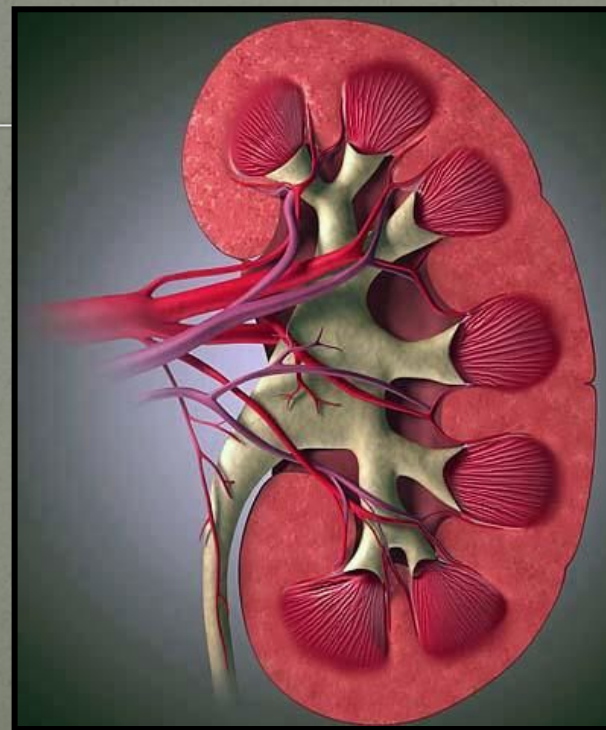


ГЕРЕЕВА А.Б.

Беременность и ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ.





Анатомические изменения почек и мочевых путей у беременных

- 1) увеличение размера и массы почек
- 2) гипертрофия нефрона
- 3) дилатация мочевого тракта – чашечек, лоханки, мочеточника
- 4) гипертрофия мышц мочеточника и гиперплазия соединительной ткани

Гемодинамические изменения при беременности

- Объем циркулирующей крови возрастает на 30 – 40% или на 1 – 1,5 л.
- Минутный объем увеличивается на 40 – 60% за счет ударного объема сердца и тахикардии.
- АД снижается вследствие уменьшения периферического сосудистого сопротивления.
- АД сист. ↓ на 10 – 15 мм рт. ст, АД диаст. ↓ на 5-15 мм рт. ст. (изменение выработки эндотелием таких вазодилататоров, как простаглицлин и NO).
- Средний уровень АД у здоровых беременных в I триместре = 105/70 мм рт. ст. и ниже 130/85 в 80% случаев на протяжении всей беременности.

Гломерулонефрит

- Гипертоническая форма (7%): повышенное АД, умеренные протеинурия, гематурия и цилиндрурия. Отеков нет.
- Нефротическая форма (5%): протеинурия, гипопротейнемия, отеки, гиперхолестеринемия. Цилиндры (гиалиновые, зернистые, восковидные)!
- Смешанная форма (25%): возможны судороги.
- Латентная форма (63%): микропротеинемия, микрогематурия, единичные цилиндры. Эстраренальных симптомов нет.

Степени риска для беременных с гломерулонефритом

I степень - у больных с латентным гломерулонефритом

II - у больных с нефротической формой

III - у больных с гипертонической и смешанной формами

Частота перинатальных и акушерских осложнений беременности при ХГН

Осложнения беременности	Популяция в целом (данные литературы)	Беременные с ХГН	
		(данные литературы)	(собственные данные)
Совокупные потери плода и новорожденного, %	0,6—6,3	7—20	15,4
Внутриутробная задержка развития плода, %	4,1—7,8	4—26	25
Преждевременные роды, %	1,0—10,3	10—24	17,3
Преждевременная отслойка плаценты, %	0,1—0,5	2—4	1,9
Нефропатия беременных, %	0,9—3	10—40	7,7

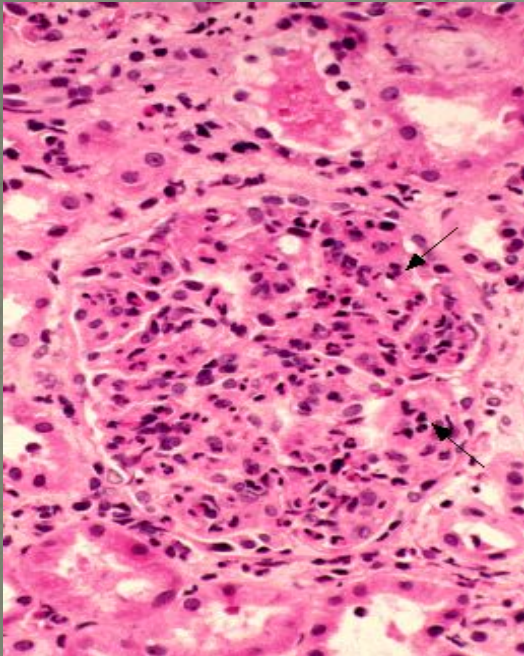
Каковы шансы у больной хроническим гломерулонефритом родить здорового ребенка?

