

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ЛАЗЕРНОГО ОБРУЧЕНИЯ КРОВИ

Из 163 женщин в возрасте от 16 до 42 лет, страдавших при беременности острым пиелонефритом, 80 пациенткам (основная группа) в курс лечения (инфузионные, антибактериальные и пр. средства) были включены 3-5 операций центрального плазмафереза (ПА) в сочетании с 5-7 сеансами лазерного облучения крови. Остальные больные (83) составили контрольную группу.

За сеанс ПА удаляли в среднем 600,0±95 мл плазмы. Плазмозамещение донорской плазмой проводили только при выраженной анемии, гипопротеемии — у 8 человек. В остальных случаях удаляемую плазму замещали физиологическим раствором в соотношении 1:1,4.

Осложнений при ПА не наблюдали, а при ПА у трех женщин отмечены быстропроходящее чувство дурноты, слабости. В основной группе у женщин, в сравнении с беременными контрольной группы, отмечен более быстрый, стабильный противовоспалительный и детоксикационный эффект, что было подтверждено данными клиники и исследованиями уровней молекул средней массы в сыворотке крови, а также показателями лейкоцитарного индекса интоксикации в клиническом анализе крови. Одновременно у боль-

ных обнаружено противоанемическое действие эфферентной терапии: показатели красной крови у них к 8-10 дню лечения приближались к таковым у здоровых беременных. В контрольной группе беременных анемический синдром носил стойкий характер.

В связи с неэффективностью традиционной терапии четверо беременных контрольной группы переведены в урологическую клинику, где им проводилась катетеризация мочеточников (4), наложены нефростомы (2). В основной группе больных хирургическое лечение не потребовалось ни в одном случае.

Средний курс лечения в основной группе женщин составил 12,6±1,3 дней, в контроле 17,4±1,8 дней ($p < 0,05$).

Исходы беременности и родов прослежены у 32 женщин основной группы и у 42 из контрольной. После выписки из стационара обострение пиелонефрита возникло соответственно у 3 (7,7±2,7%) и 9 (21,4±4,1%) беременных, преждевременные роды отмечены в 2 (5,1±2,2%) и 5 (11,9±2,3%) случаях ($p < 0,05$). Осложнения родов (аномалии родовой деятельности, операции в родах и пр.) в основной группе женщин были в 1,5 раза реже, чем в контрольной группе, послеродо-

вые инфекции отмечены соответственно у 4 (10,3±3,0%) и 10 (23,8±4,3%) пациенток ($p < 0,05$).

Исходы для плода также были более благоприятными у женщин основной группы в сравнении с контролем. Так, средняя масса составила соответственно 3406,5±39,3 гр. и 3039,3±33,9 гр., гипоксия плода при рождении отмечена в 4 (10,3±3,0%) и 9 (21,4±4,1%) случаях, ЗВР плода — в 6 (15,4±3,6%) и 12 (28,6±4,6%) случаях, ВУИ плода — в 4 (10,3±3,0%) и 12 (28,6±4,6%) случаях, физиологическая потеря массы составила 6,8±0,1% и 7,9±0,1%, восстановление первоначального веса у детей отмечено на 5,3±0,1 и 6,9±0,1 день ($p < 0,05 < 0,001$).

Перинатальных потерь в основной группе не было, тогда как в контрольной группе один недоношенный плод умер от сепсиса.

Таким образом, включение ПА и /ИТ в курс лечения острого пиелонефрита у беременных патогенетически оправданно, способствует меньшей потребности женщин в лекарствах, приводит к более благоприятному, чем при проведении традиционной терапии, течению болезни, исходу беременности и родов для матери и плода.

**ВЕТРОВ В.В., ЛИ О.А.,
БУТАЕВ Г.К.**

Родильный дом № 10, кафедра акушерства и гинекологии № 2 СПбГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И УФО КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

В курс комплексной терапии 47 родильниц с клиникой пиелонефрита были включены операции центрального плазмафереза (ПА) и УФО крови. Средний возраст женщин был 24,4 года.

У 22 родильниц (46,8%) в анамнезе были атаки пиелонефрита. У каждой второй больной в анамнезе были воспалительные заболевания гениталий. При настоящей

беременности у 36 женщин (76,5%) имели место урогенитальные инфекции, которые в каждом пятом случае протекали остро.

