

гут оказывать токсическое влияние на почки. С целью повышения эффективности лечения, стимуляции защитных сил организма спортсменов, с целью превентивной реабилитации целесообразно применение антигомотоксических препаратов (АГТП), способствующих детоксикации организма, повышению местной и общей иммунной реактивности, более эффективному устранению воспаления, а также в связи с отсутствием побочных реакций и хорошей переносимостью.

В процессе наблюдения использовались АГТТ с сочетанным использованием Солидаго композитум С (препарат обладает диуретическим, противовоспалительным, обезболивающим, спазмолитическим, седативным и противомикробным действием), Реструкта про инъекционе С (препарат с метаболическим, противовоспалительным, противоревматическим, диуретическим, антисептическим действием), Траумель С (показан при воспалительных заболеваниях различных органов и тканей), Убихинон композитум (оказывает иммуностимулирующее, общетонизирующее, антиоксидантное, метаболическое действие). Препараты применялись в/м по 2,2 мл, 2 раза в неделю № 5. Длительность курса терапии составляла, в среднем, 3 недели. Побочных реакций и непереносимости не наблюдалось.

Выводы

1. При выявлении синдрома гипермобильности суставов у спортсменов повышается вероятность наличия висцеральных проявлений ДСТ, в частности, мочевыводящей системы.
2. Возникновению воспалительного процесса способствует сочетание признаков ДСТ и мочесолевого диатеза, а также особенности анатомического строения женского организма.
3. Применение АГТП с лечебной и превентивной целью способствует нормализации функции мочевыводящей системы на фоне проявлений дисплазии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагина, Г. Н. Почки при системной дисплазии соединительной ткани / Г. Н. Верещагина, Д. А. Махмудян // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2008. — № 2. — С. 87–89.
2. Вьюшкова, Н. В. Дисплазия соединительной ткани как фоновое состояние при пиелонефрите / Н. В. Вьюшкова // Кубанский научный медицинский вестник. — 2009. — № 6 (111). — С. 27–30.
3. Тодоров, С. С. Кистозная дисплазия почек у детей раннего возраста / С. С. Тодоров // Клиническая практика. — 2011. — № 1. — С. 8–10.
4. EAU. Guidelines on urological infections / European Association of Urology Guidelines / M. Grabe [et al.] // The Netherlands. European Association of Urology. — 2013. — 106 p.
5. Пиелонефрит у пациентов с дисплазией соединительной ткани: особенности клиники, диагностики и лечения / Е. Н. Логинова [и др.] // Лечащий врач. — 2015. — № 9. — С. 7–10.
6. Недостаточность питания у пациентов с дисплазией соединительной ткани: роль постпрандиальных гемодинамических нарушений, подходы к терапии / Е. А. Лялюкова [и др.] // Лечащий врач. — 2015. — № 3. — С. 67–70.
7. Нечаева, Г. Дисплазия соединительной ткани: распространенность, фенотипические признаки, ассоциации с другими заболеваниями / Г. Нечаева, И. Викторова, И. Друк // Врач. — 2006. — № 1. — С. 19–23.
8. Онучин, Н. А. Восстановительные упражнения при заболеваниях почек / Н. А. Онучин. — М., СПб: АСТ, Сова, 2008. — 128 с.
9. Проявления неклассифицированной дисплазии соединительной ткани в зависимости от возраста. Прогноз / Н. Я. Доценко [и др.] // Украинский ревматологический журнал. — 2012. — № 47 (1). — С. 18–23.

УДК 618.3/5:616.61/.62-002

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ КАК ФАКТОР РИСКА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Лашкевич Е. Л.

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

Введение

Инфекция мочевыводящих путей является одной из наиболее распространенных бактериальных инфекций, которая приводит как к осложненному течению беременности, так и к потере работоспособности, развитию неврозоподобного состояния, нарушению привычного образа жизни [1]. Основными этиологическими агентами являются кишечная палочка, энтерококки,

протей, стафилококки и стрептококки [2]. Пиелонефрит во время беременности в большинстве случаев сопровождается анемией, осложняющей течение беременности, родов и послеродового периода, увеличивает частоту развития преэклампсии, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности и гипотрофии плода, а также повышает риск инфекционно-септических осложнений у матери и плода. Перинатальная смертность достигает 24 % [3].

