

# **ПАТОЛОГИЯ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ**

Доцент кафедры  
внутренних болезней НГМУ,  
к.м.н. Суворова Т.С.

# Структура почечной патологии у беременных

- до 92 % - пиелонефрит — инфекционно-воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением интерстиция и канальцевого аппарата
- 0,1- 0,2 % — гломерулонефрит — хроническое двустороннее диффузное поражение клубочкового аппарата почек иммунно-воспалительного характера
- до 0,8 % — почечно-каменная болезнь, характеризующаяся образованием камней в мочевых путях
- до 7 % - другие почечные патологии (нефроптоз, аномалии развития мочевой системы, единственная почка).

# Физиологические изменения (средние величины) почечной функции в ходе беременности (Dunlop, Davison, 1990)

	Вне беременности	Ранние сроки беременности	Поздние сроки беременности
Почечный плазмоток (мл/мин)	480	841	771
Мочевина плазмы (ммоль/л)	4,3	3,0	2,8
Мочевая кислота плазмы (мкмоль/л)	246	189	269
Осмолярность плазмы (мосмоль/кг)	288	278	280
Креатинин плазмы (мкмоль/л)	77	60	64
Суточный клиренс креатинина (мл/мин)	94	136	114

# Осложнения беременности у женщин с гломерулонефритом

- тяжелый поздний гестоз
- анемия
- гипотрофия плода
- перинатальная гибель плода
- преждевременные роды
- преждевременная отслойка плаценты
- маточное кровотечение
- присоединение или развитие артериальной гипертензии
- ухудшение функции почек

# Дифференциальная диагностика преэклампсии и гломерулонефрита

- тщательное выяснение данных анамнеза
- наличие протеинурии и повышенного артериального давления, так же как их абсолютный уровень не могут быть надежными ориентирами
- важное значение имеет динамика клинических и лабораторных проявлений, прежде всего протеинурии

## *нефропатия беременных у больных с ХГН:*

постоянное (иногда стремительное) нарастание протеинурии и артериального давления до высокого уровня, тромбоцитопения, рост гематокритного числа, повышение печеночных аминотрансфераз (АсАТ, АлАТ), снижение фибриногена крови

## *гестационное обострение ХГН:*

протеинурия увеличивается постепенно, но стабилизируется затем на более высоком уровне

# Принципы лечения беременных с гломерулонефритом

1. Режим и диета
2. Активная патогенетическая терапия с использованием цитостатических средств и иммунодепрессантов у беременных не может быть применена в связи с эмбриотоксическим действием препаратов
3. Комплексная симптоматическая терапия:  
гипотензивные, десенсибилизирующие препараты, антикоагулянты, антиагреганты, мембранстабилизаторы, антиоксиданты, инфузии белковых препаратов (альбумин, свежезамороженная плазма), глюкокортикостероиды и плазмаферез по показаниям, лечение анемии

# Принципы лечения беременных с гломерулонефритом

## ● Лечение артериальной гипертензии

*Лечение следует начинать при уровне систолического артериального давления больше или равного 140 мм рт ст и/или диастолического - больше или равного 90 мм рт ст*

*Целевой уровень артериального давления:*

*120-139/80- 89 мм рт ст*

Основные лекарственные препараты:

- допегит
- кардиоселективные бета-адреноблокаторы
- антагонисты кальция

# Принципы лечения беременных с гломерулонефритом

## ● Лечение анемии

- препараты железа
- витамины группы В
- фолиевая кислота
- трансфузия эритроцитной массы
- рекомбинантный человеческий эритропоэтин



# Принципы лечения беременных с гломерулонефритом

- **Нормализация тромбоцитарно-эндотелиального взаимодействия и улучшение маточно-плацентарного и почечного кровотока**
  - антиагреганты (дипиридамол, пентоксифиллин, ацетилсалициловая кислота)
  - антикоагулянты
- **Мембраностабилизирующая терапия**
  - аскорбиновая кислота
  - а-токоферол
  - унитиол
  - димефосфан

# Категории беременных с ХГН

- с сохранной или незначительно нарушенной функцией почек
- с умеренной почечной недостаточностью
- с тяжелой почечной недостаточностью

