



ВЛИЯНИЕ ПИЕЛОЭКТАЗИИ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Мойдинова Дилдорахон Нормирза қизи

*Врач акушер гинеколог Родильного отделения, Дангаринское районное
медицинское объединение Ферганской области*

Аннотация: *Пиелюэктазия и гестационный гидронефроз являются частыми находками при беременности и в большинстве случаев носят физиологический характер, обусловленный гормонально-индуцированными изменениями уродинамики и компрессией мочеточников увеличенной маткой. Однако при сочетании с инфекцией мочевых путей (ИМП) или обструкцией риск неблагоприятных акушерских исходов возрастает. Целью настоящего обзора явился критический анализ современных клинических рекомендаций и исследований, посвящённых влиянию пиелюэктазии на течение беременности, частоту преждевременных родов, кесарева сечения и перинатальные исходы.*

Ключевые слова: *пиелюэктазия, гидронефроз беременности, инфекция мочевых путей, преждевременные роды, кесарево сечение, обструктивный пиелонефрит, акушерская тактика, перинатальные исходы.*

ВВЕДЕНИЕ

В рандомизированном исследовании при умеренном/тяжёлом симптоматическом гидронефрозе различий в частоте преждевременных родов между консервативной тактикой и стентированием не найдено, при этом у 20% консервативно леченных потребовался «переход» к стенту, а в группе стента отмечались дискомфорт/боль, связанные со стентом. В другом сравнительном исследовании тяжёлого «чистого» гестационного гидронефроза преждевременных родов до 37 недель не было ни в одной из групп (стент vs консервативно), а клиническая польза рутинного стентирования не подтверждена.

Для «ренальной колики»/уролитиаза (включая обструктивные сценарии) обзор осложнений демонстрирует широкий диапазон частот: ИМП -5,5–23,7%, рPROM -0,6–15,4%, кесарево -30–38%, преждевременные роды -2,4–30,8% (диапазоны обусловлены гетерогенностью исследований). Эти данные нельзя механически переносить на «чистую» пиелюэктазию, но они важны для дифференциального диагноза и для оценки рисков при подозрении на камень/обструкцию.

Материалы и методы

Объекты исследования - Неосложнённая/компенсированная пиелюэктазия у беременных с пиелюэктазиями по общепринятым акушерским показаниям.



- Пиелозектазия с инфекцией/обструкцией → приоритет устранения источника (антибиотики + восстановление пассажа мочи), после стабилизации — родоразрешение по акушерским показаниям; при сроке доношенности и необходимости ускорения завершения беременности предпочтительнее индукция/амниотомия при готовности родовых путей, тогда как кесарево — при стандартных акушерских показаниях или при невозможности безопасного вагинального родоразрешения на фоне тяжёлого состояния.

Доказательность «урологических показаний к кесареву» крайне низкая: рандомизированные и сравнительные исследования в основном изучают купирование симптомов и вмешательства (стент/консервативно) и не дают оснований считать, что оперативное родоразрешение улучшает урологический прогноз при стабильной ситуации. Напротив, данные (пусть и наблюдательные) демонстрируют достижение доношенных вагинальных родов даже в сложных случаях, когда своевременно выполнено дренирование при прогрессии инфекционного процесса.

Практические рекомендации для клиницистов

1) Не считать пиелозектазию «диагнозом способа родоразрешения». При отсутствии инфекционно-обструктивных осложнений план родов определяется акушерскими показаниями; вагинальные роды допустимы.

2) Всегда исключать ИМП и обструкцию у симптомной пациентки. Дилатация при беременности часто физиологична; клинически значимой она становится при сочетании с болью, лихорадкой/воспалительными маркерами, ухудшением функции почек или «признаками обструкции».

3) Лечить бессимптомную бактериурию и симптомные ИМП активно. Скрининг и лечение бактериурии в беременности — общая позиция крупных руководств; это снижает риск пиелонефрита и ассоциированных осложнений.

4) При обструктивном пиелонефрите «сначала пассаж, потом спокойные роды». Антибактериальная терапия должна идти на фоне устранения обструкции; промедление увеличивает риск сепсиса/органной недостаточности и может привести к вынужденному преждевременному родоразрешению.

5) Стент/нефростома — инструмент сохранения беременности, а не повод для кесарева. Доказательства показывают, что при необходимости дренирования беременность может быть доведена до срока и завершена вагинальными родами.

