

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.02.02 акушерское дело
3 курса группы 03051624
Сальтевской Алины Юрьевны**

Научный руководитель
преподаватель Бабынина Т.П.

Рецензент
Старшая акушерка женской консультации
ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ»
г.Строитель
Варыгина Марина Игоревна

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	6
1.1. Особенности эпидемиологического течения пиелонефрита при беременности.....	6
1.2. Физиологические и патогенетические аспекты развития и осложнения пиелонефрита при беременности.....	9
1.3. Осложнения беременности и родов у беременных с пиелонефритом.....	13
1.4. Анализ современного состояния диагностики пиелонефрита и его осложнений при беременности.....	18
1.5. Способы лечения и профилактика острого и хронического пиелонефритов при беременности и родах.....	23
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	29
2.1. Организация и проведение исследования	29
2.2. Акушерский процесс при ведении беременности и родов у женщин с пиелонефритом.....	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	46
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	48
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	50

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время одной из распространенной патологии у женщин при беременности является пиелонефрит, который способствует протеканию воспалительного процесса в тканях почечной лоханки, вызванного бактериальным инфицированием. В большинстве случаев, как правило, пиелонефрит при беременности является результатом протекания хронического пиелонефрита, который присущ ещё до беременности, но также реже отмечены и случаи острого пиелонефрита. При этом как острый, так и хронический пиелонефрит отрицательно влияет на здоровье матери и плода. И часто приводят выкидышам и осложнениям.

Поэтому при беременности из-за особенностей течения пиелонефрита от акушерки требуется четкое представление о причинах возникновения и протекания данного заболевания, и способах оказания доврачебной помощи беременным и роженицам.

Анализ научной литературы по проблеме исследования, позволяет отметить, что нет единого взгляда на ведение беременности и родов у женщин с острым и хроническим пиелонефритом, а также отсутствует общая точка зрения о длительности лечения, сроках и разнообразных подходах к катетеризации полостной системы почек и не только коррекции состояния почек, но и мочеотведения, а также и уменьшение тяжести гестационных осложнений, риска перинатальных потерь.

Поэтому своевременная диагностика и полное представление о возникновении всевозможного осложнения может повлиять на прогноз течения беременности, на здоровье матери и плода, что в большей степени зависит от квалификации акушерки.

Выше сказанное указывает на то, что проблема профессиональной деятельности акушерки при ведении беременности и родов у женщин с пиелонефритом, относится к актуальным.

Объект исследования: индивидуальные карты беременных, результаты анкетирования.

Предмет исследования: профессиональная деятельность акушерки при ведении беременности и родов у женщин с пиелонефритом.

Цель исследования: исследовать роль акушерки в профилактике осложнений при ведении беременности и родов у беременных с пиелонефритом.

Задачи исследования:

1. Провести аналитический обзор научной литературы по проблеме исследования.
2. Расширить и углубить знания о способах и особенностях оказания помощи беременным при развитии признаков пиелонефрита.
3. Систематизировать набор обязательных правил диагностики и оказания доврачебной помощи беременным и роженицам с пиелонефритом.
4. Разработать рациональную дифференцированную тактику ведения беременных с пиелонефритом с целью профилактики осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Гипотеза исследования: Знание признаков острого и хронического пиелонефрита, правил оказания помощи, признаков осложнений позволяет значительно снизить риск неблагоприятных исходов беременности для женщины и плода.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме исследования;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- статистическая обработка информационного материала.

Теоретическая значимость работы: проведен анализ и обобщены научные исследования по имеющимся подходам ведению беременности и родов у женщин с пиелонефритом.

Практическая значимость работы: расширены, углублены, оптимизированы и систематизированы знания будущих акушерок о современных подходах диагностики и лечению пиелонефритов.

База исследования: ОГБУЗ "Яковлевская ЦРБ" г.Строитель.

Структура выпускной квалификационной работы: Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемых источников и литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

1.1. Особенности эпидемиологического течения пиелонефрита при беременности.

Ряд авторов (В.В. Иремашвили, В.Н.Серов, В.Л. Тютюнник и др.) дают следующее определение понятию пиелонефрита, а именно: «Пиелонефрит – это воспалительный процесс, который протекает в тканях почечной лоханки, вызванный бактериальным инфицированием» [12,с45]

Рассматривая симптоматику можно отметить то, что клиническую картину острого пиелонефрита определяет стадия заболевания, наличие либо отсутствие осложнения и сочетание обобщенных признаков тяжелого инфекционного процесса и местных симптомов.

Как отмечает Е.В.Захарова: «Стадии пиелонефрита соответствуют морфологическим изменениям в почке. Начальная стадия заболевания — серозный пиелонефрит, продолжительность от 6 до 36 ч. Следующие стадии заболевания характеризуются гнойными, деструктивными изменениями, которые развиваются в следующей последовательности: апостематозный пиелонефрит, карбункул почки, абсцесс почки, гнойный паранефрит» [19, с.6].

Статистические данные указывают на то, что пиелонефрит может возникнуть в любом возрасте, при этом чаще встречается у женщин чаще, чем у мужчин.

В настоящее время как, отмечает А.И. Дядык, около 9 % женщин репродуктивного возраста в год страдает пиелонефритом. Это связано с особенностями физиологического строения, а именно: строение вместилищ околопочечной жировой клетчатки приводит к опущению почек; низкое,

пологое, практически горизонтальное расположение мочевого пузыря и высокая физиологическая вместимость; женская уретра короткая и широкая, наружное отверстие открывается в преддверии влагалища, близко расположенного к анусу это облегчает инфицирование мочевых путей. [14,с 234]

При этом отмечено учеными ряд состояний, способствующих осложнению течения пиелонефрита. Одной из физиологических причин является беременность.

А.П. Никонов(3, 4) в своих исследованиях отметил то, что у беременных женщин около 6% отмечается распространение бессимптомной бактериурии.

Отмечала Л.А. Синякова: «Частое мочеиспускание (один из вариантов дизурии) наблюдается у 85-90% беременных и появляется в 20-25%, начиная с первых недель беременности. Острый цистит и острый пиелонефрит встречаются несколько реже - у 1-2,5%»[12, с.10].

В.И. Кулаков указывает на то, что гестационный пиелонефрит отмечается у 6-7% беременных.

Г.Б. Безнощенко в своих трудах указывает на то, что пиелонефрит отрицательно влияет на организм беременной и плода. А именно у беременной происходит: развитие токсико-септических состояний, острая или хроническая почечная недостаточность, артериальная гипертензия, обструкция мочевых путей, утяжеление течения гестоза, появления или прогрессирования фетоплацентарной недостаточности, которые в свою очередь приводят к гипоксии, гипотрофии плода либо его антенатальной гибели. [3,с 132]

В практических работах Е.В. Захаровой отмечено то, что у 50% беременных женщин с заболеванием пиелонефрита отмечается осложнение гестозом, а у 30% рожениц - гнойно-септическими заболеваниями. [7]

Л.А. Синякова указывает на то, что острый пиелонефрит в большинстве случаев отмечается у первобеременных женщин 18-25 летнего возраста, во второй триместр беременности. При этом, по мнению автора, инфицирование

происходит восходящим путем - из уретры через мочевой пузырь, мочеточник и почечную лоханку. [14,с 37]

Как показывают наблюдения, часто беременные болеют правосторонним острым пиелонефритом. Это отмечено в статистических данных многих ученых практиков, а именно: острым правосторонним пиелонефритом болеют 66%, левосторонним - 22%, двусторонним - в 12%.

По результатам исследования А.А. Довлатян у беременных часто поражается правая почка. Это связано с отклонением матки вправо и поворотом вокруг продольной оси, частой локализацией плаценты в правом трубном её углу, а также пересечением правой яичниковой вены с правым мочеточником на уровне безымянной линии. Так как ученым доказано, что в результате увеличения матки происходит расширение наполнения глубоких вен таза и, одновременно, сосудов яичникового сплетения. Это связано с тем, что яичниковая вена и мочеточник находятся в одном соединительнотканном влагалище, и поэтому в процесс увеличения сосуда при беременности происходит сдавливание мочеточника и возникает «дилатация» верхних мочевых путей. [11,с 234]

В.В. Рафальский в своих практических наблюдениях отметил то, что у 40% беременных отмечалось осложненное течение пиелонефрита, которое связано с обструкцией верхних мочевых путей, по его мнению, является самым опасным. Так как при данном нарушении возникает мочевой стаз, который совместно с сопутствующей инфекцией и возникающими рефлюксами приводит к формированию «инфекционнотоксического шока с выраженными симптомами интоксикации». [18,с175]

Вместе с тем, В.А. Рогов указывает на то, что частота заболеваний пиелонефритом при беременности связано с присутствием нарушений уродинамики, а именно: мочекаменная болезнь, аномалии развития почек, нефросклероз, гидронефроз и др., которые, по мнению автора были до беременности.

Таким образом, анализ научной литературы позволяет отметить то, что существуют разнообразные эпидемиологические особенности течения пиелонефрита при беременности, которые связаны: во первых, с особенностями физиологического строения у женщин и во вторых, с тем, что яичниковая вена и мочеточник находятся в одном соединительнотканном влагалище, и поэтому в процесс увеличения сосуда при беременности происходит сдавливание мочеточника и возникает «дилатация» верхних мочевых путей.

1.2. Физиологические и патогенетические аспекты развития и осложнения пиелонефрита при беременности

В исследованиях многих ученых практиков (Н.А. Лопаткин, И.Г. Никольская, Т.А. Митюшкина и др.) отмечено то, что в процессе беременности, возникают функциональные изменения мочевой системы, которые могут привести к формированию разнообразных патологий. Это связано с тем, что во время беременности расширяется почечный кровоток и клубочковая фильтрация на 40% в результате увеличения объема плазмы крови. В результате чего, в первом триместре происходит увеличение диуреза, во втором триместре - его восстановление до нормального, а в третьем триместре - снижение диуреза. При этом в результате физиологического увеличения объема плазмы крови при беременности происходит снижение концентрации мочи. Кроме того, в процессе увеличения срока беременности в почечных канальцах происходит повышение реабсорбция натрия, приводящего к задержки жидкости в организме и формированию физиологической гипергидратации беременных. [19,с 323]

Н.К. Никифоровским отмечено то, что при увеличении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) не сопровождающейся усилением канальцевой

реабсорбции, возникает «глюкозурия» без изменения концентрации глюкозы в крови, «аминоацидурия, бикарбонатурия» с появлением стойкой щелочной реакции мочи, которая способствует формированию мочевой инфекции, которая к к 10-11 неделям беременности достигает максимума и приводит у 39% беременных почечной глюкозурии, которая у 70% беременных провоцирует рост бактериальной флоры.

Кроме того, Л.А. Сафронова указывает на то, что из-за повышения внутриклубочкового давления и развития физиологической гиперфльтрации происходит усиление протеинурии, которая в норме во время беременности не превышает 0,066 г/л. [4]

Следующей причиной, по мнению исследователей практиков Г.И.Герасимович, М.И. Кесовой и др., приводящей к развитию пиелонефрита во время беременности является дилатация чашечно-лоханочной системы, мочеточников и увеличение объёма мочевого пузыря в течении всей беременности и 12-14 недель после родов. Как указывают авторы в своих исследованиях, что с 6 недели гестационного периода у 90% беременных начинается дилатация мочевых путей, и достигает максимума к 22-24 нед., что является физиологическим состоянием. Во время беременности объем лоханок увеличивается с 5-10 мл до 100 мл, а к 32 неделям до 500-800 мл. это называется «пиелокаликоектазия», которая связана с гормональными изменениями в организме при беременности. [7, 13]

Авторами отмечено то, что дилатации мочевых путей во время беременности, возникает в результате воздействия женских половых гормонов в высоких концентрациях. А именно, эстрогены способствуют гипертоническому или гиперкинетическому состоянию мочевых путей, а прогестерон - гипотонию и гипокинезию. Исследования доказали, что повышенное содержание гормонов в сыворотке крови у беременных приводит к нарушению уродинамики верхних мочевых путей и формированию пиелонефрита. [4,5,10,12,17]

Е.Г. Гуменюк в своих трудах отметил то, что на основе данных эндоскопического исследования во время беременности слизистая оболочка мочевого пузыря отёчна, присущи некоторые кровоизлияния из-за гиперемии органов брюшной полости и малого таза. Это приводит к повышенной проницаемости гистогематических барьеров нижних мочевых путей и проникновению инфекционных агентов. [8]

Указывает Т. А. Митюшкина: «В первой половине беременности мочевой пузырь сужен в сагитальном направлении и расположен медиально в малом тазу позади симфиза, во второй — передняя и задняя стенки его сближаются, и он смещается преимущественно вправо, а в конце беременности выходит за пределы малого таза. Данные изменения становятся анатомической предпосылкой пузырно-мочеточникового рефлюкса.»[11, с.197]

Анализ научных работ проведенных И.С.Мудрой позволяет отметить то, что на развитие пиелонефрита при беременности, по мимо выше перечисленных приобретенных нарушений, оказывают врождённые пороки развития почек и мочевых путей, камни почек и мочеточников, пузырно-мочеточниковый рефлюкс при цистите и цистоцеле, нефроптоз, особенности структуры органов мочеполового тракта.

Кроме того, учеными доказано то, что вирулентность микроорганизмов, приводящих к развитию пиелонефрита, имеет свойство в течении беременности меняться.

