

Клініко–статистичні аспекти перебігу інфекцій сечовивідної системи при вагітності (ретроспективний аналіз)

І.А. Жабченко, Н.Г. Корнієць, С.В. Тертична–Телюк

Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна

У статті наведено результати ретроспективного клініко–статистичного аналізу особливостей перебігу вагітностей і пологів, стану плода і новонародженого у вагітних з інфекцією сечовивідної системи. Виконано порівняльний аналіз серед 151 жінки основної групи та 51 здорових вагітних. Встановлено збільшення частоти рецидивуючої загрози передчасних пологів у 1,7 разів, патологічних, ускладнених пологів у 3,4 рази, передчасного злиття навколоплідних вод у 2,4 рази. Частота розродження методом кесаревого розтину була вищою в 4,3 рази, серед яких ургентна операція склала 56,0% випадків. У 92,8 % причиною ургентного розродження став дистрес плода в пологах і передчасне відшарування плаценти в 1 випадку. Новонароджені відрізнялися меншою масою тіла при народженні, високим рівнем перинатальної захворюваності, в якій переважали гіпоксично–ішемічні ураження головного мозку і жовтяниця новонародженого.

Ключові слова: вагітність, інфекція сечовивідної системи, безсимптомна бактеріурія, гестаційний пієлонефрит, хронічний пієлонефрит.

Вступ

Одне із провідних місць в структурі ускладнень вагітності і післяпологового періоду займають інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ), частота яких в загальній популяції вагітних сягає 18% і не має тенденції до зниження [6, 19]. Тільки за останні 20 років захворюваність на ІСШ зросла майже в 4 рази [8, 9], при цьому частота маніфестації пієлонефриту коливається в межах 12,2 – 33,8% [5, 12], а безсимптомної бактеріурії (ББ) – 4–8% [5, 11, 16, 17, 20]. Отже, в структурі показань для госпіталізації вагітних в акушерський стаціонар ІСШ поступаються лише захворюванням серцево–судинної системи [12].

Анатомо–фізіологічні зміни, особливості гормонального і імунного гомеостазу, які притаманні гестації, створюють сприятливі умови для загострення латентної

хронічної ІСШ, яка передувала вагітності, з одного боку, і первинній маніфестації інфекційних процесів сечовивідної системи з іншого [1, 2, 4, 12, 14, 16, 17, 18]. З цієї точки зору особливого інтересу набувають питання впливу ІСШ на перебіг вагітності, стан плода і новонародженого. Так, за даними цілої низки авторів [1, 5, 8, 9, 10, 15], ІСШ, котрі передують вагітності, а також інфекція, що розвивається *de novo*, негативно впливають на спроможність компенсаторно–приспосувальних механізмів фетоплацентарного комплексу (ФПК) [3, 8, 9, 13, 20], що призводить до виникнення і прогресування плаценто–асоційованих ускладнень гестації. Адже маніфестація саме цих ускладнень зазвичай визначає термін розродження, особливості перебігу пологів, стан плода і новонародженого. Як свідчать дослідження В. І. Медведя і

співав. (2014) [13], І.А. Жабченко і співав. (2015) [6], В. А. Каптільного (2015) [8], у вагітних з ІСШ найбільш частими ускладненнями вагітності є прееклампсія (80 %), залізодефіцитна анемія (35 – 42%), передчасні пологи (15–20%), плацентарна дисфункція (ПД) (25–30%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (5%), внутрішньоутробне інфікування плода (10–58%). Типовими ускладненнями пологів є передчасний розрив амніотичних оболонок (10%), аномалії пологової діяльності (15%) [7, 8, 9], а післяпологовий період набуває ускладнень за рахунок субінволюції матки (13%) і ендометриту (8%) [8, 9]. Серед новонароджених від матерів з ІСШ питома вага маловісних і немовлят з гіпотрофією сягає 24%, при цьому показники перинатальної захворюваності і смертності значно перевищують загальнопопуляційні [8, 9].

Однією з причин зростання захворюваності на ІСШ при вагітності, на нашу думку, є відсутність єдиних підходів щодо прегравідарної підготовки жінок з ІСШ, а також діагностики, лікування і профілактики цих процесів під час вагітності, що сприяє подовженню термінів встановлення діагнозу та неадекватному вибору лікувальних програм.