Цель

Изучить влияние инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей у женщин на течение беременности и родов.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализированы истории родов 62 родильниц, родивших в физиологический срок. На группы родильницы разделены в зависимости от наличия воспаления мочевыводящих путей: основную группу составили 31 родильница с гестационным пиелонефритом / обострением хронического пиелонефрита накануне родов, в контрольную группу вошли 31 родильница без заболеваний почек. Анализировали течение беременности и родов, сопутствующие соматические и гинекологические заболевания. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (р, %) и стандартной ошибки доли (Sp, %), высчитывали отношение шансов, его доверительный интервал. 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 гестационным / хроническим пиелонефритом составил $26,2 \pm 1,1$ лет, без заболеваний почек — $28,9 \pm 1,1$ лет. В основной группе 5 пациенток ($16,1 \pm 6,6$ %) стали на диспансерный учет по беременности позже 12 недель, в то время, как в контрольной группе все пациентки встали вовремя. Больше чем половина женщин основной группы были первородящими — 18 ($58,1 \pm 8,9$ %) против 6 ($22,6 \pm 7,5$ %, $\chi^2 = 6,7$, $p = 0,01$) в контрольной.

Половина пациенток в обеих группах имели гинекологические заболевания в анамнезе — 14 ($45,2 \pm 8,9$ %) женщин основной группы и 16 ($51,6 \pm 9$ %) контрольной. Наибольшая доля приходится на псевдоэрозию шейки матки в обеих группах, которая диагностирована у 7 ($50 \pm 13,4$ %) женщин с пиелонефритом и у 12 ($75 \pm 10,8$ %) без заболеваний почек. Структура остальных заболеваний: хронический сальпингоофорит — 4 ($28,6 \pm 12,1$ %) в основной группе и 2 ($12,5 \pm 8,3$ %) в контрольной; в основной группе — по 1 ($7,1 \pm 6,9$ %) бесплодие, бартолитит и миома матки; в контрольной группе — по 1 ($6,25 \pm 6,1$ %) бесплодие и миома матки.

Сопутствующая экстрагенитальная патология встречается у $74,2 \pm 7,9$ % женщин основной группы и $87,1 \pm 6$ % пациенток контрольной группы. Наибольший удельный вес в обеих группах занимают заболевания глаз и сердечно-сосудистой системы, а также щитовидной железы у пациенток контрольной группы (таблица 1).

Таблица 1 — Структура экстрагенитальных заболеваний у обследованных пациенток, n (p \pm sp, %)

Заболевания	Основная группа (N = 31)	Контрольная группа (N = 31)
Верхних дыхательных путей	2 ($6,5 \pm 4,4$)	1 ($3,2 \pm 3,2$)
Мочевыделительной системы	6* ($19,4 \pm 7,1$) ($\chi^2 = 4,61$, $p = 0,032$)	0
Печени и желудочно-кишечного тракта	3 ($9,7 \pm 5,3$)	8 ($25,8 \pm 7,9$)
Сердечно-сосудистой системы	10 ($32,3 \pm 8,4$)	8 ($25,8 \pm 7,9$)
Глаз	11 ($35,5 \pm 8,6$)	10 ($32,3 \pm 8,4$)
Щитовидной железы	2* ($6,5 \pm 4,4$) ($\chi^2 = 5,06$, $p = 0,024$)	10 ($32,3 \pm 8,4$)
Ожирение I–III ст.	5 ($16,1 \pm 6,6$)	4 ($12,9 \pm 6,0$)

* — Статистически значимо в сравнении с контрольной группой.

У пациенток с воспалением мочевыводящих путей искусственное прерывание предыдущих беременностей отмечено у 3 ($9,7 \pm 5,3$ %), замершие беременности/самопроизвольные аборт — у 6 ($19,4 \pm 7,1$ %) против 6 ($19,4 \pm 7,1$ %) и 8 ($25,8 \pm 7,9$ %) пациенток контрольной группы соответственно.

Осложненное течение беременности выявлено у 28 (90,3 ± 5,3 %) пациенток контрольной группы. Вагинит и острые респираторные заболевания перенесли во время беременности больше половины женщин с гестационным пиелонефритом/обострением хронического пиелонефрита накануне родов (таблица 2).