Исследования последних лет указывают на то, что возросла роль госпитальных (назокомиальных) штаммов микроорганизмов в качестве возбудителей пиелонефрита. Из-за инфицирования мочевых путей в процессе инвазивных диагностических манипуляций, катетеризации мочевого пузыря, мочеточника и лоханки. Так как отмечает Е.Г. Гуменюк первоначальным очагом инфицирования почки, является любое протекание гнойно-воспалительного процесса в организме женщины, а именно воспалительные

заболевания в гениталиях и органах мочевой системы, а также кариозные зубы, фурункулы и др.

В научных работах А.И. Дядык отмечено то, что микробиологическое исследование мочи у беременных при пиелонефрите и обструктивных процессах верхних мочевых путей патогены высокой приоритетности (кишечная палочка, другие энтеробактерии, энтерококки, сапрофитный стафилококк) высеваются у 28% пациенток. Патогены среднего уровня приоритетности (псевдомонады и другие неферментирующие бактерии, другие стафилококки) были высеяны у 72% беременных. Патогены низкого уровня приоритетности не были обнаружены ни в одном случае.

Кроме того, Л.Б. Брагина в своих работах большое внимание обращала на то, что физиологическое понижение иммунной системы способствует повышению риска в развитии пиелонефрита. А как правило во время беременности отмечается резкое снижение иммунитета, что приводит к усиленному влиянию инфекционного агента. [5,с.122]

Значимое влияние, по мнению Т.Е. Елохина, в патогенезе пиелонефрита во время беременности и родов занимает бессимптомная бактериурия, так как это доказано практически у 2/3 случая острого гестационного пиелонефрита, который отмечается на фоне предшествующей бессимптомной бактериурии.

По - мимо всего В.И. Кулаков указывает на большое значение в процессе инфицирования мочевыводящих путей женщины бессимптомной бактериоспермии мужа. Доказано то, что у половых партнеров, болеющих пиелонефритом, из спермы высевают «*Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis*, *Streptococcus albus*, *Staphylococcus epidermidis*, стрептококки, протей, анаэробы».

Н.А. Лопаткин отмечает то, что источником инфицирования также являются воспаления женских половых органов и окружающей тазовой клетчатке, где бактерии находятся продолжительное время в «сонном» состоянии. При вульвитах, кольпитах данное инфицирование

микроорганизмами в процессе беременности осуществляется относительно часто.

При этом М.А.Репина, М.В. Федорова указывают на то, что экстрагенитальные заболевания относятся к преморбидному фону возникновения пиелонефрита во время беременности и дальнейшему осложнению. Авторами отмечены следующие экстрагенитальные заболевания, приводящие к развитию пиелонефрита, а именно: хронические заболевания легких, хронической тонзилит и сахарный диабет. [16,19]

В.Н. Серова выделила ещё ряд факторов, которые влияют на механическое давление матки и мочеточники беременной приводящие к развитию ретенционно-обструктивнх осложнений пиелонефрита, такие как: многоводие, многоплодие, узкий таз, крупный плод.

Таким образом, выше сказанное позволяет отметить то, что существуют разнообразные факторы (врожденные и приобретенные) способствующие поддержанию воспалительного процесса в почечной ткани на протяжении беременности и способствуют отягощению течения заболевания. Кроме того, анализ литературы позволяет отметить то, что развития и осложнения пиелонефрита во время беременности имеет свои физиологические и патогенетические аспекты.

1.3. Осложнения беременности и родов у беременных с пиелонефритом

В научной литературе многими авторами (Г.И.Герасимович, М.И. Кесовой, М.А.Репина, В.Н. Серова, М.В. Федорова и др.) выделены существующие три степени риска формирования осложнений беременности и родов при пиелонефрите с учетом имеется или не имеется гипертония, азотемия, длительность заболевания почек и выраженность поражения почек:

первая степень риска - острый пиелонефрит, формируется в процессе беременности;

вторая степень риска - хронический неосложненный пиелонефрит, имеющийся ещё до беременности;

третья степень риска - пиелонефрит с гипертонией, хроническая почечная недостаточность, пиелонефрит единственной почки. [7, с.432]

В.Н. Серова в своих трудах указывает на то, что у женщин с патологией почек в течении всего процесса беременности, с самого начала беременности, нужно осуществлять четкий контроль за функциональным состоянием почек и течением беременности. В процессе наблюдения автором отмечено то, что при первой степени риска беременность и роды протекают, относительно благополучно. У данных пациентов, как и у здоровых соматически беременных отмечена такое же проявление осложнений, как анемия, угроза прерывания, поздний токсикоз. Но отмечается, нередко внутриутробное инфицирование плода. При второй степени риска выявлены следующие осложнения у 40% пациентов связанные с ухудшением течения пиелонефрита приводящие к: самопроизвольному аборту, преждевременным родам, гипотрофии плода, позднему токсикозу, повышению перинатальной смертности. Также отмечены случаи, что при сохранности функций почек, отсутствие гипертензивного синдрома и токсикозов, то беременность сохраняется, и при условии того, что в процессе беременности были частые обострения заболевания, катетеризация мочеточников или операция на почках. При третьей степени риска, беременность недопустима, так как при ней формируются тяжелые формы позднего токсикоза, прогрессирующая развивается почечная недостаточность. При этом в процессе пиелонефрита единственной почки беременность допустима, но при условии ее хорошего функционального состояния и в результате её малейшего ухудшения функционирования проводится срочное прерывание беременности в независимости от срока беременности.

И.Г. Никольская выделила частые осложнения во время беременности при пиелонефрите, а именно: гестоз, анемия, невынашивание, плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода либо задержка его внутриутробного развития.

И.Н. Коротких указала на то, что пиелонефрит способствует осложнению течения родов и послеродового периода. В большинстве случаев автор указывает на преждевременное либо раннее излитие околоплодных вод, острую интранатальную гипоксию плода, нарушение сократительной активности матки, процессов отделения и выделения последа.

В работах А.П. Никонова отмечено то, что после родов в два раза увеличивается риск проявления гнойно-воспалительных процессов в мочеполовых органах.

Кроме того, как отмечено в трудах В.Л. Тютюника, что пиелонефрит отрицательно влияет плод и новорожденного, являясь источником внутриутробного инфицирования и обеспечивающего формированию плацентарной недостаточности.

Вышеизложенное, способствовало необходимости повышенного внимания ученых практиков к проблеме пиелонефрита во время беременности.

Г.В. Чижова доказала то, что частое обострение пиелонефрита во время беременности совпадает с угрозой ее прерывания. Это связано с изменением тонуса мочеточников и почечных лоханок, вызванных повышением содержания плацентарных и плодовых гормонов в крови, либо действием липополисахаридов грамотрицательных бактерий, относящиеся к возбудителям пиелонефрита.

В научных трудах Е.А. Кушевской (17) представлены обобщения осложнений течения беременности и родов у женщин при пиелонефрите. Автор выделил ряд осложнений, в процессе течения беременности при пиелонефрите: угроза прерывания – 82,8%, анемия – 63,2%, гестоз - 25%, неблагоприятными

перинатальными исходами - асфиксия при рождении - 18%, осложненное течение раннего неонатального периода - 88%.

Во многих работах ряда ученых Г.И.Герасимович, М.И. Кесовой, М.А.Репина, М.В. Федорова и др., выявлено то, что при пиелонефрите процесс беременности в 60% случаев осложняется гестозом, который формируется часто во втором триместре беременности. Кроме того, при пиелонефрите отмечается повышенная частота досрочных родов и преждевременного разрыва плодного пузыря. А также анализ литературы позволяет обобщить тот факт, что у беременных с пиелонефритом отмечается: невынашивание беременности у 6% женщин, преждевременные роды — у 25% . При этом, данные матери и их дети более подвержены гнойно-септическим заболеваниям. [7, с.108]

В исследованиях М.И. Кесова указывает на то, что на степень риска осложнений беременности и родов влияет: давность заболевания, выраженность поражения почек, наличие гипертензивного синдрома. Авторам также, как и другими учеными выделены те же самые осложнения беременности при пиелонефрите, которые изложены выше.

При этом И.Г. Никольской обращает внимание и то, что степень риска появления осложнений в процессе беременности и родов при пиелонефрите во многом зависит от формы данного заболевания у матери. Автором указана статистика проявления осложнений, в зависимости от указанного фактора к ним относится: угроза преждевременных родов встречающееся у 21% беременных с гестационным, у 35% — с хроническим и у каждой второй беременной — с вторичным хроническим пиелонефритом, протекающим на фоне сопутствующей патологии почек и мочевых путей. При этом автором были выявлены осложнения плода: хроническая внутриутробная гипоксия плода отмечалась в 17%, 32% и 58% случаев соответственно, синдром задержки внутриутробного развития плода — в 15%, 28% и 47%.

Вместе с тем, автором были выявлены особенности снижения гормональной функции фетоплацентарного комплекса, которые тоже зависели от формы пиелонефрита.

В.В. Иремашвили в процессе гистологического исследования беременных с пиелонефритом выделил характерные признаки плацентарной недостаточности, а именно нарушенность ее созревания и воспалительность изменения.

Отмечает М.В. Федорова, что пиелонефрит осложняет течение родов и послеродового периода. Выраженными осложнениям в родах относят преждевременное или раннее излитие околоплодных вод, острую гипоксию плода, нарушения сократительной активности матки, процессов отделения и выделения последа.

А после родоразрешения, как указывает автор, возникает гнойно-воспалительное осложнение мочеполовых органов. И у новорожденных отмечены признаки внутриутробной инфекции, подверженность гнойно-септическим заболеваниям, а также рождения малышей с врожденным везикулезом.

Кроме того, в исследованиях И.Г. Никольской отмечены при пиелонефрите у беременных риск появления осложнения со стороны матери и плода, и показатели перинатальной заболеваемости и летального исхода. Вышеизложенное подтверждается и в исследованиях ругих ученых практиков (Е.Г. Гуменюк, Л.В. Чернявская и др.

Таким образом, анализ специальной литературы позволяет отметить то, что пиелонефрит способствует осложнению протекания беременности, а беременность в свою очередь отрицательно сказывается, на протекание воспалительного процесса в почках. Кроме того, влияние пиелонефрита во время беременности приводит к увеличению риска возникновения послеродовых воспалительных осложнений у рожениц и новорожденных. Также учеными доказано, что в процессе развития пиелонефрита происходит

осложнение протекания беременности, родов и послеродового периода, приводящего к росту перинатальной заболеваемости и смертности. Осложнения беременности и родов у беременных с пиелонефритом порой настолько серьезны, что ещё раз указывает на поиск и применение современных технологий, специальных программ в процессе ранней диагностики и прогнозирования заболевания, а также комплексной профилактики и терапии беременных с пиелонефритом.

1.4. Анализ современного состояния диагностики пиелонефрита и его осложнений при беременности

Так как на ранних стадиях беременности не рекомендовано проводить рентгенологическое исследование, то диагностирование осложнения пиелонефрита имеет свои трудности. Кроме того, О.Б.Лорана также не рекомендует применять в процессе беременности хромоцистоскопии, которая малоинформативна и может привести к инфицированию.[13,с.34]

Ю.Б. Лишманов указывает на противопоказания радионуклидных методов исследования. Однако автор рекомендует применять ультразвуковое сканирование, позволяющее определить состояние почек беременной и состояние плода.

При этом А.Н. Хитрова указывает на то, что применение в практике ультразвуковых исследований и доплерографии с нагрузочными тестами позволит оценить функционирование почек при пиелонефрите у беременных. [4]

В.Н. Серова отмечает то, что УЗИ позволяет выявлять: размеры почек, эхогенность их структуры, диагностировать плотные или жидкостные образования, сморщенную почку, конкременты.

Однако, как отмечает Ю.Г. Аляев обычное УЗИ не дает возможности определения особенностей строения чашечно-лоханочной системы, оценивания функционального состояния мочевых путей, адекватность интратрениального кровотока разнообразных сегментов почки.[1,с.34]

По мнению автора данную информацию возможно узнать только при помощи фармакоэхографии и фармакоэходоплерографии с использованием разнообразных препаратов. Так, например, фармакоэхография с фуросемидом помогает косвенно определить функциональную способность почек и верхних мочевых путей, установить их резервную возможность и скрытую функциональную недостаточность, что необходимо в процессе подбора правильного лечения и проконтролировать его эффективности.

Так на основе проведенных результатов исследования авторами было отмечено, что при ненарушенном пассаже мочи по верхним мочевым путям четкость изображения и размеры чашечек и лоханки не изменяются после введения диуретика или дилатируются до 0,5-1 см и исчезают в течение 7 мин. Это указывает на хорошие функциональные способности верхних мочевых путей. А при нарушении пассажа мочи в ответ на полиурию эхографически определяются ретенционные изменения в чашечно-лоханочной системе. Увеличенный размер чашечек и лоханки происходит быстро и сохраняется относительно длительное время. Это указывает на нарушение пассажа мочи либо о сниженности резервных возможностей верхних мочевых путей. При этом увеличенный размер лоханки на 20-25% на протяжении 20-30 мин указывает на нарушения пассажа мочи. Вышеизложенное указывает на высокую информативность, безопасность и относительную несложность фармакоэхографии с фуросемидом помогает использовать данный метод исследования в диагностики скрытого нарушения уродинамики верхних мочевых путей.

Ю.Г. Аляев отводит особую значимость методу фармакоэхография в процессе обследования беременных, при оценки динамических процессов, осуществляющихся в верхних мочевых путях.

