СОСТОЯНИЕ ПЛАЦЕНТ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ (ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ)

THE CONDITION OF THE PLACENTA IN EXTRAGENITAL PATHOLOGY (GESTATIONAL PYELONEPHRITIS)

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Черненкова Маргарита Львовна, д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Хамитова Алина Раифовна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Мирошевская Екатерина Павловна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Styazhkina S. N. sstazkina064@gmail.com

Chernenkova M.L.

Khamitova A.R. alinka_aknila99@mail.ru

Miroshevskaya E.P. kate.miroshevskia@gmail.com

Аннотация

В статье рассмотрены патоморфология плаценты у беременных с экстрагенитальной патологией (гестационный пиелонефрит). На основании исследования серии случаев за период 2013 - 2014 гг. были изучены 26 историй беременных “АРМ главного специалиста по детской патологоанатомической службе” и выявлены основные проявления неблагоприятного воздействия гестационного пиелонефрита как на течение беременности, так и на сам плод.

Annotation

The article deals with the pathomorphology of the placenta in pregnant women with extragenital pathology (gestational pyelonephritis). Based on the study of a series of cases for the period 2013-2014, 26 stories of pregnant women were studied by the “ARM of the chief specialist in pediatric pathoanatomical service " and the main manifestations of the adverse effects of gestational pyelonephritis on both the course of pregnancy and the fetus itself were identified.

Ключевые слова: беременность, экстрагенитальная патология, гестационный пиелонефрит, плацента.

Key words: pregnancy, extragenital pathology, gestational pyelonephritis, placenta.

Инфекция мочевыводящих путей во время беременности в последние годы является острой проблемой для акушеров-гинекологов, терапевтов и урологов, занимающихся данной группой пациенток. Это связано с растущей распространенностью данной экстрагенитальной патологии, что обусловлено наличием специфических этиологических факторов, предрасполагающих к развитию данного заболевания. Также трудности вызывают диагностические мероприятия у беременной и выбор тактики лечебных мероприятий. Помимо этого женщины данной группы подвергаются высоким рискам возникновения различных осложнений беременности, родов и послеродового периода [1].

Пиелонефрит - неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с первоначальным и преимущественным поражением интерстициальной ткани почек, чашечно-лоханочной системы и канальцев с последующим поражением клубочков и сосудов[2].

Пиелонефрит у женщин в период беременности может протекать в форме:

1) острого пиелонефрита (стадии серозного или гнойного воспаления);

2) хронического пиелонефрита (фаза активного/ латентного течения)[2].

Большинство случаев заболевания составляет гестационный пиелонефрит - острый пиелонефрит, впервые развившийся у женщины, до этого не имевшей

урологического заболевания в анамнезе до беременности. Гестационный пиелонефрит - это острый воспалительный процесс, откуда следует, что гестационный пиелонефрит не может иметь стадии ремиссии[1].

Ссылаясь на отечественные источники, частота гестационного пиелонефрита среди беременных пациенток молодого возраста составляет в среднем (в группе с повышенным риском) около 33%. Чаще страдают первобеременные женщины, поражение правой почки наблюдается в подавляющем большинстве случаев (до 50%), по сравнению с левосторонней локализацией процесса, в 15% случаев процесс характеризуется двусторонним поражением. Гестационный пиелонефрит или обострение хронического пиелонефрита могут возникнуть на любом сроке беременности: в большинстве случаев заболевание появляется во II триместре (около 50%), реже в I и III (20 и 30 процентов соответственно).

Предрасполагающими факторами гестационного пиелонефрита могут быть: биологические факторы (бессимптомная бактериурия); урологические заболевания в анамнезе, латентно протекающая патология почек; местные факторы, усугубляющие нарушение уродинамики (крупный плод, узкий таз, многоводие, многоплодие); физические факторы (переохлаждение, травмы). Причиной пиелонефрита также может быть нарушение венозного оттока (почечного кровотока), вследствие расстройства уродинамики. Повышение внутрилоханочного и внутричашечного давления приводит к сдавлению вен почечного синуса и разрыв зон чашечек в области свода, что обусловливает попадание инфекции из лоханки в венозное русло почки [3].

Результаты:

У обследованных беременных пациенток были выявлены следующий перенесенные заболевания до беременности: пиелонефрит (69%), острые респираторные заболевания - (77%), кольпит (8%), ожирение (4%), заболевания сердечно-сосудистой системы (27%), гепатит (4%), микоплазмоз (19%), киста яичника (4%), коксартроз (4%), цмви (8%), хламидиоз (8%), удвоение левой

почки (4%), сальпингоофорит (8%), анемия (4%), сифилис (4%), гастрит (4%), эндометриоз (4%), миома матки (4%), цистит (4%).