Частота перинатальных проблем у больных гломерулонефритом в 2 – 3 раза выше, чем в популяции.

Более чем в 85% случаев беременность завершается рождением живого ребенка.

Среди новорожденных 80% детей доношены и имеют нормальную массу тела.

Острый гломерулонефрит у беременных



Острый нефритический синдром у беременных очень редко соответствует острому гломерулонефриту.

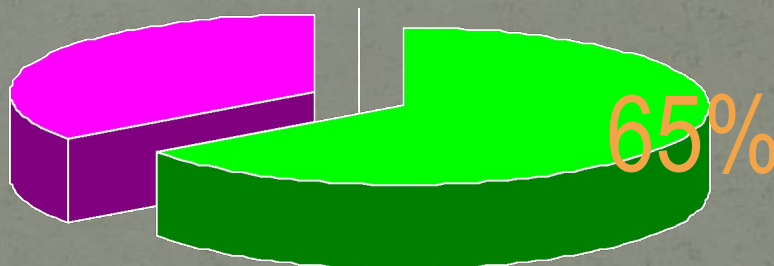
Диагноз острого гломерулонефрита можно ставить только при наличии явной связи со стрептококковой инфекцией.

Беременность не меняет лечебную тактику при остром гломерулонефрите.

Ухудшает ли беременность течение хронического гломерулонефрита?

30 – 35%

- ↑ протеинурии
- прогрессирование (или развитие) артериальной гипертензии и почечной недостаточности



- беременность не оказывает существенного влияния на течение гломерулонефрита

Влияние функции почек на течение гломерулонефрита у беременных

- При сохранной или слегка сниженной функции почек ($Cr < 0,125$ ммоль/л)
 - течение беременности благоприятное
 - может ухудшиться течение МПГН, ФСГС и IgA нефропатии
- При $Cr 0,125 - 0,250$ ммоль/л
 - отдельные беременные вынашивают плод
 - течение гломерулонефрита всегда ухудшается
- При $Cr > 0,250$ ммоль/л :
 - риск осложнений у матери во много раз выше вероятности родов здоровым плодом

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- На раннем сроке определить прогноз продолжения беременности для матери и для плода, показания для ее прерывания
- При сохранении беременности – динамическое наблюдение за клинико-лабораторными показателями с целью своевременной диагностики обострения нефропатии или снижения функции почек
- Адекватная коррекция артериальной гипертензии и водно-электролитных нарушений

Тактика ведения беременных, больных гломерулонефритом

- Осмотры больных с 2-нед. интервалами до 32 нед. беременности, далее 1 раз в неделю
- Минимальный объем исследования
 - определение функции почек
 - определение протеинурии
 - тщательный мониторинг уровня АД
 - раннее распознавание преэклампсии
 - определение состояния плода
 - раннее обнаружение скрытой инфекции мочевых путей

РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ НЕФРОБИОПСИИ БЕРЕМЕННОСТИ

ПРИ

- < В I (II) триместре – верификация впервые выявленной гломерулонефропатии с «опасным» мочевым синдромом или начальными признаками снижения функции почек
- < Другие показания к нефробиопсии (до 30 – 32 нед.):
 - < внезапное «необъяснимое» ухудшение функции почек
 - < развернутый нефротический синдром
- < В большинстве случаев с клиническими признаками гломерулопатии выполняется после родов
- < Процент осложнений нефробиопсии у беременных такой же, как и у небеременных

ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

- коррекция артериальной гипертензии
- коррекция водно-электролитных нарушений
- коррекция эндотелиально-тромбоцитарных нарушений
- своевременное и обоснованное родоразрешение

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

- АД следует поддерживать на уровне, которое было до беременности, но не выше 150/90
- использовать антигипертензивные препараты, применявшиеся до беременности (кроме иАПФ, резерпина)
- при нарастании АД в III триместре склоняться к диагнозу преэклампсии

ПОКАЗАНИЯ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

- < Некорректируемое гестационное обострение хронического гломерулонефрита
- < Прогрессирующее снижение функции почек
- < Нарастающая хроническая плацентарная недостаточность (внутриутробная задержка развития плода)
- < Острая плацентарная недостаточность (поздний токсикоз беременных)

Терапия при гломерулонефрите

- Постельный режим и диета (снижение потребления соли до 3г и жидкости, но не следует сильно ограничивать белок 120-160 г)
- Гиповолемические препараты (бета-адреноблокаторы, альфа-адреноблокаторы, диуретики)
- Физиотерапия: ультразвук на область почек в импульсном режиме – вазотропное влияние (расширяет сосуды), противовоспалительное, десенсибилизирующее действие
- Сухая плазма или альбумин– устранение гипопропротеинемии
- При возникновении анемии – железо, витамины группы В, фолиевая кислота
- Антиагреганты: трентал, курантил, теоникол, гепарин (непрямые антикоагулянты противопоказаны, так как могут вызвать геморрагический синдром плода)
- Фитотерапия (череда, тысячелистник, фиалка трехцветная, смородина черная, толокнянка, земляника)
- Аспирин (маточно-плацентарный и почечный кровоток!!!)

Спасибо за внимание!

