



Bionorica

Цистит? Пиелонефрит? МКБ?

Лекарственный растительный препарат

Канефрон® Н

Рег. уд. П № 014244/02 от 10.01.2018



- ✓ Способствует уменьшению болей и резей при мочеиспускании
- ✓ Уменьшает количество повторных обострений
- ✓ Повышает эффективность антибактериальной терапии
- ✓ Способствует отхождению конкрементов и препятствует их образованию

Природа. Наука. Здоровье.

www.bionorica.ru
www.mastopatiaforum.ru



Любисток



Золототысячник



Розмарин

РЕКЛАМА

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Волгоград, 2018

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ.
ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Учебное пособие

 Издательство
ВолГМУ
Волгоград
2018

УДК 618.3-06
ББК 57.16
О-792

Рецензенты:

заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
МЗ России д. м. н., профессор *И. И. Куценко*;

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического
факультета ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет» МЗ России д. м. н. *Л. В. Дикарева*

Ответственный за выпуск

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВПО «ВолгГМУ» МЗ России, д. м. н., профессор *Н. А. Жаркин*

Печатается по решению ЦМС ВолгГМУ
(протокол № 3 от 28.03.2018 г.)

О-792 **Острый пиелонефрит у беременных. Врачебная тактика**
[Текст] : учебное пособие / сост.: Н. А. Жаркин, М. Е. Стаценко,
Н. А. Бурова. – Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2018. – 24 с.

Данное учебное пособие, согласно принципам доказательной медицины, вносит новые принципы построения диагностики и лечебного процесса в акушерстве. За основу данного учебного пособия взяты материалы отечественных и иностранных авторов. В учебном пособии на современном уровне представлены методы, средства и алгоритмы, позволяющие гарантировать успех в профессиональной деятельности.

Данное пособие предназначено для постдипломного образования: клинических интернов, клинических ординаторов и аспирантов.

УДК 618.3-06
ББК 57.16

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2018
© Издательство ВолгГМУ, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
КЛАССИФИКАЦИЯ.....	5
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	6
ЭТИОЛОГИЯ.....	7
ДИАГНОСТИКА.....	9
Клиническая картина заболевания.....	
Оценка общего состояния пациентки.....	9
Микробиологические и бактериологические тесты.....	10
Оценка функционального состояния почек.....	10
Ультразвуковая диагностика чашечно-лоханочной системы и почек.....	10
Ультразвуковая диагностика фетоплацентарного комплекса.....	11
Допплерометрия почечного кровотока.....	11
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	12
ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ.....	13
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	17
ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ.....	22
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	23

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЧЛС	– чашечно-лоханочная система
ФПН	– фетоплацентарная недостаточность
ФПК	– фетоплацентарный комплекс
КТГ	– кардиотокография
ПЭ	– преэклампсия
АГ	– артериальная гипертензия
ВУИ	– внутриутробная инфекция
ЗРП	– задержка роста плода
РДС	– респираторный дистресс синдром
IR	– индекс резистентности
PI	– пульсационный индекс
S/D	– систоло-диастолическое соотношение

ВВЕДЕНИЕ

Пиелонефрит относится к наиболее частым экстрагенитальным заболеваниям во время беременности. Частота его составляет от 3 до 12 % всех беременных. По данным Минздрава России, частота пиелонефрита за 20 лет возросла в 3,5 раза. Заболевание обуславливает высокие риски акушерских осложнений и прогрессирование самого пиелонефрита. Несмотря на применение сильнодействующих лекарственных препаратов, использование современных медицинских технологий (стентирование почечных лоханок), риски потери беременности, инвалидизация женщин и материнская смертность реальны.

Для пиелонефрита во время беременности характерны некоторые закономерности, которые позволяют прогнозировать заболевание и проводить своевременную профилактику. Тем не менее, нередко случаи перехода острого пиелонефрита в деструктивные формы, которые представляют собой жизнеугрожающие состояния.

Вопросам прогнозирования, диагностики, профилактики, лечения пиелонефрита во время беременности и акушерской тактике посвящено данное учебное пособие.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В соответствии с МКБ 10-го пересмотра различают следующие позиции относительно заболеваний почек во время беременности.

Классы МКБ-10: O00–O99/O20–O29/O23

Инфекция мочеполовых путей при беременности (O23)

Классификация, используемая в практическом здравоохранении, основывается на клинических проявлениях заболевания. Отдельной строкой обозначен гестационный пиелонефрит, подразумевающий впервые выявленный инфекционно-воспалительный процесс в почках во время настоящей беременности.

