

РОЛЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СИНДРОМОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Сапарбаева Н.Р., Матризаева Г.Д.,

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

✓ **Резюме,**

В статье обсуждаются особенности течения беременности, исхода родов у женщин с патологией мочевыводящих путей на фоне гипертензивных нарушений. Изучены течение и исход беременности и родов у 78 женщин. Показано, что возникновению гипертензивного синдрома способствует наличие патологии урогенитального тракта, наличие хронических инфекций, ведущих к нарушению адаптационных процессов. Ранняя диагностика и лечение патологии мочевыводящей системы у беременных способствует снижению осложнений беременности, частоты гипертензивного синдрома и перинатальной патологии.

Ключевые слова: беременность, гипертензивный синдром, патология мочевыводящей системы.

XOMILADORLAR GIPERTENZIV SINDROMLARINI PROGNOZLASHDA SIYDIK YO‘LLARI PATOLOGIYALARINI ERTA ANIQLASHNI ROLI

Saparbayeva N.R., Matrizayeva G.D.,

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali.

✓ **Rezyume,**

Maqola gipertenziv buzilishlar fonida siydik yo‘llari patologiyalari bor ayollarda homiladorlik va tug‘ruq kechishining o‘ziga xos xususiyatlari haqida. 78 ayolda homiladorlik va tug‘ruq natijalari kuzatildi. Urogenital yo‘llar patologiyalari homiladorlarda gipertenziv sindrom yuzaga kelishida asos bo‘ladi, surunkali infeksiyalar organizmning adaptatsion xususiyatlarini kamaytirishi hisobiga.

Kalit so‘zlar: homiladorlik, gipertenziv sindrom, siydik yo‘llari patologiyasi

THE COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN WITH PATHOLOGY ON URINARY TRACT A BACKGROUND OF HYPERTENSIVE DISORDERS

Saparbayeva N.R., Matrizayeva G.D.,

Urgency branch of Tashkent Medical Academy.

✓ **Resume,**

In this work studied the course and outcome of pregnancy and childbirth in 78 women. Occurrence of hypertensive syndrome contributes influence urogenital pathology, leading to disruption of adaptation processes. Early diagnostics of the urogenital pathology decreases hypertensive syndrome and prenatal pathology.

Keywords: pregnancy, hypertension syndrome, pathology on urinary tract.

Актуальность

На сегодняшний день артериальная гипертензия беременных, обусловленная патологией мочевыводящих путей, является актуальной проблемой и до конца не решена. Немаловажная роль в развитии артериальной гипертензии беременных отводится патологии мочевыводящих путей (ПМП), таких как инфекционно-воспалительные и аллергическо-воспалительные заболевания почек, аномалии развития мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь, мочекишечный диатез [3,4,7].

Гипертензивные синдромы беременных (ГСБ) на фоне пиелонефрита имеет свои особенности: чаще развиваются в II триместре беременности, ведущим симптомом является артериальная гипертензия, в анализах мочи имеются характерные для воспалительного процесса изменения, может иметь место острое нарушение оттока мочи в результате окклюзии и спазма мочеточников, в нижних отделах половых путей - наличие бактериально-вирусной инфекции [5,6].

ГСБ, развившийся на фоне хронического гломерулонефрита (ХГН), имеет особо тяжелое течение: начинается рано, сразу после 20-22 нед гестации; быстро принимает тяжелое течение: анасарка, высокая гипертензия, массивная протеинурия, острая почечная недостаточность (олиго-, анурия); плод всегда страдает, так как фетоплацентарная недостаточность имеет место в первой половине беременности (ЗВУР, гипоксия вплоть до внутриутробной смерти); нередко возникает преждевременная отслойка плаценты; проявляются симптомы ХГН различной степени выраженности (отеки лица, протеинурия, артериальная гипертензия, в анализах мочи - гематурия, цилиндрурия) [9,10].

При ГСБ, который развивается на фоне заболевания почек, исходно имеются множественные нарушения в иммунной системе и системе гемостаза, гиперпродукция катехоламинов, вазопрессина, ренин-ангиотензин-альдостерона, снижение синтеза простагландинов класса Е и кининов.

