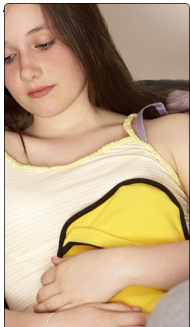


Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:56 -



Инфицирование мочевыводящей системы, которая в обычных условиях должна быть стерильной, означает факт наличия в ней микроорганизмов, с последующим вероятным развитием воспалительного процесса. Частота инфекций мочевыводящей системы у беременных составляет от 4 до 8%. Наличие только бактерий в моче без видимых клинических проявлений заболевания (бессимптомная бактериурия) отмечается от 2% до 13% случаев. Такие заболевания, как острое воспаление мочевого пузыря (острый цистит) и острое воспаление почек (острый пиелонефрит) имеют место в 1-2%. Хроническое воспаление почек (хронический пиелонефрит) имеет место у 10-30% беременных.

К воспалительным заболеваниям нижнего отдела мочевыводящей системы относят: острый уретрит, острый цистит, бессимптомную бактериурию. Воспалительными заболеваниями верхнего отдела мочевыделительной системы являются: пиелонефрит, абсцесс и карбункул почки. Воспалительные заболевания, которые возникают на фоне уже существующей патологии мочевыделительной системы, (мочекаменная болезнь, стриктура мочеточника, почечная недостаточность и др.) характеризуются как осложненные.

Причинами, которые влияют на предрасположенность женщин к возникновению инфекции, являются: короткая уретра, близость мочеиспускательного канала к прямой кишке и к наружным половым органам, изменения гормонального фона. Во время беременности дополнительно создаются условия для застоя мочи и нарушения ее оттока за счет значительного расширения лоханок почек, удлинения мочеточников, снижения тонуса и сократительной способности мышц различных отделов мочевыделительной системы, смещения почек. Кроме того, отток мочи из почек ухудшается из-за механического давления беременной матки на мочеточники. В этой связи у 1/3 беременных возникает обратный заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточники, что способствует распространению возбудителей инфекции в верхние отделы мочевыводящей системы.

Факторами риска развития инфекции мочевыделительной системы являются: неупорядоченная половая жизнь и частая смена половых партнеров, несоблюдение правил личной и половой гигиены, предшествующие воспалительные заболевания половых органов (воспаление шейки матки, матки и придатков матки), наличие очагов хронической инфекции в организме, эндокринная патология (сахарный диабет), патология мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, хронический цистит, аномалии развития почек).

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:56 -

Принимая во внимание предрасполагающие обстоятельства и факторы риска развития воспалительных заболеваний мочевыделительной системы всем беременным при постановке на учет в женскую консультацию, целесообразно проводить скрининговое обследование включающее исследование мочи с помощью бактериального посева.

Наиболее частым возбудителем воспалительных заболеваний мочевыводящей системы является кишечная палочка (80%). Другими типичными возбудителями данной группы заболеваний являются клебсиелла, энтеробактер (10-15%), а также стафилококки и стрептококки (5-10%).

Бессимптомная бактериурия характеризуется наличием бактерий в моче без клинических проявлений инфекции. Данная патология является фактором риска развития острого пиелонефрита требует проведения специфической антибактериальной терапии. К диагностическим признакам бессимптомной бактериурии относятся выявление в моче бактерий принадлежащих к одному виду, в количестве большем и равном 10⁵ КОЕ/мл в двух пробах взятых с интервалом более 24 часов (3-7 дней) при отсутствии клинических признаков инфекции.

Цистит

Острый цистит является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний мочевыводящей системы у беременных и встречается преимущественно в первом триместре. Типичными симптомами острого цистита являются: болезненное мочеиспускание, частые императивные позывы, боль над лобком, наличие элементов крови в последней порции мочи. Эти явления сопровождаются такими общими симптомами, как слабость, недомогание, некоторое повышение температуры тела. В анализе мочи выявляются лейкоциты и бактерии.

Лечение беременных, выбор препарата и его дозы осуществляется только лечащим врачом. При лечении воспалительных заболеваний нижних отделов мочевыводящих путей у беременных применение антибактериальных препаратов при возможности следует отложить на сроки более 12 недель. Во II триместре возможно использование амоксициллина/клавуланат, цефалоспоринов 2-го поколения (цефаклор, цефуроксим аксетил), в III триместре целесообразно применение цефалоспоринов 3 и 4-го поколений (цефотаксим, цефтазидим, цефтибутен, цефепим, цефаперазон/сульбактам). При этом бывает достаточно однократного приема препарата или короткого 3-х дневного курса, после окончания которого необходимо провести повторное культуральное исследование через 7-14 дней с целью оценки эффективности лечения. В тех случаях, когда проведенная терапия оказывается неэффективной, проводят второй курс лечения с использованием других препаратов. Если же и после второго курса отмечается рост микроорганизмов, необходимо исключить мочекаменную болезнь, сахарный диабет и другие заболевания мочевыводящих путей с дальнейшим проведением соответствующего лечения с использованием монурала в дозе 3 г каждые 10 дней или фурагина в дозе 50-100 мг 1 раз в сутки. Кроме того, проводятся повторяющиеся исследования мочи до срока родов. После завершения антибактериальной терапии целесообразно использовать растительные уроантисептики (фитолизин, канефрон, брусничный лист, клюквенный морс).

