



КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Наврузова Дилшода Суннатилла кизи
Куйлиева Мафтуна Нуриддин кизи
Клинические ординаторы кафедры Акушерства
и гинекологии №1 САМГМУ

Тилявова С.А.

Научный руководитель: PhD
<https://doi.org/10.5281/zenodo.18335437>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 15-yanvar 2026 yil
Ma'qullandi: 18-yanvar 2026 yil
Nashr qilindi: 22-yanvar 2026 yil

KEYWORDS

гестационный пиелонефрит,
беременность, инфекционно-
воспалительные
заболевания, осложнения
беременности,
фетоплацентарная
недостаточность,
преждевременные роды,
перинатальные исходы

ABSTRACT

Гестационный пиелонефрит остаётся одной из наиболее распространённых экстрагенитальных инфекционно-воспалительных патологий у беременных и занимает ведущее место в структуре заболеваний мочевыделительной системы в период гестации. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой развития акушерских и перинатальных осложнений, а также склонностью заболевания к рецидивирующему течению. Несмотря на наличие современных методов диагностики и терапии, гестационный пиелонефрит нередко протекает со стёртой клинической картиной, что затрудняет своевременную верификацию диагноза и может приводить к неблагоприятным исходам беременности.

В статье представлены результаты клинического наблюдения за беременными с гестационным пиелонефритом, находившимися на лечении в урологическом стационаре. Проведён анализ клинических проявлений заболевания, лабораторных показателей и особенностей течения беременности в зависимости от срока гестации. Установлено, что наибольшая частота выявления гестационного пиелонефрита приходится на третий триместр беременности, при этом заболевание чаще сопровождается умеренно выраженным болевым синдромом, субфебрильной или фебрильной температурой тела и дизурическими расстройствами. Лабораторные изменения характеризуются высокой частотой лейкоцитурии, протеинурии и бактериурии

Актуальность исследования. Гестационный пиелонефрит является одной из наиболее частых экстрагенитальных инфекционно-воспалительных патологий, осложняющих течение беременности, и продолжает оставаться актуальной проблемой современного акушерства и урологии. По данным различных авторов, частота гестационного пиелонефрита колеблется от 5 до 10%, при этом заболевание ассоциировано с высоким риском развития как материнских, так и перинатальных осложнений. Особую значимость данная патология приобретает в условиях беременности, когда физиологические изменения уродинамики, гормонального фона и иммунного статуса создают предпосылки для развития и прогрессирования воспалительного процесса в почках.

Клиническая значимость гестационного пиелонефрита обусловлена его неблагоприятным влиянием на течение гестации и исходы беременности. Наличие воспалительного процесса в мочевыделительной системе увеличивает риск угрозы прерывания беременности, анемии, фетоплацентарной недостаточности, преэклампсии, внутриутробного инфицирования плода и преждевременных родов. Кроме того, заболевание нередко имеет рецидивирующее течение и может протекать со стёртой клинической симптоматикой, что затрудняет своевременную диагностику и способствует позднему началу терапии.

Несмотря на наличие современных диагностических и лечебных подходов, вопросы оптимального ведения беременных с гестационным пиелонефритом до настоящего времени остаются дискуссионными. Недостаточно изучены особенности клинического течения заболевания в зависимости от срока гестации, а также его влияние на развитие осложнений беременности. В этой связи особую актуальность приобретает комплексная оценка клинико-лабораторных проявлений гестационного пиелонефрита и анализ его влияния на течение и исход беременности, что позволит совершенствовать тактику ведения данной категории пациенток и снизить частоту неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов.

Цель исследования. Изучить влияние гестационного пиелонефрита на течение беременности и её исходы, а также определить частоту и структуру акушерских осложнений у беременных с данной патологией в зависимости от срока гестации.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены результаты клинического наблюдения за 69 беременными женщинами, находившимися на стационарном лечении по поводу гестационного пиелонефрита в 1-й клинике Самаркандского государственного медицинского университета в период 2025–2026 гг. Возраст обследованных пациенток варьировал от 18 до 35 лет. Все беременные были включены в исследование после верификации диагноза гестационного пиелонефрита на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных.