*Благополучный исход беременности более вероятен, когда почечная недостаточность характеризуется стабильным течением и не прогрессирует, а почечная функция нарушена минимально или умеренно*

*Важным прогностическим фактором является уровень АД*

# Принципы ведения беременных с гломерулонефритом

## Регулярное акушерско-нефрологическое диспансерное наблюдение

- Частота обследований, используемые методы исследования зависят от течения ХГН и течения беременности у конкретной больной
- Регулярное определение величины клубочковой фильтрации (не реже 1 раза в 1-1,5 мес), суточной экскреции белка (не реже 1 раза в 2-3 нед), тщательное мониторирование уровня артериального давления
- Регулярный контроль в отношении асимптоматической бактериурии или инфекции мочевыводящих путей
- Ультразвуковая фетометрия для своевременной диагностики ЗВУР плода (с 20-22-й недели)
- Контроль двигательной активности плода
- Плановая госпитализация (не менее трех раз)

# Сроки плановой госпитализации беременных с гломерулонефритом

- Первая (до 12 недель беременности)  
обследование, решение вопроса о возможности вынашивания беременности, разработка плана ведения беременности и прогнозирование возможных осложнений
- Повторная госпитализация (24–28 недель)  
проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предотвращение акушерских и нефрологических осложнений
- Дородовая госпитализация (37–38 недель)  
комплексное обследование, при необходимости — лечение, проведение дородовой подготовки и выработка плана ведения родов

# Показания для срочной госпитализации беременных с гломерулонефритом

- ухудшение общего состояния беременной и клинико-лабораторных показателей
- развитие почечной недостаточности
- возникновение акушерских осложнений (поздний гестоз, признаки внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода, угроза прерывания беременности)

# Прогноз для матери и плода у женщин с гломерулонефритом

## *Степени риска неблагополучного исхода беременности и родов*

- **1 степень риска** — минимальная, осложнения возникают не более чем у 20 % женщин
- **2 степень риска** — выраженная, экстрагенитальные заболевания часто вызывают осложнения беременности гестозом, самопроизвольным абортom, преждевременными родами; часто отмечается гипотрофия плода; увеличена перинатальная смертность — от 20 % до 50 %
- **3 степень риска** — максимальная, более 50 % — беременность представляет опасность для здоровья и жизни женщины, редко рождаются доношенные дети в удовлетворительном состоянии, высокая перинатальная смертность

# Показания для досрочного родоразрешения беременных с гломерулонефритом

- острый гломерулонефрит
- любая форма хронического гломерулонефрита в стадии обострения при наличии нефротического синдрома, артериальной гипертензии, резистентной к адекватной антигипертензивной терапии (адекватность оценивается консилиумом), нарушении функции почек (креатинин крови  $\geq 200$  мкмоль/л)
- хроническая почечная недостаточность (уровень креатинина сыворотки крови до зачатия при любом диагнозе не должен превышать 200 мкмоль/л, прогрессирующее нарастание креатинина сыворотки в любой срок беременности)
- единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэктомии) при азотемии, артериальной гипертензии, туберкулезе, пиелонефрите, гидронефрозе

# Показания для досрочного родоразрешения беременных с гломерулонефритом

- все формы плацентарной недостаточности:
  - *острая* (преждевременная отслойка плаценты с развитием маточного кровотечения и высоким риском смерти плода)
  - *подострая* (нефропатия беременных)
  - *хроническая*, в случае ее прогрессирования (внутриутробная задержка роста и развития плода)



# Заключение

- У беременных, страдающих ХГН, прогноз как в отношении течения основного заболевания, так и исхода беременности не может в целом считаться неблагоприятным.
- Основными факторами, определяющими акушерский исход и вероятность отрицательного влияния беременности на течение заболевания почек, являются исходная функция почек и наличие АГ независимо от характера почечной патологии, за исключением тяжелых форм ХГН, при которых определяющую роль играет сам характер заболевания почек. Этой категории больных, так же как и пациенткам с умеренной и тяжелой почечной недостаточностью любой этиологии и/или неконтролируемой АГ, беременность противопоказана.
- Своевременное диспансерное наблюдение беременной женщины с заболеваниями почек, выбор правильной тактики ведения беременности и родов способствуют снижению частоты рецидивов основного заболевания и осложнений для матери и плода.