Помимо пиелонефрита присутствовали следующие сопутствующие заболевания во время беременности: острые респираторные заболевания (62%), кандидоз (12%), анемия (31%), цитомегаловирусная инфекция (19 %), микоплазмоз (8%), кольпит (27%), бактериурия (8%), тромбоцитопения (4%), эписиндром (4%), сердечно-сосудистые заболевания (15%), хламидиоз (8%), мочекаменная болезнь (8%), тонзиллит (4%) миопия (4%), отеки (4%). В целом сопутствующие заболевания присутствуют в 100% случаев.

У данных обследованных пациенток выявлен следующий паритет (от 1 до 6 беременностей, включая аборты и родоразрешения): одна беременность констатировалась в 23% случаев, две беременности - в 31%, три беременности - в 23%, четыре беременности - в 15%, пять беременностей - в 4%, шесть беременностей выявилось в 4% случаев. Таким образом, в среднем, на одну пациентку приходилось две беременности и двое родов.

Самыми частыми осложнениями беременности оказались внутриутробная гипоксия плода (в 23% случаев), фетоплацентарная недостаточность (19%), гестоз второй половины беременности (легкий) (19%), гестоз первой половины беременности (15%), изосенсибилизация по системе АВО и резус- фактору выявлена в 6% клинических случаев, маловодие - в 6%, задержка внутриутробного развития плода - в 4%. У 9 беременностей наблюдалась угроза прерывания (в 35% эпизодов). Полученные данные подтверждают, что на беременных с экстрагенитальной патологией, в частности с гестационным пиелонефритом, стоит обращать пристальное внимание, чтобы снизить риски осложнения течения беременности и своевременно провести профилактику, оказать необходимую помощь.

Данные случаи беременностей завершились самостоятельными родами в 58%, родоразрешение путём кесарева сечения - в 42%, обусловленные с клинически узким тазом, гестозом. Безводный промежуток превышающий 6

часов отмечен у 31% пациенток. Новорожденные мужского пола составили 46% относительно количества всех новорожденных, женского - 54%. В 76% случаев роды состоялись в сроке гестации 39-40 недель, с массой новорожденных 3629,97±63,17 (г), длиной - 52,87±0,28 (см); в 16% - в сроки 37-38 недель с массой новорожденных 3365,0±155,05 (г), длиной - 52,5±0,59 (см); в 8% - в сроки 34-36 недель с массой новорожденных 2805,0±348,54 (г), длиной - 48,75±1,49 (см). Оценивание по шкале Апгар: 6-8 баллов - 4%; 7-8 баллов - 15%; 8-8 баллов - 23%; 8-9 баллов - 46%; 9-9 баллов - 12%.

Мы определили, что недостаток веса плаценты составил 42% случая, такой же процент случаев наблюдался и с увеличением веса плаценты. Аномалии формы были выявлены в 10 из 26 плацент (38%): Pl. marginata - 31%, Pl. bilobata - 4%, Pl. circumvallata - 4%. Во всех течениях беременностей наблюдалась хроническая плацентарная недостаточность разной степени проявлений (высокая - 12%, средняя - 58%, низкая - 31%). Острая плацентарная недостаточность была обнаружена в 73% случаев, 50% из которых составила острая плацентарная недостаточность низкой степени. Восходящая бактериальная инфекция оказалась у 62% беременных, из них: с высокой степенью - 19%, средней - 19% случаев, низкой - 23%; гематогенное инфицирование (виллузит и пролиферативное воспаление) - у 73% пациенток. Компенсаторно-приспособительные преобразования найдены как низкие в 78%, средние - в 14% исследуемых случаев.

В свою очередь в работе произведена оценка риска для плода: в 100% имеется риск гипоксического поражения центральной нервной системы (поражение низкой степени - 62%, высокой - 38%). Вероятность антенатальной инфекции был в 62% (низкий - 27%, средний - 19%, высокий - 15%). 50% проверяемых плацент отличились риском развития врожденных пороков развития. Это важнейших диагностический факт для дальнеших ведений беременности с экстрагенитальной патологией.

