

### СУЧАСНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ВАГІТНИХ

Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування гострого пієлонефриту у 34 вагітних у Львівській обласній клінічній лікарні в період з 2009 по 2014 роки. Однобічний пієлонефрит виявлено у 23 (67,6%) вагітних, а двобічний – у 11 (32,4%). Вроджені вади нирок та сечоводів діагностовано у 4 випадках (11,8%): полікістоз нирок – 1, двобічний гідронефроз, викликаний нейрогенним сечовим міхуром – 1, вада пієлоуретерального сегменту з гідронефрозом – 2; ще у 4 випадках – супутню сечокам'яну хворобу. Двоє (5,9%) вагітних були на I триместрі вагітності, 3 (8,8%) – на II, у 29 випадку (85,3%) – на III.

У всіх хворих проводилося таке лікування: колінно-ліктъове положення вагітної + антибактеріальна терапія + спазмолітики. Дренування верхніх сечовидільних шляхів сечовідним стентом при відсутності позитивної динаміки від консервативного лікування виконано у 4 (11,8%) вагітних: у трьох – на сечокам'яну хворобу та в однієї – на ретенційний правобічний гострий пієлонефрит вагітних з відсутньою позитивною динамікою при консервативному лікуванні. Дренування верхніх сечових шляхів черезшкірною нефростомією при неможливості дренування нирки стентом проведено у 3 (8,8%) випадках: в однієї вагітної двобічна нефростомія гідронефротичних нирок при нейрогенному сечовому міхурі; в другій – з вадю пієлоуретерального сегменту; в третій – з обтуруючим каменем пієлоуретерального сегменту.

Своєчасне комплексне лікування, при наявності показів, із дренуванням верхніх сечовидільних шляхів стентом або черезшкірною нефростомією у вагітних з гострим пієлонефритом дозволяє зберегти вагітність у 96% випадків, у 87% випадків досягнути фізіологічних пологів, уникнути відкритих оперативних методів лікування гострого пієлонефриту.

**Ключові слова:** гострий пієлонефрит у вагітних, черезшкірна нефростомія, стент, антибіотикотерапія

**Вступ.** Лікування вагітних, хворих на гострий пієлонефрит, зберігає свою актуальність, адже за даними різних авторів на нього хворіє від 3% до 10% людей (у тому числі 20–40% вагітних з нелікованою бактеріурією) [2, 3, 6, 9, 10, 13].

До факторів, які сприяють захворюваності на гострий пієлонефрит вагітних (ГПВ) у такому значному відсотку, належать:

1. Анатомо-фізіологічні особливості вагітних: широкий та короткий сечівник та опущення стінок піхви, що сприяє висхідній інфекції; розширення верхніх сечових шляхів (ВСШ) через тиск на сечовід збільшеної матки [5, 7].

2. Розширення сечоводів та верхніх сечовидільних шляхів (ВСШ), зумовлене впливом збільшеної концентрації прогестерону в крові, під впливом якого настає дилатація сечоводів [6].

3. Розширення порожнистої системи правої нирки внаслідок синдрому правої яєчникової вени (правий сечовід та права яєчникова вена мають

спільну сполучнотканинну оболонку, при підвищенні тиску в яєчниковій вені у вагітних, правий сечовід стискається в середній третині, що призводить до ретенційних процесів) [14].

4. Наявність хронічних джерел інфекції у вагітних: каріозних зубів, тонзилітів, аднекситів, кольпітів, в т. ч. і специфічної етіології, ентероколітів, довготривалих закріпів, фурункулів та інших хронічних запальних захворювань [7].

5. Наявність безсимптомної бактеріурії та хронічного пієлонефриту в фазі латентного запалення у жінок до вагітності.

6. Наявність вроджених аномалій нирок у жінок та ретенційних процесів у ВСШ ще до вагітності.

7. Наявність у вагітних супутньої сечокам'яної хвороби (СКХ) [12, 16]. СКХ трапляється у 4–20% випадків хворих з наявним гострим пієлонефритом).

Таким чином, для виникнення гострого пієлонефриту необхідні такі умови: інфекційний агент з порушенням уродинаміки і як наслідок порушення кровообігу в нирці, чому в повній мірі сприяє вагітність.

Обстеження та лікування вагітних, хворих на гострий пієлонефрит, має свої особливості: обмеження у застосуванні рентгенологічного, радіоізотопного обстеження; обмежене застосування повного спектру препаратів антибактеріальної групи; токсичний вплив на плід продуктів запального процесу.

