

Современные подходы к ведению беременных с почечной патологией

Ш.Г.Кадимова

Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии II
Баку, Азербайджан

Для осуществления цели исследования на основании разработанных клиничко-лабораторных критериев за период с 2009 по 2011 г. было обследовано 250 женщин в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст — $27,98 \pm 5,3$ года) с почечной патологией в сроке 16-40 недель. Обследование всех женщин проводилось на сроках 16-22, 23-29, 30-36 и 37-40 недель беременности. Проведенные комплексные исследования позволили расширить представления о возникновении и развитии осложнений беременности на фоне почечной патологии. Выявлены особенности течения беременности при почечной патологии, на основании которых для практического здравоохранения разработан алгоритм ведения беременных в период беременности и в последующие сроки гестации для снижения частоты неблагоприятных исходов беременности для матери и плода.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, почечная патология, беременность.

ВВЕДЕНИЕ

Беременность оказывает существенное влияние на функциональное состояние почек: повышаются почечный кровоток и клубочковая фильтрация, увеличивается реабсорбция воды в почечных канальцах, что способствует ее накоплению в организме и снижению осмоляльности плазмы. Под влиянием гормонов (прогестерон) и механических факторов (рост беременной матки) происходит расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточников со снижением их тонуса, снижением тонуса мочевого пузыря, что реализуется в увеличении остаточного объема и стазе мочи с повышением

риска развития острого воспалительного заболевания мочевыделительной системы [1-3].

В ряде случаев нарушение функции почек во время беременности не связано с их фоновым заболеванием, а имеет вторичный характер, то есть зависит от возникшего осложнения (гестоз). К сожалению, не всегда можно определить первопричину нарушения функции почек (гестоз или предшествующее заболевание). Проблема усугубляется тем, что многие женщины не ориентированы в своем соматическом статусе, располагают очень скудными данными анамнеза, а большая часть методов диагностики, применяемая в нефрологии, не может быть использована во время беременности. Вероятность почечной патологии повышается у женщин старше 30 лет [4, 5].

Безусловно, значимым фактором в развитии почечной патологии у женщин является урогенитальная инфекция, о частоте которой в репродуктивном возрасте хорошо известно. Именно инфекция инициирует острое и хроническое повреждение канальцевого аппарата почек. В то же время хронический пиелонефрит не всегда является результатом персистирующей инфекции, в ряде случаев он развивается как следствие обструктивных причин (мочекаменная болезнь, стриктура, пузырно-лоханочный рефлюкс). Менее 50% женщин с хроническим пиелонефритом имеют анамнез, свидетельствующий в пользу инфекции как причины заболевания. Беременность увеличивает нагрузку на функцию почек, что может оказаться чрезмерным в случаях их повреждения [6-8]. Поэтому вопрос о способах поддержки функционального состояния почек, профилактике почечной недостаточности и рецидивов инфекционно-воспалительного процесса у беременных женщин чрезвычайно актуален.

Целью исследования явилась разработка современных подходов к ведению беременных с почечной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В нашей работе для осуществления цели исследования на основании разработанных клинико-лабораторных критериев за период с 2009 по 2011 г. было обследовано 250 женщин в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст — $27,98 \pm 5,3$ года) с почечной патологией в сроке 16-40 недель беременности, наблюдавшихся на базе кафедры акушерства и гинекологии II АМУ и родильного дома №5 им. Ш.Алескеровой. Обследование всех женщин проводилось на сроках 16-22, 23-29, 30-36 и 37-40 недель беременности.

Из обследованных 250 беременных была отобрана 161 женщина с хронической почечной патологией, из которых сформировали три группы: 1 группа — 84 пациентки с сопутствующей инфекцией мочевыделительной системы (бессимптомная бактериурия — 16 беременных, хронический пиелонефрит — 68 беременных); 2 группа — 40 пациенток с признаками хронической почечной недостаточности (ХПН), а также пациентки с гестозами средней тяжести; 3 группа — 37 пациенток с хроническим паренхиматозным повреждением почек (хронический гломерулонефрит — 24 беременных, тубулоинтерстициальный нефрит — 13 беременных).

Дополнительно в качестве группы контроля (КГ) было взято 50 беременных пациенток в возрасте от 18 до 34 лет (средний возраст — $24,57 \pm 0,7$ года) без почечной патологии и клинических проявлений в анамнезе. Оценка функционального состояния системы «мать — плацента — плод» проводилась с использованием ультразвукового, доплерометрического исследований и кардиотокографии. Ультразвуковые и доплерометрические исследования были проведены на приборе фирмы «Aloka SSD-2000» (Япония). Для проведения карди-

отокографии мы использовали автоматизированный антенатальный монитор (ААМ-04), созданный фирмой «Уникос» (Россия). Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась общепринятыми методами вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группе с инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы у 16 пациенток была бессимптомная бактериурия, в остальных случаях отмечали хронический пиелонефрит. В посевах мочи были выделены *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter serrata*, *Escherichia coli*, *Enterococcus* и др. при КОЕ 10^4 - 10^5 /л. Клиническая картина пиелонефрита была неопределенной: анамнез (острые эпизоды цистита и пиелонефрита, диагноз рефлюкса в детстве), у трети анемический синдром как вне, так и во время беременности (Hb 74-90-103-110 г/л, снижение цветного показателя), у части пациенток — разной частоты обострения пиелонефрита, данные УЗИ почек (расширение и деформация чашечно-лоханочной системы). Протеинурия не была постоянной и мало выраженной, в мочевом осадке — клетки почечного эпителия, единичные зернистые, гиалиновые цилиндры (непостоянно), при обострениях — лейкоцитурия.