Внутри патологии плацент самыми нередко встречающиемися патологическими процессам, стали следующие заболевания:: «старые» синцитиальные почки - 23 эпизода (89%), «молодые» синцитиальные почки - 23 эпизода (89%), синцитио-капиллярные мембраны - 21 эпизод (81%), кальциноз - 20 эпизодов (77%), фокальные некрозы эпителия ворсин - 18 эпизодов (69%), склероз стромы опорных и промежуточных ворсин - 17 эпизода (65%), продуктивный париетальный хориодецидуит - 16 эпизодов (62%), афункциональные зоны - 16 эпизодов (62%) продуктивный базальный децидуит - 15 эпизодов (58%). Реже возникают: экссудативный интервиллузит - 13 эпизодов (50%), экссудативный париетальный хориодецидуит - 12 эпизодов (46%), экссудативный пуповинный флебит - 10 эпизодов (39%). В конкретных эпизодах отмечается такой патологический процесс как: гематома пуповины до 24 часов (1 сутки), гематома пуповины после 24 часов, парез сосудов, экссудативный плацентарный хориоамнионит, мелкокистозные превращения цитотрофобласта. Стоит отметить тенденцию преобладания такой патологии, как «молодые» синцитиальные почки.

На основании полученных в ходе исследования данных прослеживается связь гестационного пиелонефрита с возникновением у беременных патологий плацент, что проявляется осложнениями течения беременности и родов, тем самым доказывая негативное влияние данного экстрагенитального заболевания как на плод, так и на организм матери.

Подведя итоги, можно сделать следующие **выводы:**

1. У большинства гестационный пиелонефрит является рецидивирующим заболеванием.

2. Гестационный пиелонефрит оказывает пагубное влияние на массу плаценты. Это может привести к угрозе прерывания беременности или аномалии развития плода

3. Данная экстрогенетальная патология неблагоприятно влияет на различные сроки течения беременности и сам плод. Это проявляется появлением

таких осложнений как гестоз обеих половин гестации, угроз прерывания на разных сроках , острая и хроническая плацентарная недостаточность. Данный фактор учитывать во время ведения беременности, решения о возможных путях родоразрешения или пролонгирования .

4. Настоятельно рекомендуется пристальное наблюдение за новорожденными после выписки из роддома у данной группы пациенток, так как в исследовании была показана связь с развитием гипоксических нарушений центральной нервной системы. Неисключены развития нарушений высшей нервной деятельности у данных детей.

5. В диагностике необходимо учитывать сопутствующие заболевания, их течение. Необходимо наблюдение у узко квалифицированных специалистов, возможно, постановка на учет в диспансеры.

6. Необходима своевременная диагностика и лечение пиелонефрита у беременных для снижения риска возникновения патологии плода. Рекомендуется совместное ведение таких больных урологом и акушером-гинекологом.

7. Важно учитывать анамнез перенесенных заболеваний до беременности, устранить риск рецидивов и заниматься своевременной профилактикой последующих осложнений.

Литература

1. Стяжкина С.Н., Черненкова М.Л., Абдуллина И.Р., Муллахетова Л.М., Омелина Л.В. СОСТОЯНИЕ ПЛАЦЕНТ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1.; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17686 (дата обращения: 27.03.2021).
2. Острый пиелонефрит и его осложнения (эпидемиология, диагностика, тактика и лечение) : Методическое пособие для курсантов ФПК и ПП / С. Н. Стяжкина, В. А. Ситников, А. А. Санникова [и др.]. – Ижевск : Типография Як-Бодьи, 2004. – 56 с

3. Морфологические особенности плаценты при экстрагенитальной патологии / М. Л. Черненкова, Е. М. Виноходова, Ф. К. Тетелютина [и др.] // Морфологические ведомости. – 2013. – № 2. – С. 86-90.

Literature

1. Styazhkina S. N., Chernikova M. L., Abdullina I. R., Mullakhmetova L. M., Amelina L. V. THE STATE OF THE PLACENTA IN GESTATIONAL PYELONEPHRITIS // Modern problems of science and education. – 2015. – № 1-1.; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17686 (date accessed: 27.03.2021).
2. Acute pyelonephritis and its complications (epidemiology, diagnosis, and treatment tactics) : Methodical manual for students of FPC and PP / S. N. Styazhkina, A. V. Sitnikov, A. A. Sannikov [and others]. – Izhevsk : Printing Yak-Body, 2004. – 56
3. Morphological features of the placenta in extragenital pathology / M. L. Chernenkova, E. M. Vinokhodova, F. K. Tetelyutina [et al.] / / Morphological vedomosti. - 2013. - No. 2. - pp. 86-90.