

Республике Татарстан // Рос. пед. журнал. — 2000. — № 1. — С. 11-13.

8. Кобринский Б. А., Демикова Н. С. Принципы организации мониторинга врожденных пороков развития и его реализация в Российской Федерации // Рос. вестн. перин. пед. — 2001. — № 4. — С. 56-60.

9. Шевеленкова А. В., Живац З. М., Чеснокова М. М. Частота врожденных вад розвитку в Одеській

області: вплив природного добору // Одес. мед. журнал. — 2002. — Т. 74, № 6. — С. 7-10.

10. <http://eurocat.ulster.ac.uk/>

11. Congenital malformations of the digestive system. Maternity Clinical Hospital at the University of Chile. 1991–2001 / J. Nazer, M. E. Juarez, M. E. Hubner et al. // Rev. Med. Chil. — 2003. — Vol. 131, N 2. — P. 190-196.

12. Occurrence of congenital esophageal defects in the Czech Repub-

lic 1961–2000 — incidence, prenatal diagnosis and prevalence according on maternal age / A. Sipek, V. Gregor, J. Horacek, D. Masatova // Ceska Gynecol. — 2002. — Vol. 67, Suppl. 1. — P. 29-32.

13. The influence of congenital heart disease on survival of infants with oesophageal atresia / H. Leonard, A. M. Barrett, J. E. Scott, C. Wren // Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed. — 2001. — Vol. 85, N 3. — P. 204-206.

УДК 618.3-06:616.61-089.82

О. В. Гоголенко

ДЕКОМПРЕСИЙНА ЧЕРЕЗШКІРНА ПУНКЦІЙНА НЕФРОСТОМІЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Одеська обласна клінічна лікарня

Порушення пасажу сечі по верхніх сечових шляхах при вагітності заслуговує особливої уваги урологів і акушерів-гінекологів. За даними авторів [4], більш як у 80 % жінок у другій половині вагітності діагностується розширення верхніх сечових шляхів (ВСШ), зумовлене стисненням сечовода між вагітною маткою і кістками таза. Важливими компонентами патогенезу дилатації ВСШ при вагітності є гіпотонія і зниження скорочувальної здатності сечоводів, що є факторами ризику розвитку гестаційного пієлонефриту [1]. Потенційний ризик розвитку урологічних ускладнень (обструктивна уропатія, гострий пієлонефрит) досить високий. Відсутність ефекту від консервативної терапії примушує вдаватися до тривалого дренивання ВСШ. Адекватне дренивання нирок у вагітних забезпечує задовільний перебіг та результат пологів, а також дозволяє запобігти виникненню багатьох урологічних і акушерських ускладнень.

Гестаційний пієлонефрит — запальне захворювання нирок, що виникає під час вагіт-

ності, або прояв під час вагітності хронічного патологічного процесу. Оскільки інфекція сечових шляхів в анамнезі трапляється у 39,6–92,5 % жінок [1] з гестаційним пієлонефритом, вірогідні обидва шляхи розвитку процесу.

Гестаційний пієлонефрит ускладнює перебіг вагітності у 1–17 % жінок [5]; відзначається збільшення його частоти за останні 3–4 десятиліття [3]. В останні роки пієлонефрит вийшов на друге місце за частотою серед екстрагенітальних захворювань вагітних [4].

У патогенезі гестаційного пієлонефриту важливу роль відіграє порушення уродинаміки верхніх сечових шляхів: чим більший ступінь дилатації, тим вище ризик розвитку гострого пієлонефриту у вагітних [9].

Мета дослідження — підвищити ефективність лікування вагітних з гестаційним пієлонефритом та порушенням уродинаміки верхніх сечових шляхів.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилось в урологічному відділенні Оде-

ської обласної клінічної лікарні. Протягом дослідження (2000–2003 рр.) 23 вагітним у термінах 14–32 тиж, хворим на гестаційний пієлонефрит, проведено різні за обсягом лікувальні заходи. Вік пацієнток становив від 18 до 35 років.

Провідну роль у діагностиці порушення уродинаміки при вагітності відіграло ультразвукове дослідження як скринінговий, повторюваний та практично нешкідливий діагностичний метод [1; 2; 4–7]. Ультразвуковий моніторинг дозволив оцінити динаміку стану чашково-мискової системи нирок у процесі лікування, а також виявити осередкове ураження її паренхіми. Застосування рентгенологічних методів для обстеження сечових шляхів було обмежено через шкідливий вплив рентгенівських променів на плід. Однак у складних ситуаціях, коли потрібне уточнення функціонального стану нирок, наявності тієї або іншої аномалії розвитку, і в зв'язку з наступним відкритим оперативним лікуванням, у двох хворих після проведення пологів шляхом кесаревого розтину було виконано екскреторну урографію.



Результати дослідження та їх обговорення

Поліпшення уродинаміки верхніх сечових шляхів досягалося за допомогою позиційної дренажувальної терапії (8 хворих), катетеризації нирок (2 хворих), а також шляхом встановлення внутрішнього стента (6 хворих). Однак наявність супровідної інфекції, ризик виникнення міхурово-сечовідного і сечовідно-мискового рефлюксу та пов'язаний з цим розвиток запальних ускладнень, виявлення аномалії розвитку сечової системи знижують ефективність внутрішнього дренивання нирок або унеможливають його. Як альтернатива внутрішньому дрениванню нирок або відкритій нефростомії нами виконувалася черезшкірна пункційна нефростомія (ЧПНС) під контролем ультразвукового наведення. Черезшкірне дренивання проводили за неможливості здійснення катетеризації ниркової миски. Досить важливо, що ймовірність інфікування нирки в момент маніпуляції зменшується при цьому в 20 разів [7]. Відомі важливі переваги ЧПНС перед відкритою нефростомією [8]. Вона виконується у хворих із підвищеним ризиком, легко переноситься, не потребує загального знеболювання і дотримання післяопераційного постільного режиму, що забезпечує прискорену реабілітацію. Було проведено ЧПНС у 7 вагітних, з них двобічна пункційна нефростомія виконана в одному випадку. Під час проведення втручання дотримувалися таких принципів:

1. Застосування методики Сельдінгера.

