

РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДО ГОДА, МАТЕРИ КОТОРЫХ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ПЕРЕНЕСЛИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

¹Шейбак Л.Н., ¹Протасевич Т.С., ²Бут-Гусаим Л.С., ²Гаманович О.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «ГКБСМП г. Гродно»

Актуальность. За последние годы отмечается прогрессирующий рост инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей у женщин. Особенно актуальны эти проблемы с позиции современного акушерства и перинатологии. Особого внимания заслуживает острый пиелонефрит, который опасен для беременности в связи с угрозой прерывания, которую провоцирует болевой синдром, лихорадочное состояние, экзотоксины грамотрицательных микроорганизмов кишечной группы, опасностью внутриутробной гипоксии, гипотрофии плода, внутриутробным инфицированием плода, гестозом беременных [1].

Цель исследования – анализ влияния острого пиелонефрита на течение беременности, родов, состояние новорожденных, а также оценка здоровья этих детей до года.

Материалы и методы. Проведен анализ историй родов 50 женщин, перенёсших атаку острого пиелонефрита в различные сроки беременности и находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении УЗ «ГКБ СМП г.Гродно», а также 49 историй развития их новорожденных детей, изучены карты развития детей.

Результаты и обсуждение. Все беременные при развитии острого пиелонефрита были госпитализированы в урологическое отделение, где диагноз острого пиелонефрита был выставлен на основании классической клинической картины, лабораторного обследования, результатов бактериологических посевов и данных УЗИ почек. Первичный пиелонефрит был отмечен у 27 женщин (54%), вторичный – у 23 (46%). Критический срок беременности для возникновения острого гестационного пиелонефрита составил 23–30 нед. Острый серозный пиелонефрит был диагностирован у 48 женщин (96%), острый гнойный пиелонефрит – у 2 (4%). Нарушение оттока мочи из пораженной почки по данным УЗИ имело место у 18 женщин. Пациентки получали лечение в виде позиционной терапии, катетеризация лоханки выполнялась 7

женщинам (14%), стентирование – 8 женщинам (12%), в том числе после катетеризации 4 (8%). Антибиотикотерапия цефалоспоридами I поколения проводилась 20 женщинам (40%), III поколения – 15 (30%), антибиотиками пенициллинового ряда – 15 (30%). Купировать атаку острого пиелонефрита удалось у 48 женщин (96%). У 2 (4%) больных лечение оказалось неэффективным и, соответственно, им было выполнено хирургическое вмешательство в виде нефростомии и декапсуляции.

Естественное родоразрешение было проведено в 74% случаев, кесарево сечение – в 26%. Родостимуляция энзаппростом составила 20%, амниотомия – 14%. Увеличение плодово-плацентарного коэффициента наблюдалось у 24% женщин. У 19 (38%) женщин произошло преждевременное или раннее излитие околоплодных вод, в 7 случаях осложнившееся слабостью родовых сил. У 1 женщины (2%) произошёл самопроизвольный выкидыш в сроке 10 нед. Проявления фетоплацентарной недостаточности диагностированы у 9 (18%) женщин, ЗВУР плода – у 1 (2%), гестоз – у 12% женщин.

В исследуемой группе новорожденных родились: мальчики – 59%, девочки – 41%. Масса тела у них в среднем составила 3290 ± 87 г, длина тела – $52 \pm 0,4$ см, окружность головы – $34,65 \pm 0,3$ см. Данные антропометрических показателей соответствовали статистическим нормам. Оценка по Апгар при рождении составила $8 \pm 0,08$. В общем анализе крови среднее количество лейкоцитов составило $(20,64 \pm 1,38) \times 10^9$ /л. Лейкоцитоз выше 30×10^9 /л был отмечен у 9 новорожденных. Каждый пятый ребенок имел проявления полицитемии в 1–е сутки после рождения как компенсация имевшей место хронической внутриутробной гипоксии.

52% новорожденных находились на грудном вскармливании, 45% – на смешанном и 3% на искусственном. Ранняя неонатальная адаптация сопровождалась физиологической убылью массы тела в среднем до 4,5%, токсическая эритема отмечалась в 17% случаев. Клинические признаки внутриутробного инфицирования (снижение активности, мышечная гипотония, гипорефлексия, вялое сосание, большая первоначальная потеря массы тела, неонатальная желтуха) отмечались у 34,5% новорожденных детей [2].

Исследование в катамнезе показало, что на естественном вскармливании до 1 года находилось 38% детей от матерей с острым пиелонефритом в анамнезе. 24 детей в исследуемой группе в возрасте до 1 года перенесли неоднократно острые респираторные заболевания. Следует отметить, что в группу часто болеющих попали 24% детей (каждый четвертый). Соответственно, им проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия. Одновременно с этим у них отмечалась анемия лёгкой степени (снижение гемоглобина до 100–110 г/л) – 34%, экссудативный диатез в виде молочного струпа и гнейса наблюдался в 14% случаев. Мы получили высокую частоту неврологических дисфункций в виде синдрома двигательных нарушений и повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у 55% детей, т.е. практически у каждого второго ребёнка, что потребовало планового лечения и наблюдения у невролога, проведения реабилитационных мероприятий.

Выводы:

У каждой 3-й женщины с острым гестационным пиелонефритом отмечалось преждевременное или раннее излитие околоплодных вод.

Новорожденные от матерей с острым пиелонефритом имеют клинические проявления внутриутробного инфицирования, в возрасте до 1 года 24% детей составляют группу часто и длительно болеющих и 55% имеют неврологические нарушения в виде синдрома двигательных нарушений.

Профилактика острого пиелонефрита у беременных является залогом снижения частоты акушерских осложнений и заболеваемости новорожденных.

Литература

1. Urinary tract infections during pregnancy / J.Jr. Delzell, M.L. Lefevre // Am Fam Physician. 2000. – Vol. 61. – P. 713–721.
2. Елиневская, Г.Ф. Заболевания у новорожденных детей / Г.Ф. Елиневская, Б.Л. Елиневский. – Минск: Беларусь, 2004. – 204 с.