

А.І. Сагалевич, д. мед. н., професор кафедри урології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика (м. Київ)

Сечокам'яна хвороба у вагітних

За матеріалами конференції

Сечокам'яна хвороба є однією з актуальних проблем не лише урології, а й акушерства та гінекології, оскільки на фоні вагітності може призвести до розвитку низки ускладнень, включаючи інфекції сечовивідних шляхів та гострий обструктивний пієлонефрит, що є небезпечними станами як для жінки, так і для плода. Виражений больовий синдром значно обтяжує перебіг і прогноз вагітності, що може негативно позначитися на внутрішньоутробному розвитку. Багато хронічних захворювань нирок не мають симптомів, і тільки на фоні вагітності або під час проведення скринінгу вдається встановити ураження сечовивідних шляхів.

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, сечовивідні шляхи, вагітність, фізіологічний гідронефроз, Канефрон® Н.

На конференції «Хвороби нирок та сечовивідних шляхів. Нирки та вагітність», яка відбулася 23 лютого, було представлено доповідь професора кафедри урології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктора медичних наук Андрія Ігоревича Сагалевича «Сечокам'яна хвороба у вагітних», присвячену сучасним підходам до менеджменту цієї категорії хворих.

Сечокам'яна хвороба (СКХ) відноситься до екстрагенітальної патології у вагітних. Обмежене застосування діагностичних і лікувальних методів завжди ставить під приціл клініцистів дану категорію пацієнтів. СКХ також є найбільш поширеною неакушерською причиною госпіталізації вагітних й у 80-90% випадків діагностується у II-III триместрах, коли захворювання має перебіг із максимально розгорнутою клінічною картиною. Частота захворюваності вагітних на СКХ із симптоматичними конкрементами сечовивідних шляхів (СВШ) становить один випадок на 200-1500 вагітностей, при цьому 30% пацієнток мають літоутворення нирок в анамнезі (Fiadje P. et al., 2010).

Лікар повинен завжди звертати увагу на фізіологічні зміни, які відбуваються в організмі вагітної жінки: на 20-50% збільшується серцевий викид, зменшується загальна ємність, але збільшуються дихальний об'єм і хвилинна вентиляція легень. Важливими є зміни в коагуляції: посилюється синтез факторів згортання крові, зменшується венозний кровотік і посилюється стаз крові, що може призводити до тромбозу. Не менш значущими є зміни у шлунково-кишковому

тракті: сповільнюється моторика кишечника та підвищується всмоктування кальцію. Саме цей процес може запускати літоутворення в організмі вагітної жінки. Крім того, об'єм кровотоку в нирках та швидкість клубочкової фільтрації підвищуються на 50%, у 2 рази збільшується екскреція сечової кислоти і кальцію зі зменшенням рівня рН сечі. Усі ці фактори створюють сприятливі умови для розвитку СКХ у вагітних.

Спікер вказав на додатковий фактор ураження нирок – фізіологічний гідронефроз (ФГ), що починається за 7-го тижня вагітності й у III триместрі спостерігається в 90% вагітних.

Часто у вагітних на фоні змін сечового міхура і впливу прогестерону на тонуус гладких м'язів можна спостерігати гіперактивність сечового міхура зі збільшенням частоти сечовипускання і розвитком ніктурії. Домінуючими факторами ризику розвитку СКХ у вагітних виступають зміни водно-сольового балансу: збільшення екскреції сечової кислоти, кальцію, натрію та більш інтенсивне всмоктування кальцію у шлунково-кишковому тракті на фоні підвищення вмісту вітаміну D, який синтезується плацентою для формування скелета дитини. Як наслідок, сечовий стаз, збільшення концентрації сечової кислоти, адгезія кристалів солей призводять до утворення конкрементів. На фоні цих змін у вагітних вмикаються захисні механізми роботи сечовивідної системи у вигляді гіперцитратурії, гіпермагніурії та збільшення об'єму сечі. Загальний ризик літоутворення у жінок, які народжують повторно, у три рази вищий, ніж

при першій вагітності, і збільшується у вагітних, в анамнезі яких фіксують ожиріння або цукровий діабет (Laing K. A. et al., 2012).