Отже, лікування цього контингенту хворих має свої особливості. За рекомендаціями Європейської асоціації урологів, даними Возіанова С.О. [4], Лопаткіна Н.А. [7] та інших авторів, лікування гострого пієлонефриту вагітних (ГПВ) починають з відновлення пасажу сечі з ВСШ. Для цього вагітній рекомендують лежати на „здоровому” боці, приймати колінно-ліктєве положення в комплексі з призначенням найменш токсичних антибактеріальних препаратів, до яких належать препарати пеніцилінового і нітрофуранового ряду, особливо упродовж 12 тижня вагітності, коли закладаються органи та системи плода. У пізніші терміни можуть застосовуватись й інші ан-

тибіотики (аміноглікозиди та ін.) та спазмолітики (но-шпа, папаверин та ін.). Після клінічного поліпшення стану хворої можна перейти з парентеральної на оральну антибіотикотерапію загальною тривалістю 7–10 днів [11, 13]. При відсутності позитивної динаміки протягом 2–3 днів від початку захворювання показане відведення сечі з ВСШ шляхом встановлення катетера-стента, при неможливості його встановлення – дренування порожнистої системи нирки черезшкірною нефростомою (ЧН) під контролем УЗД [1, 4, 5, 8]. Останнє показане при наявності супутніх вад пієлоуретрального сегменту, наявності обтуруючих каменів, при гнійному ГПВ. В ускладнених випадках з розвитком апостематозного пієлонефриту, карбункулу або абсцесу показано відкрите оперативне лікування.

**Мета дослідження.** Провести ретроспективний аналіз результатів лікування гострого пієлонефриту вагітних у Львівській обласній клінічній лікарні упродовж 2009–2014 років.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети ми провели ретроспективний аналіз результатів лікування гострого пієлонефриту у 34 вагітних. Характеристика хворих подана в таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика хворих на гострий пієлонефрит вагітних\*

Вік хворих на ГПВ	Від 17 до 36 років, середній вік – 21,5 року
Однобічний ГПВ	23 (67,6%) випадки
Двобічний ГПВ	11 (32,4%) випадків
Вроджені вади нирок та сечоводів	4 (11,8%) випадки: полікістоз нирок – 1, двобічний гідронефроз, викликаний нейрогенним сечовим міхуром – 1, вада пієлоуретерального сегменту (ПУС) з гідронефрозом – 2
Наявність супутньої СКХ	В 4 хворих на ГПВ (11,8%), з них у двох були камені миски однієї з нирок, у двох – обтуруючі камені (з локалізацією в однієї хворої в ПУС, а в іншій – у нижній третині сечоводу)
Наявність в анамнезі хронічного пієлонефриту до вагітності	5 випадків (14,7%)
Триместр вагітності	У 2 (5,9%) вагітних – I, у 3 (8,8%) – II, у 29 (85,3%) випадків – III
Одинока нирка	1 випадок (2,9%)
Наявність підвищених показників креатиніну та сечовини	У 3 (8,8%) випадках: 1 – двобічний гідронефроз, викликаний нейрогенним сечовим міхуром; 1 – полікістоз нирок; у однієї вагітної в I триместрі вагітності (6 тижнів) із ГПВ з підозрою на апостематоз (в подальшому переривання вагітності)

\* У всіх вагітних виявлено клінічні, інструментальні (УЗД), лабораторні ознаки гострого пієлонефриту, порушення пасажу сечі з ВСШ.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Результати лікування гострого пієлонефриту у вагітних представлені в таблицях 2 і 3.

Способи лікування хворих на гострий пієлонефрит вагітних

Колінно-ліктьове положення вагітної + антибактеріальна терапія** + спазмолітики	У всіх хворих
Дренування ВСШ сечовідним стентом (СС) + антибактеріальна терапія + спазмолітики при відсутності позитивної динаміки від консервативного лікування	У 4 (11,8%) вагітних: у трьох з СКХ та в одній з ретенційним правобічним ГПВ з відсутньою позитивною динамікою при консервативному лікуванні
Дренування ВСШ черезшкірною нефросто-мою (ЧН) + антибактеріальна терапія + спазмолітики при неможливості дренування ВСШ СС	У 3 (8,8%) випадках: в одній вагітної двобічна ЧН гідронефротичних нирок при нейрогенному сечовому міхурі; в одній з вадою ПУС; в одній з обтуруючим каменем ПУС
Відкрите оперативне лікування	Не було

\*\*Антибактеріальна терапія застосовувалась у більшості випадків згідно з посівом сечі та чутливості до препаратів пеніцилінового, нітрофуранового ряду, часто в III триместрі вагітності відзначали особливий позитивний ефект від призначення рефліну та в поодиноких випадках офрамаксу.

Таблиця 3

Результати лікування хворих на гострий пієлонефрит вагітних

Затихання проявів ГПВ	У 23 (67,6%) хворих на ГПВ (в одному випадку з самостійним відходженням каменя)***
Фізіологічні пологи	У 30 (88,2%) випадках
Кесарів розтин	У 3 (8,8%) випадках: в одній хворій з одинокою ниркою (трійня після штучного запліднення); в одному випадку з полікістозом нирок (з проявами ХНН); в одному випадку з двобічними ЧН, встановленими через двобічний гідронефроз та нейрогенний сечовий міхур (двійня)
Переривання вагітності	В одній (2,9%) вагітній в I триместрі вагітності (6 тижнів) з ГПВ з підозрою на апостематоз

\*\*\*У 3 випадках із СКХ після дренування ВСШ СС або ЧН затихання проявів гострого пієлонефриту, фізіологічні пологи та лікування СКХ у післяпологовому періоді методом екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії (ЕУХЛ).