Острый:

- а) острый серозный,
- б) острый гнойный:
 - диффузно-гнойный (недеструктивный),
 - очагово-гнойный (деструктивный):
 - апостематоз,
 - карбункул,
 - абсцесс.

Хронический:

- а) хронический, устойчивая ремиссия
 - б) хронический, манифестная рецидивирующая форма
 - в) обострение хронического (активный пиелонефрит).
- В этом случае заболевание следует рассматривать как острое воспаление.

Гестационный (впервые выявленный во время беременности).

В зарубежной медицинской практике используется термин «Primary Glomerulonephritis» или «Reflux Nephropathy», подразумевая, что воспаление почечной лоханки и паренхимы почки не может проходить изолированно и обусловлено не только наличием инфекта, но и нарушением выведения мочи.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота встречаемости пиелонефрита довольно вариабельна и составляет от 3 до 12 % всех беременных. В 90-х годах 20-го столетия отмечался рост частоты пиелонефрита во время беременности до 18–20 %. По данным годовых отчетов, число госпитализированных беременных в урологическое отделение ГУЗ Волгоградской областной клинической больницы № 1 возросло с 27 в 2014 г. до 36 в 2015 г. и 44 в 2016 г., то есть за три года почти в 2 раза.

Течение беременности и родов у женщин с пиелонефритом сопровождается рядом осложнений, обусловленных наличием инфекционного очага в организме и нарушением

функции почек. Обострение хронического заболевания во время беременности оказывает более неблагоприятное влияние, чем гестационный пиелонефрит. Характерны такие осложнения, как невынашивание беременности, преждевременные роды, преэклампсия, сопровождающаяся задержкой внутриутробного развития плода.

Широкомасштабное исследование частоты акушерских осложнений «Torino-Cagliari Observational Study» (TOCOS), проведенное в Италии и включавшее 504 наблюдения, показало, что частота акушерских осложнений составила 34,1 % при начальной стадии хронической почечной недостаточности и **90 % при тяжелом течении заболевания**. В первом случае чаще была преэклампсия, при втором – преждевременные роды (статистически незначимо). Отмечено, что наиболее часто обострение заболевания и острый впервые выявленный пиелонефрит наблюдается во 2-м триместре беременности – в 16–28 недель.

Помимо акушерских осложнений серьезную проблему представляет риск прогрессирования самого заболевания на фоне нейрогуморальных и анатомо-физиологических изменений по мере увеличения срока беременности. Отечественные авторы также указывают на серьезность проблемы. Так, А. М. Франк (2009) писал, что «острый гестационный пиелонефрит является одним из наиболее значимых по своей тяжести заболеваний, составляет 6,6–8,7 % от всех нефроурологических заболеваний у беременных, поэтому его следует рассматривать как **медицинскую и социальную проблему одновременно**».

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Пиелонефрит относится к инфекционно-воспалительным заболеваниям, основным возбудителем которого является **грам-положительная палочка *E. Colli***. Помимо этого встречаются *Klebsiella*, *Proteus* и *Enterococcus*.

Наиболее часто выявляется микст инфекция с характерными ассоциантами: *E. Colli* и *Proteus*, нередко с присоединением назокомиального компонента. Иногда обнаруживаются отличия между флорой, высеваемой в моче из мочевого пузыря и почечной лоханки с помощью катетера.

Помимо инфекционного компонента важную роль в возникновении заболевания играет **нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей**. Как правило, это имеет место именно во 2-м триместре, когда беременная матка выходит из полости малого таза, имеет существенный вес (более 2 кг) и сдавливает мочеточники, особенно когда женщина лежит на спине. Кроме того, задержке оттока мочи может способствовать релаксирующее **влияние прогестерона** на мочеточники и лоханки, вызывая их расширение. Указанные особенности сопровождаются нарушением гемодинамики почек, создают условия для диффузного отека стромы, коркового и мозгового вещества, дистрофических процессов в тубулярном отделе нефронов.

Нарушение оттока мочи и расширение так называемого «мертвого пространства» способствует возникновению **пузырно-мочеточниковых и лоханочно-почечных рефлюксов**. Эти явления чрезвычайно опасны не только созданием благоприятных условий для активации инфекции, но и для мочевой инфильтрации интерстиция с острым нарушением кровообращения почек.