Усе викладене обумовило мету нашого дослідження.

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу вагітності і пологів, стану плода і новонародженого у вагітних з інфекціями сечовивідних шляхів для розробки удосконаленого способу профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у таких жінок.

Матеріали та методи досліджень
Для досягнення поставленої мети був проведений клініко–статистичний аналіз 151 (основна група) історій вагітності і пологів жінок з ІСШ, які знаходились на лікуванні і розродженні у пологовому відділенні ЦМЛ м. Рубіжного Луганської області в

2011 – 2015 р.р. Групу контролю склали історії вагітності і пологів 51 вагітної жінки з фізіологічним станом сечовивідної системи. Вивчалися особливості соматичного, гінекологічного і репродуктивного здоров'я, перебігу вагітності та пологів, стану плода і новонароджених. Особливу увагу приділяли вивченню преморбідних факторів ризику щодо розвитку ІСШ при вагітності, аналізу ефективності застосованих лікувально–профілактичних заходів. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента та методу кутового перетворення Фішера. Обчислення отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері з використанням програм Statistica for Windows і Microsoft Excel 7.0. Розбіжності визначали як можливі при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Як свідчать результати проведених досліджень, жінки контрольної та основної груп за віком, паритетом, місцем проживання, впливом екологічних чинників були однорідними, що в подальшому дозволило судити про відмінності, котрі обумовлені, перш за все, ІСШ.

Аналіз частоти ІСШ у досліджуваних вагітних свідчить про чітку тенденцію щодо зростання їхньої питомої ваги в загальній популяції. Так, у 2011 році ІСШ при вагітності було зареєстровано у 3,5% вагітних жінок, в той час як в 2014 році їх чисельність зросла до 4,9%. Зниження показників захворюваності на ІСШ у 2015 році до 1,7% обумовлено, перш за все, масовою міграцією жіночого населення міста із зони проведення антитерористичної операції. Збільшення частоти ІСШ в структурі акушерської патології обумовлено, в тому числі, і віком вагітних. Так, не зважаючи на те, що достовірних відмінностей у показниках середнього віку у вагітних досліджуваних груп не зареєстровано (основна

група – $25,5 \pm 0,4$, контрольна група $27,2 \pm 0,7$), ІСШ достовірно частіше маніфестували у вагітних віком молодших 18 років (основна група – 11,3%, контрольна група – 3,9%; $p < 0,05$). Водночас серед вагітних з ІСШ під час гестації переважали одинокі жінки, а також вагітні з невизначеним сімейним станом (34,4%), що в 1,8 разів більше, ніж в групі контролю (19,6%; $p < 0,05$). Виходячи з цього, факторами ризику ІСШ при вагітності з високою долею вірогідності доцільно вважати вік вагітної молодше 18 років і незаміжній сімейний стан.

Враховуючи вплив інфекційних захворювань, що перенесені в період пубертату, на формування репродуктивного здоров'я жінки і, як наслідок, ступінь спроможності компенсаторно-приспосувальних реакцій, нами проаналізовано інфекційний анамнез досліджуваних вагітних. Так, на наявність інфекційних захворювань в період статевого дозрівання вказували 89 (58,9%) вагітних основної і 31 вагітна (60,85%) контрольної групи. Проте переважна більшість вагітних з ІСШ відзначала наявність поєднаних інфекцій (58,4%, в групі контролю – 35,8%; $p < 0,05$), що негативно впливає на процеси дозрівання органів репродукції та системи загального і місцевого імунітету.