Результати нашого дослідження збігаються з даними інших авторів [11, 14-16].

**Висновки.** Своєчасне комплексне лікування, при наявності показів, з дренуванням верхніх сечових шляхів сечовідним стентом або черезшкірну

нефростомию у вагітних з гострим пієлонефритом дозволяє зберегти вагітність у 96% випадків, у 87% випадків досягти фізіологічних пологів, уникнути відкритих оперативних методів лікування гострого пієлонефриту.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Возіанов О.Ф. Диференційна діагностика серозної та гнійної стадій гострого пієлонефриту / О.Ф. Возіанов // Урологія. — 2001. — № 1. — С. 4—8.
2. Возіанов О.Ф. Оптимізація тактики ведення хворих на гострий пієлонефрит / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова // Урологія. — 1998. — № 4. — С. 4—8.
3. Возіанов С.А. Черезшкірна пункційна нефростомія при обструкції верхніх сечових шляхів / С.А. Возіанов, О.В. Гогуленко // Урологія. — 2004. — №1. — С. 22—24.
4. Гогуленко О.В. Декомпресійна черезшкірна пункційна нефростомія при вагітності / О.В. Гогуленко // Одеський медичний журнал. — 2004. — № 6. — С. 95—96.
5. Пытель Ю.А. Основные принципы лечения больных хроническим пиелонефритом / Ю.А. Пытель, И.И. Золотарев // Тер. архив. — 1983. — №6. — С. 67—70.
6. Руководство по урологии. Под ред. Н. А. Лопаткина, Т. 1—3. — М.: Медицина, 1998.
7. Саричев Л.П. Роль та місце ультразвукографії в діагностиці гострих інфекційних запальних захворювань нирок / Л.П. Саричев, С.О. Возіанов // Урологія. — 1999. — Т. 3, № 3. — С. 35—41.
8. Шехтман М.М. Заболевания почек и беременность. Серия: Библиотека практического врача. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии / Шехтман М.М. — М.: Медицина, 1980. — 184 с.
9. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / Шехтман М.М. — М.: Трида-Х, 2003. — 816 с.

10. Guidelines on Urological Infections / M. Grabe, T.E. Bjerklund-Johansen [et al.] // EAU: Guidelines, 2013. — P. 21—23.
11. Lifshitz D.A. Ureterscopy as a first-line intervention for ureteral calculi in pregnancy / D.A. Lifshitz, J.E. Lingeman // J. Endourol. — 2002. — Vol. 16 (1). — P. 19—22.
12. Pedler S.J. Management of bacteriuria in pregnancy / S.J. Pedler, A.J. Bint // Drugs. — 1987. — Vol. 33 (4). — P. 413—421.
13. Scultéty S. Obstructions of the lower ureteral segment caused by vascular anomalies / S. Scultéty, B. Varga // Urologe A. — 1975. — Vol. 14(3). — P. 144—447.
14. Symptomatic nephrolithiasis complicating pregnancy / E.L. Butler, S.M. Cox, E.G. Eberts [et al.] // Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 96 (5 Pt 1). — P. 753—756.
15. Ureteral calculi during pregnancy: review of the management at Ramathibodi Hospital / W. Kochakarn, K. Ratana-Olarn, V. Viseshsindh [et al.] // J. Med. Assoc. Thai. — 2002. — Vol. 85(4). — P. 433—437.
16. Ureteral drainage by double-J-catheters during pregnancy / D. Delakas, I. Karyotis, P. Loumbakis [et al.] // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 27 (3—4). — P. 200—202.

V.F. VITKOVSKYY

*Lviv National Medical University named by Danylo Halytsky, Department of Urology, Lviv*

#### CONTEMPORARY TREATMENT OF THE ACUTE PYELONEPHRITIS IN PREGNANT WOMEN

Purpose of the study was to analyze retrospectively the results of treatment of 34 pregnant women with acute pyelonephritis in the Lviv Regional Clinical Hospital in 2009-2014. Unilateral and bilateral pyelonephritis was diagnosed in 23 and 11 cases respectively. Congenital abnormalities of kidney and ureter were found in 4 women: polycystic kidney in 1 case, bilateral hydronephrosis caused by the neurogenic bladder in one case, pyeloureteral junction stricture in 2 cases, stone disease in 4 more cases. Two women were on the 1st trimester, 3 on the 2<sup>nd</sup> and 29 women on the 3<sup>rd</sup> trimester of pregnancy.

All the patients received antibiotics and spasmolytics. Stent and percutaneous nephrostomy was inserted in 4 and 3 cases subsequently. There were no indications for the open surgery. Complex treatment (with drainage of the upper urinary tract by stent or percutaneous nephrostomy if necessary) of the pregnant women with acute pyelonephritis allows to maintain the pregnancy in 97% cases, achieve the physiologic delivery in 88% cases, avoid the open surgery.

**Key words:** pyelonephritis, percutaneous nephrostomy, double-J stent, antibacterial therapy

**Стаття надійшла до редакції: 23.04.2014**