Механически фактор в патогенезе пиелонефрита усугубляется при таких акушерских ситуациях, как многоплодная беременность, многоводие, тазовое предлежание, крупный плод и анатомически узкий таз. Безусловно, важную роль в возникновении или обострении заболевания играет образ жизни беременной, особенности питания, питьевого режима и других факторов, влияющих на фильтрационную и выделительную функцию почек.

ДИАГНОСТИКА

Клиническая картина заболевания. Оценка общего состояния пациентки

Важным компонентом в постановке диагноза является тщательно собранный **анамнез**: инфекционные заболевания мочевого пузыря и внутренних гениталий, гидронефроз и поликистоз почек, мочекаменная болезнь.

Клиническая картина острого или обострения хронического пиелонефрита складывается из симптомов воспаления, интоксикации и нарушения мочеиспускания (дизурия). Имеются определенные особенности при различной стадии заболевания.

Так, при серозном пиелонефрите, который выявляется более чем у 90 % заболевших беременных, состояние пациентки, как правило, не страдает. Может отмечаться субфебрильный подъем температуры, ознобы, интоксикация. Боли в поясничной области могут отсутствовать. Диагноз выставляется на основании лабораторных данных.

Острый гнойный пиелонефрит сопровождается более тяжелым течением. При неструктивной форме на первое место выступают симптомы интоксикации: лихорадка, тахикардия, ухудшение общего самочувствия, слабость, быстрая утомляемость, потливость. Беспокоят боли в поясничной области как правило с одной стороны, чаще справа. Могут появляться ознобы, что свидетельствует о риске прогрессирования заболевания и перехода в деструктивные формы. Постепенно появляются местные симптомы в виде болей в области поясницы со стороны поражения. Часто боли иррадируют в верхнюю часть живота, что иногда ошибочно расценивается как гипертонус матки и угроза преждевременных родов. Усиление болей возникает по ночам, в положении пациентки на спине или на стороне, противоположной больной почке. Становится положительным симптом поколачивания.

Гнойно-деструктивный пиелонефрит, встречающийся у 3–5 % пациенток, проявляется более тяжелой интоксикацией, гектической температурой с перепадом ее на 2–3° в течение суток,

потрясающими ознобами, выраженной потливостью, желтухой. Критерием тяжести и дифференциальным признаком формы заболевания является эффективность либо неэффективность антибактериальной и дезинтоксикационной терапии на фоне катетеризации мочеточников или установки самоудерживающегося стента в лоханке.

На тяжесть гнойного пиелонефрита указывают лабораторные показатели активности воспаления и степени интоксикации: нарастание лейкоцитоза со сдвигом лейкоформулы влево, анемия, повышение концентрации креатинина и мочевины в сыворотке крови, появление С-реактивного белка.

Микробиологические и бактериологические тесты

Самыми частыми признаками пиелонефрита являются лейкоцитурия, бактериурия высокой степени. Важно своевременно собрать мочу на бактериологическое исследование до начала антибактериальной терапии. Анализы мочи рекомендуется делать несколько дней подряд для более точной диагностики. Пиурия выявляется с помощью пробы Нечипоренко (количество лейкоцитов более 4×10^9 в 1 мл осадка мочи).

Оценка функционального состояния почек

Нарушение функционального состояния почек более характерно для длительно текущего хронического пиелонефрита, а при остром пиелонефрите на первое место выступают симптомы интоксикации. Тем не менее, в случае острого воспаления может наблюдаться олигурия, умеренная протеинурия.

Ультразвуковая диагностика чашечно-лоханочной системы и мочевого пузыря

Ультразвуковое исследование представляет собой очень важный компонент диагностического процесса и контроля за эффективностью лечения, заменив небезопасное рентгенологическое исследование. При остром пиелонефрите отмечается увеличение размеров почки (или почек), снижение эхогенности паренхимы за счет отека, а также низкой эхогенной плотности

образований овально-округлой формы (воспаленные пирамидки). В случае прогрессирования заболевания отмечается перинерфальный отек в виде двойного контура или ореола разряжения вокруг почки. Карбункул проявляется картиной округлого образования с четкими и неровными контурами, внутри которого могут быть видны нежные экоструктуры (взвесь).