Протеція нирок у вагітних від каменеутворення та розвитку СКХ забезпечується запобіганням перенасиченню сечі каменеутворюючими субстанціями. У клінічному дослідженні А.А. Гайбулаєва (2016) було продемонстровано зниження рівня оксалатів на 19,5% через 1 міс і сечової кислоти на 36% через 6 міс прийому препарату Канефрон® Н (фармацевтична компанія Bionorica). Додатковий ефект препарату зумовлений підвищенням іонів магнію, який є природним інгібітором кристалоутворення та універсальним антилітогенним фактором. Канефрон® Н запобігає патологічній кристалізації та адгезії солей у сечі, що є основою утворення й збільшення розмірів каменів у СВШ вагітних (Гресь А. А. та співавт., 2004).

Професор А.І. Сагалевич акцентував увагу на частій відсутності типових проявів СКХ у вагітних – розвитку ниркової кольки. Тупий біль у животі та бокових відділах спини у 80-100% є найбільш частими клінічними проявами СКХ у вагітних, які у II-III триместрах слід диференціювати з апендицитом, дивертикулітом, «гострим животом», а на кінцевих етапах вагітності – із розвитком пологової діяльності (Demir M. et al., 2021). Додаткові симптоми, такі як нудота, блювання, підвищення температури тіла, спостерігаються при СКХ у поєднанні з мікро- (переважно) та макрогематурією. При розташуванні конкременту в нижніх відділах СВШ посилюються симптоми дизурії. Часто СКХ у комбінації з інфекцією нижніх сечових шляхів може маскувати розвиток гестаційного пієлонефриту. Клінічну картину СКХ слід також відрізняти від ФГ, який найчастіше має безсимптомний перебіг.

СКХ у вагітних може перебігати у вигляді як неускладненої (безсимптомної), так і ускладненої форми з відповідною клінічною симптоматикою. Неускладнена форма не має суттєвого впливу на перебіг вагітності та стан плода й не потребує хірургічного втручання. Натомість ускладнена форма може призвести до розвитку інфекції СВШ, обструктивного пієлонефриту, що є небезпечними станами як для жінки, так і для плода.

Зазвичай СКХ вагітних первинно діагностується й лікується як обструктивна уропатія внаслідок обмеження методів діагностики у цієї категорії пацієнтів. Остаточний діагноз СКХ встановлюється після пологів, коли можна провести повноцінне обстеження й лікування. Основними методами візуалізації, доступними під час вагітності, є ультразвукове дослідження (УЗД), магнітно-резонансна томографія (МРТ), низькодозова спіральна комп'ютерна томографія. Рентгенологічні дослідження слід проводити лише при доведених показаннях, а дослідження із сумарною дозою >1,0 мГр – тільки за рішенням консилиуму.

Гідронефроз як одинична ознака при візуалізації не вважається вагомим доказом наявності конкременту СВШ із обструкцією. Визначення паренхіматозного резистивного індексу при УЗД дає можливість провести диференціальну діагностику: різниця індексів між нирками незначна при ФГ і має суттєві відмінності при гострій обструкції. У якості діагностичного методу другої лінії можна використовувати МРТ, що дозволяє визначити рівень обструкції та візуалізувати камінь як дефект наповнення (рекомендовано використовувати апарати 1,5Т).

Консервативна терапія СКХ у вагітних включає призначення нестероїдних протизапальних препаратів із уточненням протипоказань до їх використання у III триместрі (рівень

доказовості С). Серед α-блокаторів рекомендований тамсулозин (рівень доказовості В) і додаткове проведення гідратації. За наявності інфекційного ураження призначаються цефалоспори.

Фітотерапія, яка може бути основним лікувальним заходом у вагітних жінок зважаючи на її ефективність і безпеку, представлена прийомом препарату Канефрон® Н, який проявляє спазмолітичний, літокінетичний, протизапальний та знеболювальний ефекти (Holler M. et al., 2021). За даними дослідження Е. Себан (2012), спонтанне виведення конкрементів із СВШ у перші 10 днів лікування було значущо вищим у групі прийому препарату Канефрон® Н порівняно із групою хворих, які отримували виключно стандартну терапію. При застосуванні Канефрону Н за схемою 3 таблетки або 75 крапель тричі на добу протягом 3 міс спостерігалось покращення дренажної функції верхніх СВШ при ФГ на 94,3% (Черненко В.В., Черненко Д.В., 2017).

