

Борзенкова Е.А.

Студентка

6 курс, лечебный факультет

Оренбургский государственный медицинский университет

Россия, г. Оренбург

Коханова Д.А.

Студентка

6 курс, лечебный факультет

Оренбургский государственный медицинский университет

Жиляева Д.В.

Студентка

6 курс, лечебный факультет

Оренбургский государственный медицинский университет

Мамина Ю.Р.

Студентка

6 курс, лечебный факультет

Оренбургский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Махалова Г.О.

БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Аннотация: данная статья ознакомит вас с процессом возникновения бессимптомной бактериурии у беременных и покажет необходимость ее лечения и профилактики.

Ключевые слова: бессимптомная бактериурия, беременность, гестационный пиелонефрит.

Annotation: *This article will familiarize you with the process of the occurrence of asymptomatic bacteriuria in pregnant women and show the need for its treatment and prevention.*

Key words: *asymptomatic bacteriuria, pregnancy, gestational pyelonephritis.*

Инфекции мочевых путей широко распространены среди женщин детородного возраста и в общей популяции беременных могут достигать 8% . Во время беременности мочева инфекция может проявляться бессимптомной бактериурией, острым циститом, острым пиелонефритом или обострением хронического. Частота бессимптомной бактериурии у беременных составляет от 2 до 13% (в зависимости от социально-экономического положения), в среднем - 6% [3, с. 180] . Беременные женщины, имеющие ББ, представляют собой группу высокого риска для развития острого цистита, гестационного пиелонефрита не только в дородовом, но и в послеродовом периоде. ББ также ассоциирована с высокой частотой акушерских осложнений: преждевременных родов, преэклампсии, антенатальной гибели плода, гипотрофии новорожденного [1, с. 631] .

Цель исследования: изучить влияние бессимптомной бактериурии на возникновение осложнений беременности и родов.

Материалы и методы: изучены амбулаторные карты 328 беременных за 2017 г. на базе Оренбургской областной клинической больницы №2 г. Оренбург. Исследованию подвергали результаты общего и бактериологического анализа мочи при диагностике бессимптомной бактериурии и после проведенного лечения. В дальнейшем изучили течение беременности данной группы пациенток, количество осложнений во время беременности и в родах. Исследование проведено с помощью статистического анализа.

Результаты и их обсуждение: для диагностики бессимптомной бактериурии был выполнен бактериологический анализа мочи (определение возбудителя, микробного числа, чувствительности к антибиотикам). Критериями для постановки диагноза являлись:

- бактериурия, равная или превышающая 10^5 КОЕ/мл в двух последовательных пробах мочи, собранных с соблюдением правил гигиены с интервалом не менее 24 часов (обычно 3-7 суток) при обнаружении одного и того же вида бактерий (При инфекциях, вызванных *S. saprophytics* и разновидностями *Candida*, нижней границей признается бактериурия, равная или превышающая 10^4 КОЕ/мл)
- отсутствие клинических признаков инфекции;
- лейкоцитурия (иногда).

Истинная бессимптомная бактериурия была выявлена у 21 (6,4%) женщины. При определении вида микроорганизма, вызвавшего бактериурию, были выявлены бактерии следующих видов:

- преобладающими были бактерии семейства Энтеробактерии (68,2%), среди которых преобладающим видом явилась кишечная палочка (53,6%).
- Также часто высевались микроорганизмы родов Протей и Клебсиелла (31,8%).

При анализе возраста пациенток установлено, что преобладают беременные от 25 до 35 лет. Преобладали женщины со второй и третьей беременностью (87,2%). Клинических симптомов не выявлялось ни у одной из беременных. У всех бактериурия была обнаружена в первой половине беременности. Из анамнеза предрасполагающими факторами появления бактерий в моче: хронические заболевания дыхательной системы (45,3%), перенесенные заболевания мочеполовой системы (36,6%), осложненный гинекологический анамнез (17,1%). Осложнениями текущей беременности у 45,3% была преэклампсия. Выявлено, что бессимптомная бактериурия в 25,7% случаев сопровождалась угрозой преждевременных родов. У 20,2% беременных роды были осложнены кровотечением, преждевременными родами.

Бессимптомная бактериурия у беременных является показанием к назначению антибактериальной терапии. Лечение ББ в ранние сроки беременности в 70-80% случаев предотвращает развитие гестационного пиелонефрита, в 5-10% всех случаев - недонашивания. При выборе antimicrobial препарата следует учитывать его безопасность для плода (критерии Американской рабочей группы по контролю за лекарствами и

пищевыми продуктами - Food and Drug Administration, FDA), низкий уровень антибиотикорезистентности в отношении основных возбудителей в регионе, длительность сохранения концентрации антибиотика в моче, срок беременности. Лечение целесообразно проводить после 10-12-й недели беременности (из-за возможного тератогенного влияния препарата) [2, с. 346].

Выводы:

1. Таким образом, определено существует взаимосвязь бессимптомной бактериурии с возникновением осложнений беременности и родов.
2. Наиболее частая причина возникновения бессимптомной бактериурии - перенесённая инфекция или очаг хронической инфекции в организме женщины, поэтому необходимо быть внимательным к анамнезу и текущим заболеваниям.
3. Возникновение бессимптомной бактериурии происходит в основном в первой половине беременности, в связи с чем особенно важно проводить диагностику на ранних сроках.
4. Жалоб беременные не предъявляют и при осмотре клинических симптомов не выявляется, поэтому стоит ориентироваться на лабораторную диагностику.
5. Беременные, имеющие бактериурию, требуют самого тщательного наблюдения за течением гестационного периода и функциональным состоянием почек, а также проведения качественной антибактериальной терапии для предотвращения осложнений.

Использованные источники

1. Акушерство: Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. М., 2009. С 621-667.
2. Инфекции в акушерстве и гинекологии / О.В. Макаров, В.А. Алешкин, Т.Н. Савченко. М.: МЕДпресс-информ, 2007. С 345-387.
3. Генитальные инфекции и беременность / Арестова И.М. Занько С.Н. Русакевич П.С. // Медицинское информационное агентство. 2005. № 7. С. 176-183.