Найбільш впливовим фактором, що визначає перебіг вагітності, є стан соматичного здоров'я матері [6, 8, 17]. Наявність у неї екстрагенітальної патології сприяє формуванню преморбідного фону для маніфестації ускладнень під час вагітності, у пологах і післяпологовому періоді. Як свідчать результати проведеного клініко-статистичного аналізу, необтяжений соматичний анамнез напередодні вагітності відзначали лише 39,7% вагітних основної і 60,8% вагітних контрольної групи ($p < 0,05$). Для 56,0% вагітних основної групи характерною є наявність поєднаної екстрагенітальної патології, що погіршує умови для плацентарії і сприяє розвитку ускладнень гестаційного процесу. Проте

поєднання екстрагенітальних захворювань відмічали лише 35,0% контрольної групи ($p < 0,05$). Наявність хронічних захворювань сечовивідної системи, котрі передували вагітності, відзначали, загалом, 29,7% вагітних основної групи. Серед захворювань переважали хронічний пієлонефрит (22,0%) і часто рецидивуючий цистит (7,7%). Зазвичай, хронічні запальні захворювання сечовивідної системи у цих вагітних перебігали на тлі хронічної патології серцево-судинної (25,9%) і бронхо-легеневої (14,8%) системи, щитовидної залози (7,4%). Загалом, серед екстрагенітальних захворювань у вагітних досліджуваних груп найбільш поширеними були саме захворювання щитовидної залози (основна група – 41,8%, контрольна група – 45,0%) і бронхо-легеневої системи (основна група – 29,7%, контрольна група – 30,0%; $p < 0,05$). Привертає увагу висока захворюваність на карієс та запальні захворювання лор-органів серед вагітних з ІСШ під час вагітності. Так, 60,3% цих вагітних потребували санації ротової порожнини під час вагітності, що майже в 2 рази вище, ніж у вагітних контрольної групи (33,3%; $p < 0,05$), а частота запальних захворювань лор-органів у вагітних основної групи перевищувала аналогічний показник в 2,5 рази (основна група – 25,3%, контрольна група – 10,0%; $p < 0,05$). 5,5% вагітних основної групи вказували на захворюваність поліартритом, який передував вагітності. Наявність осередку хронічної інфекції, незалежно від її локалізації, на тлі фізіологічної імуносупресії, яка притаманна вагітності, сприяє гематологічному розповсюдженню мікробних збудників до органів сечовивідної системи, викликаючи в них реалізацію запального інфекційного процесу.

Особливості перебігу вагітності в значній мірі залежать від стану здоров'я органів репродукції жінки напередодні вагітності. Одним із показників гормонального здоров'я репродуктивних органів жінки

вважається вік менархе і фізіологічність менструальної функції. Середній вік менархе у вагітних досліджуваних груп не мав достовірних розбіжностей і знаходився в межах $13,4 \pm 0,1$. Проте, пізнє менархе достовірно частіше мали в анамнезі саме вагітні основної групи (22,5%, в групі контролю – 11,8%; $p < 0,05$), а також у них в 3,1 рази частіше реєструвалися порушення менструальної функції (11,9% – основна група, 3,9% – група контролю; $p < 0,05$), що свідчить про розбалансування гормонального гомеостазу, яке передує вагітності, що розвивається. Не викликає сумніву роль запальних захворювань статеві сфери в патогенезі інфекційного ураження сечовивідних шляхів. Серед чинників, що сприяють високій розповсюдженості запалень жіночої статеві сфери, є ранній статевий дебют і збільшення кількості статевих партнерів. Так, середній вік коітархе у досліджуваних вагітних становив $17,1 \pm 0,2$, проте на статевий дебют у віці до 16 років вказували 25 (16,6%) вагітних основної групи (в групі контролю – 7,8%; $p < 0,05$). Серед вагітних з ІСШ анамнестично наявність 3–х і більше статевих партнерів відзначали 21,2% (32) жінок, що в 2,7 разів частіше, ніж в групі контролю (7,8%; $p < 0,05$). Як свідчать результати проведеного аналізу, неускладнений гінекологічний анамнез відзначали лише 52 (34,4%) вагітні основної групи, в той час як серед вагітних контрольної групи таких жінок було 25 (49,0%) ($p < 0,05$). Найчастіше досліджувані вагітні страждали поєднаними запальними захворюваннями жіночої статеві сфери. Так, частота цих захворювань у вагітних основної групи була в 1,3 рази вищою, ніж у вагітних групи контролю. Для досліджуваних вагітних у структурі запальних захворювань жіночих статевих органів типовим було переважання фонових захворювань шийки матки (основна група – 52,7%, контрольна група – 52,9%), вагініту (основна група – 65,9%, контроль-

на група – 38,5%; $p < 0,05$) та хронічного сальпінгофориту (основна група – 24,2%, контрольна група – 23,1%). Таким чином, вагініт доцільно розглядати як фактор ризику щодо маніфестації ІСШ при вагітності.

