В.І. Медведь, чл.-кор. НАМН України, д. мед. н., професор, завідувач відділення внутрішньої патології вагітних ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України»

Актуальні питання діагностики та лікування гестаційного пієлонефриту

У статті описано фактори ризику й особливості перебігу пієлонефриту у вагітних. Розглянуто принципи діагностики та лікування цієї категорії хворих шляхом вибору оптимальних препаратів антибактеріальної та підтримувальної фітотерапії з урахуванням профілів ефективності й безпеки.
Ключові слова: вагітність, інфекції сечовивідних шляхів, гестаційний пієлонефрит, безсимптомна бактеріурія, антибактеріальна терапія, фітотерапія.



На науково-практичному семінарі «Клінічні рекомендації у практиці акушера-гінеколога», що відбувся восени минулого року, актуальні питання діагностики та лікування пієлонефриту у вагітних висвітлив у своїй доповіді **член-кореспондент НАМН України, завідувач відділення внутрішньої патології вагітних ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України», доктор медичних наук, професор Володимир Ісаакович Медведь**.

Доповідач зазначив, що інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) є одними з найпоширеніших серед усіх нефрологічних захворювань і займають провідне місце у структурі інфекційної патології людини. ІСШ із більш високою частотою діагностують у жінок, що зумовлено анатомо-фізіологічними особливостями жіночого організму. Концепція розподілу ІСШ на неускладнені та ускладнені головним чином полягає в наявності високого ризику розвитку уросепсису. На думку європейських експертів, вагітність як фізіологічний стан жінки є фактором, асоційованим із ускладненими ІСШ. Саме тому слід зважати на особливість їх перебігу у здорових вагітних і завжди враховувати, що звичайний цистит, пієлонефрит або рецидивуюча ІСШ у цих пацієнток не можуть бути неускладненими. А отже, приналежність їх до категорії ускладнених вимагає іншої тактики лікування та відповідної компетенції спеціаліста.

До факторів, що ускладнюють перебіг ІСШ поза вагітністю, належать:

- анатомічні порушення сечовивідних шляхів: вроджені аномалії розвитку і/або розташування; полікістоз нирок; стриктури сечоводів, уретри; сечокам'яна хвороба;
- функціональні порушення сечовивідної системи: гіперактивний сечовий міхур, міхурово-сечовідний рефлюкс, сечовідно-мисковий рефлюкс;
- тяжкі супутні захворювання: цукровий діабет, серцева та ниркова недостатність, СНІД, нейтропенія різного генезу.

Пієлонефрит – це запальний процес бактеріального походження з первинним ураженням інтерстицію нирки та подальшим залученням клубочкового апарату з канальцями. Іншими словами, це інтерстиціальний нефрит бактеріальної етіології. Натомість гестаційний пієлонефрит – гостре захворювання, що вперше виникло під час вагітності й якому не передувала будь-яка інша хвороба нирок у даної жінки.

Частота виникнення пієлонефриту у вагітних коливається в межах 2,5-10%. Прослідковується закономірність, що зі збільшенням терміну вагітності ймовірність розвитку цієї патології підвищується: у II триместрі – до 20-40%, у III триместрі – до 60%. Збудниками хвороби у 85% випадків виступають представники грамнегативної флори, у 15% – грампозитивної. Важливим є і той факт, що приблизно у 60% вагітних із безсимптомною бактеріурією без належного лікування розвивається гестаційний пієлонефрит на пізніх термінах. Нормативно закріплений скринінг усіх вагітних на виявлення безсимптомної бактеріурії та проведення терапії у цієї категорії пацієнток здатні знизити ризик розвитку пієлонефриту вагітних до <5%.

Спікер зауважив, що суттєва відмінність пієлонефриту від інших ІСШ (цистит, уретрит) полягає в наявності загальної симптоматики. Адже аналіз сечі не відповідатиме нормі при ураженні як верхніх, так і нижніх сечовивідних шляхів. Також слід мати на увазі, що для циститу запальні зміни в периферичній крові є нехарактерними.

Для клінічної картини пієлонефриту характерні наступні симптоми:

- підвищення температури тіла до 38-40 °С, лихоманка, головний біль, біль у кінцівках;
- виражені прояви інтоксикації з болем у попереку, що посилюється при диханні, з іррадіацією вздовж сечоводів, у пахову ділянку, стегно, статеві губи;
- часті болісні сечовипускання;
- інтоксикація, що супроводжується тахікардією (до 120-140 уд./хв), загальною слабкістю, адинамією, іктеричністю склер, нудотою, блюванням;
- при тяжкому перебігу – ознаки сепсису з поліорганною недостатністю (азотемія, сплутана свідомість, олігурія, метаболічний ацидоз);
- при неадекватному лікуванні можливий розвиток бактеріально-токсичного шоку з падінням артеріального тиску, різкою блідістю, акроціанозом;
- при поширенні процесу на паранефральну клітковину – поява симптомів напруження м'язів передньої черевної стінки та поперекової ділянки, болісні відчуття в підребер'ї.

Діагностика пієлонефриту не викликає труднощів з боку лікаря: для цього достатньо оцінити стан пацієнта, провести ультразвукове сканування органів сечовивідної системи та клініко-лабораторне обстеження.