Пример применения метода фармакоэхографии при оценивания функций почек и диагностики острой обструкции мочевыводящих путей во время беременности с нарушением пассажа мочи, отмечен в исследованиях В.Б. Мысякова. Данный метод основан Н.А. Лопаткиным ещё в 1985 году. Похожий метод исследования почек и верхних мочевых путей отмечен в работах И.Н.Ларионова и А.И.Демина. Процедура данного метода заключается в следующем: после очищения мочевого пузыря беременным давали выпить один литр кипяченой воды и через пять минут им внутривенно вводят 20 мг фуросемида. Почки исследовать необходимо в двух проекциях через пять, десять и пятнадцать минут, а затем освобождение мочевого пузыря и изучение повторить. Во время каждого исследования нужно измерять поперечный размер чашечно-лоханочной системы. На протяжении всего исследования наблюдается выраженный диуретический эффект. Основные признаки обструкции считается увеличенный размер поперечника лоханки на 50% через пять минут после инъекции фуросемида.

Л.А. Сафронова анализируя практическое применение данного метода в исследовании состояния почек у беременных выделила следующие недостатки, а именно: внутривенное введение фуросемида, короткое время изучения, применение метода не как функционального метода изучения хронических нарушений уродинамики верхних мочевых путей, а только для выявления проходимости лоханочномочеточникового сегмента, конкремента в мочеточнике.

М.Н. Почерникова предложила другой вариант диагностики хронических нарушений уродинамики у беременных. То есть под влиянием форсированного диуреза, созданного водной нагрузкой (один литр воды) и приема фуросемида (0,3 мг/кг под язык), проводится динамическое наблюдение за поперечным

размером чашечно-лоханочной системы на протяжении девяноста минут. Осуществляется просматривание графического изображения динамического процесса изменения поперечного размера чашечнолоханочного сегмента на компьютере. В основу данной диагностики положена А.И. Стрельниковым классификация хронического нарушения уродинамики и верхних мочевых путей. При этом, если отмечается поперечный размер лоханки до максимума к тридцатой минуте, и не изменяется больше 50% и приходит в течении шестидесяти минут к первоначальному значению, это свидетельствует ранний стадии хронического нарушения уродинамики верхних мочевых путей (первой и второй степени). При увеличенном диурезе приводящего к замедлению сократимости поперечного размера лоханки и достигается максимум к шестидесятой минуте, лоханка увеличена более 50% от исходного размера, и начинает сокращаться только к концу девяноста минут, и не возвращается к первоначальному значению, это указывает на стадию хронического нарушения уродинамики и верхних мочевых путей. А при увеличенной лоханки более 50% от исходного размера, и нет ее сокращения, это указывает на ишемическую стадию хронического нарушения уродинамики и верхних мочевых путей.

М.А. Газимиев предлагает использовать метод тепловидения в качестве экспресс-диагностики и контроля эффективности лечения острого гестационного пиелонефрита. [6,с.67]

В большинстве работ ряда исследователей Г.И.Герасимович, М.И. Кесовой и др., одним из важным показателем в исследовании состояния почек при остром пиелонефрите у беременных, является проведенный анализ мочи позволяющий определить бактериурию и лейкоцитурию. Но это может отсутствовать при окклюзии мочеточника на стороне поражения. Возможно присутствие протеинурии, микрогематурии и небольшой цилиндрурии, часто из-за гиалиновых и лейкоцитарных цилиндров, либо на фоне почечной колики или папиллонекрозе. А также общий анализ крови показывающий лейкоцитоз (гиперлейкоцитоз, превышающий $20 \times 10^9/\text{л}$ и $30 \times 10^9/\text{л}$ лейкоцитов), появление

форм нейтрофилов, токсической их зернистости, анэозинофилией, незначительное снижение уровня гемоглобина, и увеличение СОЭ. В тяжелых случаях течения заболевания с поражением обеих почек с формированием почечно-печеночной недостаточности отмечается в крови азотемия, гипербилирубинемия.

По-мимо выше изложенного О.А. Пересадов предлагает просматривать в динамике массу тела, измерять суточный диурез, оценивать функциональное состояние почек на основе проб Реберга, Каковского-Аддиса, Нечипоренко, трехстаканной, Зимницкого. А также проводить определение суточной экскреции натрия с мочой, электрофоретическое разделение белков мочи, применять тесты на выявление «активных» лейкоцитов и клеток Штернгеймера-Мальбина, проводить подсчет микробного числа и идентификацию микроорганизмов в моче.

Таким образом, анализ литературы позволяет отметить то, что на современном этапе развития общества существуют разнообразные методы и способы диагностики пиелонефрита, позволяющие определить и не допустить его осложнений во время протекания беременности. Каждый из выше рассмотренных, диагностических методов имеют свои плюсы и минусы, но в комплексе позволят более точно определить стадию нарушения и рационально подобрать стратегию лечения.

1.5. Способы лечения и профилактика острого и хронического пиелонефритов при беременности и родах

На современном этапе развития науки и практики, ряд исследователей: Т.Б.Елохина, Г.В. Ершов, С.В. Яковлев рекомендуют в процессе лечения пиелонефрита у беременных применять следующую схему комплексной терапии с проведением работы: по восстановлению нарушенного пассажа мочи; антибактериальную терапию (эмпирическую и этиотропную); инфузионную терапию (переливание альбумина, низко молекулярных декстранов); лечению нарушенных процессов гемокоагуляции; симптоматическую терапию, малые дозы салуретиков; проведению методов детоксикации; коррекцию выявленных нарушений в системе мать—плацента— плод; профилактику рецидивов и обострений заболевания.[16,18]

Н.В. Орджоникидзе указывает на то, что при любом способе лечение важно в первую очередь достичь срочного восстановления оттока мочи из почки. Так как по мнению автора назначать антибактериальную терапию при обструктивных формах пиелонефрита эффективно и возможно только когда восстановлен пассаж мочи. Потому что, результативность в использовании антибактериальной терапии осуществляется при оценивании по стандартным критериям в соответствии с международными требованиями, а именно при отсутствии клинических (лихорадка, дизурические расстройства, боли/ дискомфорт в поясничной области и над лобком) и лабораторных (лейкоцитурия, выделение причинно-значимого микроорганизма из мочи в диагностическом титре) признаков.(10) При этом неэффективность терапии определяется в процессе повторного посева из средней порции мочи уропатогена в титре 10^3 КОЕ/мл при наличии клинических симптомов и пиурии, или при выделении уропатогенов в титре 10^5 КОЕ/мл у больных, не предъявляющих жалоб.

Е.В. Захарова предлагает использовать при пиелонефрите у беременных устранение нарушения уродинамики следующее: катетеризацию мочеточника (в тяжёлых случаях катетеризация мочеточника должна предшествовать активной антибактериальной терапии); внутреннее дренирование верхних мочевых путей с помощью самоудерживающегося катетера-стента; чрескожную пункционную нефростомию; открытую операцию (декапсуляцию почки, санация очагов гнойной деструкции с нефростомией).

А.И. Дядык обобщил показания по переводу беременных в урологическое отделение, а именно: беременные с торпидно текущими формами острого пиелонефрита, резистентными к антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, на фоне проводимости катетеризации мочеточника. При рецидивном течении острого пиелонефрита, при клинической ремиссии вновь осуществляется обостренность воспалительного процесса. Вынужденное повторное катетеризация мочеточника, не приводящего к стойкому стиханию пиелонефрита. Либо все формы пиелонефрита, формирующие на фоне сахарного диабета, поликистоза почек и губчатой почки. Обнаруженная при помощи УЗИ объёмное образование в почке (опухоль, большая киста).

А.А. Довлатян предлагает у беременных с ограниченным и анатомическим умеренными изменениями почечной ткани хирургическое лечение сводится к нефростомии. Автор указывает на необходимость того, что нефростому целесообразно сохранить до и в первые пятнадцать суток после родов. А при снятии воспалительного процесса в почке и рентгенологически документированной проходимости мочеточника нефростомический свищ должен быть заживлен.

М.М. Шехтман выделил показатели к проведению чрескожной нефростомии, а именно: апостематозный нефрит; карбункул или абсцесс почки, без осложнений гнойно-септической интоксикации; гнойно-деструктивный пиелонефрит единственной почки. При этом длительность

дренирования почечной лоханки у беременной с пиелонефритом зависят от особенностей течения заболевания: наличия или отсутствия выраженной дилатации мочевых путей на стороне поражения, сохранения или купирования явлений интоксикации и воспалительного процесса, несмотря на проводимую консервативную терапию. Часто появляется необходимость в дренировании почки до периода родоразрешения, из-за выявления гнойно-деструктивного пиелонефрита (карбункул, абсцесс почки) важно проведение экстренного открытого оперативного вмешательства.[15,с.334]

В исследованиях Е.А. Кушевой анализе тактике ведения беременных с пиелонефритом и ретенционно-обструктивными поражениями верхних мочевых путей отмечено то, что дренирование мочевых путей необходимо проводить при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 2-3 суток, при наличии гнойных процессов в почках, выраженной (2-3 ст.) дилатации чашечнолоханочной системы.

При этом у беременных с пиелонефритом, в сочетании с врожденными аномалиями развития мочевыделительной системы, необходимо сразу относить к группе высокого риска по развитию плацентарной недостаточности. В процессе дренирования верхних мочевых путей у данных беременных предпочтителен катетер-стент.

Д.В. Еникеева в своих исследованиях указывает на то, что при инфильтративной стадии пиелонефрита на фоне обструкции и у беременных с пиелонефритом на фоне беременности предпочтительным видом дренирования мочевыводящих путей являлась установка мочеточникового катетера-стента.

Т.Г. Емельянова в своих исследованиях проанализировала результаты консервативного и оперативного лечения гестационного пиелонефрита. Отметила то, что катетеризация почек должна проводиться в течение 3-5 суток, а в тяжелых случаях устанавливать катетер-стент на длительный срок (до родоразрешения). В некоторых случаях выполнение чрескожной

перкутанной нефростомии. Выше указанные методы очень важны при выраженных клинических проявлениях пиелонефрита, расширениях чашечек и лоханок в почках, расширениях мочеточников, изменениях лабораторных показателей (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, моноцитоз, анемия, высокое СОЭ и др.). Также инструментальные методы разгрузки мочевыводящих путей важно использовать для разрешения окклюзии мочевых путей и проведения антибактериальной терапии в полном объёме.

Анализ результатов исследования приведенный рядом авторов указывает на то, что применение разработанного и внедрённого в практику алгоритма лечения острого гестационного пиелонефрита с применением эндо- и экзуроологического дренирования по сравнению с консервативным ведением беременных будет способствовать нормализации клинико-лабораторных показателей на 2-3 суток раньше, снижению частоты гестоза тяжёлой степени с 13 % до 2%, уменьшенности частоты кесарева сечения с 37% до 18%, уменьшенности развития инфицирования новорождённого, улучшенности перинатальных исходов для плода и новорождённого.

Таким образом, лечение и профилактика пиелонефрита во время беременности должно осуществляться при активном совместном участии акушеров и урологов, всегда должно быть комплексным, в основе которого лежит правильный выбор лечебной стратегии: консервативная антибактериальная терапия, применение адекватного дренирования мочевых путей или открытое оперативное вмешательство. А также на основе выбора современных методов и способов лечения, с учетом индивидуального подхода к течению каждого заболевания при конкретном случае.

Вывод по первой главе

Проведенный анализ научной литературы по проблеме исследования указывает на то, что пиелонефрит представляет собой воспалительный процесс, в тканях почечной лоханки, вызванный бактериальным инфицированием и

имеет несколько стадий протекания. Кроме того, нами были изучены разнообразные эпидемиологические особенности течения пиелонефрита при беременности, которые связаны: во первых, с особенностями физиологического строения у женщин и во вторых, с тем, что яичниковая вена и мочеточник находятся в одном соединительнотканном влагалище, и поэтому в процесс увеличения сосуда при беременности происходит сдавливание мочеточника и возникает «дилатация» верхних мочевых путей.

В ходе анализа литературных источников были рассмотрены существующие разнообразные факторы (врожденные и приобретенные) способствующие поддержанию воспалительного процесса в почечной ткани на протяжении беременности и способствуют отягощению течения заболевания. Также отметили то, что развития и осложнения пиелонефрита во время беременности имеет свои физиологические и патогенетические аспекты, которые способствуют осложнению протекания беременности, а беременность в свою очередь отрицательно сказывается на протекание воспалительного процесса в почках. Было изучено влияние пиелонефрита во время беременности приводящее к увеличению риска возникновения послеродовых воспалительных осложнений у рожениц и новорожденных. Также учеными доказано, что в процессе развития пиелонефрита происходит осложнение протекания беременности, родов и послеродового периода, приводящего к росту перинатальной заболеваемости и смертности. Осложнения беременности и родов у беременных с пиелонефритом порой настолько серьезны ещё раз указывают на поиск и применение современных технологий, специальных программ в процессе ранней диагностики и прогнозирования заболевания, а также комплексной профилактики и терапии беременных с пиелонефритом.

В процессе анализа литературы нами подробно были рассмотрены современные методы и способы диагностики пиелонефрита, позволяющие определить и не допустить его осложнений во время протекания беременности. Каждый из рассмотренных, диагностических методов имеют свои плюсы и

минусы, но в комплексе позволят более точно определить стадию нарушения и рационально подобрать стратегию лечения.