Як свідчать результати проведеного аналізу, частота обтяженого перебігу вагітності у жінок досліджуваних груп не мала достовірних розбіжностей (основна група – 95,4%, контрольна група – 92,2%), проте у вагітних з ІСШ достовірно частіше спостерігали поєднані ускладнення вагітності (основна група – 71,9%, контрольна група – 54,9%; $p < 0,05$). Серед ускладнень вагітності у досліджуваних вагітних превалювала анемія (основна група – 89,4%, контрольна – 64,7%; $p < 0,05$), частота якої у вагітних з ІСШ була достовірно вищою. У досліджуваних вагітних спостерігали переважно анемію легкого ступеня (основна група – 50,4%, контрольна група – 67,4%; $p < 0,05$). Для вагітних основної групи з не обтяженим напередодні вагітності хронічними ІСШ анамнезом і вагітних контрольної групи притаманною була маніфестація анемії легкого ступеня наприкінці другого триместру вагітності. Перебіг анемії у вагітних з ІСШ, що передували вагітності, характеризувався раннім початком (в 22–24 тижні) і стійкістю до лікування, що в кінцевому результаті проявилось збільшенням питомої ваги в цій групі жінок з проявами анемії середнього (48,1%, контрольна група – 32,6%; $p < 0,05$) і важкого ступеня (1,5%, в групі контролю не було). У вагітних з ІСШ достовірно частіше перебіг вагітності був обтяжений раннім гестозом (основна група 25,2%, контрольна група – 13,7%; $p < 0,05$). Частота пізнього гестозу у досліджуваних вагітних не виходила за межі загальнопопуляційної (основна група – 9,9%, контрольна група – 7,8%), проте у вагітних з ІСШ під час вагітності було зареєстровано 5 випадків (3,3%) прееклампсії важкого ступеня при відсутності цього ускладнення в групі кон-

тролю. Показники частоти різних клінічних форм невиношування вагітності у досліджуваних жінок не мали достовірних розбіжностей і співпадали із загальнопопуляційними, проте у вагітних з ІСШ рецидивуючу загрозу переривання вагітності зареєстровано у 1,7 рази частіше. Аналізуючи частоту плаценти-асоційованих ускладнень, котрі обтяжували вагітність у жінок основної групи, ми цілком закономірним вважали зростання у них питомої ваги ПД, яка сягала 11,3%, і була у 2,6% вагітних причиною маніфестації синдрому затримки розвитку плода.

Особливості перебігу вагітності обумовили частоту і тривалість випадків госпіталізації вагітних з хворобами сечовивідних шляхів. Так, 92 (60,9%) вагітні основної групи в динаміці вагітності були госпіталізовані від одного до чотирьох разів, в контрольній групі повторної госпіталізації зазнали 22 (43,1%) жінки ($p < 0,05$), при цьому кратність госпіталізацій у них була в 2 рази меншою.

У переважної більшості жінок основної групи перебіг вагітності ускладнювався гестаційним пієлонефритом (ГП) (47,7%) і ББ (31,1%), в 21,2% випадків вагітні були госпіталізовані з приводу загострення хронічного пієлонефриту (ЗХП). Для вагітних з ГП і ЗХП найбільш типовими термінами маніфестації були 28 – 32 тижні (13,9%) і 36 – 40 тижнів (12,6%). Етіологічними чинниками ІСШ у 25,8% була *E. coli* в концентрації 10^4 КУО/мл, бактеріологічним дослідженням визначено також *S. epidermidis* (8,0%) в концентрації 10^5 КУО/мл, *S. haemolyticus* (8,0%) в концентрації 10^4 КУО/мл, *S. faecalis* (5,3%) в концентрації 10^5 КУО/мл, в окремих випадках у висіві сечі виявлено *Enterobacter aerogenes* (2,0%) в концентрації 10^5 КУО/мл та *S. aerogenes* (1,3%) в концентрації 10^4 КУО/мл. У 6 вагітних (4,0%) визначено наявність мікробних асоціантів збудників ІСШ в діагностичних концентра-

ціях. Таким чином, провідну роль в ініціації запального процесу в сечовивідній системі при вагітності відіграє *E. coli*, а також асоціація умовно-патогенних мікроорганізмів в діагностичних концентраціях.