6) Антибиотик-stewardship в перипартуме обязателен. В ряде ситуаций выбор антибиотика должен учитывать вероятность родов в ближайшие недели (пример — ограничение амоксициллин/клавуланата при высоком риске родоразрешения в ближайшие 2 недели).



7) Отдельно помнить про интранатальную профилактику при СГВ-бактериурии. В российских рекомендациях это напрямую закреплено.

Основные результаты и обсуждение

Систематизированные пробелы: - отсутствует единый, валидированный критерий «клинически значимой» пиелозктазии/гидронефроза у беременных, связанный с прогнозом и тактикой (разные пороги дилатации и разные шкалы тяжести); - ограничено число сравнительных исследований, особенно с хорошим контролем смешения (камень/инфекция/сопутствующие акушерские риски), что затрудняет выводы о влиянии пиелозктазии на частоту КС/преждевременных родов; - нет достаточной доказательной базы для «родоразрешения как лечебной меры» при гидронефрозе: остаётся областью экспертных решений в контексте тяжёлого материнского состояния; - требуются проспективные многоцентровые когорты с унифицированной фенотипизацией (порог дилатации, доплер-метрики, инфекционные маркёры), оценкой качества жизни и жёстких перинатальных исходов; актуальность этой задачи подтверждается тем, что даже систематический обзор нашёл лишь 6 включаемых исследований при тысячах потенциальных.

Вывод

Проведённый анализ подтверждает, что проблема пиелозктазии/гестационного гидронефроза у беременных остаётся методологически и клинически неоднородной. Отсутствие унифицированного и валидированного критерия «клинически значимой» дилатации чашечно-лоханочного комплекса, ассоциированного с неблагоприятным прогнозом, существенно ограничивает сопоставимость исследований и формирование стандартизированной тактики ведения.

Недостаточное количество сравнительных исследований с корректным контролем смешивающих факторов (мочекаменная болезнь, инфекция мочевых путей, акушерские осложнения) не позволяет достоверно оценить вклад самой пиелозктазии в частоту кесарева сечения и преждевременных родов. Вопрос о родоразрешении как потенциальной «лечебной мере» при выраженном гидронефрозе также не имеет достаточной доказательной базы и остаётся в сфере экспертного консенсуса, применимого преимущественно при тяжёлом материнском состоянии.

Таким образом, дальнейшее развитие направления требует проспективных многоцентровых когортных исследований с унифицированной фенотипизацией (чётко определённые пороги дилатации, стандартизированные доплер-метрики, инфекционные маркёры), стратификацией риска, оценкой качества жизни беременных и анализом «жёстких» перинатальных исходов.

Практическая значимость



Практическая значимость проведённого анализа заключается в формировании клиничко-ориентированного подхода к ведению беременных с пиелюэктазией/гестационным гидронефрозом с учётом существующих доказательных ограничений.

1. Стандартизация клинической оценки. Обоснована необходимость унификации диагностических критериев (порог дилатации ЧЛС, оценка степени тяжести, обязательная верификация инфекции мочевых путей), что позволяет минимизировать гипердиагностику и необоснованные инвазивные вмешательства.

2. Оптимизация тактики ведения. Показано, что в большинстве случаев пиелюэктазия носит физиологический характер и требует динамического наблюдения, тогда как интервенционные методы (стентирование, нефростомия) должны применяться по строгим показаниям. Это способствует снижению материнских осложнений и ятрогенных рисков.

3. Рационализация акушерской тактики. Подчёркнуто отсутствие достаточных доказательств в пользу родоразрешения как самостоятельной «лечебной меры» при гидронефрозе. Это позволяет избегать необоснованного расширения показаний к кесареву сечению и ориентироваться на акушерские, а не исключительно урологические критерии.

4. Междисциплинарная координация. Результаты подчёркивают необходимость взаимодействия акушера-гинеколога, уролога и врача функциональной диагностики при стратификации риска и выборе тактики ведения беременности.

5. Направления для разработки клинических протоколов. Выявленные пробелы служат основанием для создания локальных и национальных алгоритмов с унифицированной фенотипизацией, включающих доплер-метрики, инфекционные маркёры и оценку перинатальных исходов.

Перспективы дальнейших исследований

Перспективы развития научного направления, посвящённого пиелюэктазии/гестационному гидронефрозу у беременных, связаны с необходимостью преодоления выявленных методологических и клинических ограничений.

1. Унификация диагностических критериев.