В ходе теоретического обоснования проблемы исследования нами проанализированы наиболее эффективные методы и средства лечения и профилактики пиелонефрита во время беременности, которые должны осуществляться при активном совместном участии акушеров и урологов, всегда должно быть комплексным, в основе которого лежит правильный выбор лечебной стратегии: консервативная антибактериальная терапия, применение адекватного дренирования мочевых путей или открытое оперативное вмешательство. А также на основе выбора современных методов и способов лечения, с учетом индивидуального подхода к течению каждого заболевания при конкретном случае.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

2.1. Организация и проведение исследования

Экспериментальное исследование проводилось на базе: ОГБУЗ "Яковлевская ЦРБ". В ходе работы осуществлялось наблюдение за: 10 беременными, находящимися на сохранении. По ходу экспериментального исследования применяли клинические наблюдения, включающие анализ результатов обследования, отмеченных в амбулаторных и стационарных картах беременных, изучали акушерско-гинекологический анамнез, проводили динамическое наблюдение и обследование женщин во время беременности,

В начале экспериментального исследования на основе анализа историй болезни нами было отобрано 10 беременных женщин, с которыми в дальнейшем был проведен опрос с последующим анкетированием.

С целью выявления: распространённость заболевания в зависимости от возраста; определение факторов, влияющих на данное заболевание; выполняемость предписаний врача беременными. Содержание анкеты представлено в (Приложении 1).

В начале анализа данных по результатам анкетирования мы распределили беременных по возрасту, из 10 анкетированных 2 беременные были в возрасте от 16 до 21 года, 6 беременных были в возрасте 22-30 лет, 1 беременная вошла в группу 31-40 лет и 1 беременная вошла в группу 41-45 лет. На (Рис.1). видно, что большее количество пациенток находилось в возрасте до 30 лет.

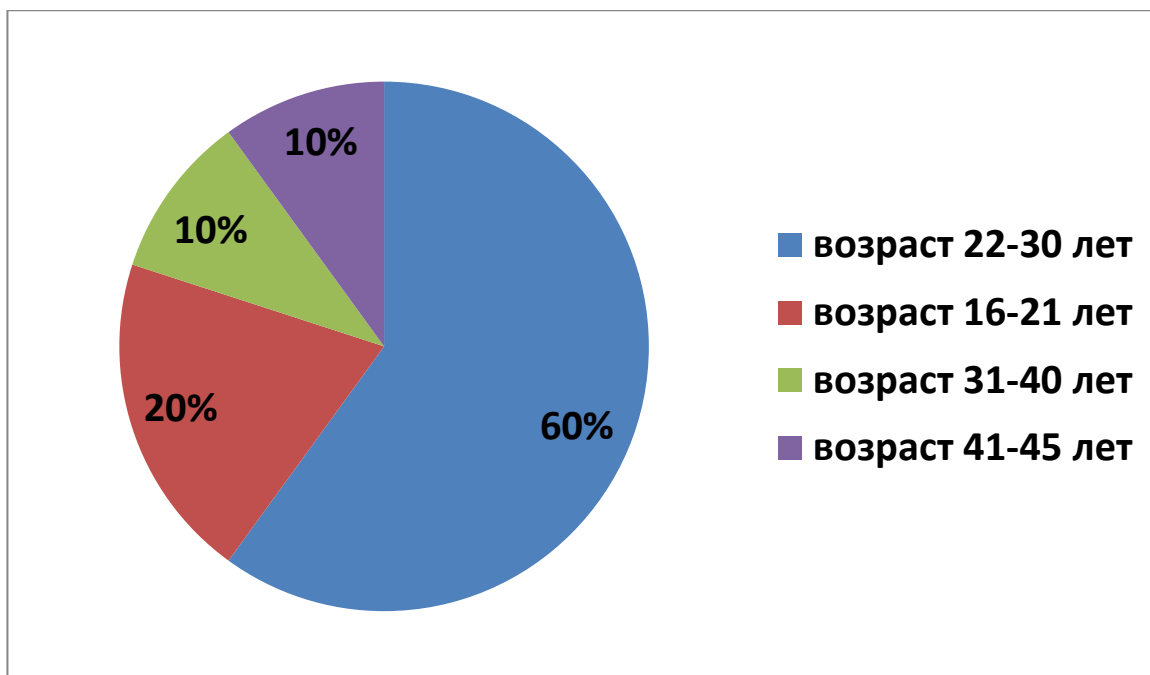


Рис.1. Возраст беременных женщин с пиелонефритом

Во вторых мы распределили анкетированных по возрасту наступления менархе, что отмечено на (Рис.2).

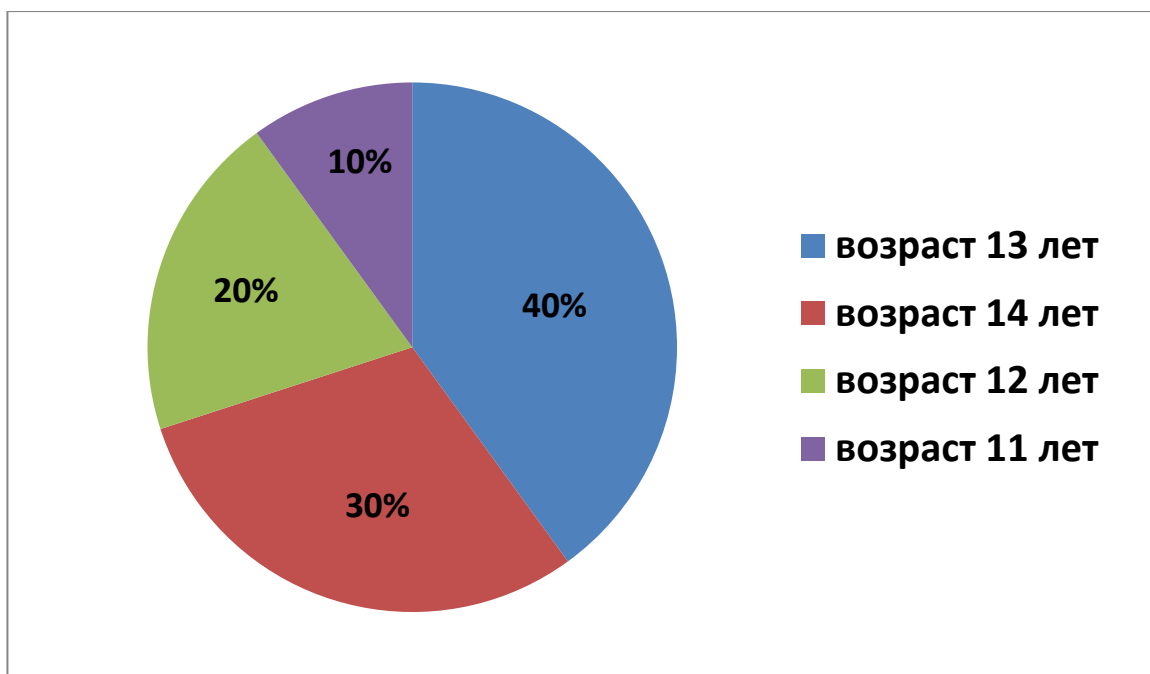


Рис.2. Возраст наступления менархе

Отображенные данные указывают на то, что наступление менархе приходилось, в большинстве случаев на возраст 12-13 лет.

Продолжительность менструальной функции у анкетированных беременных женщин с пиелонефритом представлены на (Рис.3).

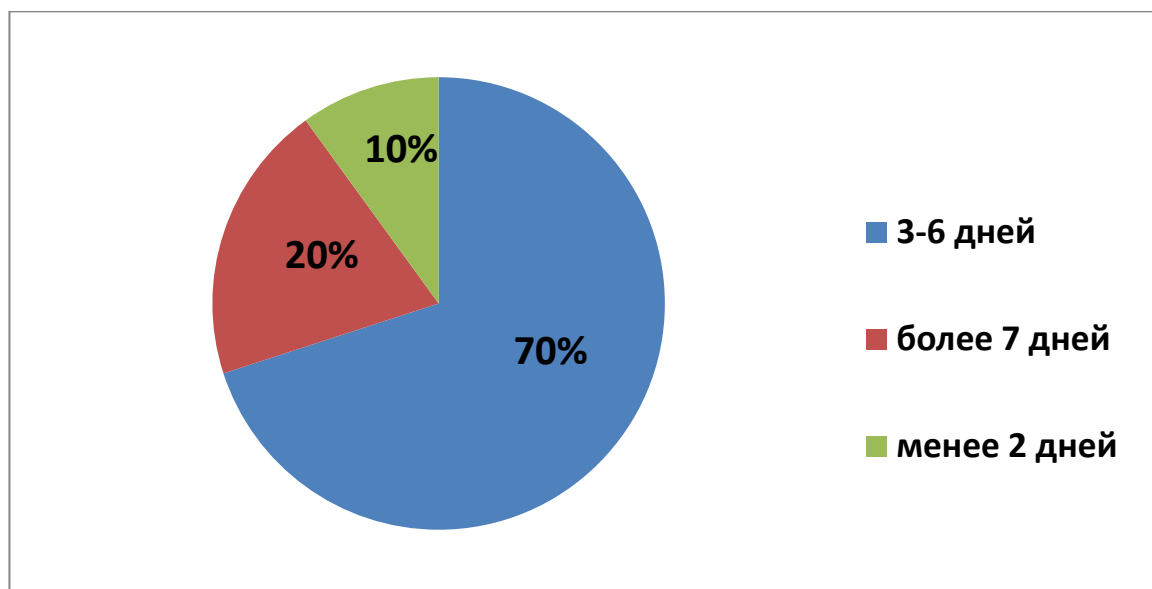


Рис.3. Продолжительность менструации

Далее мы выяснили у анкетированных женщин продолжительность менструального цикла, который изображен на (Рис.4).

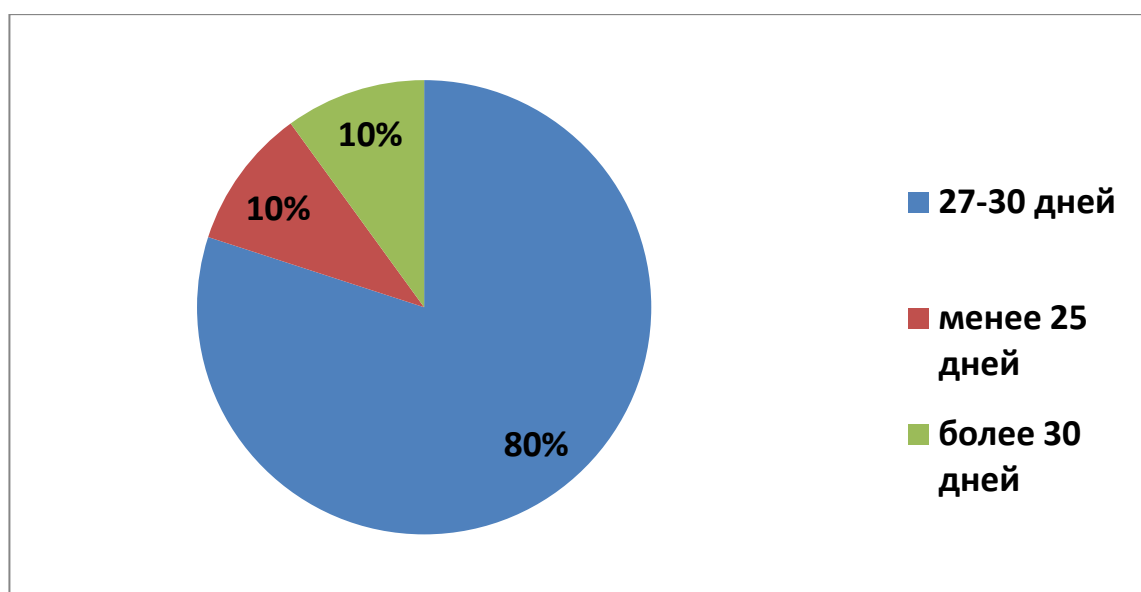


Рис.4. Характер менструального цикла

На основании полученных данных мы видим, что практически у всех беременных продолжительность менструального цикла колебался в пределах 27-30 дней, более 30 дней и менее 25 дней длительности менструального цикла отмечено у 10% анкетированных женщин и это говорит о том, что нарушений менструального цикла не было.

Также в ходе исследования с помощью анкетирования мы провели опрос, касающийся акушерского анамнеза о наличии беременностей у женщин данной группы, который представлен на (Рис.5).

