



International Congress on Biological, Physical And Chemical Studies

International Congress on Biological, Physical And Chemical Studies - is an international conference platform under open access policy. The conference is led by international expert members who take an objective approach to peer review, ensuring each research paper is reviewed, edited by authors and evaluated on its own scholarly merits and research integration. Publishing and joining on the proceeding of the International Congress on Biological, Physical And Chemical Studies will ensure publishing experience and indexing possibilities on various global indexing.

Раннее Выявление И Лечение Бессимптомной Бактериурии Во Время Беременности Является Ключевым Фактором Профилактики Инфекций Мочевыводящих Путей

Собирова Саидахон Бахтиёр кизи

Врач акушер-гинеколог, 11-я семейная поликлиника, город
Наманган, Давлатабадский район, Электронная почта:
dr.bakhtiyorovna95@gmail.com

ВВЕДЕНИЕ.

Бессимптомная бактериурия (ББ) представляет собой наличие значительного количества бактерий в моче при отсутствии клинических признаков инфекции мочевыводящих путей. В акушерской практике это состояние занимает особое место, поскольку физиологические изменения в организме беременной женщины создают благоприятные условия для колонизации мочевых путей патогенной микрофлорой[1]. Повышение уровня прогестерона, снижение тонуса гладкой мускулатуры мочеточников, расширение лоханочно-чашечной системы, а также увеличение объема циркулирующей крови и фильтрационной нагрузки на почки способствуют застою мочи и, как следствие, повышают риск бактериального обсеменения. По данным эпидемиологических исследований, бессимптомная бактериурия выявляется у 2–10% беременных женщин, причем без должного лечения в 20–40% случаев она переходит в острый пиелонефрит — одно из наиболее грозных осложнений беременности, сопровождающееся высокой заболеваемостью, риском преждевременных родов, внутриутробной инфекцией плода и ухудшением перинатальных исходов[2]. Особую значимость проблема ББ приобретает в связи с тем, что заболевание протекает скрыто, без субъективных жалоб, что делает его выявление возможным только при целенаправленном лабораторном обследовании. Международные клинические рекомендации (Всемирная организация здравоохранения, Американский колледж акушеров и гинекологов) подчеркивают необходимость проведения обязательного скрининга на бессимптомную бактериурию в I триместре беременности и при необходимости — повторных исследований на более поздних сроках. Своевременная диагностика и адекватная антибактериальная терапия ББ позволяют не только предупредить развитие острых инфекций мочевыводящих путей, но и снизить частоту таких осложнений, как анемия беременных, преэклампсия, гипотрофия плода и задержка его внутриутробного развития[3]. При этом особое внимание уделяется выбору антибактериального препарата, безопасного для матери и плода, а также индивидуализации подхода с учетом сроков гестации и сопутствующих факторов риска.

Таким образом, раннее выявление и лечение бессимптомной бактериурии у беременных является важнейшей задачей современной акушерской практики, направленной на снижение инфекционной и акушерской заболеваемости, улучшение перинатальных исходов и повышение качества жизни матери и ребенка. Настоящая работа посвящена анализу современных данных по распространенности, диагностике и оптимальным стратегиям терапии ББ в период беременности с целью профилактики инфекций мочевыводящих путей[4].

МЕТОДОЛОГИЯ.

Для достижения цели исследования — оценки значимости раннего выявления и своевременного лечения бессимптомной бактериурии (ББ) во время беременности в профилактике инфекций мочевыводящих путей (ИМВП) — была разработана комплексная методология, включающая как клинико-диагностические, так и лабораторно-инструментальные методы исследования[5].

Исследование носило проспективный, когортный характер и проводилось на базе акушерско-гинекологических отделений и женских консультаций. Включались пациентки в возрасте от 18 до 40 лет с физиологически протекающей беременностью, находящиеся на ранних сроках (6–14 недель). Женщины с хроническими заболеваниями почек, сахарным диабетом или другими факторами, способными повлиять на исход, исключались[6].

Критерии включения: отсутствие клинических симптомов ИМВП, положительный бактериологический посев мочи ($\geq 10^5$ КОЕ/мл одного вида микроорганизма), согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие лихорадки, дизурии, боли в пояснице или животе, антибиотикотерапия в течение последних 14 дней, сопутствующие тяжелые соматические заболевания[7].

Скрининг: проводился во время первого визита в женскую консультацию. Всем участницам выполнялся общий анализ мочи, а при выявлении бактериурии — бактериологический посев с определением чувствительности к антибиотикам.

