

УДК 616.613-007.63

Н. Н. Ланкевич¹, Е. И. Юшко², А. Н. Джеремайя²

¹Учреждение здравоохранения

«4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко»,

²Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

ПРОГРАММА ДИНАМИЧЕСКОГО И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА

Введение

Гидронефроз во время беременности рассматривается как физиологический феномен, который затрагивает более 40% беременностей и чаще встречается в третьем триместре [1].

Анатомические изменения чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) выявляются преимущественно на правой стороне, что обусловлено анатомической взаимосвязью мочеточника с подвздошными и яичниковыми сосудами. Гидронефроз наряду с гормональными и иммунными изменениями является предрасполагающим фактором у беременных к инфекционным осложнениям начиная от неосложненной инфекции мочевыводящих путей до уросепсиса при несвоевременном или неадекватном лечении [2]. Следует отметить, что указанные патологии вследствие неразрывной связи матери и плода могут играть ведущую роль в развитии целого ряда акушерских и перинатальных осложнений. К наиболее частым из них относят: замершую беременность, самопроизвольные выкидыши, преждевременное излитие околоплодных вод, преэклампсию, преждевременные роды, слабость родовой деятельности, фетоплацентарную недостаточность, гипоксию плода, рождение маловесных новорожденных, внутриутробное инфицирование плода, нарушение функции почек и артериальную гипертензию у матери [3, 4]. Внутреннее стентирование мочеточника является минимально инвазивным вмешательством, которое может быть использовано для дренирования верхних мочевых путей при обструктивной уропатии (ОУП) у беременных. Оно проводится на основании клинических (болевой синдром в животе и/или в поясничной области, тошнота, рвота, лихорадка) и лабораторных (лейкоцитоз, лейкоцитурия, повышение уровня С-реактивного белка) данных в сочетании с дилатацией верхних мочевых путей по данным ультразвукового исследования (УЗИ). Стоит отметить, что зачастую стентирование мочеточника проводится только при выявлении некоторых из упомянутых признаков и расширении ЧЛС, что приводит к большому числу необоснованных дренирований, значительно снижающих качество жизни женщин [5]. Во время беременности ввиду изменений физико-химических свойств мочи увеличивается частота таких осложнений стентирования, как инкрустация стента, обструкция, инфицирование верхних и нижних мочевых путей. Также в результате физиологической перестройки организма беременных происходит изменение диаметра мочеточника, что увеличивает риск миграции стента. В связи с этим урологам совместно с акушерами-гинекологами, которые должны контролировать состояние беременной и плода в процессе гестации, необходимо осуществлять диспансерное наблюдение беременных с внутренними стентами мочеточника на амбулаторном этапе после выписки из

стационара. Такие беременные нуждаются в динамическом УЗИ почек, общем и бактериологическом исследовании мочи для оценки функционирования мочеточникового стента и своевременного лечения инфекции мочевыводящих путей.

Цель

Разработать программу динамического и диспансерного наблюдения беременных с ОУП после стентирования мочеточника.