Додатково Канефрон® Н інгібує синтез прозапальних медіаторів, профілаксує розвиток інфекції верхніх СВШ і не впливає на розвиток плода (Naber K. et al., 2013).

Огляд 17 клінічних досліджень та 18 публікацій (Naber K. et al., 2013) довів ефективність та безпечність препарату Канефрон® Н у лікуванні інфекцій СВШ як у якості монотерапії, так і в комбінації з іншими препаратами, а також відсутність тератогенного й токсичного впливу, усунення піурії при додатковому лікуванні комбінацією рослинних препаратів. З огляду на значну доказову базу Канефрон® Н у формі таблеток схвалений для застосування під час вагітності з 2017 року в Німеччині та з 2018 року в Україні.

До основних рекомендацій щодо ведення вагітних із СКХ відносять призначення консервативного лікування в усіх випадках неускладненого перебігу (рівень доказовості А) (Mehmet D. et al., 2021), оскільки, як правило, невеликі конкременти виходять самостійно. Лише у 20-30% випадків виникає необхідність у проведенні хірургічного втручання.

Хірургічні методи лікування СКХ у вагітних передбачають встановлення сечовивідного стента, черезшкірну нефростомію та уретроскопію. При некупіруваній нирковій кольці рекомендовано проведення дренивання або уретроскопії. Згідно з даними літератури, для декомпресії нирки однаково ефективні як сечовивідний стент, так і нефростома, але встановлення дренажу або стента погано переносяться вагітними і, як правило, потребує багаторазової заміни через швидку закупорку солями. Для попередження цього стану рекомендовано призначати препарат Канефрон® Н, який пригнічує патологічну кристалізацію сечі та адгезію солей на поверхні біо- й абіогенних поверхонь, запобігає інкрустації сечовивідних дренажів і формуванню інфекційних біоплівки на поверхні катетерів. Препарат володіє бактерицидною дією, що зменшує бактеріурію та персистенцію мікроорганізмів у СВШ. Як правило, дренивання є тимчасовим методом лікування до закінчення періоду вагітності. Завдяки безперервному розвитку технологій методом першої лінії лікування СКХ у вагітних стала контактна уретеролітотрипсія. Утім не рекомендовано використовувати черезшкірну нефролітотрипсію та ударно-хвильові методи лікування у цієї категорії пацієнтів.

Отже, фізіологічні процеси в організмі жінки під час вагітності можуть виступати факторами ризику розвитку нефролітіазу. Застосування сучасних і безпечних препаратів, яким є Канефрон® Н компанії Bionorica, дозволяє знижувати концентрацію солей у сечі, що запобігає розвитку СКХ у вагітних. Цей препарат продемонстрував свою ефективність як у профілактиці утворення й росту каменів, так і в лікуванні вагітних із діагнозом СКХ.

Підготувала Катерина Пашинська

Bionorica®

Канефрон® Н

Інвестиція в ефективність лікування

Канефрон® Н
Краплі оральні

Канефрон® Н
60 таблеток, вкриті оболонкою

Канефрон® Н покращує результати комплексної терапії запальних процесів сечових шляхів та СКХ

Для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я. Канефрон® Н. Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячника 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячника 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г. Показання. Базисна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних інфекціях сечового міхура і нирок; хронічні неінфекційні захворювання нирок; профілактика утворення сечових каменів. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту. Канефрон® Н таблетки, вкриті оболонкою: Р.П. UA/4708/02/01 від 20.10.2021; Канефрон® Н краплі оральні: Р.П. UA/4708/01/01 від 20.10.2021. Джерело: 1. Sabadash and Shulyak Clinical Phytoscience (2017) 3:9 (DOI 10.1186/s40816-017-0046-7) 2. Мартинюк Л.П., Бутвин С.М., «Почки» №3, 2018 г «Ефективність лікування рецидивуючого пієлонефриту з використанням Канефрону® Н у хворих зі зниженою функцією нирок» 3. Черненко В.В., Урологія №4, 2005 «Сучасні підходи до про- та метафілактики сечокам'яної хвороби» 4. Мартюк А.Г., ЗФ. Урологія, 4/2012 «Возможности применения препарата Канефрон® Н в реабилитационный период после выполнения эндоскопических операций». Виробник: Біонорика СЕ (Німеччина), ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9; тел.: (044) 594-66-88; e-mail: info@bionorica.ua.