

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Невмержицкая Ю. В., Прохоренко Е. И., Сухаренко Д. М.

Научные руководители: ассистент *М. Б. Лемтюгов*,
старший преподаватель *А. С. Князюк*

Учреждение образования

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

Введение

Гестационный пиелонефрит (пиелонефрит беременных) — неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, с преимущественным поражением интерстициальной ткани почки и ее чашечно-лоханочной системы, который развивается впервые на фоне беременности. Ведущее место в возникновении и развитии гестационного пиелонефрита занимают два основных фактора: нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей и наличие инфекционного очага в организме. Гестационный пиелонефрит чаще возникает в сроке 22–28 недель беременности, когда резко возрастают уровни половых и кортикостероидных гормонов, нарастает уростаз и микроциркуляторные нарушения в почке, облегчающие инфицирование почечной паренхимы [1, 2, 3].

Лидирующее место в структуре возбудителей гестационного пиелонефрита несомненно принадлежит группе энтеробактерий (кишечная палочка, протей, клебсиелла), а также стафилококку, энтерококку и др. Основные пути проникновения инфекции в почку: гематогенный, уриногенный и восходящий. Гематогенный путь несомненно является лидирующим. Уриногенный, восходящий путь проникновения инфекции в почку возможен при наличии пузырно-мочеточниковых и пиелоренальных рефлюксов [1, 2].

Актуальность данного заболевания обусловлена увеличением его частоты и тяжести течения за последние годы. Встречаются случаи гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита беременных, возрастает вероятность развития внутриутробной инфекции у ребенка, что чревато инфекционно-токсическим шоком и сепсисом для беременной, а также осложнения в виде гестоза, гипотрофии плода, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности [1].

Цель

Оценить результаты обследования и лечения пациенток с гестационным пиелонефритом на базе урологического отделения УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2».

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 88 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу гестационного пиелонефрита с 01.01.2014 по 31.12.2016 гг. в урологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2».

В тексте значения представлены в виде абсолютных цифр, в скобках указаны процентное соотношение.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток варьировал от 17 до 40 лет. При этом в I триместре пиелонефрит был диагностирован у 8 (9 %) пациенток; во II триместре у 55 (63 %) и в III триместре у 25 (28 %) пациенток. Средний койко-день составил 8,3. Все поступившие пациентки обратились за медицинской помощью своевременно. На догоспитальном этапе беременные получали фитопрепараты, что являлось весьма малоэффективным при наличии нарушений уродинамики.

В анамнезе у 16 (18,2 %) больных имелась мочекаменная болезнь, у 5 (5,7 %) врожденная аномалия развития почек.

Жалобы активно предъявляли 71 (81 %) пациентка: 58 (81,7 %) — на боль в поясничной области, 16 (22,5 %) — на повышение температуры тела, 26 (36,6 %) — на дизурические расстройства.

Классические лабораторные изменения (лейкоцитурия, бактериурия и протеинурия) были выявлены у 86 (97,7 %) пациенток. Причем лейкоцитурия была отмечена в 72,7% случаев, протеинурия — у 36,1 %, бактериурия — 21,9 %.

При бактериологическом исследовании мочи получен рост микрофлоры у 17 (19,3 %) пациенток. Из них *Escherichia coli* была высеяна в 60 % случаев, *Enterococcus faecalis* — в 15 %, и *Klebsiella* — в 25 % случаев. При этом чувствительны вышеуказанные микроорганизмы были в 78 % к ципрофлоксацину, амикацину, амоксициллин/клавулановой кислоте. Оставшиеся 22 % штаммов микроорганизмов являлись полирезистентными, сохраняя чувствительность только к ванкомицину либо имипенему.

Всем пациенткам в стационаре проводился комплекс лечебных мероприятий, включавших антибактериальную (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины II и III поколений либо, при наличии позитивного посева, антибиотик согласно чувствительности микроорганизма и срока беременности), детоксикационную, противовоспалительную, симптоматическую терапию, фитотерапию.

Нарушение уродинамики, проявляющееся гестационной пиелюктазией по данным УЗИ, было выявлено у 31 (35,2 %) пациентки. Однако, только у 4 (4,6 %) беременных потребовалось устранить нарушение уродинамики на стороне поражения, ввиду отсутствия эффекта от проводимой консервативной терапии. Отток мочи восстанавливали путем наружного либо внутреннего стентирования. Все пациентки были выписаны в удовлетворительном состоянии, беременности сохранены, лабораторные показатели нормализованы.

Выводы

1. Наиболее часто гестационный пиелонефрит развивается во II триместре, что свидетельствует о необходимости более бдительного клиничко-лабораторного контроля за беременными в этих сроках.

2. Основными внегоспитальными возбудителями гестационного пиелонефрита остаются энтеробактерии, что позволяет правильно эмпирически подобрать антибактериальный препарат, однако отмечается рост числа полирезистентных штаммов, что требует более рациональной антибиотикотерапии.

3. При гестационном пиелонефрите требуется обязательный УЗИ-контроль за состоянием верхних мочевыводящих путей и, при необходимости, своевременно восстановить пассаж мочи путем стентирования почки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вестник новых медицинских технологий. — 2010. — Т. 17, Вып. 1.
2. Урология: национальное руководство / под ред. Н. А. Лопаткина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1024 с.
3. *Аляев, Ю. Г.* Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита / Ю. Г. Аляев, М. А. Газмиев, Д. В. Еникеев // Урология. — 2008. — № 1. — С. 3–6.

УДК 616.216.1-002-036.11 «2014-2016»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (2014–2016 гг.)

Нестерович Т. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. Д. Шляга*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический верхнечелюстной синусит (ХВС) — хроническое воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, характеризующееся затяжным, часто рецидивирующим клиническим течением, и в большинстве случаев проявляющимся продуктивными патоморфологическими формами [1].