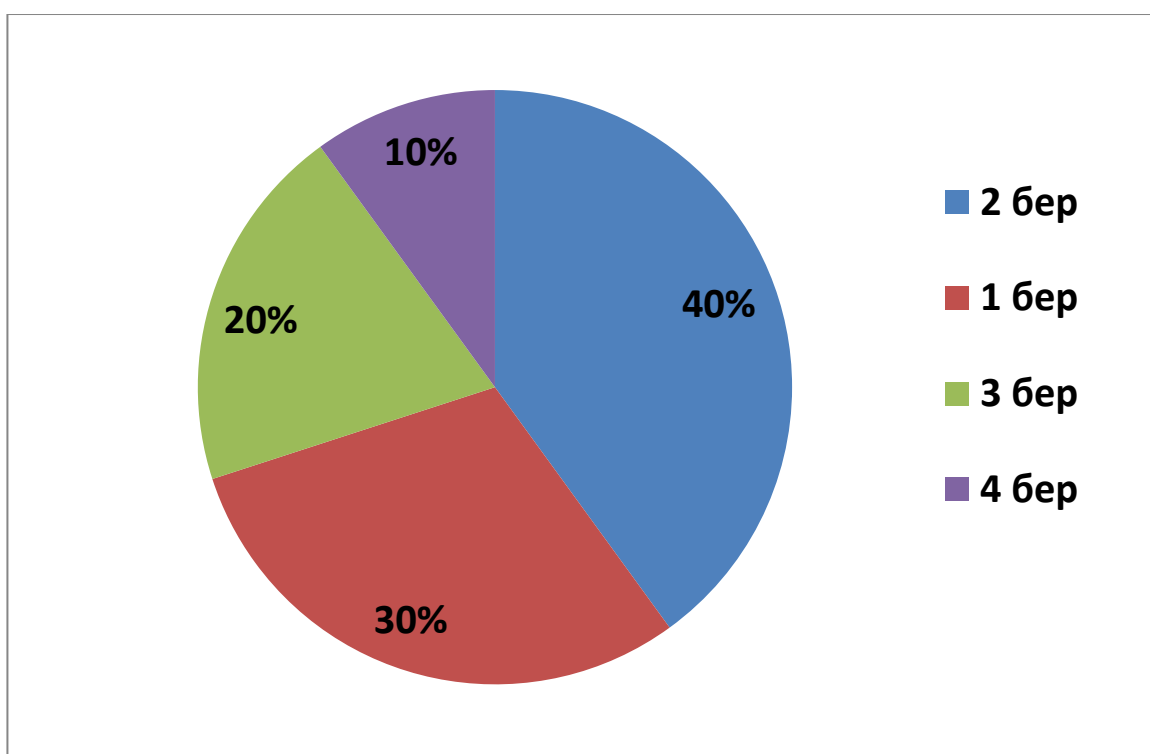


Рис.5. Количество беременностей

Далее нами были проанализированы данные об исходах предыдущих беременностей у анкетированных беременных женщин, 2 беременности закончилась преждевременными родами, 3 беременности были в срок и 1 беременность закончилась самопроизвольным абортom, результаты представлены на (Рис.6).

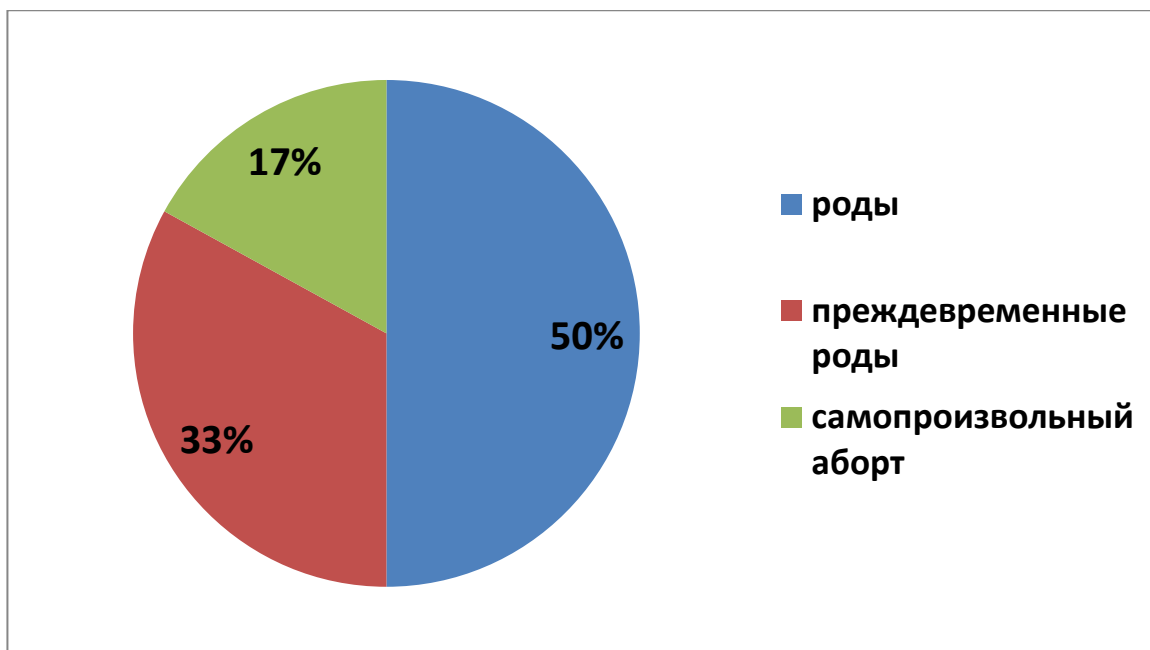


Рис.6. Исход беременностей

Также в ходе исследования нами был проведен анализ перенесенных гинекологических заболеваний у анкетированных беременных женщин. На (Рис.7). представлен анализ структуры гинекологических заболеваний.

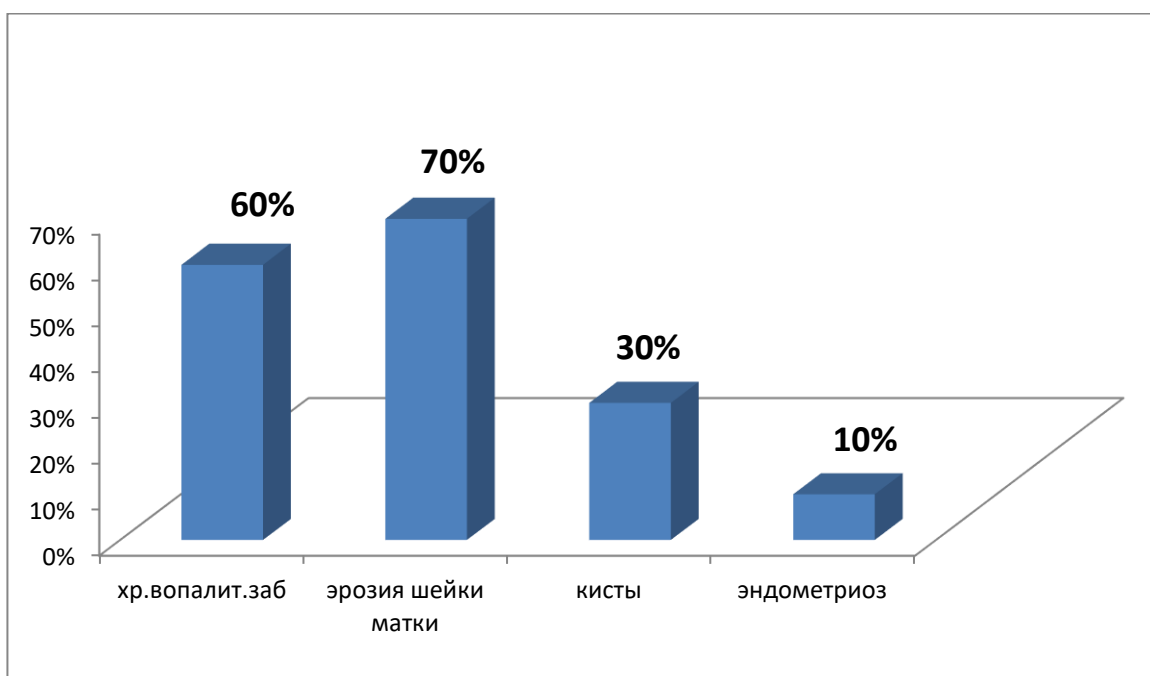


Рис.7. Наличие гинекологических заболеваний

По данным анкетирования на первом месте стоит эрозия шейки матки, так ответили 7 женщин, а на втором месте наличие хронических воспалительных заболеваний половых органов, в анамнезе так ответили 6 анкетированных беременных, также мы видим наличие в анамнезе у женщин различные виды кист, так ответили 3 беременные и 1 анкетированная ответила о наличии эндометриоза.

Проведенный анализ структуры экстрагенитальных заболеваний у беременных прошедших анкетирование представлен на (Рис.8).

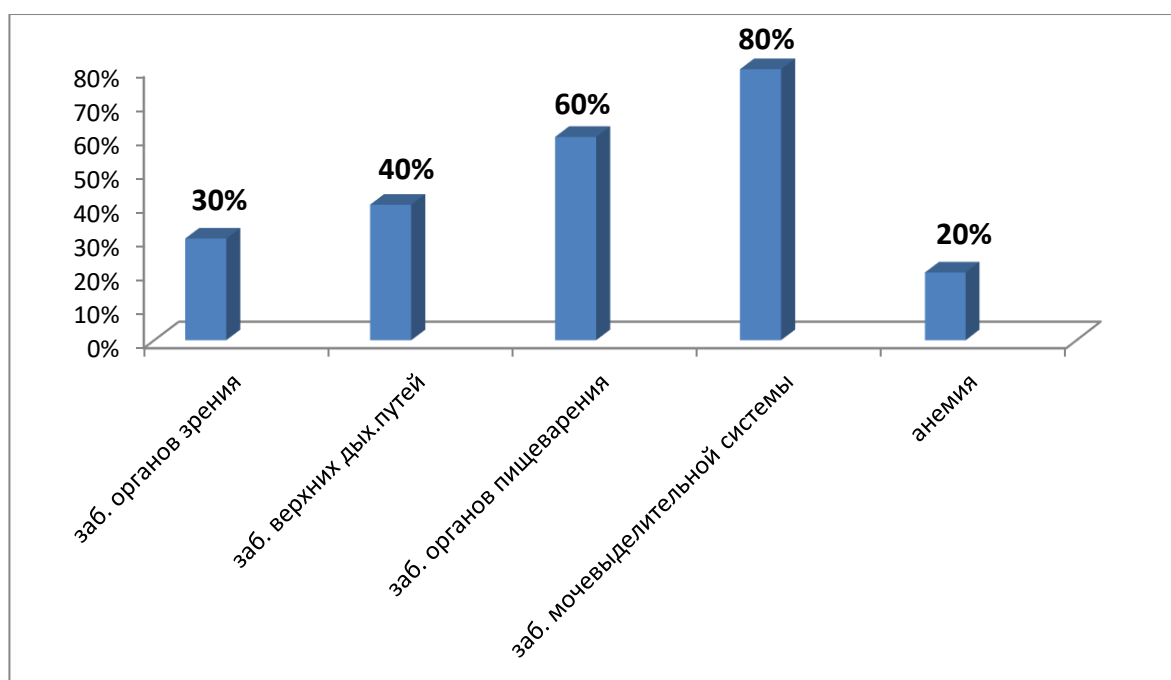


Рис.8. Анализ структуры экстрагенитальных заболеваний

Было отмечено, что женщины имели некоторые формы соматических заболеваний, но в большей степени были заболевания мочевыделительной системы.

Анамнез наследственного заболевания мочеполовой системы обнаружен у 4 беременных экспериментальной группы и виден на (Рис.9).

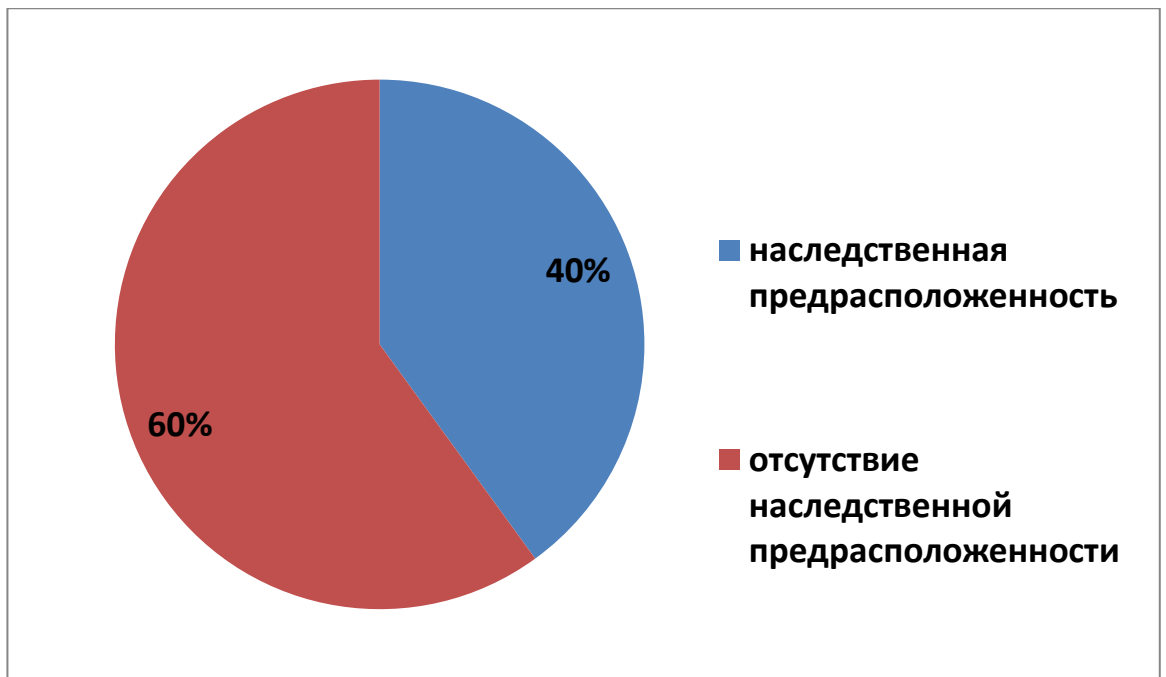


Рис.9. Наследственная предрасположенность пиелонефрита

В процессе нашего экспериментального исследования помимо анализа данных были использованы клинические и инструментальные методы обследования больных.