Аналізуючи перебіг пологів у жінок досліджуваних груп, ми дійшли висновку про відсутність достовірної різниці в термінах розродження: у 95,4% вагітних основної і 98,0% вагітних контрольної групи розродження відбулося при доношеній вагітності. При цьому, у переважної більшості жінок контрольної групи це були фізіологічні пологи (92,2%, в основній групі – 66,9%; $p < 0,05$) через природні пологові шляхи. У породіль основної групи достовірно частіше пологи були ускладненими (13,3%, група контролю – 3,9%; $p < 0,05$) і патологічними (13,3%, група контролю – 3,9%; $p < 0,05$). Серед ускладнень пологового акту у вагітних переважали передчасний розрив амніотичного міхура (18,5%, група контролю – 7,8%; $p < 0,05$), аномалії пологової діяльності (8,6%, в групі контролю – не було), фетальний дистрес (8,6%, в групі контролю – не було), прееклампсія важкого ступеня (3,3%, в групі контролю – не було), патологія прикріплення та відділення плаценти (4,6%, в групі контролю – не було). Структура ускладнень пологового акту обумовила і достовірно більш високий показник оперативного розродження шляхом кесаревого розтину (16,6%, група контролю – 3,9%; $p < 0,05$) у породіль з ІСШ, кожне друге з яких було виконано за екстремими показаннями: фетальний дистрес (13 випадків), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (1 випадок).

У матерів основної групи народилося 153 дитини, у матерів контрольної – 51. Середня маса доношених дітей у матерів основної групи сягала $3360,0 \pm 525$ гр., контрольної – $3479,0 \pm 355$ гр. Проте, 32,0% доношених немовлят основної групи були зростом менші 50 см (група контролю –

17,7%; $p < 0,05$). За шкалою Апгар в 8 – 10 балів на 1й хвилині оцінена лише кожна друга дитина основної групи – 73 (47,7%), в той же час таку оцінку мали 42 (82,4%) новонароджених контрольної групи ($p < 0,05$). Однак, на 5-й хвилині життя ці показники достовірно не відрізнялися і сягали 92,8% і 100,0% відповідно, що свідчить про адекватність компенсаторно-приспосувальних механізмів у переважній більшості новонароджених основної групи. Саме ці новонароджені досліджуваних груп мали фізіологічний період неонатальної адаптації (71,5% – основна група, 90,2% – група контролю; $p < 0,05$) і були виписані з пологового відділення на 3 – 4 добу життя. 6,0% новонароджених основної групи народилися в стані асфіксії різного ступеня важкості, у 2 з них асфіксія була важкою. Показники неонатальної захворюваності у немовлят основної групи достовірно перевищували аналогічні показники в групі контролю (основна група – 28,5%, контрольна група – 9,8%; $p < 0,05$). В структурі захворюваності новонароджених основної групи провідне місце займали гіпоксично-ішемічні розлади ЦНС 9 (22,0%), які були наслідком перенесеної у пологах асфіксії, порушення процесів адаптації у вигляді довготривалої неонатальної жовтяниці – 10 (23,3%) та загроза реалізації внутрішньоутробної інфекції – 2 (4,9%), що обумовило необхідність лікування на II етапі виходжування 24 (55,8%) цих дітей. Перинатальну смертність зареєстровано в основній групі новонароджених за рахунок 2 випадків антенатальної загибелі, що склало 13%. В одному випадку антенатальна загибель настала в терміні 23–24 тижні вагітності на тлі хоріоамніоніту, інший випадок – антенатальна асфіксія при доношеній вагітності на тлі передчасного відшарування нормально розташованої плаценти.

Висновки

1. У структурі ускладнень вагітності ін-

фекційні захворювання сечовивідних шляхів займають одне з провідних місць. За останні п'ять років, за даними пологового відділення ЦМЛ м. Рубіжне, питома вага вагітних з інфекційним ураженням сечовивідних шляхів має стійку тенденцію до зростання – з 3,5% в 2011 р. до 4,9% в 2015 р.