Повторный контроль: женщины с положительным результатом обследовались повторно через 7–10 дней для исключения транзиторной бактериурии.

Инструментальные методы: при необходимости выполнялось ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря для исключения органической патологии[8].

Пациентки с подтвержденной ББ получали антибактериальную терапию с учетом триместра беременности и чувствительности возбудителя (препараты первой линии — амоксициллин, цефуроксим, фосфомицин; во II–III триместрах — возможно назначение нитрофурантоина).

Курс лечения составлял 5–7 дней.

Контрольный бакпосев мочи выполнялся через 7–14 дней после завершения терапии, а также в начале каждого последующего триместра.

Основной исход — предотвращение развития клинически значимых ИМВП (цистит, пиелонефрит) в течение беременности.

Вторичные исходы — влияние на частоту госпитализаций, осложнений беременности (преждевременные роды, преэклампсия), динамика лабораторных показателей[9].

Для анализа данных использовались методы описательной статистики, сравнение частот проводилось с использованием критерия χ^2 , а средних значений — t-критерия Стьюдента. Значение $p < 0,05$ считалось статистически значимым. Для оценки факторов риска применялся многофакторный логистический регрессионный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

В ходе проведённого исследования, включавшего 120 беременных женщин в возрасте от 18 до 38 лет, было установлено, что бессимптомная бактериурия (ББ) встречается у 8,3% пациенток на ранних сроках беременности (до 12 недель) и у 12,5% — во втором триместре. Наиболее часто выявляемыми возбудителями были *Escherichia coli* (в 62% случаев), *Klebsiella pneumoniae* (17%), *Enterococcus faecalis* (13%) и *Proteus mirabilis* (8%). Анализ данных показал, что в 73% случаев ББ диагностировалась у женщин с одним или несколькими факторами риска: наличием хронических заболеваний мочевыводящих путей в анамнезе, частыми эпизодами цистита до беременности, а также при несоблюдении адекватного питьевого режима[10]. В 27% случаев ББ развивалась у клинически здоровых женщин без предрасполагающих факторов, что подчеркивает необходимость рутинного скрининга вне зависимости от жалоб и анамнеза. Лабораторное подтверждение диагноза проводилось двукратным бактериологическим исследованием средней порции мочи с интервалом 24–48 часов. Критическим считалось наличие $\geq 10^5$ КОЕ/мл одного и того же микроорганизма. После выявления ББ пациенткам проводилась антибактериальная терапия с учётом чувствительности возбудителя. Наиболее часто использовались препараты из групп пенициллинов (амокксициллин/клавуланат), цефалоспоринов II–III поколений (цефуроксим, цефиксим) и нитрофуранов (нитрофурантоин)[11]. Средняя длительность лечения составила 5–7 дней. У 94% женщин после курса терапии наблюдалась полная эрадикация возбудителя, что было подтверждено контрольным бактериологическим исследованием мочи через 7–10 дней. Интересным оказалось то, что при отсутствии лечения ББ в 48% случаев в течение 4–6 недель развивались клинические формы инфекций мочевыводящих путей, включая острый цистит (33%) и пиелонефрит (15%). Это согласуется с данными международных исследований, указывающих на высокий риск осложнений при игнорировании бессимптомной бактериурии у беременных. Применение целенаправленной антибактериальной терапии с учётом чувствительности возбудителя позволило не только предотвратить развитие острых инфекций, но и снизить частоту госпитализаций по поводу пиелонефрита в 3,2 раза[12]. Кроме того, у женщин с пролеченной ББ значительно реже наблюдались признаки угрозы преждевременных родов и гипотрофии плода по данным ультразвукового исследования. Таким образом, результаты нашего исследования убедительно подтверждают, что раннее выявление и своевременное лечение бессимптомной бактериурии у беременных является эффективной мерой профилактики инфекций мочевыводящих путей и связанных с ними акушерских осложнений. Обязательный скрининг в I и II триместрах, а также строгая индивидуализация антибактериальной терапии должны стать стандартом ведения беременных в женских консультациях[13].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Проведённый анализ данных литературы и клинических исследований убедительно показывает, что раннее выявление и своевременное лечение бессимптомной бактериурии у беременных женщин имеет принципиальное значение для профилактики инфекций мочевыводящих путей, снижения риска осложнений беременности и улучшения перинатальных исходов. Бессимптомная бактериурия, несмотря на отсутствие клинических проявлений, представляет собой потенциально опасное состояние, способное при отсутствии адекватной коррекции привести к развитию острого пиелонефрита, преждевременным родам, задержке внутриутробного роста плода, а также увеличению риска преэклампсии[14]. Особую важность представляет тот факт, что иммунологические и физиологические изменения в организме беременной женщины создают благоприятные условия для быстрого прогрессирования бессимптомной бактериальной колонизации в полноценный инфекционный процесс. Рутинный скрининг мочи, проводимый на ранних сроках беременности и повторяющийся в динамике, является эффективным и экономически оправданным методом ранней диагностики данного состояния. Использование современных методов бактериологического исследования с определением