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 59 беременных пациенток, которым было выполнено внутреннее стентирование мочеточника по поводу урологических заболеваний, сопровождающихся ОУП. Пациентки прошли стационарное лечение в урологических отделениях УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко» в период с 1 января по 31 декабря 2023 г. Из них у 25 (42,3%) пациенток дренирование верхних мочевых путей выполнено по поводу гестационного пиелонефрита (наличие признаков системной воспалительной реакции) с расширением ЧЛС без подтвержденного диагноза мочекаменной болезни (МКБ). По причине почечной колики суправезикальное отведение мочи выполнено у 21 (35,6%) беременной (наличие болевого синдрома без признаков системной воспалительной реакции) с расширением ЧЛС, не связанным с МКБ. У 13 (22%) беременных внутреннее стентирование мочеточника выполнено на основании расширения ЧЛС почки, обусловленного МКБ, как с признаками системной воспалительной реакции, так и без них. Средний возраст пациенток составил $27,23 \pm 5,12$ лет. Основными источниками информации для исследования пациентов были истории болезни урологических отделений, обменные карты, протоколы операций. Для установления диагноза и определения тактики лечения всем пациенткам было проведено стандартное обследование, которое включало: сбор жалоб, анамнеза заболевания, акушерский анамнез, общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам, осмотр гинеколога, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с изучением внутривисцерального кровотока и мочеточниковых выбросов. Всем пациенткам в качестве динамического наблюдения выполнено УЗИ почек, мочевого пузыря на следующий день после дренирования и за один день до выписки для оценки функционирования стента, динамики дилатации верхних мочевых путей. Исследование системных маркеров бактериальной инфекции (прокальцитонин) проведено у 11 (18,6%) пациенток.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний срок беременности составил 23,9 нед. (8–36 нед.). Настоящая беременность была первой у 35 (59,3%) женщин, у 16 (27,1%) – второй, у 5 (8,5%) – третьей, у 3 (5,1%) – четвертой и более. Акушерско-гинекологический анамнез был не отягощен у 50 (84,7%) беременных, у 9 (15,3%) в анамнезе отмечены различные патологии (самопроизвольный аборт, низкое расположение плаценты, гестационная гипертензия, преждевременное созревание плаценты). На момент госпитализации 48 (81,4%) пациенток жаловались на боль в правой поясничной области, что соответствовало данным УЗИ (уростаз справа), у 8 беременных (13,6%) боль локализовалась слева, с обеих сторон в 3 (5,1%) случаях. При поступлении в стационар среднее количество лейкоцитов крови составило $14,1 \times 10^9/\text{л}$ (min – $4,92 \times 10^9/\text{л}$, max – $27,5 \times 10^9/\text{л}$), среднее значение С-реактивного белка (СРБ) – 81 мг/мл (min – 4,2 мг/мл, max – 335 мг/мл). В 35 (59,3%) случаях в посевах мочи отсутствовал рост патогенной микрофлоры, в 24 (40,7%) – выявлена бак-

териурия. Результаты бактериологических исследований: *Escherichia coli* – 13 (54,2%), *Klebsiella pneumoniae* – 4 (16,7%), *Enterococcus faecalis* – 3 (12,5%), *Proteus mirabilis* – 2 (8,3%), *Staphylococcus spp.* – 2 (8,3%).

Выраженная дилатация верхних мочевых путей по УЗИ с признаками системной воспалительной реакции, рефрактерный к анальгезии болевой синдром являлись основными показаниями для проведения стентирования мочеточника в исследуемой группе пациенток. Следует подчеркнуть, что все эндоскопические вмешательства проводились в экстренном режиме в связи с известным фактом, что поясничная боль на фоне физиологической обструкции мочеточника, МКБ, а также инфекции мочевыводящих путей несет в себе высокий риск неблагоприятных исходов для матери и плода. Мы предпочитали быстро устранять нарушение оттока из верхних мочевых путей, избегать длительного консервативного подхода. Кроме того, мы отложили уретероскопию с контактной литотрипсией или чрескожную нефролитотрипсию до послеродового периода.

В одном случае (1,7%) потребовалась дополнительная процедура: литоэкстракция камня устья правого мочеточника с последующей установкой стента. В раннем послеоперационном периоде 22 пациентки (37,3%) предъявляли жалобы на боли при мочеиспускании, у 6 беременных (10,1%) была зафиксирована макрогематурия, всем им была проведена симптоматическая терапия (анальгетики, спазмолитики, гемостатики). Обострение пиелонефрита, ассоциированное с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, отмечено у 5 (8,4%) пациенток. В отдаленном послеоперационном периоде миграция или отсутствие функции стента выявлены у 2 (3,4%), инкрустирование у 4 (6,8%) беременных. Этим пациенткам понадобилась повторная госпитализация в экстренном порядке для проведения рестентирования мочеточника.