Таким образом, при хроническом заболевании почек возникает "системность" поражения органов, поэтому присоединение такого иммунокомплексного осложнения, как ГСБ, вызывает тяжелые полиорганные нарушения, которые могут приводить к летальному исходу [4-8].

Вместе с тем, не всегда патология мочевыводящих путей приводит к развитию ГСБ, но известна периодичность развития их обострений в определенные сроки беременности и в послеродовом периоде [1,2]. Изучение роли патологии мочевыводящей системы в развитии различных осложнений беременности и в том числе гипертензивных состояний во время беременности является актуальной проблемой, требующей дальнейшего изучения.

Целью данного исследования явилось определение частоты и вида патологии мочевыводящих путей у беременных с гипертензивным синдромом.

Материал и методы

Изучены течение и исход беременности и родов у 78 женщин, поступавших на лечение в отделение патологии беременных Областного перинатального центра г. Ургенч в период 2016-2018г с признаками артериальной гипертензии на фоне патологии мочевыводящей системы. Были проведены общеклинические исследования, включая пробу Нечипоренко, УЗИ почек. При этом выявляли расширение и гипотоническую дискинезию мочеточников и лоханок, уточнялись размеры почек, толщина коркового слоя, размеры чашечно-лоханочного комплекса, выявлялись анатомические и функциональные нарушения уродинамики верхних мочевых путей (гидронефроз, аномалии развития, камни и др).

В зависимости от выявленной патологии пациентки были разделены на 3 группы: 1-группа- 32 (41%) беременных с различными формами гипертензивного синдрома и патологией мочевыводящих путей, 2-группа - 26 (33,5%) беременных с различными формами гипертензивного синдрома, но без патологии мочевыводящей системы, 3-группу составили 20 (25,5%) беременных в аналогичных сроках гестации с патологией мочевыводящей системы, но с ГСБ. Срок беременности у обследованных пациенток был от 23 до 38 недель.

Результат и обсуждение

Изучение сведений о течении данной беременности показало, что ПМП впервые была выявлена у беременных 1-группы при повышении АД и обследовании в стационаре, т.е. в третьем триместре, у беременных 3-группы выявлена у половины в ранние сроки и у половины во 2-триместре. При этом пациентки с ПМП, выявленной в сроки 8-12, получали лечение уросептиками, антибиотиками.

Лабораторные исследования показали, что у 35 (44,9%) женщин в крови наблюдался лейкоцитоз (10,5 г/л и выше), нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной

формулы влево за счет увеличения палочкоядерных форм и гипохромная анемия легкой степени у 39 (50%) и средней степени у 14 (17,9%). При биохимическом исследовании крови установлено нарушение белкового баланса, проявляющееся гипопроteinемией у 22 (28,2%); уровень мочевины в сыворотке крови был высоким у 5 (6,4%) женщин. При бактериологическом исследовании мочи обнаружено увеличение количества лейкоцитов и протеинурия 30 (38,46). Определение в крови носительства урогенитальных инфекций (уреоплазма, микоплазма, хламидия) выявило их у 23 (29,48%) женщин. По данным УЗИ почек одностороннее поражение обнаружено у 66,5% женщин, двустороннее - у 33,5%.

Среди обследованных беременных 1-группы с ГСБ и патологией мочевыводящей системы были выявлены пиелонефрит в стадии обострения - у 8 (25%), хронический пиелонефрит в стадии ремиссии - у 10 (31,25%), хронический гломерулонефрит - у 2 (6,25%), гидронефроз единственный почки у 2 (6,25%), мочекаменный диатез - у 7 (21,88%), цистит - у 3 (9,4%).

В 3-группе беременных патология мочевыводящей системы была представлена пиелонефритом беременных - 3 (15%), хроническим пиелонефритом в стадии ремиссии - 9 (45%), циститом - 2 (10%), бессимптомной бактериурией - 6 (30%).