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

Осложнения беременности	Основная группа (N = 31)	Контрольная группа (N = 31)
Угроза прерывания	15 (48,4 ± 9,0)	11 (35,5 ± 8,6)
Преэклампсия	6 (19,4 ± 7,1)	4 (12,9 ± 6,0)
Анемия	16 (51,6 ± 9,0)	12 (38,7 ± 8,8)
Многоводие	1 (3,2 ± 3,2)	1 (3,2 ± 3,2)
Вагинит	24* (77,4 ± 7,5) ($\chi^2 = 8,01$, p = 0,005)	12 (38,7 ± 8,8)
Хроническая плацентарная недостаточность	8 (25,8 ± 7,9)	10 (32,3 ± 8,4)
Острые респираторные заболевания	16* (51,6 ± 9,0) ($\chi^2 = 8,93$, p = 0,003)	4 (12,9 ± 6,0)

* — Статистически значимо в сравнении с контрольной группой.

У 16 (51,6 ± 9,0 %) пациенток основной группы гестационный пиелонефрит/обострение хронического пиелонефрита впервые было отмечено накануне родов. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибактериальным лекарственным средствам было проведено у 22 (71 ± 8,2 %) женщин, при этом рост микроорганизмов получен у 10 (45,5 ± 10,6 %). Были выделены следующие микроорганизмы: *E. coli* — у 4 (40 ± 15,5 %), грибы рода *Candida* — у 3 (30 ± 14,5 %), *Enterococcus faecalis* — у 2 (20 ± 12,7 %), *Staphylococcus haemolyticus* — у 1 (10 ± 9,5 %).

С несвоевременного излития околоплодных вод в 3,43 раза чаще начинались роды у пациенток с воспалением мочевыводящих путей накануне родов — 14 (45,2 ± 8,9 %) против 6 (19,4 ± 7,1 %, OR = 3,43; 95 % CI 1,10–10,70).

Осложнения родов и раннего послеродового периода в 4,44 раза чаще выявлены у женщин основной группы — 9 (29 ± 8,2 %) против 3 (9,7 ± 5,3 %, OR = 4,44; 95 % CI 1,09–18,18). Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Осложнения родов и раннего послеродового периода у обследованных пациенток, n (p ± s_p, %)

Осложнения беременности	Основная группа (N = 31)	Контрольная группа (N = 31)
Первичная/вторичная родовая слабость	4 (12,9 ± 6,0)	1 (3,2 ± 3,2)
Острый дистресс плода	1 (3,2 ± 3,2)	0
Задержка дольки плаценты в полости матки	3 (9,7 ± 5,3)	1 (3,2 ± 3,2)
Гипотоническое кровотечение	2 (6,5 ± 4,4)	1 (3,2 ± 3,2)

Выводы

1. Течение беременности у пациенток с гестационным пиелонефритом/обострением хронического пиелонефрита накануне родов чаще осложнялось вагинитом и острыми респираторными заболеваниями — в 77,4 ± 7,5 % (p = 0,005) и в 51,6 ± 9,0 % (p = 0,003) соответственно.

2. При наличии воспаления мочевыводящих путей накануне родов в 3,43 раза чаще диагностировано несвоевременное излитие околоплодных вод — у 45,2 ± 8,9 % женщин (OR = 3,43; 95 % CI 1,10–10,70).

3. Большинство пациенток с гестационным пиелонефритом были первородящими (58,1 ± 8,9 %, p = 0,01), что объясняется неполноценностью адаптационных механизмов к гестации.

4. Осложнения родов и раннего послеродового периода в 4,44 раза чаще выявлены у пациенток с воспалением мочевыводящих путей накануне родов — у 29 ± 8,2 % (OR = 4,44; 95 % CI 1,09–18,18).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шурпяк, С. А. К вопросу менеджмента пациенток с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей и дисгормональной патологией репродуктивной системы / С. А. Шурпяк, В. И. Пирогова // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2017. — № 5. — С. 1118–1133.
2. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — М.: Триада-Х, 2005. — 816 с.
3. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 1088 с.