Ультразвуковая диагностика фетоплацентарного комплекса

Важным вопросом в определении акушерской тактики является динамическая оценка состояния плода и всего ФПК. В случае прогрессирования заболевания, сопровождающееся упорным интоксикационным синдромом, наступает острая плацентарная недостаточность, которая сопровождается страданием плода от интоксикации и нарастающей гипоксии. Первым признаком внутриутробного страдания плода является снижение индекса амниотической жидкости, незначительное уменьшение размеров плода в области мягких образований (окружность живота), свидетельствующее о потере жидкости. Наличие эхогенной взвеси в околоплодных водах может указывать на примесь мекония вследствие нарастающей гипоксии. При наличии прогрессирующей ФПН необходимо своевременно решать вопрос о прерывании беременности в интересах плода.

Допплерометрия почечного кровотока

Оценка кровотока имеет важное значение в определении степени поражения почек при их воспалении. В импульсном доплеровском режиме проводят определение кривых скорости кровотока и на основании этого рассчитываются индекс резистентности (IR), индекс пульсации (PI) и систоло-диастолическое соотношение (S/D).

Показатели скорости кровотока и доплерометрические индексы у беременных женщин находятся в пределах показателей нормы для здоровых людей. У беременных женщин во второй половине беременности IR составляет $0,62 \pm 0,02$, PI — $1,16 \pm 0,03$, а S/D — $2,82 \pm 0,02$, то есть соответствует обычным нормативным показателям для здоровых людей, ближе к верхней границе их нормы.

С увеличением срока беременности отмечается постепенное их нарастание. Так, во втором триместре гестации (13–27 недель) IR колеблется в пределах $0,57 \pm 0,01$, PI – $1,03 \pm 0,02$, S/D составляет $2,31 \pm 0,04$. В конце беременности (37–41 неделя) IR составляет $0,56 \pm 0,02$, PI – $1,12 \pm 0,05$, при этом S/D несколько снижается и составляет $2,20 \pm 0,04$.

При развитии острого пиелонефрита показатели IR повышаются почти в 2 раза – $1,02 \pm 0,03$, PI повышается до $2,03 \pm 0,06$, а S/D снижается до $1,7 \pm 0,03$. Вышеописанные гемодинамические изменения, происходящие в почках на фоне острого воспаления, являются следствием происходящих в них патофизиологических изменений

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Акушерская ситуация у беременных с острым пиелонефритом зависит от формы заболевания. Так, из 115 пациенток, получавших лечение в урологическом отделении ВОКБ № 1 г. Волгограда спонтанные или вызванные по показаниям преждевременные роды произошли у 3 пациенток с диагнозом «Острый гнойный деструктивный пиелонефрит» и лишь у одной с серозной формой.

Присоединение преэклампсии чаще имеет место после 30-й недели и осложняет беременность у пациенток с хроническим пиелонефритом. Из 115 больных диагноз «Преэклампсия» выставлен у двух – в 33 и 34 недели беременности. Несмотря на то, что у обеих пациенток был выставлен диагноз «Гестационный пиелонефрит», в анамнезе у одной из них были указания на хронический цистит, у другой выявлено многоводие, что свидетельствовало о хронической мочеполовой инфекции.

Аntenатальная гибель плода произошла у одной пациентки с тяжелым течением гестационного пиелонефрита. Угроза и начавшиеся преждевременные роды, потребовавшие перевода

пациенток в перинатальный центр, имели место в 6 случаях, причем в одном из них родоразрешение в сроке 31 неделя выполнено в условиях операционной областной клинической больницы путем кесарева сечения с извлечением живого ребенка в плодном пузыре с последующим переводом его в перинатальный центр. Показанием к срочному прерыванию беременности были HELLP-синдром, внебольничная пневмония, острый РДС, дыхательная недостаточность 3-й ст., острый гестационный пиелонефрит, острая почечная недостаточность 1-й ст., анемия II.

За анализируемый период родильниц с острым или обострением хронического пиелонефрита в урологическое отделение не поступало.

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Острый пиелонефрит, так же как и обострение хронического заболевания, служит показанием к госпитализации беременной в урологическое отделение. Принципами лечения заболевания являются восстановление пассажа мочи, способствующее ликвидации ее застоя, элиминации микробов из верхних мочевыводящих путей и проведение дезинтоксикационной терапии.

После уточнения диагноза и взятия материала для лабораторных исследований назначают лечение. Протокол консервативного лечения беременных с острым пиелонефритом включает антибактериальную и позиционную терапию. При наличии болевого синдрома назначаются анальгетики. С целью дезинтоксикации проводится инфузионная терапия под контролем суточного диуреза, который должен быть положительным.