2. Факторами ризику щодо маніфестації інфекцій сечовивідних шляхів при вагітності є: вік жінки молодше 18 років, незаміжній сімейний стан, висока інфекційна захворюваність в період пубертату, ранній статевий дебют, наявність карієсу та запальних захворювань лор-органів, високий рівень запальних захворювань жіночої статеві сфери, зокрема вагітиту.

3. Найчастіше перебіг вагітності у жінок з інфекціями сечовивідної системи ускладнюється анемією (89,4%), раннім гестозом (25,2%), плацентарною дисфункцією (11,3%), загрозою самовільного аборту (25,8%), загрозою передчасних пологів (19,9%) і передчасним розривом навколоплідного міхура (18,5%).

4. Найбільш типовими термінами маніфестації хронічних інфекцій сечовивідної системи і тих, що виникли під час вагітності вперше, є 28 – 32 тижні (13,9%) і 36 – 40 тижнів (12,6%).

5. Серед ускладнень пологового акту у вагітних з інфекціями сечовивідних шляхів провідне місце займають аномалії пологової діяльності (8,6%), фетальний дистрес (8,6%), прееклампсія важкого ступеня (3,3%), патологія прикріплення і відділення плаценти (4,6%).

6. На етапі прегравідарної підготовки жінок з хронічними інфекційними захворюваннями сечовивідної системи доцільно проводити повноцінну санацію ротової порожнини і лор-органів.

7. Під час вагітності проводити моніторинг стану мікробіоценозу піхви з метою ранньої діагностики і адекватної двоетапної санації у разі виявлених порушень.

Література

1. Баев О.Р. Значение исследования почечной гемодинамики при лечении беременных с пиелонефритом / О.Р. Баев, А.А. Лебедский–Тамбиев // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 6(2). – С. 5–10.
2. Веропотвелян П.М. Сучасний погляд на перебіг вагітності і пологів, ускладнений пієлонефритом (огляд літератури та власні дослідження) / П.М. Веропотвелян, І.Є. Вишневецький, М.П. Веропотвелян // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т. 73 (4). – С. 202–210.
3. Геряк С.М. Комплексна терапія та профілактика затримки внутрішньоутробного росту плода на фоні ниркової патології / С.М. Геряк, І.Я. Кузів, О.Є. Стельмах // Збірник наукових праць Асоціації акушерів – гінекологів України. – 2013. – С. 70–73.
4. Горовий В.І. Сучасні принципи діагностики та лікування гострого пієлонефриту вагітних: погляд уролога / В.І. Горовий, І.В. Барало, В.П. Головенко, О.Л. Кобзін [та інш.] // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2014. – Т. 6 (81). – С. 14–23.
5. Григоренко А.П. Вагітність та інфекції сечовивідної системи / А.П. Григоренко, О.Г. Шиманська–Горбатюк, О.О. Плюта, Н.С. Шатковська // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2014. – Т. 6 (81). – С. 24–32.
6. Жабченко І.А. Ефективність комбінованого рослинного уросептика в лікуванні інфекцій сечовивідних шляхів у вагітних / І.А. Жабченко, І.С. Ліщенко // Здоровье женщины. – 2015. – Т. 5 (101). – С. 44–48.
7. Жабченко І.А. Сучасні погляди на профілактику та лікування інфекцій сечостатевого шляхів у вагітних / І.А. Жабченко, І.С. Ліщенко, Т.М. Коваленко // Збірник наукових праць Асоціації акушерів – гінекологів України. – 2015. – Т. 2 (36). – С. 94–99.
8. Капильный В.А. Инфекция мочевыводящих путей во время беременности / В.А. Капильный // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2015. – Т. 4 (2). – С. 10–19.
9. Капильный В.А. Состояние фетоплацентарного комплекса при бессимптомной инфекции нижних отделов мочевыводящих путей / В.А. Капильный, И.М. Красильщиков // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2016. – №3. – С. 52–53.
10. Лоран О.Б. Лечение неосложненных инфекций мочевых путей (современная концепция) / О.Б. Лоран, Л.А. Синякова, И.В. Косова // Врачеб. сословие. – 2005. – №7. – С. 2–7.
11. Маркін Л.Б. Рациональне фармаколікування безсимптомної бактеріурії у вагітних / Л.Б. Маркін, А.І. Попович, К.Л. Шатилович // Львівський клінічний вісник. – 2013. – Т. 4 (4). – С. 27–30.
12. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних / В.І. Медведь. – К., 2010: 239 с.
13. Медведь В.И. Опыт применения перорального пробиотика при инфекциях мочевых путей у беременных / В.И. Медведь, И.Н. Грицай // Здоровье женщины. – 2014. – Т. 10 (96). – С. 105–108.
14. Медведь В.И. Безопасность препарата Канефрон Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам / В.И. Медведь, Е.В. Исламова // Природная медицина. – 2013. – Т. 2 (14). – С. 15–18.
15. Минасян А.М. Беременность на фоне хронического пиелонефрита (обзор) / А.М. Минасян, М.В. Дубровская // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8(4). – С. 920–925.
16. Нагорная В.Ф. Болезни органов мочевыводящей системы у беременных: акушерская и терапевтическая тактика. Репродуктивная эндокринология. – 2013. – №2(10) – С. 30–41.
17. Фофанова И.Ю. Особенности инфекционных процессов мочевыводящих путей в акушерско-гинекологической практике / И.Ю. Фофанова, А.В. Ледина // Здоровье женщины. – 2011. – Т. 6 (62). – С. 53–56.
18. Шехтман М.Н. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.Н. Шехтман. – М.: Трида, 2005. – 816 с.
19. European Association of Urology Guidelines, June. 2014; 5: 837–838.
20. Macejko A.M. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections during pregnancy / A.M. Macejko // Urol.Clin. North Am. – 2007. – Vol. 34(1). – P. 35–42.