Приоритетной задачей является разработка валидированного определения «клинически значимой» пиелюэктазии, включающего стандартизированные пороги дилатации чашечно-лоханочного комплекса с учётом гестационного срока, доплер-метрик уродинамики и лабораторных маркёров воспаления.

Ключевые источники для рукописи с аннотациями

(≤15; отобраны как «опорные» для методов, клинически, ведения и раздела по родоразрешению.)



1) Клиническая рекомендация «Инфекция мочевых путей при беременности» (Россия, 2022; ID 719). Сильна как нормативная база: патогенез, эпидемиология, скрининг/профилактика, тактика при обструктивном пиелонефрите и интранатальная профилактика при СГВ-бактериурии; содержит уровни убедительности. [89]

2) EAU Guidelines on Urolithiasis (2025, pregnancy section). Наиболее структурированная позиция по ведению камня/симптоматического гидронефроза у беременных; указывает уровни доказательности и критерии перехода к стенту/нефростоме; полезно для алгоритмов. [90]

3) Renal Association Clinical Practice Guideline: Pregnancy and Renal Disease (2019). Важен как «принципиальный документ» о беременности при почечной патологии: подчёркивает, что способ родоразрешения (на примере трансплантированных) базируется на акушерских показаниях и предпочтениях, и описывает риск осложнений и профилактику ИМП у групп высокого риска. [70]

4) Clinical Consensus (American College of Obstetricians and Gynecologists): Urinary Tract Infections in Pregnant Individuals (2023) — PubMed-выдержка. Используется для контекстной эпидемиологии (~8%) и связи ИМП с неблагоприятными исходами; дополняет локальные рекомендации. [72]

5) Committee Opinion No. 723: Guidelines for Diagnostic Imaging During Pregnancy and Lactation — PubMed. Ключевой «каркас» по безопасности УЗИ/МРТ и применимости КТ/радиологии при строгих показаниях; полезен для диагностического раздела. [91]

6) NICE NG109 (lower UTI) (2018): подчёркивает необходимость лечения бактериурии у беременных как фактора риска пиелонефрита и преждевременных родов; даёт практические рекомендации по посеву и пересмотру антибиотика. [64]

7) Hosny M. et al. The Management of Symptomatic Hydronephrosis in Pregnancy (2024, narrative review). Сильна как синтез практических подходов и объяснение «правостороннего преобладания», частоты симптомных форм и логики интервенций; ограничение — нарративный характер и неоднородность первичных данных. [92]

8) Tsai YL. et al. Prospective randomized study (2007): одно из редких РКИ; демонстрирует, что перинатальные исходы сравнимы при консервативной тактике и стентировании, но стент снижает долю «неудач» консервативного ведения. [35]

9) Çeçen K. et al. Case-controlled study (2014): показывает отсутствие преимущества стента над консервативной тактикой при тяжёлом «чистом» гестационном гидронефрозе по ряду клинических исходов и отсутствие родов до 37 недель. [36]



10) Puskar D. et al. (2001): классическая серия по симптоматическому физиологическому гидронефрозу; важна для тезиса, что даже осложнённые случаи при адекватном дренировании могут завершиться доношенными вагинальными родами. [40]

11) Fainaru O. et al. (2002): формулирует клинические критерии «провала» консервативного лечения и показания к инструментальному дренированию; полезен для алгоритмизации. [93]

12) Haberal H.B., Tonyali S. Systematic review of predictors of surgical intervention (2024). Полезен для критической части: показывает, насколько ограничена база данных (6 исследований), и выделяет повторяемые предикторы интервенции. [77]

13) Machura P. et al. Maternal–Fetal Complications in Renal Colic during Pregnancy (2024). Даёт диапазоны ключевых акушерских осложнений при колике/уролитиазе; помогает обсудить «обструктивный спектр», но требует аккуратного переноса на пиелэктазию без камня. [78]

14) Rasmussen P.E., Nielsen F.R. Hydronephrosis during pregnancy: a literature survey (1988). Классическая работа: патофизиология, правостороннее преобладание, «над краем таза», регресс после родов; важна как исторический «якорь» и для обсуждения позиционных мер. [94]

15) «Острый пиелонефрит» (клиническая рекомендация, РФ; PDF-документ с разделом об инструментальной диагностике). Полезно для аппарата диагностики и роли МРТ у беременных с подозрением на осложнённый процесс/вторичный пиелонефрит. [28]