Посилаючись на гайдлайн Європейської асоціації урології (2018), доповідач наголосив, що оцінку стану верхнього сечовивідного тракту за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД) необхідно проводити для виключення обструкції сечовивідних шляхів або захворювань нирок. Додаткові методи обстеження, такі як спіральна комп'ютерна томографія або екскреторна урографія, слід розглядати у тому випадку, якщо у пацієнта зберігається лихоманка після 72 год лікування. При обстеженні вагітних слід віддати перевагу УЗД або магнітно-резонансній томографії, щоб уникнути радіаційного ризику для плода. До слова, сцинтиграфічні методи у цієї категорії хворих не використовуються.

Принципи лікування гестаційного пієлонефриту:

- відновлення пасажу сечі при порушенні уродинаміки (проявляється у прогресуванні гідронефрозу);
- інтенсивна антибактеріальна, інфузійна та дезінтоксикаційна терапія з урахуванням імовірного негативного впливу на плід;
- стентування: заміна стента через 1-1,5 міс або раніше за показаннями. Стентування запобігає розвитку тяжкого гнійного процесу в нирці й дозволяє пролонгувати вагітність до фізіологічного терміну пологів. Після цього рекомендовано зберігати стент до відновлення тонусу сечовивідних шляхів (до 4 тиж);
- якщо на фоні інтенсивного консервативного лікування протягом 2-3 діб інтоксикація не зменшується, показане дренування нирки за допомогою пункційної нефростомії, а за неможливості або відсутності ефекту – виконання нефро- або пієлостомії з декапсуляцією нирки;
- при тяжкому уросепсисі – проведення нефректомії.

Досвід європейських колег свідчить, що пероральну антибактеріальну терапію пієлонефриту, за умови легкого перебігу, дозволено проводити амбулаторно, у т.ч. у вагітних жінок. У нашій країні наявність діагнозу гестаційного пієлонефриту є чітким показанням до госпіталізації до стаціонару.

Щодо вибору оптимальних препаратів для терапії у цієї категорії хворих варто зазначити, що фторхінолони (ципрофлоксацин, левофлоксацин) не застосовуються під час вагітності. У якості емпіричної пероральної антибактеріальної терапії дозволено використання триметоприму/сульфаметоксазолу (160/800 мг 2 рази на добу протягом 14 днів), цефподоксиму (200 мг 2 рази на добу протягом 10 днів), цефтибутену (400 мг/добу протягом 10 днів). Парентеральне лікування з переважним внутрішньовенним уведенням препарату проводиться до моменту досягнення явного клінічного ефекту (3-4 дні), після чого, за принципом ступінчастої терапії, необхідно перейти на прийом антибіотика у пероральній формі (тієї ж групи або схожої до неї за механізмом дії).

Першою лінією парентеральної терапії є цефалоспорини (цефотаксим, цефтріаксон). Представниками другої лінії виступають напівсинтетичні пеніциліни з інгібіторами лактамаз (піперацилін/тазобактам, цефтазидим/авібактам). Слід зазначити, що клавуланову кислоту виключили з акушерської практики через збільшення на фоні її застосування числа випадків виразкового некротичного ентероколіту в новонароджених. В особливо рідкісних випадках дозволене призначення гентаміцину, але потрібно пам'ятати, що його прийом асоційований із вродженою глухотою у дітей. До альтернативної лінії терапії належать карбапенеми (іміпенем/циластатин, меропенем).

Основним заходом первинної профілактики гестаційного пієлонефриту є скринінг на безсимптомну бактеріурію в I триместрі та належне лікування у разі його виявлення. Вторинна профілактика у жінок, які мали симптоми ІСШ у минулому, забезпечується посткоїтальним прийомом антибіотика/уроантисептика. Також із профілактичною метою у вагітних широко застосовується фітотерапія.

Професор В.І. Медведь зазначив, що у своїй практиці часто використовує препарат на основі фітоекстрактів – Канефрон® Н. Як відомо, в інструкцію для застосування будь-якого препарату не може бути внесено показання «вагітність», якщо не проводилися рандомізовані плацебо-контрольовані дослідження у вагітних (та дітей) (стаття 16а Директиви ЄС від 6 листопада 2001 р.). Зрозуміло, що з біоетичних міркувань і в подальшому вони не проводитимуться. Спираючись на широку доказову базу й тривалий досвід застосування фітопрепарату Канефрон® Н, у лютому 2017 р. країною-виробником (Німеччина) було зроблено висновок, що за необхідності його можна застосовувати під час вагітності. Відповідно до оновленої інструкції, із 2018 р. в Україні також дозволено призначати цей препарат вагітним.

Було проведено дослідження (Медведь В.І., Бикова Л.М., 2003), у якому вивчався вплив фітопрепарату Канефрон® Н на частоту загострення/рецидиву пієлонефриту у вагітних із цукровим діабетом. Ефективність лікування порівнювали у двох групах пацієнтів: учасниці першої групи приймали антибіотик у комбінації з Канефроном Н, а контрольної – тільки антибіотик. Після відміни етіотропної терапії жінки у першій групі продовжували приймати цей фітопрепарат. Результати дослідження продемонстрували позитивну динаміку лікування у групі Канефрону Н: показники частоти рецидивування гестаційного пієлонефриту в першій та другій групах становили відповідно 5,6% проти 35,3%; загострення хронічного пієлонефриту – 25% проти 53,8%. Огляд 17 клінічних досліджень (Naber K., 2013) за участю 2142 вагітних містить переконливі докази ефективності препарату при тривалому застосуванні.

Таким чином, на підставі вищенаведених даних можна з упевненістю стверджувати про доцільність, патогенетичну обґрунтованість, безпечність та ефективність поєднаного або самостійного застосування фітопрепарату Канефрон® Н для лікування гестаційного пієлонефриту.