Диагностика гестационного пиелонефрита проводилась с учётом жалоб пациенток, данных объективного осмотра, результатов лабораторных исследований и ультразвукового обследования органов мочевыделительной системы. Всем пациенткам выполнялся общий анализ крови с оценкой уровня гемоглобина, лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов, а также общий анализ мочи с определением лейкоцитурии, эритроцитурии, протеинурии и бактериурии. При необходимости проводилось

бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам.

В зависимости от срока гестации, на котором был диагностирован гестационный пиелонефрит, пациентки были распределены на группы: 12–22 недели, 23–31 неделя и 32–38 недель беременности. Оценивались клинические проявления заболевания, частота и характер осложнений беременности, а также исходы гестации. Лечение гестационного пиелонефрита проводилось в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и включало назначение спазмолитической терапии, антибактериальных препаратов по показаниям, инфузионной и симптоматической терапии. Динамическое наблюдение за беременными осуществлялось до родоразрешения с целью выявления акушерских и перинатальных осложнений. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики. Результаты представлены в виде абсолютных и относительных показателей (%).

Результаты и обсуждения. В ходе исследования проанализированы особенности клинического течения гестационного пиелонефрита и его влияние на беременность у 69 пациенток, наблюдавшихся в 1-й клинике Самаркандского государственного медицинского университета в 2025–2026 гг.

Анализ распределения пациенток по срокам гестации показал, что гестационный пиелонефрит наиболее часто диагностировался во второй половине беременности. Так, в сроке 12–22 недели заболевание выявлено у 34,8% беременных, в сроке 23–31 неделя — у 17,4%, тогда как максимальная частота (47,8%) приходилась на период 32–38 недель гестации. Данная закономерность, вероятно, обусловлена прогрессирующими анатомо-физиологическими изменениями во время беременности, включая компрессию мочевыводящих путей увеличенной маткой и гормонально обусловленное снижение тонуса мочеточников.

Клиническая картина заболевания у большинства пациенток характеризовалась умеренной или стёртой симптоматикой. Наиболее частым клиническим проявлением являлся болевой синдром в поясничной области, преимущественно справа, который отмечался у 58,0% беременных. Температурная реакция регистрировалась не у всех пациенток: фебрильная лихорадка наблюдалась у 17,4%, субфебрильная — у 29,0%, тогда как дизурические расстройства выявлялись лишь у 10,1% женщин. Отсутствие выраженной клинической симптоматики у значительной части пациенток подтверждает сложности ранней диагностики гестационного пиелонефрита.

Лабораторные исследования позволили выявить признаки активного воспалительного процесса у большинства беременных. Лейкоцитурия обнаружена у 61,0% пациенток, протеинурия — у 57,0%, эритроцитурия — у 30,4%, бактериурия — у 20,2%. В общем анализе крови лейкоцитоз отмечен у 19,0% беременных, ускорение СОЭ — у 33,3%, что указывает на системную воспалительную реакцию даже при минимальных клинических проявлениях заболевания.

Динамическое наблюдение за беременными выявило высокую частоту акушерских осложнений. Угроза прерывания беременности диагностирована у 75,4% пациенток, анемия - у 44,0%, фетоплацентарная недостаточность - у 10,1%, хроническая гипоксия плода - у 9,0%, преэклампсия - у 8,0% женщин. Особое внимание привлекает тот факт,

что у каждой четвертой пациентки (26,0%) отмечалось рецидивирование гестационного пиелонефрита, что свидетельствует о склонности заболевания к повторному течению и необходимости длительного наблюдения.

Преждевременные роды зарегистрированы у 10,1% беременных, преимущественно в сроках 23–32 недели гестации. Данный показатель подтверждает значимое неблагоприятное влияние гестационного пиелонефрита на исход беременности и согласуется с данными литературы о повышенном риске преждевременного родоразрешения при инфекционно-воспалительных заболеваниях мочевыделительной системы.

Заключение. Проведённое исследование позволило всесторонне оценить влияние гестационного пиелонефрита на течение и исход беременности. Полученные результаты свидетельствуют о том, что данная патология чаще манифестирует во второй половине гестации, преимущественно в третьем триместре, что связано с прогрессирующими физиологическими изменениями в организме беременной, нарушением уродинамики и снижением адаптационных возможностей мочевыделительной системы.