В процессе клинического обследования беременных использовались общепринятые методы: анализ жалоб беременных, осмотр, общелабораторные исследования. В процессе общего осмотра проводили: наружное акушерское исследование, измерение высоты стояния дна матки и величины окружности живота по общепринятому протоколу, контроль веса, показателей артериального давления, сердцебиения плода.

Кроме того, было проведено клинико-лабораторное исследование беременных, был проведен анализ мочи по Нечипоренко.

Далее был вопрос о наличии отечности и были получены следующие результаты, которые отображены на (Рис.10).

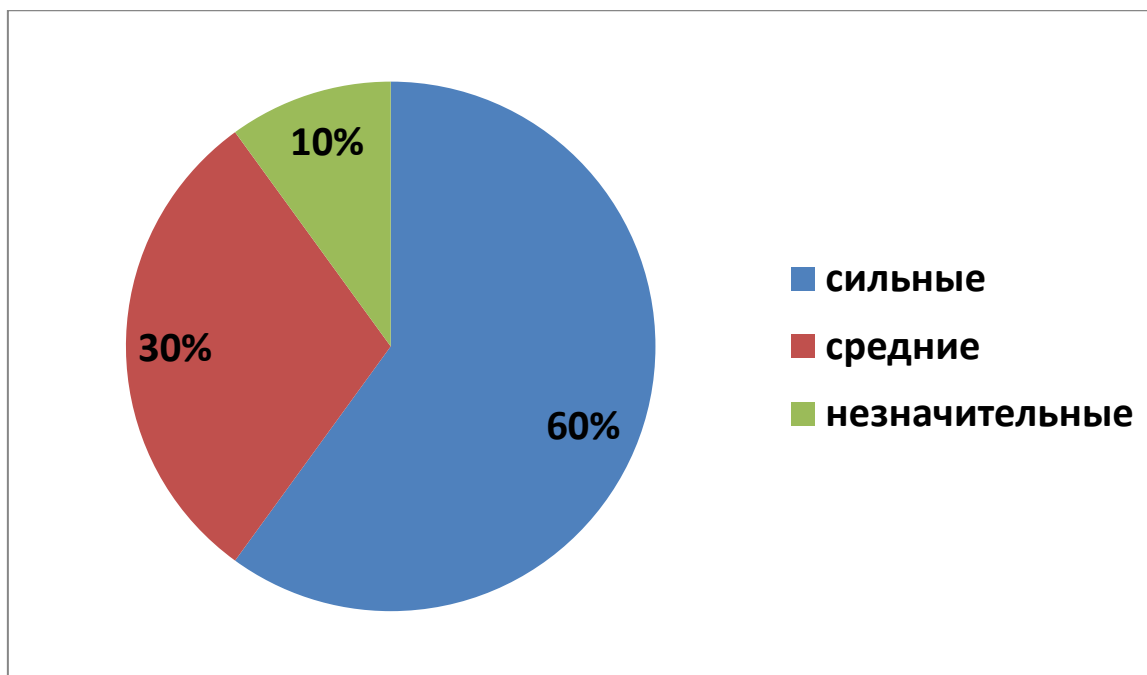


Рис.10. Наличие появления отёков у беременных

Практически все анкетированные имеют характерные отеки, которые в большинстве случаев проявляются утром на лице (одутловатость лица, "мешки" под глазами), но по разной степени выраженности. Так у 60% беременных отмечаются сильные проявления отёчности лица, припухлость век под глазами, а отеки нижних конечностей (симметрично поражены) проявляются, которые даже после ночного отдыха не уменьшаются в объемах. При этом у 30% - среднее проявление отечности, которое в своих проявлениях не так выражено. А у 10% - незначительное проявление отечности, которое после ночного отдыха практически проходят и сильнее проявляются к концу дня.

Анализ полученных данных в анкете на вопрос о проявляющихся болях в пояснице были получены следующие результаты, которые приложены на (Рис.11).

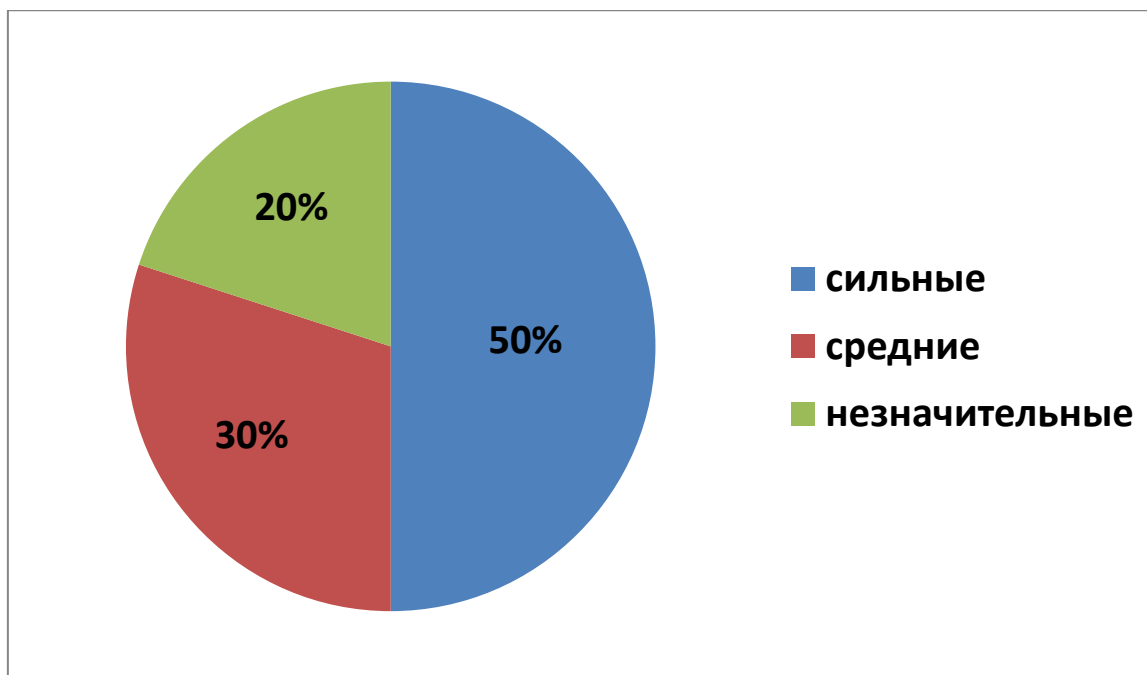


Рис.11. Характер проявляющейся боли в пояснице

На основании данных видно, что все анкетированные беременные имеют характерные боли в пояснице разной степени выраженности. Так у 50% беременных экспериментальной группы отмечаются частые проявления болей в спине носящие давящий, пекущий, колющий, острый характер которые могут возникнуть как в состоянии движения, так и в состоянии покоя. У 30% - средней степени проявления болей в спине, которые сопровождаются другими ощущениями, такими как: появления резких мышечных спазмов. А у 20% - незначительные проявления болей в спине, которые характеризуются временным проявлением в виде тянущего, сжимающего характера, которое захватывает на какой-то момент, а потом отпускает.

При ответе на вопрос анкеты о наличии и частоты болезненного мочеиспускания были получены разнообразные ответы, в результате чего мы обобщили и получили следующие результаты, которые рассмотрены на (Рис.12).

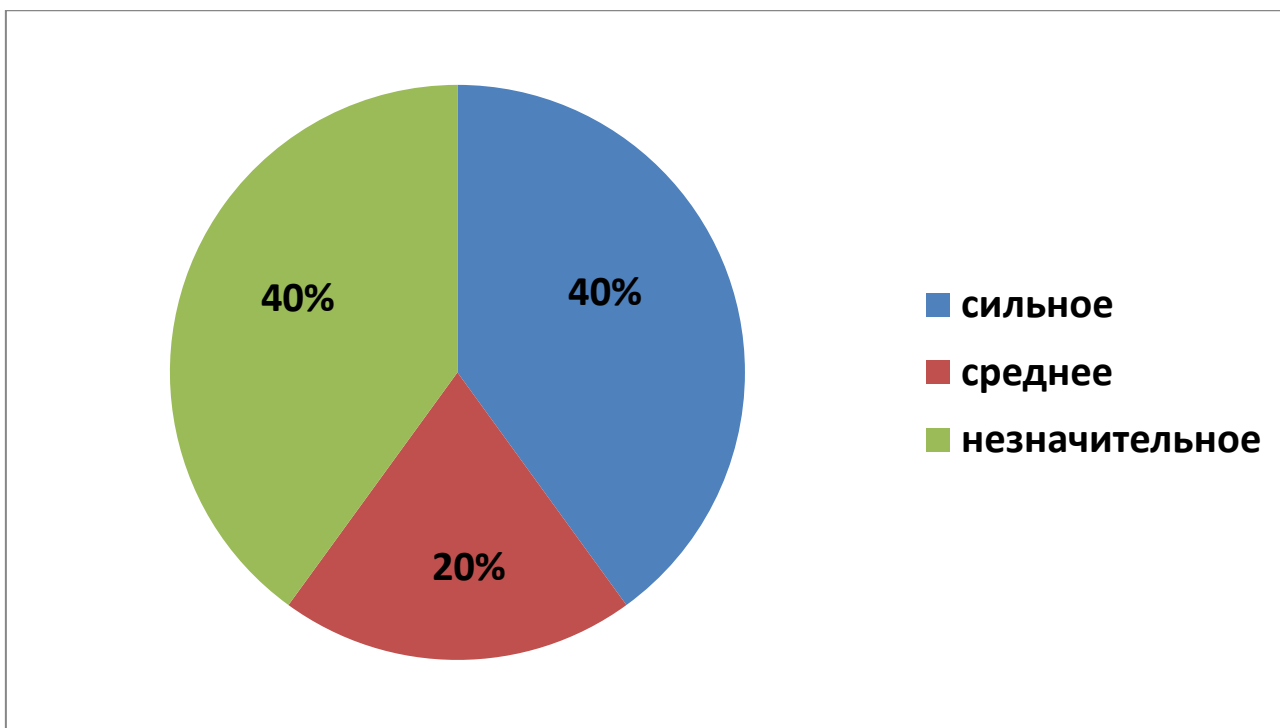


Рис.12. Наличие болезненного мочеиспускания у беременных

Данные указывают на то, что у 40% беременных экспериментальной группы выявлены сильные проявления наличия частого болезненного мочеиспускания, которое возникает в результате внезапной острой задержки мочеиспускания, то есть пациентка не может помочиться, хотя мочевого пузыря полон, особенно если беременная не придерживается диеты, а злоупотребит острой пищей, либо из-за длительного отсутствия движений. А у 20% - средней степени тяжести отмечается проявление болезненного мочеиспускания. У 40% - отмечается незначительная степень проявления болезненного мочеиспускания, которое по результатам их ответов в основном связано с нарушением диеты и режима двигательной активности.

В процессе анализа ответов на вопрос о выполнении назначений врача были получены следующие результаты, которые отражены на (Рис.13).

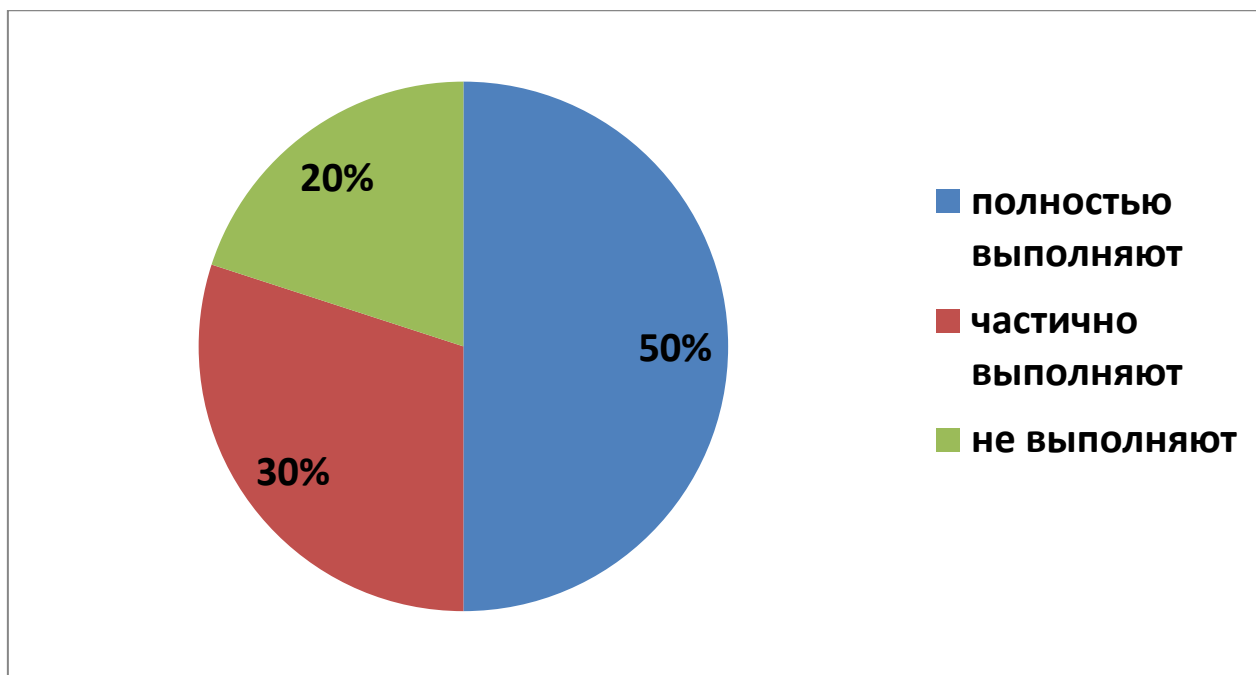


Рис.13. Выполнение назначений врача беременными

Полученные результаты указывают на то, что 50% контролируют состояния своего здоровья, выполняют назначения, прописанные врачом, придерживаются режима питания и режима двигательной активности, своевременно посещают консультации, при ухудшении состояния или появления болезненных ощущений сразу же обращаются к специалисту. При этом 30% - не полностью выполняют, то есть могут пропустить иногда консультацию плановую, дать постоянную «слабинку» в режиме питания (например, ответ, но если хочется, как я могу это не съесть), а также в режиме дня, большинство испытуемых не могут заставить себя лишней раз прогуляться, лучше полежу.

