
Уважаемые коллеги!

В начале 2019 года ко мне обратился академик РАН, проф. Лоран О.Б. с предложением провести на страницах журнала «Вестник урологии» дискуссию по пиелонефриту беременных. Я естественно дал согласие, «естественно», потому что «а почему бы не обсудить почечное заболевание, старое, как жизнь и нередко наблюдаемое в нынешние времена», а «согласие» дал потому, что возможно коллеги имеют что-либо новое сказать и доказать.

Я предложил Олегу Борисовичу официально выступить с таким предложением, что и сделала проф. Любовь Александровна Синякова от его и своего имени «Об» февраля 2019 года. Я публикую обращение с тем, чтобы наши читатели и исследователи, имеющие научный и практический материал, основанный на работе с беременными с острой и хронической инфекцией верхних и нижних мочевых путей (т.е. я расширяю поле для дискуссии) прислали в редакцию журнала свои соображения в виде обзора литературы либо оригинальной статьи, либо клинического случая, либо в виде письма в редакцию. По мере поступления мы будем публиковать материалы. Так что дискуссия будет идти весь 2019 год. Призываю Вас, мои дорогие коллеги, к активной мысли и письму.

*Всегда открытый к разговору.
Главный редактор М.И. Коган*

Выбор метода дренирования мочевых путей при остром гестационном пиелонефрите: вопросы для дискуссии

Лечение острого пиелонефрита всегда имеет целью сохранение почки, профилактику развития септических осложнений и рецидивов пиелонефрита. Для решения указанной задачи необходимо выполнение следующих условий: своевременное адекватное дренирование мочевых путей и рациональная стартовая эмпирическая антибактериальная терапия.

Острый пиелонефрит занимает ведущее место в частоте экстрагенитальных заболеваний и осложняет течение беременности у 2-16 % женщин (Лопаткин Н.А., Шабад А.Л., 1985; Wing et al., 1998;), 17,3 – 23,2 (Пытель Ю.А., Лоран О.Б., 1996; Довлатян А.А., 2008; Koga N. et al., 2008). Несмотря на большое количество исследований, как отечественных, так и зарубежных учёных, проблема инфекций мочеполовой системы у беременных женщин остаётся актуальной, что обусловлено ростом удельного веса инфекции мочевых путей (ИМП) среди экстрагенитальных осложнений у беременных, изменением характера микрофлоры и её резистентности к антибактериальным препаратам, разработкой новых технологий диа-

гностики и лечения заболеваний органов мочеполовой системы (Петричко М.И., 2002).

В патогенезе острого гестационного пиелонефрита основными причинами являются уродинамические нарушения, возникающие в результате дискорреляций гормонального баланса у беременных (на 5-6 неделях беременности), затем присоединяются обструктивные причины (сдавление мочеточников увеличенной маткой, «синдром правой яичниковой вены», появление остаточной мочи и пузырно-мочеточникового рефлюкса).

Одной из главных задач в лечении острого гестационного пиелонефрита беременных является выбор оптимального метода дендрования мочевых путей, его сроки и продолжительность (Франк М.А., 2009).

В настоящее время применяются следующие виды дренирования верхних мочевых путей при гестационном пиелонефрите:

- катетеризация мочеточников;
- установка стента;
- чрескожная пункционная нефростомия;
- открытая нефростомия.

Выбор метода дренирования зависит от причины нарушения уродинамики, стадии пиелонефрита, срока беременности.

А как долго должен находиться тот или иной дренаж (стент, катетер, нефростома) в мочевых путях беременной? Что является критерием для решения вопроса о возможности удаления дренажа, который спас жизнь пациентки, позволил сохранить функцию почки, или является источником катетер-ассоциированной инфекции?

После родов в течение 4-6 недель восстанавливается гормональный фон женщины, следовательно, и тонус мочевых путей, что и должно определять сроки удаления указанных «инородных тел» из них. Однако на практике в одних случаях стенты или катетеры удаляют после купирования атаки пиелонефрита, в других – через 1-7 суток после родов, в третьих – не удаляют совсем (существует «проблема забытых стентов»).

Если причина нарушения уродинамики устранена (например, удалён камень мочеточника, или самостоятельно отошёл инкрустированный почечный сосочек, вызвавший обструкцию мочеточника при наличии некротического папиллита беременной), тогда удаление дренажа безусловно обосновано.

Но чаще острый пиелонефрит развивается во II-III триместрах, когда появляется значимое нарушение уродинамики, на фоне физиологически протекающей беременности у пациентки, которая не готовилась к беременности, с нелеченой

бессимптомной бактериурией или страдающей рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей.

Дренирование мочевых путей, проведение адекватной антибактериальной терапии позволяет купировать атаку пиелонефрита. Что делать дальше? Удалить катетер, стент? А как же нарушение уродинамики, оно не исчезло? Возможна повторная атака пиелонефрита. Однозначного ответа на этот вопрос нет!

«Нужны обновлённые знания, основанные на фактах, понимание тенденций, сформированных профессиональными сообществами, осмысление опыта – как успехов, так и неудач. Нелишне вспомнить и о постоянно возрастающих юридических рисках: если до недавнего времени большинство претензий пациентов было адресовано организациям, то сегодня Следственный комитет России отчитался о рассмотрении 6050 сообщений о «ятрогенных преступлениях» и о 1791 уголовном деле, возбуждённом в 2017 г. (Радзинский В.Е., 2017).

Обсуждение поставленных вопросов на страницах профессионального журнала с участием ведущих специалистов, занимающихся проблемами беременных женщин, своевременно, целесообразно и обоснованно и позволит избежать многих ошибок в лечении ИМП у беременных женщин.

Д.м.н., проф. Л.А. Снякова