2. Установлення в порожнинній системі нирки дренажів, що самоутримуються.

Застосування черезшкірної пункційної нефростомії забезпечувало адекватне відведення сечі, на фоні якого комплексна етіотропна і патогенетична терапія приводила до блокування загострення гес-

таційного пієлонефриту, поліпшення ультразвукової картини. Тривалість перебування в стаціонарі становила від 7 до 10 діб.

Передчасних пологів не трапилося в жодному випадку. Після пологів (з них 5 — фізіологічні, у двох випадках — оперативне втручання) жінкам проведено рентгеноурологічне дослідження (антеградна пієлографія), за результатами якого встановлено, що причиною обструкції верхніх сечових шляхів були:

1. Стеноз мисково-сечовідного сегмента правої нирки — 2 жінки.

2. Стенозування уретеросигмоанастомозу по обидва боки — 1 жінка.

3. Стиснення сечовода між вагітною маткою і кістками таза — 4 жінки.

Нижче наводимо два клінічних спостереження.

Вагітна Р., 19 років, госпіталізована з діагнозом: двобічний уретерогідронефроз. Хронічний пієлонефрит у стадії загострення; ХНН 1–2 ст. Вагітність 14 тиж. В анамнезі: у віці 3 років виконано операцію цистектомії з накладенням двобічного уретеросигмоанастомозу.

При обстеженні: за даними УЗД — різке розширення чашково-мискової системи обох нирок, сечовина — 16 ммоль/л, креатинін — 0,460 ммоль/л. Хворій виконано одномоментну двобічну пункційну нефростомію. Від переривання вагітності хвора відмовилася. На фоні двох нефростом здійснено пролонгацію вагітності, пологи проведено шляхом кесаревого розтину. Нефростомічні дренажі вилучали поетапно через 3 міс після УЗД-контролю, рентгеноурологічного дослідження та ізотопної ренографії.

Вагітна В., 22 роки, вагітність 25 тиж, госпіталізована в урологічне відділення зі скаргами на ниючі болі в поперековій ділянці справа. За даними УЗД — різке розширення чашково-мискової системи правої нирки до 5 см, стоншення паренхіми нирки до 7 мм. Загальні клінічні аналізи в межах норми. Виконано ЧПНС справа. Після проведення пологів у хворої (фізіологічним шляхом) і виконання антеградної пієлографії було встанов-

лено діагноз: аномалія розвитку сечової системи, стеноз мисково-сечовідного сегмента правої нирки, правобічний гідронефроз, правобічна нефростомія. Після пластики мисково-сечовідного сегмента правої нирки за Андерсеном — Хайнсом виписана з урологічного відділення в задовільному стані.

Висновки

Таким чином, декомпресійна ЧПНС у вагітних є ефективним малоінвазивним методом вибору дренивання верхніх сечових шляхів, що сприяє запобіганню відкритого операційного втручання та збереженню вагітності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильєва З. В., Варенцов Г. И. Гестационный пиелонефрит // Вопросы охр. материнства. — 1986. — № 4. — С. 54-56.
2. Оптимізація тактики ведення хворих на гострий пієлонефрит / О. Ф. Возіанов, С. П. Пасєчник, Н. О. Сайдакова та ін. // Урологія. — 1998. — № 4. — С. 4-8.
3. Кулаков В. И., Гуртовой Б. Л., Шехтман М. М. Дренирование мочевых путей при беременности // Пленум Всерос. об-ва урологов. — Екатеринбург, 1996. — С. 248-249.
4. Малков Я. Ю., Мысяков В. Б. Эхографический динамический контроль мочевыводящей системы у беременных, больных острым пиелонефритом, и развития плода // Акушерство и гинекология. — 1990. — № 3. — С. 52-55.
5. Мысяков В. Б. Роль ультразвукового сканирования в оптимизации терапии гестационного пиелонефрита // Урология и нефрология. — 1994. — № 5. — С. 10-13.
6. Степанов В. Н., Перельман В. М., Теодорович О. В. Интракорпоральные ультразвуковые исследования и интервенционные процедуры под ультразвуковым наведением в урологии // 1-й Съезд ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине: Тез. докладов. — М., 1991. — С. 129.
7. Шаблинский Е. В., Кругляков Н. А. Чрескожные пункционные методы диагностики и лечения заболеланий почек // Урология и нефрология. — 1986. — № 1. — С. 15-18.
8. Fowler I. E., Menris E. M., Goldin A. R. Percutaneous nephrostomy: Techniques, indication and result // Urol. — 1975. — Vol. 6, N 4. — P. 428-434.
9. Goolsaet B. L. R. A. Urodynamic approach of the upper urinary tract by percutaneous puncture nephrostomy // Ada Urol. — 1983. — Vol. 51, N 4. — P. 453-472.