До получения результатов бактериологического исследования назначаются антибиотики широкого спектра действия, активные в отношении кишечной палочки и других характерных возбудителей пиелонефрита. Следует учитывать токсическое действие некоторых препаратов на плод. В связи с этим наиболее часто назначаются цефалоспорины 2–3-го поколения: цефотаксим в дозе не менее

1 г 2–3 раза в сутки парентерально; цефтриаксон по 0,375–0,625 г 3 раза в сутки внутрь и 1–2 г парентерально; ингибиторзащищенные пенициллины ампициллин + сульбактам по 1,5–3,0 г 2–4 раза в сутки, спирамицин по 1,5–3,0 млн МЕ 3 раза в сутки внутрь. Продолжительность антибиотикотерапии должна составлять не менее 10–14 дней. Сразу после получения результатов бактериологического исследования необходимо скорректировать антибиотикотерапию с предпочтением монотерапии тем препаратом, к которому чувствительна выявленная флора.

Для усиления действия антибиотиков к лечению добавляют уросептики в виде нитрофуранов (нитроксолин, налидиксовая кислота, фуразидин, фурагин) внутрь, а также препарат растительного происхождения «Канефрон» по 1 др. 3 раза в день, оказывающий комплексное положительное воздействие и не имеющий отрицательного влияния на плод.

В случаях тяжелого течения заболевания при риске формирования гнойных очагов в почке, а также после оперативного лечения деструктивных форм острого пиелонефрита назначают антибиотики группы карбопенемов (тиенам, меронем). К решению вопроса о необходимости комбинирования антибактериальных средств следует привлекать клинических фармакологов.

Позиционная терапия предусматривает устранение механического компонента застоя мочи, то есть сдавления мочеточников беременной маткой. С этой целью больным рекомендуется несколько раз в день (3–4 раза) принимать коленно-локтевое положение по 15–20 минут. Спать лучше на здоровом боку.

Дезинтоксикационная терапия включает инфузию кристаллоидов: 0,9%-го раствора натрия хлорида или сбалансированных комбинированных солевых растворов. При наличии выраженной гипопроteinемии назначаются белковые препараты (альбумин, протеин или препараты нативной плазмы). Объем инфузионной терапии зависит от степени интоксикации и нарушения выделительной функции почек. Следует ориентироваться на суточный или почасовой (при тяжелых ситуациях) диурез, который должен быть положительным. С этой целью необходимо вести тщательный контроль за объемом выпитой и вводимой жидкости, сопоставляя ее с диурезом.

При наличии болевого синдрома в области поясницы назначаются препараты анальгетического и спазмолитического действия,

например, метамизол натрия (баралгин) по 5,0 мл в/м, хлоропирамин (супрастин) внутрь по 1 т. 1 раз в день.

Лечение ФПН или гипотрофии плода в настоящее время признано нецелесообразным, так как нет убедительных доказательств медикаментозного устранения этих осложнений, а назначение большого количества лекарственных средств может привести не только к полипрагмазии, но и усугублению почечной недостаточности. При нарастании симптомов ФПН на фоне экстрагенитальной патологии, в том числе и пиелонефрите, следует своевременно ставить вопрос о досрочном прерывании беременности в интересах плода.

Проведение консервативной терапии оказалось эффективной у 108 пациенток (94 %). Стихание симптомов воспаления почек позволило пролонгировать беременность у них до срока родов.

Оперативное лечение потребовалось 7 беременным (6 %). Показаниями для этого послужили: серозный гнойный пиелонефрит, нарастание острой почечной недостаточности у 2 больных (трансуретральное стентирование лоханки); острый гнойный пиелонефрит, апостематоз – у 2 (чрескожная пункционная нефростомия); острый гнойный пиелонефрит, карбункул – у 3 пациенток (нефростомия, декапсуляция почки, вскрытие карбункула). Прерывание беременности выполнено у одной из этих пациенток в сроке 27 недель, у другой – в 34 недели в связи с риском прогрессирования острой почечной недостаточности и развитием уросепсиса. Выполнено кесарево сечение с извлечением плода в плодном пузыре, дети переведены в перинатальный центр. У остальных беременность прогрессировала до срока родов.

Состояния, угрожающие жизни беременной при заболеваниях почек:

- острый пиелонефрит единственной почки,
- хронический пиелонефрит с гипертонзией или азотемией,
- уросепсис,
- бактериальный шок.