Жабченко И.А., Корниец Н.Г., Тертычная–Телюк С.В. Клинико–статистические аспекты протекания инфекций мочевыводящей системы при беременности (ретроспективный анализ).

Ключевые слова: беременность, инфекция мочевыделительной системы, бессимптомная бактериурия, гестационный пиелонефрит, хронический пиелонефрит.

В статье приведены результаты ретроспективного клинико–статистического анализа особенностей течения беременностей и родов, состояния плода и новорожденного у беременных с инфекцией мочевыделительной системы. Выполнен сравнительный анализ среди 151 женщины основной группы и 51 здоровых беременных. Установлено увеличение частоты рецидивирующей угрозы преждевременных родов в 1,7 раз, патологических, осложненных родов в 3,4 раза, преждевременного излития околоплодных вод в 2,4 раза. Частота родоразрешения методом кесарева сечения была выше в 4,3 раза, среди которых ургентная операция составила 56,0% случаев. У 92,8 % причиной ургентного родоразрешения стал дистресс плода в родах и преждевременная отслойка плаценты в 1 случае. Новорожденные отличались меньшей массой тела при рождении, высоким уровнем перинатальной заболеваемости, в которой преобладали гипоксически–ишемические поражения головного мозга и желтуха новорожденного.

Zhabchenko I.A., Korniets N.G., Tertychnaya–Teliuk S.V. Clinical and statistical aspects of the flow of urinary infections in pregnancy (retrospective analysis).

Key words: pregnancy, urinary tract infection, asymptomatic bacteriuria, gestational pyelonephritis, chronic pyelonephritis.

The article presents the results of a retrospective clinical and statistical analysis of the peculiarities of pregnancy and childbirth, the state of the fetus and newborn of the pregnant women with the infection of the urinary system. It was realized the comparative analysis among 151 women of the main group and 51 healthy pregnant women. It was identified the increase of the frequency of recurrent preterm labor by 1,7, abnormal pathologic labor by 3,4 times, premature rupture of membranes by 2,4 times. The frequency of delivery by caesarean section was higher by 4,3 times, including Urgent surgery was 56,0% of cases. The fetal distress became the cause of urgent delivery during the labor at 92,8% and premature detachment of normally situated placenta in 1 case. The newborns were differed from the control group ones by low–birth–weight, high perinatal morbidity level which was dominated by hypoxic–ischemic brain injury pulp and jaundice of the newborn.