После купирования воспалительного процесса спустя 3–6 нед. от момента выписки из стационара 13 (22,3%) пациенткам, которых беспокоили выраженные стент-симптомы, было проведено удаление стента с последующим динамическим наблюдением в течение 3 сут. В результате наблюдения только одной из 13 пациенток (7,7%) потребовалось повторно установить внутренний стент по причине выраженного болевого синдрома в поясничной области, который был в последующем удален через 1,5 мес. в послеродовом периоде. Средняя продолжительность госпитализации в урологическом отделении составила $6,19 \pm 1,94$ дня. Все пациентки после нормализации состояния были выписаны домой, ни у одной из них не потребовалось перевода в акушерское отделение.

Все пациентки после выписки из урологического стационара нуждаются в диспансерном наблюдении. Его программа определялась в зависимости от результатов проведенного исследования и подробно отражалась в эпикризе. Беременным были даны следующие рекомендации: наблюдение урологом и гинекологом поликлиники, питьевой режим 2 л/сут, режим мочеиспусканий; диета, снижающая действие факторов камнеобразования, прием растительных уросептиков, контроль общего анализа мочи, общего и биохимического анализов крови через 7 дней, УЗИ почек, мочевого пузыря через 1 мес. после выписки, посев мочи через 2 нед. после курса антибактериальных препаратов. При отсутствии выраженных стент-симптомов, дилатации ЧЛС на стороне дренирования по результатам УЗИ плановое рестентирование мы провели в период от 8 до 10 нед. после выписки 19 (32,2%) пациенткам.

Выводы

1. Внутреннее стентирование мочеточника является эффективным и безопасным методом дренирования верхних мочевых путей у беременных. У всех пациенток наблю-

далась ликвидация расширения ЧЛС при контрольном УЗИ почек, ни у одной из наблюдаемых нами пациенток не потребовалось перевода в акушерское отделение.

2. Стентирование мочеточника у беременных должно проводиться по строгим показаниям, так как любой дренаж ухудшает качество жизни пациентки, а при неадекватном его функционировании может оказывать негативное влияние на течение беременности и быть причиной серьезных осложнений. В послеоперационном периоде после дренирования верхних мочевых путей у 17 (28,8%) пациенток наблюдались осложнения различной степени тяжести, что обосновывает практическую целесообразность динамического наблюдения.

3. При отсутствии МКБ нужно избегать длительного дренирования, а следует отдавать предпочтение краткосрочному суправезикальному отведению мочи. В результате динамического наблюдения из 13 пациенток, которым мы удалили стент спустя 3–6 нед. после выписки из стационара, только одной (7,7%) потребовалось повторное стентирование.

4. Все беременные с внутренним стентированием мочеточника на амбулаторном этапе нуждаются в диспансерном наблюдении уролога и гинеколога, динамическом УЗИ и лабораторном контроле для оценки состояния внутреннего стента, профилактики осложнений стентирования и своевременного лечения инфекции мочевыводящих путей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исходы беременности в когорте пациенток, перенесших стентирование мочеточника Double-J – А в одном центре / В. Д. Раду [и др.] // Медицина (Каунас). – 2022. – Т. 58, № 5. – С. 619.
2. Pregnancy outcomes in patients with acute kidney injury during pregnancy: A systematic review and meta-analysis / Y. Liu [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. – 2017. – Vol. 17. – P. 235.
3. Cheung, K. Renal physiology of pregnancy / K.Cheung, R.A. Lafayette // Adv Chronic Kidney Dis. – 2013. – Vol. 20, № 3. – P. 209–214.
4. Maternal and neonatal outcomes of pregnancy complicated by urolithiasis: A systematic review and meta-analysis / Q. Zhou [et al.] // J. Nephrol. – 2021. – Vol. 34. – P. 1569–1580.
5. Локшин, К. Л. Дренирование верхних мочевых путей при остром пиелонефрите у беременных: Кому? Зачем? Как долго? / К. Л. Локшин // Вестник урологии. – 2019. – Т. 7, № 2. – С. 35–40.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

VIII ПОЛЕССКИЙ УРОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

Сборник материалов
(г. Гомель, 6–7 июня 2024 года)

Гомель
ГомГМУ
2024