В этих случаях коллегиально необходимо срочно решать вопрос о целесообразности сохранения беременности. Участники консилиума разных специальностей должны оценить характер и степень нарушений жизненно важных функций организма больной и обсудить место, время и условия для прерывания беременности с учетом попытки сохранить жизнь матери и ребенка. Принимая

во внимание, что вопрос о прерывании беременности чаще возникает после 22-й недели, методом выбора является кесарево сечение с извлечением плода в плодном пузыре. Если операция выполняется в многопрофильной больнице, необходимо обеспечить участие неонатологов в оказании специализированной помощи новорожденным непосредственно после извлечения.

В послеоперационном периоде консервативное лечение продолжалось по тем же принципам, однако имело некоторые особенности: увеличение дозировки или смена антибиотиков, увеличение объема инфузионной терапии под контролем диуреза, проведение гемотранфузии в связи с тяжелой анемией (1 пациентка). Также повышалась доза растительного препарата «Канефрон» в 2 раза на протяжении 8–10 дней до окончания антибиотикотерапии.

После урологической операции до срока родов рекомендуется противорецидивная поддерживающая монотерапия канефроном по 1 др. 3 раза в день на фоне адекватного питьевого режима и диеты с учетом риска преэклампсии. Необходимо также регулярно проводить позиционную терапию.

После завершения беременности целесообразна реабилитационная терапия канефроном в течение 4–6 месяцев по 1 др. 3 раза в день на фоне адекватного питьевого режима и диеты с учетом лактации.

Таким образом, антибиотикотерапия и своевременное оперативное лечение с целью дренирования заблокированной почки является основной задачей комплексного лечения острого гнойного пиелонефрита. В начальных стадиях нарушения функции больной почки можно ограничиться стентированием почечной лоханки. При очагово-гнойном поражении почки предпочтение следует отдавать люмботомии, а не чрескожной нефростомии, так как только при этом можно провести тщательную ревизию пораженного органа и забрюшинного пространства, определить необходимый объем операции.

Ведение пациенток с острым гнойным пиелонефритом должно осуществляться коллегиально с участием урологов и акушеров-гинекологов. В задачу акушера-гинеколога входит тщательный контроль за состоянием плода и всего ФПК, определение степени риска вероятного начала преждевременных родов, проведение профилактики РДС плода в случае реальной угрозы, а также при решении досрочного прерывания беременности по жизненным показаниям.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите правильные ответы

1. ВЫБЕРИТЕ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

- 1) *Staphylococcus hemolyticus*
- 2) *Proteus*
- 3) *E. Colli*
- 4) *Candida albicans*
- 5) все перечисленное

2. ВЫБЕРИТЕ, ЧТО ОТНОСИТСЯ К ФАКТОРАМ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) увеличение объема циркулирующей крови
- 2) механическое сдавление мочеточников
- 3) нейрогуморальные изменения в связи с беременностью
- 4) нарушение питьевого режима

3. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ ПОЧЕК

- 1) лейкоцитурия
- 2) микрогематурия
- 3) бактериурия
- 4) протеинурия
- 5) цилиндрурия

4. УКАЖИТЕ, ПО УРОВНЮ КАКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СТЕПЕНЬ ИНТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- 1) лейкоцитоз
- 2) мочевины
- 3) креатинин
- 4) протеинемия

5. ВЫБЕРИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) МРТ
- 2) экскреторная урография
- 3) УЗИ
- 4) доплерометрия

6. УКАЖИТЕ, НА ЧЕМ ОСНОВАНА ПРОБА ПО НЕЧИПОРЕНКО

- 1) подсчет лейкоцитов в поле зрения
- 2) подсчет эритроцитов в поле зрения
- 3) подсчет лейкоцитов и эритроцитов в 1 мл осадка мочи
- 4) подсчет бактерий в 1 мл осадка мочи

7. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ УЗ-СИМПТОМЫ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- 1) увеличение размеров почки
- 2) эхо-позитивные включения в почечных лоханках
- 3) двойной контур капсулы почки
- 4) размытые контуры пирамидок
- 5) расширенные мочеточники

8. УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ НАРАСТАНИЯ ФПН ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- 1) уменьшение размеров плаценты
- 2) уменьшение размеров плода
- 3) многоводие
- 4) снижение амниотического индекса
- 5) все перечисленное

9. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) острый гнойный диффузный пиелонефрит
- 2) острый гнойный апостематозный пиелонефрит
- 3) карбункул почки
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

10. УКАЖИТЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

- 1) бактериальный шок
- 2) сепсис
- 3) острый пиелонефрит единственной почки
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

11. УКАЖИТЕ, ГДЕ ПРОВОДЯТ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

- 1) в урологическом отделении
- 2) в отделении патологии беременных
- 3) в перинатальном центре

12. ВЫБЕРИТЕ, КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

- 1) элиминация микробов из мочевого пузыря
- 2) восстановление пассажа мочи
- 3) дезинтоксикация
- 4) элиминация микробов из верхних мочевыводящих путей
- 5) стимуляция иммунитета

13. УКАЖИТЕ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ

- 1) антибиотикотерапия
- 2) стимуляция диуреза
- 3) десенсибилизирующая терапия
- 4) обезболивание
- 5) токолиз

14. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ (СТЕНТИРОВАНИЯ) ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- 1) олигурия
- 2) пиурия
- 3) нарушение концентрационной и выделительной функции почек
- 4) нарастание острой почечной недостаточности
- 5) все перечисленное

15. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЛЮМБОТОМИИ

- 1) сепсис
- 2) бактериальный шок
- 3) гнойно-очаговые формы пиелонефрита
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

16. ВЫБЕРИТЕ ГРУППЫ АНТИБИОТИКОВ, КОТОРЫЕ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН НАЗНАЧАТЬ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ

- 1) аминогликозиды
- 2) карбопенемы
- 3) фторхинолоны
- 4) цефалоспорины 3–4-го поколения
- 5) ингибиторзащищенные пенициллины

17. ВЫБЕРИТЕ, КАКОЙ ИЗ НИТРОФУРАНОВ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) фуразолидон
- 2) фурагин
- 3) 5-нок
- 4) фуразидин

18. УКАЖИТЕ, КАКИМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ ПРЕПАРАТ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ «КАНЕФРОН Н*»:

- 1) антимикробные
- 2) диуретические
- 3) противовоспалительные
- 4) спазмолитические
- 5) все вышеперечисленное

19. УКАЖИТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ КАНЕФРОНОМ ПОСЛЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 1–2 недели
- 2) 3–4 месяца
- 3) 12 месяцев
- 4) курсами по 10–14 дней через месяц

20. ОТВЕТЬТЕ, СЛЕДУЕТ ЛИ ПРОВОДИТЬ ТОКОЛИЗ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

- 1) да, следует
- 2) ни в коем случае
- 3) следует, для профилактики РДС плода
- 4) не следует до урологической операции
- 5) следует, после урологической операции

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Вопрос	Правильные ответы
1	3
2	2, 3
3	1, 3
4	1, 2, 3, 4
5	3
6	3
7	1, 3
8	2, 4
9	5
10	4
11	1
12	2, 3, 4
13	1, 4
14	4
15	3
16	4, 5
17	2
18	5
19	2
20	3

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальное руководство по акушерству [Текст]. – Изд. 2-е, испр.
2. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях [Текст] / С. В. Апресян ; под ред. В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа. 2015. – 536 с.
3. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей [Текст] / В. М. Сидельникова, Г. Т. Сухих. – М. : ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. – 536 с.: ил.
4. Синдром задержки роста плода: патогенез, диагностика, лечение, акушерская тактика [Текст] / Стрижаков А. Н., Игнатко И. В., Тимохина Е. В., Белоцерковцева Л. Д. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 120 с.
5. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных [Текст] / М. М. Шехтман. – М. : «Триада», 1999. – 816 с.
6. HIGH RISK PREGNANCY: MANAGEMENT OPTIONS, 3/E. – Copyright 2006, Elsevier Inc.

Учебное издание

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ.
ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Составители:

*Жаркин Николай Александрович,
Стаценко Михаил Евгеньевич,
Бурова Наталья Александровна*

Редактирование и компьютерная верстка *М. Ю. Лепеско*
Оформление обложки *Е. А. Могужиной*

Директор Издательства ВолгГМУ *Л. К. Кожевников*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 34.12.01.543. П 000006.01.07. от 11.12.2007 г.

Подписано в печать 10.09.2018 г. Формат 60x84/16.
Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 0,71. Тираж 150 экз. Заказ *254*.

Волгоградский государственный медицинский университет
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1.
Издательство ВолгГМУ
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.