — у 8 (36,4 %) против 2 (6,5 %, $\chi^2 = ,69$, $p = 0,017$) в контрольной.

Таблица 1 — Структура экстрагенитальных заболеваний у обследованных пациенток, n (р, %)

Заболевания	Основная группа (N = 22)	Контрольная группа (N = 31)
Верхних дыхательных путей	4 (18,2)	1 (3,2)
Печени и желудочно-кишечного тракта	2 (9,1)	8 (25,8)
Сердечно-сосудистой системы	10* (45,5) ($\chi^2 = 5,44$, $p = 0,02$)	4 (12,9)
Глаз	8 (36,4)	10 (32,3)
Щитовидной железы	5 (22,7)	10 (32,3)
Ожирение I–III ст.	5 (22,7)	4 (12,9)

Примечание. * — Статистически значимо в сравнении с контрольной группой.

У пациенток с врожденными аномалиями развития почек искусственное прерывание предыдущих беременностей отмечено у 2 (9,1 %), замершая беременность/самопроизвольные аборты — у 3 (13,6 %), против 6 (19,4 %) и 8 (25,8 %) пациенток контрольной группы соответственно.

Осложненное течение беременности выявлено у 21 (95,5 %) пациентки основной группы и 28 (90,3 %) контрольной группы. У женщин с врожденными аномалиями развития почек во время беременности чаще диагностировались

вагинит, инфекция мочевыводящих путей и острые респираторные заболевания ($p \leq 0,04$), таблица 2.

Таблица 2 — Осложнения настоящей беременности у обследованных пациенток, n (p, %)

Осложнения беременности	Основная группа (N = 22)	Контрольная группа (N = 31)
Угроза прерывания	9 (40,9)	11 (35,5)
Преэклампсия	4 (18,2)	4 (12,9)
Анемия	13 (59,1)	12 (38,7)
Многоводие	1 (4,6)	1 (3,2)
Вагинит	18* (81,8) ($\chi^2 = 8,06, p = 0,005$)	12 (38,7)
Инфекция мочевыводящих путей	11* (50) ($\chi^2 = 4,23, p = 0,04$)	6 (19,4)
Хроническая плацентарная недостаточность	10 (45,5)	10 (32,3)
Острые респираторные заболевания	12* (54,6) ($\chi^2 = 8,7, p = 0,003$)	4 (12,9)

Примечание. * — Статистически значимо в сравнении с контрольной группой.

Выводы

1. Наиболее частой формой врожденных аномалий развития почек являлось неполное удвоение почек/почки, которое диагностировано у 95,5 % ($p < 0,001$) пациенток.

2. У 45,5 % ($p = 0,02$) женщин с врожденными аномалиями развития почек выявлены сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, что, возможно, связано с общностью триггерных факторов, приводящих к аномалиям развития.

3. При наличии врожденных аномалий развития почек чаще диагностируются сопутствующие инфекционно-воспалительные заболевания почек (36,4 %, $p = 0,017$), что способствует развитию у половины пациенток инфекции мочевыводящих путей во время беременности ($p = 0,04$).

4. Течение беременности у пациенток с врожденными аномалиями развития почек чаще осложняется вагинитом и острыми респираторными заболеваниями — в 81,8% ($p = 0,005$) и в 54,6 % ($p = 0,003$) соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбулаторная урология / П. В. Глыбочко [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 336 с.
2. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. М.: Триада-Х, 2005. 816 с.
3. Доброхотова, Ю. Э. Антенатальная помощь беременным с экстрагенитальными заболеваниями / Ю. Э. Доброхотова, Е. И. Боровкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 384 с.

УДК 616.62-002-036.12-07-055.2

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН

Лемтюгов М. Б., Симченко Н. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический рецидивирующий цистит является одним из наиболее распространенных заболеваний мочевыделительной системы у женщин. Нередко на фоне отсутствия возбудителя и воспалительных изменений в моче, пациенток с хроническим рецидивирующим циститом беспокоят выраженные клинические