Установлено, что гестационный пиелонефрит в большинстве случаев протекает со стёртой или умеренно выраженной клинической симптоматикой, что затрудняет своевременную диагностику заболевания. Несмотря на относительную скудность клинических проявлений, лабораторные признаки воспалительного процесса выявляются у значительного числа пациенток и свидетельствуют об активности инфекционно-воспалительного поражения почек. Особое внимание заслуживает высокая частота осложнений беременности у женщин с гестационным пиелонефритом. Наиболее часто регистрировались угроза прерывания беременности, анемия, фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия и преждевременные роды. Выявленная склонность заболевания к рецидивирующему течению подчёркивает необходимость длительного динамического наблюдения за данной категорией пациенток даже после купирования острых проявлений воспалительного процесса.

Полученные данные подтверждают, что гестационный пиелонефрит следует рассматривать не только как локальное инфекционно-воспалительное заболевание мочевыделительной системы, но и как значимый фактор риска осложнённого течения беременности и неблагоприятных гестационных исходов. В этой связи особое значение приобретает ранняя диагностика патологии, комплексная клиничко-лабораторная оценка состояния беременной и своевременное проведение адекватной терапии с учётом срока гестации и индивидуальных особенностей пациентки.

Таким образом, совершенствование тактики ведения беременных с гестационным пиелонефритом, основанное на раннем выявлении заболевания, динамическом наблюдении и междисциплинарном подходе, позволит снизить частоту акушерских осложнений и улучшить материнские и перинатальные исходы.

Список литературы:

1. Стяжкина С.Н., Иванова О.В., Кузнецова Н.А. Гестационный пиелонефрит и его влияние на течение беременности // Акушерство и гинекология. – 2015. – №4. – С. 45–49.

2. Кобилова З. Х., Худоярова Д. Р. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИДИОПАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2025. – Т. 5. – №. 1. – С. 50-55.
3. Яковлева И.А., Савельева Г.М. Инфекционно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. – №2. – С. 18–23.
4. Айламазян Э.К., Кулаков В.И. Акушерство: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1088 с.
5. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Серов В.Н. Акушерство. – М.: Медицина, 2017. – 656 с.
6. Jung Y., Kim H., Park J. Maternal anemia during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: a meta-analysis // Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2019. – Vol. 32(10). – P. 1686–1694.
7. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. – Geneva: WHO, 2016.
8. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs // American Journal of Medicine. – 2014. – Vol. 113(1). – P. 5–13.
9. Gilstrap L.C., Ramin S.M. Urinary tract infections during pregnancy // Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. – 2016. – Vol. 28(3). – P. 581–591.
10. Chen Y., Hu X., Zhang Q. Pyelonephritis in pregnancy and its impact on maternal and fetal outcomes // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2020. – Vol. 20. – P. 1–7.
11. Rakhimovna K. D., Khamzaevna K. Z. CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PREGNANT WOMEN: A COMPREHENSIVE REVIEW //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2025. – Т. 5. – №. 1. – С. 35-39.
12. Адамян Л.В., Артымук Н.В. Экстрагенитальная патология и беременность. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 432 с.
13. Goldenberg R.L., Culhane J.F. Infection as a cause of preterm birth // Clinical Perinatology. – 2015. – Vol. 32(3). – P. 677–700.
14. Khudoyarova D. R., Kh K. Z., Kh Z. Z. ARRHYTHMIAS IN PREGNANCY: TACTICS OF PATIENT MANAGEMENT //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2024. – Т. 4. – №. 9. – С. 119-123.
15. Grette K. et al. Acute pyelonephritis during pregnancy: a systematic review of the aetiology, timing, and reported adverse perinatal risks during pregnancy //Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2020. – Т. 40. – №. 6. – С. 739-748.
16. Davidov M. I., Anikin D. N., Petrunyaev A. I. Modern algorithm of diagnosis and treatment of acute gestational pyelonephritis in a large industrial city //Urologiia. – 2022. – №. 2. – С. 34-42.
17. DeYoung T. H. et al. Pyelonephritis in pregnancy: relationship of fever and maternal morbidity //American Journal of Perinatology Reports. – 2019. – Т. 9. – №. 04. – С. e366-e371.