А 20% - вообще не выполняют инструкции, отказываются принимать препараты.

В процессе анализа вопроса анкеты, знакомы ли беременные с факторами влияющими на данное заболевание рассмотрены на (Рис.14).

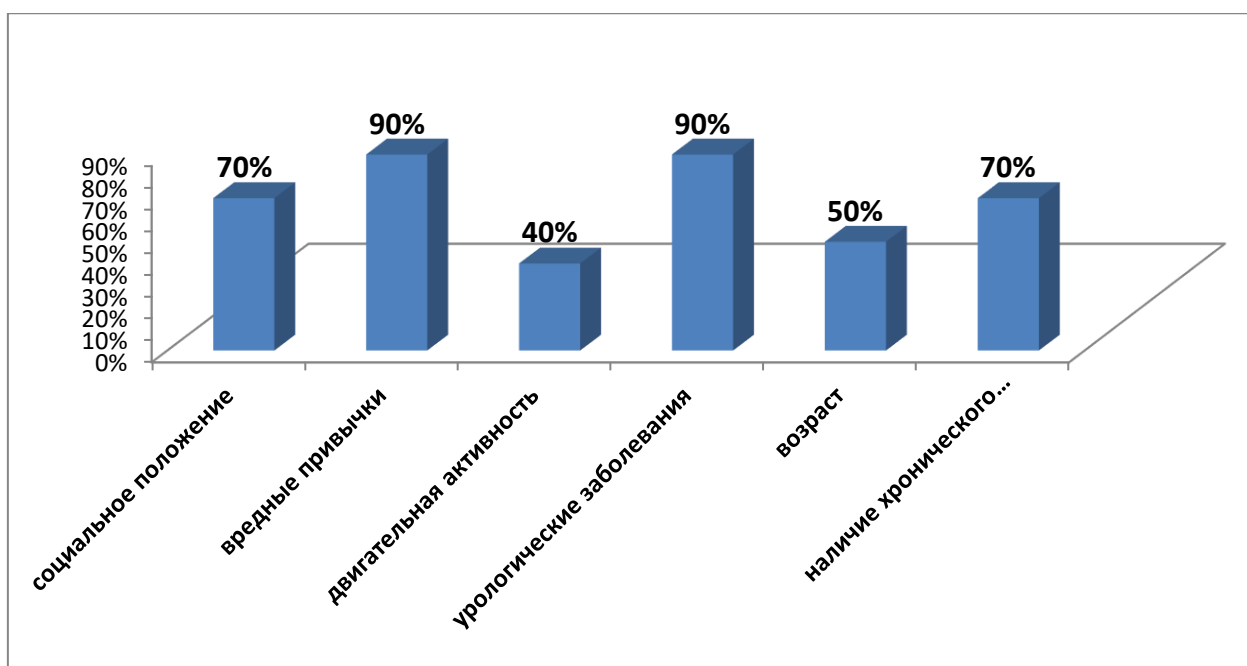


Рис.14. Факторы способствующие проявлению пиелонефрита

Как видно, что большинство беременных ознакомлены с факторами, которые влияют на возникновение и течение хронического пиелонефрита.

Проявление пиелонефрита у беременных анкетированной группы представлены на (Рис.15).

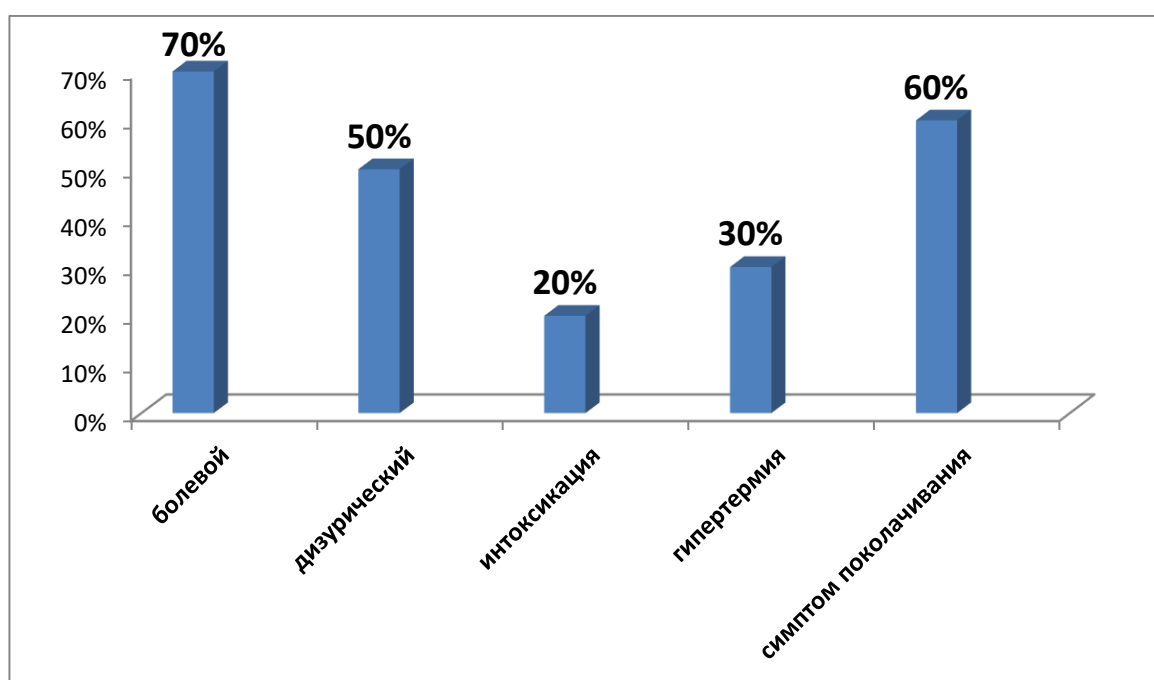


Рис.15. Симптомы проявления пиелонефрита у беременных

Мы видим что, у большинства беременных, были отмечены симптомы: ноющие боли в поясничной области, обычно односторонние часто переходящими в почечную колику; интоксикационные проявлялись головной болью, тошнотой, рвотой, недомоганием, учащением пульса; дизурические проявлялись в болезненном мочеиспускании, Кроме того, было отмечено повышения температуры тела, которое носило субфебрильный характер. А также отмечалось продолжительность симптома поколачивания поясничной области.

В ходе анкетирования было выявлено, что на фоне пиелонефрита возникали осложнения протекания беременности. Данные мы видим на (Рис.16).

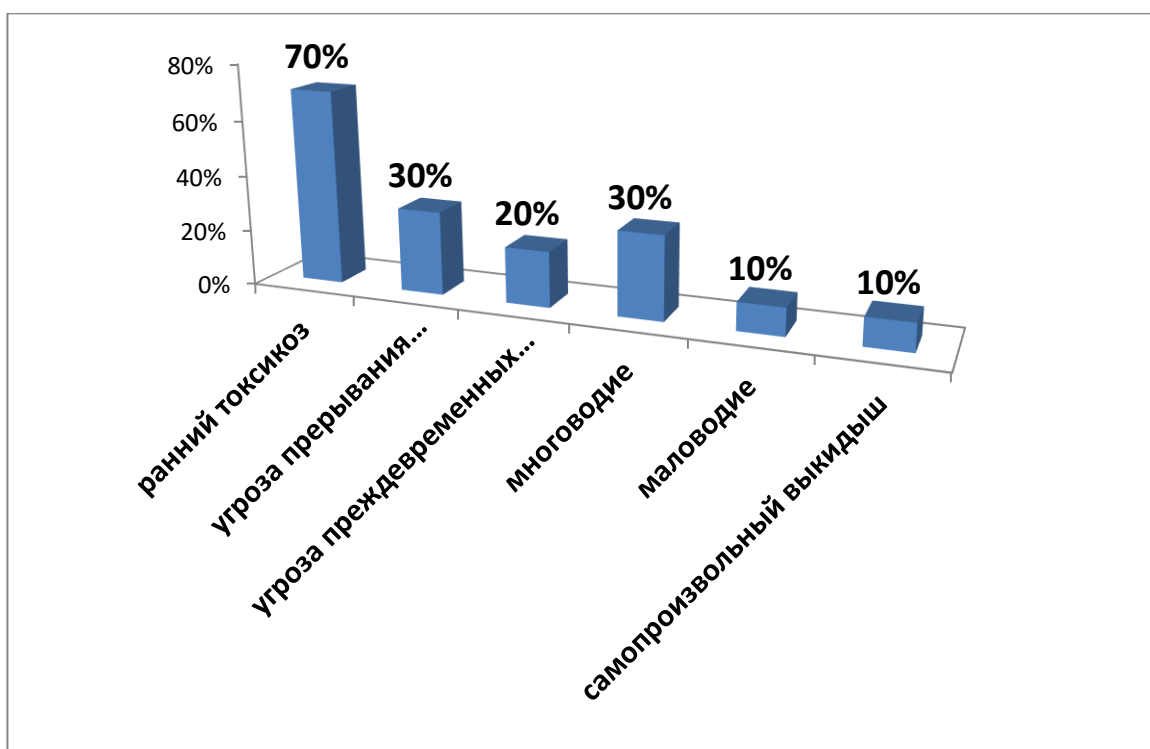


Рис.16. Осложнения протекания беременности

На основании анкетирования мы видим, что беременные с пиелонефритом на протяжении всего периода беременности часто наблюдается ранний токсикоз, угроза прерывания беременности. Проведенное исследование и вышеизложенное указывает на то, что у беременных с пиелонефритом

наблюдаются наиболее часто угрозы прерывания беременности и различные проявления гестоза. То есть осложнения и структура течения беременности и родов во многом зависит от стадии и течения пиелонефрита.

2.2. Акушерский процесс при ведении беременности и родов у женщин с пиелонефритом

У беременных женщин с пиелонефритом, важное значение имеет акушерский процесс ведения беременности и родов, так как данные женщины относятся к группе риска. Поэтому акушерка должна знать основные правила ведения беременности и родов у пациенток с пиелонефритом.

Как только акушерка выяснит у женщины, данное заболевание то в ближайшее время должна направить к терапевту женской консультации, для проведения специального исследования. Так как данным пациентам необходимо проведение диспансерного наблюдения терапевта в женской консультации. Это нужно для проведения систематического обследования, раннего выявления осложнения и своевременной госпитализации.

При этом каждая пациентка с протекающей беременностью на фоне пиелонефрита, обязана находиться под пристальным вниманием в женской консультации особенно в критические периоды беременности (21 - 29-ю недели). В эти сроки протекания беременности, нужно проводить еженедельное изучение отсеков мочи, а при ухудшении показателей осуществлять профилактические мероприятия. Кроме того, очень важно в женской консультации, при пиелонефрите у беременных, для того чтобы контролировать нормальное течение беременности, стабильность здоровья

пациентки и развитие плода важно проводить обследование по определенной схеме с применением ряда методов, которые представлены в (Таблице 1).

Таблица 1

Схема исследования и методы изучения беременных с пиелонефритом

Методы изучения	Схема исследования
Клинический анализ мочи	один – два раза в месяц
Клинический анализ крови	один раз в месяц
Осмотр терапевтом женской консультации	один раз в месяц
Анализ мочи по Нечипоренко	один раз в четыре месяца
Анализ мочи по Зимницкому	один раз в четыре месяца
Измерение артериального давления на обеих руках	один раз в одну - две недели
Бактериологический анализ мочи	один раз в месяц
Консультация уролога или нефролога	по показаниям
Исследование глазного дна	один раз в четыре месяца
Ультразвуковое исследование почек	один раз в три месяца

В женской консультации в процессе ведения беременной с пиелонефритом в первую очередь уточняют диагноз заболевания, его тяжесть и остроту процесса. А потом в дальнейшем о возможности сохранения либо не сохранения беременности. Таких беременных необходимо направлять на госпитализацию, особенно в первые три месяца беременности. Где, при выписке указывают на возможность сохранения беременности. При этом

процесс дальнейшего ведения беременной в женской консультации проводится активно совместно с акушером-гинекологом и терапевтом не менее двух раз в месяц, при одновременном динамическом лабораторном исследовании и консультировании у врачей других специальностей (уролога, окулиста) с периодичностью, отмеченной в (Таблице 1).