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:56 -

Пиелонефрит

Пиелонефрит представляет собой неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим вовлечением в патологический процесс клубочков и сосудов, то есть паренхимы почки. Во время беременности острый пиелонефрит чаще развивается в конце второго триместра беременности, а после родов опасность его развития сохраняется в течение 2-3 недель. Выделяют острый (серозный и гнойный) и хронический (латентный и рецидивирующий) пиелонефрит.

Признаки острого пиелонефрита

Диагностическими признаками острого пиелонефрита являются такие клинические проявления, как лихорадка, озноб, тошнота, рвота, боли в поясничной области, дизурия. В моче выявляются лейкоциты и бактерии. Чаще всего при остром пиелонефрите поражается правая почка. Это связано с тем, что правая яичниковая вена проходит кпереди от мочеточника и, расширяясь во время беременности, оказывает дополнительное давление на мочеточник. Кроме того, беременная матка разворачивается вправо и, также сдавливает правый мочеточник. В тех случаях, когда лечение оказывается малоэффективным воспаление может распространиться и на левую почку.

Для выявления острого или хронического пиелонефрита широко используется и ультразвуковое исследование. Эхографическими признаками острого пиелонефрита являются: увеличение размеров почки, понижение эхогенности паренхимы почки из-за отека, участки пониженной эхогенности округлой формы, представляющие собой пораженные воспалением пирамиды почки, расширение чашечно-лоханочной системы, признаки отека околопочечной клетчатки. При хроническом далеко зашедшем процессе при УЗИ отмечается уменьшение размеров почки при относительном увеличении площади чашечно-лоханочной системы по отношению к ее паренхиме, выявляется неоднородность экоструктуры паренхимы почек, неровность контуров почек, расширение чашечно-лоханочной системы почек.

Лечение и профилактика пиелонефрита

При наличии острого или обострения хронического пиелонефрита все беременные должны быть немедленно госпитализированы в специализированные учреждения. В стационаре проводится бактериологическое исследование крови и мочи, осуществляется контроль выделительной функции почек, оценка их функции. Антибактериальная терапия проводится путем внутривенного или внутримышечного введения антибиотиков. При отсутствии улучшения в течение 48-72 часов необходимо исключать осложненные заболевания почек, выраженное нарушение оттока мочи по мочеточникам или устойчивость микроорганизмов к антибиотикам. В качестве антибактериальной терапии при пиелонефрите используют: амоксициллин/клавуланат 1,2 г 3-4 раза в сутки, внутрь по 625 мг 3 раза в сутки, или цефуроксим натрия в/в или в/м 0,75-1,5 г - 3 раза в сутки, или цефотаксим в/в или в/м по 1г 2 раза в сутки, или цефтриаксон 1-2 г 1 раз в сутки, или цефиксим 400 мг 1 раз в сутки. В качестве альтернативной схемы может быть использован азтреонам в/в 1 г - 3 раза в сутки или

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.

23.05.2009 10:56 -

тиенам в/м по 500 мг 2 раза в сутки.

Для лечения острого пиелонефрита в послеродовом периоде препаратами выбора являются: амоксициллин/клавуланат в/в по 1,2 г 3 раза в сутки, далее внутрь по 625 мг 3 раза в сутки, или левофлоксацин в/в, внутрь по 500 мг 1 раз в сутки или офлоксацин в/в, внутрь по 200 мг 2 раза в сутки или пефлоксацин в/в, внутрь по 400 мг 2 раза в сутки. Лечение острого пиелонефрита должно продолжаться не менее 2-3 недель. Критериями излеченности является отсутствие клинической симптоматики и трехкратное отрицательное бактериологическое исследование мочи через 5-7 дней после отмены антибиотиков.

Профилактика пиелонефрита направлена на выявление ранних признаков заболевания и предупреждение его обострения. Среди методов профилактики инфекции мочевых путей и в частности острого пиелонефрита наиболее значимым является обильное и кислое питье (1,5-2 л жидкости, клюквенный или брусничный морс). У женщин группы высокого риска целесообразно также применение фитопрепаратов включая канефрон, брусничный лист, толокнянку, фитолизин.