

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА
БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА КАК ОСНОВА
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Tillayeva Zarina Zafarbekovna

zarina_tillyayeva@tues.uz

<https://orcid.org/0009-0000-9394-5324>

Актуальность. Острый пиелонефрит при беременности относится к системным инфекциям мочевых путей и требует своевременной антибактериальной терапии и наблюдения за возможными материнскими и акушерскими осложнениями [1,2]. После купирования лихорадки, болевого синдрома и других проявлений активной инфекции клиническая задача меняется: необходимо определить степень восстановления, риск повторной инфекции и наличие факторов, способных повлиять на объём последующего наблюдения и реабилитации. Современная EAU-классификация использует категории локализованной и системной инфекции мочевых путей; беременность рассматривается как фактор риска. Поэтому термин «неосложнённый пиелонефрит», сохранённый в названии диссертационного проекта, в протоколе целесообразно дополнительно операционализировать, например через отсутствие обструкции, абсцесса и другой урологической патологии, меняющей тактику лечения [2].

Цель. Обосновать комплекс клинических, лабораторных, функциональных и акушерских показателей, пригодных для оценки состояния беременной после купирования острого пиелонефрита и для последующей дифференциации восстановительных мероприятий.

Материалы и методы поиска литературы. 2 октября 2026 г. выполнен целевой поиск в PubMed/MEDLINE и Cochrane Library, а также проверены актуальные документы ACOG, EAU и ISUOG. Использовались сочетания терминов pregnancy, pyelonephritis, urinary tract infection, follow-up, renal function, urine culture и Doppler. Приоритет отдавался руководствам, систематическим обзорам и работам последних 5–7 лет; более ранние источники учитывались при отсутствии современных данных. Обзор не позиционировался как систематический, PRISMA-процесс не выполнялся.

Основные положения и обсуждение. Критерии завершения лечения острой инфекции и критерии готовности к восстановительному этапу не идентичны. Для

первого важны клиническое улучшение, отсутствие системной нестабильности, адекватная противoinфекционная терапия и микробиологическая оценка. Для второго требуется более широкий анализ: срок гестации, тяжесть перенесённого эпизода, предыдущие инфекции мочевых путей, уролитиаз или нарушения уродинамики, сопутствующие заболевания, акушерский анамнез и течение текущей беременности [1,2,7].

Клинический контроль включает температуру тела, гемодинамику, наличие боли в поясничной области, дизурии, тошноты, слабости и признаков дегидратации. Общий анализ крови и маркеры воспаления могут дополнять оценку при сохраняющейся симптоматике, но отдельный лабораторный показатель не является самостоятельным критерием клинического восстановления. Анализ мочи позволяет выявить пиурию, гематурию и другие отклонения. После лечения пиелонефрита ACOG рекомендует контрольный посев мочи для исключения остаточной инфекции; при повторных симптомах бактериологическое исследование приобретает особое значение [1].

Функцию почек у беременных следует интерпретировать с учётом физиологического увеличения клубочковой фильтрации и снижения сывороточного креатинина. Стандартные расчётные формулы eGFR при беременности не валидированы для рутинной оценки; практическое значение имеет динамика сывороточного креатинина в соответствующем клиническом контексте [4,5]. Физиологическая дилатация мочевых путей и уростаз также не должны автоматически трактоваться как сохраняющаяся патология. Ультразвуковое исследование почек наиболее обосновано при затяжном или рецидивирующем течении, подозрении на обструкцию, конкремент или абсцесс, а не как обязательный маркер «реабилитационного эффекта» у каждой стабильной пациентки [2].

Состояние плода и плацентарного кровообращения необходимо оценивать по стандартным акушерским показаниям. Допплерометрия маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока может быть обоснована при соответствующем акушерском риске или как заранее определённая исследовательская переменная, но не является универсальным обязательным тестом после пиелонефрита и не валидирована как самостоятельный критерий эффективности реабилитации [6]. Нормализация лабораторного анализа, уменьшение симптомов и улучшение клинически значимых материнских или

перинатальных исходов представляют разные уровни результата и не должны подменять друг друга.

Заключение. Дифференцированная оценка после острого пиелонефрита должна объединять клинико-anamnestические данные, микробиологический контроль, оценку функции почек и акушерского состояния с учётом срока беременности. Возврат лихорадки, боли в поясничной области, дизурии, рвоты, гемодинамической нестабильности, ухудшения функции почек или акушерских тревожных симптомов требует повторной медицинской оценки и исключения рецидива либо осложнения, а не продолжения плановой реабилитации.

Ключевые слова: беременность; острый пиелонефрит; инфекция мочевых путей; медицинская реабилитация; функция почек; посев мочи; акушерская оценка; доплерометрия.

Литература

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Urinary tract infections in pregnant individuals. ACOG Clinical Consensus No. 4. Obstet Gynecol. 2023;142(2):435-445. doi:10.1097/AOG.0000000000005269. PMID:37473414.
2. European Association of Urology. EAU Guidelines on Urological Infections. Arnhem: EAU Guidelines Office; 2026.
3. Vazquez JC, Abalos E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(1):CD002256. doi:10.1002/14651858.CD002256.pub2. PMID:21249652.
4. Wiles K, Chappell L, Clark K, et al. Clinical practice guideline on pregnancy and renal disease. BMC Nephrol. 2019;20(1):401. doi:10.1186/s12882-019-1560-2. PMID:31672135.
5. Wiles K, Bramham K, Seed PT, Nelson-Piercy C, Lightstone L, Chappell LC. Serum creatinine in pregnancy: a systematic review. Kidney Int Rep. 2019;4(3):408-419. doi:10.1016/j.ekir.2018.10.015. PMID:30899868.
6. Bhide A, Acharya G, Baschat A, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): use of Doppler velocimetry in obstetrics. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021;58(2):331-339. doi:10.1002/uog.23698. PMID:34278615.
7. Grette K, Cassity S, Holliday N, Rimawi BH. Acute pyelonephritis during pregnancy: a systematic review of the aetiology, timing, and reported adverse perinatal

risks during pregnancy. J Obstet Gynaecol. 2020;40(6):739-748.
doi:10.1080/01443615.2019.1647524. PMID:32648533.