Как рекомендует А.И. Дядык: «Повторная госпитализация, в не зависимости от срока беременности, необходима при: обострении заболевания почек; начинающемся позднем токсикозе; угрожающем выкидыше или угрожающих преждевременных родах; начальных признаках гипотрофии плода; бессимптомной бактериурии или лейкоцитурии, не поддающейся лечению.

Кроме того, беременную с пиелонефритом в обязательном порядке отправляют в стационар, (отделение патологии беременных), за три недели до срока родов. Где уточняется диагноз, выявляются осложнения этого заболевания, диагностируется состояние плода, решаются вопросы о возможности продолжения беременности, проводится подготовка беременной к родам, составляется план ведения родов и необходимых лечебных мероприятий в родах, осуществляется родоразрешение беременной, проводится лечение болезней почек и акушерских осложнений у родильницы.

Так как у данных беременных необходимо проведение систематического наблюдения в последние недели беременности. Из-за возможности самопроизвольного выкидыша или преждевременных родов.

Помимо всего на последних неделях беременности обязательно необходимо решить вопрос о методе родоразрешения и характере терапевтических мероприятий, как до родов, так и в родах.

В научной литературе многих исследователей указано то, что беременные с пиелонефритом допускаются рожать естественным путем, но рекомендовано в процессе родов, использовать, спазмолитические средства и осуществлять максимальное обезболивание.

А применение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора только по акушерским показаниям, а именно: внутриутробная асфиксия плода, вторичная слабость родовых сил и др, еще рекомендована в данном случае для ускорения родоразрешения эпизиотомия или перинеотомия.

Таким образом, ведение беременности и родов у женщин с пиелонефритом зависит от профессиональной деятельности акушерки. Потому что в женской консультации при ведении беременной с пиелонефритом осуществляют контроль за нормальным протеканием беременности, стабильностью здоровья женщины и развитием плода. Организует обследование по определенной схеме с применением ряда методов и включением узких специалистов. А также способствует правильной тактике ведения родоразрешения.

Вывод по второй главе

На основе проведенного исследования можно отметить то, что у беременных с пиелонефритом наблюдаются наиболее часто угрозы прерывания беременности, гестозы. А также то, что осложнения и структура течения беременности и родов во многом зависит от стадии и течения пиелонефрита.

Вместе с тем, ведение беременности и родов у женщин с пиелонефритом зависит от профессиональной деятельности акушерки. Потому что акушерка в женской консультации осуществляет контроль, за беременными с пиелонефритом, за протеканием беременности, стабильностью здоровья женщины и развитием плода. Организует обследование по определенной схеме с применением ряда методов и включением узких специалистов. А также способствует правильной тактике ведения родов у данного контингента женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ научной литературы по проблеме исследования указывает на то, что пиелонефрит представляет собой воспалительный процесс, в тканях почечной лоханки.

В ходе анализа литературных источников были рассмотрены существующие разнообразные факторы (врожденные и приобретенные) способствующие поддержанию воспалительного процесса в почечной ткани на протяжении беременности и способствуют отягощению течения заболевания. Также отметили то, что развития и осложнения пиелонефрита во время беременности имеет свои физиологические и патогенетические аспекты, которые способствуют осложнению протекания беременности, а беременность в свою очередь отрицательно сказывается, на протекание самого воспалительного процесса в почках. Также учеными доказано, что в процессе развития пиелонфрита приводит к осложнению протекания беременности, родов и послеродового периода, приводящего к росту перинатальной заболеваемости и смертности. Осложнения беременности и родов у беременных с пиелонефритом порой настолько серьезны, что ещё раз указывают на поиск и применение современных технологий, специальных программ в процессе ранней диагностики и прогнозирования заболевания, а также комплексной профилактики и терапии беременных с пиелонефритом.

В процессе анализа литературы нами подробно были рассмотрены современные методы и способы диагностики пиелонефрита, позволяющие определить и не допустить его осложнений во время протекания беременности. Каждый из рассмотренных, диагностических методов имеют свои плюсы и минусы, но в комплексе позволят более точно определить стадию нарушения и рационально подобрать стратегию лечения.

В ходе теоретического обоснования проблемы исследования, нами проанализированы наиболее эффективные методы профилактики

пиелонефрита во время беременности, которые должны осуществляться при активном совместном участии женской консультации и врача уролога. Всегда лечение должно быть комплексным, в основе которого лежит правильный выбор лечебной стратегии, а также на основе выбора современных методов и способов лечения, с учетом индивидуального подхода к течению каждого заболевания при конкретном случае.

На основе проведенного исследования можно отметить то, что у анкетированных беременных с пиелонефритом наблюдаются наиболее часто угрозы прерывания беременности, гестозы, а также то, что осложнения и структура течения беременности и родов во многом зависит от стадии и течения пиелонефрита.

Вместе с тем, ведение беременности и родов у женщин с пиелонефритом зависит от профессиональной деятельности акушерки. Потому что акушерка в женской консультации, при пиелонефрите у беременных, осуществляет контроль за нормальным протеканием беременности, стабильностью здоровья женщины и развитием плода. Организует обследование по определенной схеме с применением ряда методов и включением узких специалистов. А также способствует правильной тактике ведения родов у данного контингента женщин, которое зависит от правильности выбранного алгоритма ведения беременных с пиелонефритом. Кроме того, очень важно беременных с пиелонефритом на протяжении всего срока беременности и динамического амбулаторного наблюдения осуществлять профилактику и лечение фетоплацентарной недостаточности и задержки роста плода.

При этом правильно выбранный алгоритм ведения беременности и родов с данным заболеванием способствует снижению осложнения протекания беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденного.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляев Ю.Г., Газимиев М.А., Еникеев Д.В. Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита. // Урология. -2008. - №1. - С.3-7.
2. Волков А.Е. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. Ростов-на-Дону. Феникс. -2007. -477 с.
3. Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Пустотина О.А. Инфекции мочевыводящих путей у беременных и родильниц // Трудный пациент. -2005. - №9. - С.41-45.
4. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. - М., 2004. -234 с.
5. Дядык А.И., Багрий А.Э., Яровая Н.Ф. Инфекции мочеполовой системы при беременности // Medicus Amicus. - 2004. - № 6. -С. 12-16.
6. Еникеев Д.В. Определение стадии острого пиелонефрита для выбора лечебной тактики: автореф. дисс. ... канд мед. наук. -М. -2009. -24 с.
7. Захарова Е.В. Нефрологические аспекты беременности (диагностика, тактика, прогноз). // Гинекология. -2008. -Т. 10. №6. -С.4-12.
8. Захарова Е.В. Течение хронических заболеваний почек при беременности. // Consilium medicum. -2008. -№8. -С.5-9.
9. Козина О.В., Шехтман М.М. Аномалии структуры почек и гидронефроз у беременных. // Гинекология. -2010. -Т. 12. -№1. -С.23-27.
10. Кулаков В.И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. -М.: Издательская группа ГЭОТАР-Медиа. -2006. -387 с.
11. Кушевская Е.А. Диагностика острого пиелонефрита у беременных // Вестник Смоленской медицинской академии.- 2006.- № 4. - С. 105-110.
12. Лопаткин Н.А., Деревянко И.И., Страчунский Л.С. и др. Антибактериальная терапия неосложненного острого цистита и пиелонефрита у взрослых: Пособие для врачей // Клин, микробиол. и антимикроб, химиотерап. - 2000. - Т. 2. - №1. -С. 69-76.

13. Мазурская Н.М., Бабаев В.А., Никольская И.Г., Тареева Т.Г. Показатели центральной гемодинамики и сократительной функции миокарда в процессе родов у пациенток с хроническим вторичным пиелонефритом // Российский вестник акушера-гинеколога. -2003. -Т.3. -№2. —С. 15-18.
14. Митюшкина Т.А. Проблемы инфекций мочевыводящих путей у женщин. // Гинекология. -2002. -№4. -С. 196-198.
15. Никифоровский Н.К. Неосложненный пиелонефрит у беременных.//Рос. вестн. акуш. и гин. -2002. -№1. -С. 19-24.
16. Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Капительный В.А. Инфекции мочевыводящих путей и беременность. // Гинекология. -2007. -Т.9. -№1. -С.78-84.
17. Радутный В.Н., Архипов В.В., Насырова С.Ф., Хайруллина Ф.Л., Кулавский Е.В., Абдрахманова А.М. Тактика ведения беременности у женщин с пиелонефритом // Медицинский альманах,- 2008. -№5. -С.74-77.
18. Репина М.А., Крапивина Е.Г., Колчина В.А., Стамбулова О.А. Современные подходы к коррекции нарушений функции почек у беременных женщин // Ж. акуш. жен. болзн. -2004.-Т. LIII, Вып. 2. -С. 48-53.
19. Серов В.Н., Тютюнник В.Л. Гестационный пиелонефрит: диагностика, профилактика, лечение. -2008. -Т.16. -№1. —СЛЮ-13.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета опроса беременных с пиелонефритом.

Добрый день. Мы просим Вас заполнить предлагаемую анкету. Все результаты будут использованы в обобщенном виде.

Правила заполнения анкеты: внимательно прочитайте вопрос и все варианты ответов к нему, Вам необходимо отметить вариант ответа или поставить свой, допускается несколько вариантов ответа.

1. Укажите, пожалуйста, количество полных лет:

2. Возраст наступления менархе:

3. Продолжительность менструации:

4. Характер менструального цикла:

5. Количество беременностей:

6. Исход беременностей:

7. Наличие гинекологических заболеваний (если да то какие):

8. Имеются ли соматические заболевания (если да то какие):

9. Было ли данное заболевание (пиелонефрит) у родственников:

10. Имеются ли у Вас отеки:

Сильные

Средние

Незначительные

11. Имеются ли боли в пояснице:

Сильные

Средние

Незначительные

12. Имеется ли боль при мочеиспускании:

Сильная

Средняя

Незначительная

13. Выполняете ли Вы назначения врача:

Полностью выполняю

Частично выполняю

Не выполняю

14. Как вы думаете, какие из факторов повлияло на ваше заболевание:

Социальное положение

Двигательная активность

Урологические заболевания

Возраст

Наличие хронического пиелонефрита

15. Какие у Вас симптомы проявления пиелонефрита:

Болевой

Дизурический

Интоксикация

Гипертермия

Симптом покалачивания

16. Какие осложнения возникали при данной беременности:

Чем опасна болезнь при беременности?

Пиелонефрит во время беременности может стать причиной серьезных осложнений. Влияние распространяется на женщину и на плод. Воспалительный процесс в почках осложняет течение беременности и ее исход.

Осложнения для женщины:

- преждевременное начало родов;
- самопроизвольное прерывание беременности;
- почечная недостаточность, в том числе развитие хронической почечной недостаточности, прогрессирование состояния;
- уросепсис — тяжелое состояние, при котором происходит заражение организма бактериями, попавшими в кровь из больного органа;
- редко — нефротический синдром.

Последствия для малыша:

- внутриутробное заражение;
- гипоксия (недостаток кислорода);
- малый вес малыша при рождении.

Организация питания при пиелонефрите

Разрешенные продукты	Запрещенные продукты
<ul style="list-style-type: none"> • Хлеб и хлебобулочные продукты: немного подсушенные и диетические, без кремов. • Мясо нежирное любое. • Рыба: на пару или отварная, желательно нежирная. • Крупы, макаронны любые (овсяная крупа, гречневая, рис, манка и др.). • Супы: молочные, овощные, с крупой, с заправкой из сметаны или сливок, маслом. • Молоко, а также все молочные продукты (при отсутствии аллергии). • Яйца: в неделю до 2 штук. • Овощи, фрукты: в любом виде. 	<p>Группы продуктов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • жареное; • копченое; • маринованное; • квашеное; • чрезмерно соленое; • специи; • сладости ограничены при чрезмерном наборе веса; • свежий хлеб; • жирное (особенно мясо, рыбу); • бобовые, а также острые продукты: лук, чеснок, перец, горчица, хрен; • соусы: майонез, кетчуп, уксус; • алкоголь. <p>При хронической почечной недостаточности ограничивается прием белка.</p>
<p>Цель питьевого режима — «промыть» почки. Пить можно практически все, т.к. болезнь не приводит к задержке жидкости и соли:</p> <ul style="list-style-type: none"> • чай; • свежавыжатый сок; • клюквенный и брусничны морс; • компоты, отвары шиповника, смородины. 	<p>Если на фоне пиелонефрита возникает гестоз (поздний токсикоз с отеками и повышением давления) — питьевой режим организуется согласно рекомендациям лечащего врача</p>

Как предотвратить пиелонефрит?

В профилактике важную роль играет ранняя диагностика. Важно прислушиваться к собственному самочувствию и сообщать врачу о беспокоящих симптомах. Анализы и исследования, назначаемые во время беременности, способствуют раннему обнаружению болезни. Чем раньше выявлена болезнь, тем проще ее лечить и тем меньше риск возникновения осложнений.

Чтобы предупредить болезнь, необходимо:

- пролечить инфекции, имеющиеся в организме, желательно до наступления беременности;
- провести раннее лечение бактериурии и затруднения пассажа мочи, особенно у беременных с многоплодием, крупным плодом, многоводием;
- вести здоровый образ жизни, придерживаться советов врача, ведущего беременность, регулярно посещать женскую консультацию;
- соблюдать личную гигиену;
- избегать переохлаждения, переутомления, стрессов.