

**СЕКЦИЯ 2**  
**«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

УДК 618.3:616.61-002.3

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ  
ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

*Балашова В. Г., Цейко З. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент М. С. Недосейкина**

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

***Введение***

Гестационный пиелонефрит (ГП) — неспецифический инфекционно-воспалительный процесс в почке с преимущественным поражением интерстициальной ткани и вовлечением чашечно-лоханочной системы и канальцев [1]. Частота встречаемости данной патологии составляет 5–10 % [2]. ГП может привести к появлению таких осложнений, как невынашивание беременности, преэклампсия, анемия, фетоплацентарная недостаточность, многоводие, послеродовые гнойно-септические осложнения. Со стороны плода возможно возникновение внутриутробного инфицирования, задержка развития и хроническая гипоксия плода [1]. Для предотвращения развития опасных состояний во время течение беременности, родов и для будущего ребенка необходимо как можно быстрее назначить правильную комплексную терапию.

***Цель***

Изучить особенности клинико-лабораторных и инструментальных данных пациенток с ГП.

***Материал и методы исследования***

Материалами для исследования являлись 51 история болезни обсервационного отделения и отделения патологии беременных УЗ «Гомельская областная клиническая больница» Возраст женщин составил от 16 до 46 лет, в среднем,  $25,6 \pm 5,5$  лет. Срок беременности, на котором диагностирован ГП, составил  $33 \pm 4,9$  недели. Оценивали следующие лабораторные показатели: количество эритроцитов, лейкоцитов и гемоглобина, уровень СОЭ в общем анализе крови, удельная плотность, реакция, количество белка и лейкоцитов, наличие слизи в общем анализе мочи, количество лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров в пробе Нечипоренко, данные ультразвуковой диагностики и данные микробиологического заключения посева мочи.

Количественные значения изучаемых признаков представляли в виде медианы и интерквартильного размаха (Me (25; 75), где Me — медиана, 25–25-й процентиль и 75–75-й процентиль. Для сравнения двух независимых групп по количественным признакам использовали критерий Манна-Уитни, статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета программ «Microsoft Excel», «Statistica 10.0» (StatSoft, Inc. USA).

***Результаты исследования и их обсуждение***

По результатам исследования изолированный ГП отмечен в 79,2 % случаев. У 5,66 % пациенток ГП развился на фоне мочекаменной болезни, что могло способствовать нарушению оттока мочи и повышению риска развития пиелонефрита.

В клинической картине у пациенток с ГП превалировал болевой синдром (82,35 %), гипертермия отмечена в 49 % случаев, озноб — 39,2 %, потливость — 19,6 %, тошнота — 9,8 %, нарушение оттока мочи диагностировано у 5,66 % женщин с ГП.

У 47,1 % беременных при наличии ГП диагностирован вагинит, в основном, вызванный грибами *Candida albicans*.

Снижение кроветворной функции почек характерное для пиелонефрита способствует развитию анемии. В 39,1 % случаев у обследованных пациенток наблюдали анемию легкой степени, где среднее количество гемоглобина составило 95,8 г/л, среднее количество эритроцитов — 3,4 в  $10^{12}/л$ .

Динамические изменения в клинических анализах крови и мочи до и после лечения ГП представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Динамика лабораторных показателей на фоне лечения ГП, Ме (25; 75)

Параметры	До лечения	После лечения	P — уровень значимости
Лейкоциты (ОАК), $\times 10^9/л$	9,15 (5,8; 11,8)	5,95 (7,8; 10,64)	Z = 3,15 P = 0,004
СОЭ, мм/ч	31 (24; 42)	26 (19; 38)	Z = 3,47 P = 0,0006
Белок, г/л	0 (0; 0,05)	0 (0; 0,0185)	Z = 2,19 P = 0,07
Лейкоциты (ОАМ), количество в поле зрения	7 (3,5; 11,5)	2 (1,55)	Z = 3,02 P = 0,04
Эритроциты (ОАМ), количество в поле зрения	2 (2,5; 10)	0,5 (0; 0,5)	Z = 2,91 P = 0,003
Лейкоциты (проба Нечипоренко), $\times 10^6/л$	3 (1; 15)	0 (0; 1,25)	Z = 3,75 P = 0,0005
Эритроциты (проба Нечипоренко), $\times 10^6/л$	0,375 (0; 1,43)	0	Z = 3,2 P = 0,001

При ультразвуковом исследовании отмечено изменение чашечно-лоханочной системы в 35, 3%, при этом чаще наблюдалось пиелокаликоектазия справа. В 9,8% случаев выявлены камни мочевыделительных путей.

При микробиологическом исследовании мочи в трети случаев получен рост патогенной флоры (27,5%), из них кишечная палочка выявлена в 5, 94% случаев, клебсиелла — 1,6%.

### Выводы

Таким образом, для пациенток с ГП характерен болевой синдром, гипертермия, потливость, тошнота и нарушение оттока мочи, лейкоцитоз в периферической крови, лейкоцитурия с микрогематурией, протеинурия и патологические изменения чашечно-лоханочной системы почек. В половине случаев ГП диагностируют неспецифическую инфекцию нижнего отдела полового тракта, а в трети случаев — анемию. Позитивный результат микробиологического исследования мочи выявлен у 27,5 % женщин с ГП.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дополнительных методов диагностики пиелонефрита во время беременности в связи с несоответствием клинической картины и стандартных методов диагностики.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство : учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 709 с.
2. Еникеев, Д. В. Гестационный пиелонефрит : современные возможности диагностики и лечения / Д. В. Еникеев, А. Г. Спивак // Consilium Medicum. 2016. № 18 (7). С. 49–54.