Динамическое наблюдение за течением беременности и родов показало, что беременность осложнилась анемией у 53 (67,9%) женщин. Угроза прерывания беременности наблюдалась у 25 (35,9%) беременных, умеренное многоводие - у 13 (16,67%) женщин. На фоне ПМТ гипертензия индуцированная беременностью развивалась в 1-группе у 14 (43,75%), преэклампсия легкой степени - у 10 (31,25%), тяжелая - у 7 (21,87%) женщин, эклампсия - 1 (3,13%). В 2-группе гипертензия развивалась в сроках 32-34 недели, но патологии со стороны мочевыводящей системы выявлено не было. В 3-группе у беременных с ПМТ во время родов гипертензивный синдром был выявлен у 3-х беременных и характеризовался признаками гипертензии беременных без протеинурии.

Заболевания ПМТ приводили и к патологии развития плода. Признаки хронической внутриутробной гипоксии плода выявлены у 16 (20,5%), синдром задержки развития плода (СЗРП) - у 18 (23,1%) женщин.

Изучение исхода родов у обследованных женщин выявило, что в 1 и 2 группах преждевременные роды были у 9 (15,5%) женщин. Перинатальная патология была представлена рождением детей с гипотрофией 1-степени у 9 (28,12%), второй степени (ЗВУР) - у 5 (15,63%), перинатальной смертностью 1 (3,12%) в 1-группе беременных. Во 2-группе родилось детей с гипотрофией 1-степени - 4 (20%). В 3-группе все дети родились без видимой перинатальной патологии. Следовательно, наличие ПМП у беременных не всегда приводит к развитию гипертензивных синдромов. Это в первую очередь связано с ранним выявлением и своевременным лечением ПМП. Вместе с тем, беременные с ПМП, не выявленной и не пролеченной сво-

евременно часто приводит к развитию гипертензии, преэклампсии и даже эклампсии во время беременности и родов.

Выводы

1. Наличие патологии в мочевыводящей системе приводит к осложнениям беременности, развитию гипертензивного синдрома различной степени тяжести чаще, чем у беременных без данной патологии.

2. Патология мочевыводящих путей приводит к анемизации беременной, преэклампсии легкой степени, преэклампсии тяжелой степени, эклампсии, СЗРП, развитию преждевременных родов и перинатальной патологии.

3. Обследование беременных и раннее выявление патологии мочевыводящего тракта позволит провести профилактическое лечение и снизить частоту развития гипертензивных состояний и перинатальной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Барановская Е.И. "Гипертензия беременных и преэклампсия" Медицинские новости. - 2017. - №6. - С. 4-7.
2. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. - М., 2004. - 70с.
3. Печерина В.Л., Мозговая Е.В. Профилактика позднего гестоза // Русский мед. журнал. - 2000. - № 3. - С.23-28.
4. Дядык А.И., Багрий А.Э., Яровая Н.Ф. и др. Инфекции мочевыводящих путей при беременности. Сообщение // Український хіміотерапевтичний журнал- Киев,2000.-№3.-С.3-6.
5. Дядык А.И., Багрий А.Э., Яровая Н.Ф. и др. Инфекции мочевыводящих путей при беременности. Сообщение 2 // Український хіміотерапевтичний журнал.-2000.-№4.-С.61-65.
6. Елохина Т.Е., Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Пустотина О.А. Новые подходы к профилактике заболеваний мочевыводящих путей у беременных // Мед.журнал.-2003.-№1.- С.88-94.
7. Ихтиярова Г.А. "Гемодинамические изменения у родильниц перенесших тяжелую преэклампсию и ее реабилитация.- М., Бухара, 2015 й -100б
8. Ихтиярова Г.А., Адизова С.Р., Прогностическая ценность цитокинов у женщин при осложненных родах с преэклампсией.- Тиббиётда янги кун, жур. 3(27)2019, 117-119б.
9. Ikhtiyarova G.A., Ashurova N.G., Tosheva I.I. "Pregavidary preparation of women with a high group of perinatal risks and inflammatory diseases of the genitals"European Journal of research 9 -10 IFS3.8p53-62
10. Сафронова Л.А. Пиелонефрит и беременность // РМЖ.-2000. - Т. 18, № 8. - С.778-781.

Поступила 09.02. 2020