В послеродовом периоде проявления пиелонефрита у женщин отмечены на 2-6 сутки, чаще клиническая картина была подострой в виде болей в пояснице, субфебрильной температуры, дизу-

рии, субфебрилитета, воспалительных изменений в клиническом анализе крови и мочи. У 16 из 47 больных (34%), то есть в каждом третьем случае, заболевание протекало более тяжело с наличием клиники значительной эндогенной интоксикации. Истинная бактериурия выявлена у 15 пациенток, преобладала условно-патогенная флора. Во всех случаях диагноз пи-

елонефрита был подтвержден при УЗИ.

Помимо традиционного лечения (антибиотики, инфузионные средства и пр.) больным через день проводили 2-3 операции ПА, с удалением 20-30% плазмы от расчетного объема циркулирующей плазмы. Плазмозамещение чаще проводили физиологическим раствором в дозе на 20 % превышающей объем эксфузии плазмы. В семи наблюдениях у родильниц с анемией и гипопроотеинемией в качестве плазмозаменителя была использована собственная аутоплазма, которую предварительно подвергали гемосорбционной (два наблюдения) или холодовой обработке с целью удаления токсических веществ. В первом варианте эксфузированную плазму пропускали

через гемосорбент «Симплекс» и сразу возвращали в сосудистое русло больной. Во втором - удаляемую при первом ПА плазму собирали в стерильную емкость и замораживали. Эта плазма возвращалась больным (после размораживания) при последующих сеансах ПА, или в промежутках между ними. УФО крови проводили одновременно с ПА в дозе 1-1,5 мл/кг массы тела женщин с помощью аппарата «Изольда». Всего было выполнено 116 операций ПА и УФО крови, осложнений, как и при переливании обработанной холодом или на гемосорбенте аутоплазмы, не было ни в одном случае.

Уже после первой операции ПА и УФО крови у всех женщин отмечали более значительный, чем при одной традиционной терапии,

регресс субъективных и объективных признаков болезни. К концу курса эфферентной терапии у женщин отмечали нормализацию анализов крови и мочи. Средний койко-день у пролеченных таким образом женщин составил 8,5 дней при меньшем потреблении антибиотиков в сравнении с больными, которым проводили только традиционное лечение (средний койко-день у них - 12,2 дней).

Очевидно, что включение в курс комплексной терапии простых и безопасных методов ПА и УФО крови оптимизирует результаты лечения родильниц с пиелонефритом, способствует снижению сроков пребывания их в стационаре и уменьшению медикаментозной нагрузки на организм женщины и ее плода.

ГАЙБУЛЛАЕВ А.А.,
АБДУРИЗАЕВ А.А.,
БОЛГАРСКИЙ И.С.
ТашИУВ,
Ташкент, Узбекистан

КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ

Целью нашего исследования явилось совершенствование диагностики перехода острого пиелонефрита беременных в гнойную стадию.

Методы. На основании изучения клинической картины, данных лабораторно-инструментальных исследований 401 больной острым пиелонефритом беременных разработана балльная система оценки степени воспалительного процесса в почках. Система состоит из 3 параметров: клинической картины; данных лабораторных исследований; ультразвуковой картины почек. Каждый параметр разделен на 3 категории, которые оценивались соответственно от 1 до 3 баллов.

Результаты. В зависимости от суммы набранных баллов больные были разделены на 2 группы: 1 группа - больные с диффузно-гнойной стадией воспалительного процесса, набравшие в сумме до 6 баллов и 2 группа - больные с гнойно-деструктивной стадией с суммой баллов от 7 до 9.

В наших наблюдениях больных

с диффузно-гнойной стадией было 380 (94,8%). Из общей суммы баллов (1710) на долю первого параметра пришлось 41,2%, на долю второго параметра - 30,7% и 28% пришлось на третий параметр.

Гнойно-деструктивную стадию мы выявили у 21 (5,2%) больной. При этом доля первого параметра составила 35,9%, второго параметра - 28,2% и третьего параметра - 35,9% от общей суммы баллов (170).

Обсуждение. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в диагностике диффузно-гнойной стадии наибольшее значение имел первый параметр (клиническая картина) и в меньшей степени второй и третий параметры. А в диагностике гнойно-деструктивной стадии наиболее информативными были данные третьего (УЗИ) и первого параметров.

Выводы. Таким образом, разработанная нами балльная система, основанная на оценке результатов клинического, лабораторного и инструментального обследований позволила четко выделить различ-

ные стадии острого пиелонефрита беременных в зависимости от которых определялась тактика лечения. Это позволило улучшить результаты лечения у больных с острым пиелонефритом беременных.