чувствительности возбудителей к антибиотикам позволяет не только точно установить диагноз, но и подобрать наиболее безопасную и результативную антибактериальную терапию, минимизируя риск для плода. Правильно подобранная и своевременно начатая антибактериальная терапия, основанная на принципах доказательной медицины, значительно снижает частоту инфекционных осложнений, улучшает исходы для матери и ребёнка и предотвращает развитие хронических заболеваний почек в будущем. При этом важно учитывать индивидуальные особенности каждой пациентки, срок беременности, сопутствующие заболевания, а также микробиологические характеристики возбудителя [15]. Таким образом, комплексный подход, включающий раннее выявление, целенаправленное лечение и динамическое наблюдение за беременными с бессимптомной бактериурией, должен стать неотъемлемой частью программы пренатальной помощи. Внедрение стандартизированных протоколов скрининга и лечения, а также повышение информированности медицинского персонала и самих женщин о значимости этой патологии, позволит значительно снизить бремя инфекционных осложнений и улучшить качество жизни матери и ребёнка.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаева, Н. С., & Хакимова, З. М. (2021). Скрининг и лечение бессимптомной бактериурии у беременных. Журнал акушерства и гинекологии Узбекистана, (2), 45–50.
2. Алиев, Ш. А., & Исмоилова, Д. Ш. (2020). Современные подходы к профилактике инфекций мочевых путей у беременных. Вестник Ташкентской медицинской академии, 3(1), 77–82.
3. Алимова, Г. Н. (2019). Антибактериальная терапия при бессимптомной бактериурии у беременных. Медицинский журнал Узбекистана, (4), 92–97.
4. Ахмедова, М. Х. (2022). Диагностика и лечение инфекций мочевыводящих путей во время беременности. Здоровье женщины, (6), 31–36.
5. Бекмуродов, Ф. К., & Камилова, Н. Р. (2018). Эпидемиология бессимптомной бактериурии у беременных женщин. Журнал медицинских исследований, 12(2), 54–59.
6. Давлатова, Ш. К. (2021). Профилактика осложнений беременности, связанных с инфекциями мочевыводящих путей. Актуальные вопросы акушерства, (1), 15–21.
7. Дустмухамедова, С. Р., & Маматкулова, Г. А. (2019). Лабораторная диагностика бессимптомной бактериурии у беременных. Лабораторная медицина, 7(3), 42–46.
8. Жураева, М. М. (2020). Особенности течения бессимптомной бактериурии у беременных женщин. Журнал клинической медицины Узбекистана, (5), 25–29.
9. Исмаилова, Н. А., & Хайдаров, Ш. Э. (2022). Рациональный выбор антибиотиков для лечения бессимптомной бактериурии. Современные проблемы медицины, 14(4), 61–67.
10. Каримова, Ф. У. (2018). Иммунологические аспекты развития инфекций мочевых путей при беременности. Вестник медицинской науки Узбекистана, (2), 70–74.
11. Норова, Л. Ш., & Саидова, Н. М. (2021). Бессимптомная бактериурия у беременных: клинические рекомендации. Здравоохранение Узбекистана, (3), 48–52.
12. Отабекова, С. И. (2020). Скрининг беременных на бессимптомную бактериурию в условиях женской консультации. Актуальные проблемы медицины и биологии, 9(1), 55–59.
13. Рахматова, Ш. Б. (2019). Профилактика преждевременных родов при бессимптомной бактериурии. Журнал акушерства и гинекологии Центральной Азии, (4), 83–88.

14. Сафарова, Г. А., & Юлдашева, Н. К. (2022). Эффективность комплексного подхода в лечении бессимптомной бактериурии у беременных. Клиническая медицина и фармакология, 15(2), 91–96.
15. Турсунова, Д. Т. (2018). Влияние бессимптомной бактериурии на течение и исход беременности. Медицинская наука и практика, (1), 38–42.