У 42 пациенток отмечены сопутствующие воспалительные процессы в нижнем отделе гениталий, в анамнезе или во время беременности — хламидиоз, микоплазмоз, трихомониаз, а также дисбиозы (бактериальный вагиноз, кандидоз). Наиболее характерным признаком включения канальцевого аппарата в патологический процесс была гипостенурия, которая носила постоянный характер. Концентрация креатинина и мочевины в сыворотке крови была нормальной.

ТАБЛИЦА 1

Особенности анамнеза пациенток

Отягощенный анамнез	1 группа (n=84)		2 группа (n=40)		3 группа (n=37)		Всего (n=161)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гестоз тяжелой степени тяжести	18	42,8	14	35,0	9	24,3	58	36,0
Антенатальная гибель плода	6	14	10	25,0	3	8,1	24	14,9
Неразвивающаяся беременность в сроке до 12 недель	20	47,6	24	60,0	10	27,0	74	46,0
Ранние выкидыши (до 10 недель)	18	43	16	40,0	8	21,6	60	37,3
Самопроизвольные выкидыши 10 недель и выше	12	28,6	10	25,0	5	13,5	39	24,2
Преждевременные роды	20	48,0	16	40,0	4	10,8	40	24,8
Неонатальная смерть	8	19,0	8	20,0	2	5,4	25	15,5
ВЗРП	8	19,0	6	15,0	3	8,1	24	14,9

ТАБЛИЦА 2

Анализ гинекологических нарушений пациенток в анамнезе по группам

Гинекологические нарушения	1 группа (n=84)		2 группа (n=40)		3 группа (n=37)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эктопия шейки матки	10	12,0	9	22,5	2	5,4
Хронический сальпингофорит	16	19,0	14	35,0	3	8,1
Эндометриоз	10	12,0	3	7,5	2	5,4
Бесплодие I	2	2,4	0	0	2	5,4
Бесплодие II	2	2,4	4	10,0	0	0
Поликистоз яичников	3	3,6	4	10,0	1	2,7
Эндометрит	12	14,3	12	30,0	0	0
Миома матки	0	0	3	7,5	1	2,7
Гиперандрогения	6	7,1	6	15,0	2	5,4

Известно, что почечная патология приводит к развитию ХПН. На ранних стадиях ХПН уменьшение объема действующих нефронов способствует структурной и функциональной гипертрофии сохранных элементов, что обеспечивает фактически нормальную почечную ультрафильтрацию. Однако беременность может нарушить эту хрупкую адаптацию, что проявится ухудшением функции почек и/или клинической картиной преэклампсии. Первым симптомом надвигающихся осложнений являются жалобы беременных на никтурию. Дальнейшее снижение функциональных резервов почек или вторая стадия ХПН сопровождается ухудшением клубочковой фильтрации, ухудшением концентрационно-выделительной функции, повышением уровня креатинина и мочевины в сыворотке крови.

У всех обследованных пациенток был осложнен акушерский анамнез (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что у пациенток 1 группы, также как и во 2 группе, достаточно большой процент акушерских осложнений. При исследовании

гинекологического анамнеза беременных характер менструальной функции во всех трех группах существенных различий не имел, также изучалась структура гинекологических заболеваний, представленная в табл. 2.

Как следует из табл. 2, в анамнезе у пациенток всех трех групп были те или иные гинекологические заболевания. Всем беременным обязательно проводилось исследование инфекционного профиля. Большинство пациенток в процессе подготовки к настоящей беременности были обследованы и пролечены от хламидийной, микоплазменной и уреоплазменной инфекции. А в случае выявления ее только во время беременности лечение назначалось после 20 недель (ровамицин 3 млн 2 раза в день в течение 7 дней). Структура инфекционного профиля показана в табл. 3.

Из табл. 3 видно, что во всех группах были пациентки с теми или иными инфекционными процессами, но больший процент отмечался у пациенток 1 и 2 групп. Во время данной беременности всем пациенткам с целью оценки со-

ТАБЛИЦА 3

Инфекционный профиль пациенток в анамнезе

Возбудитель заболевания	1 группа (n=84)		2 группа (n=40)		3 группа (n=37)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Chlamidia trachomatis	12	14,3	7	17,5	2	5,4
Ureaplasma Urealitica	10	12,0	9	22,5	4	10,8
Mycoplasma hominis	12	14,3	4	10,0	2	5,4
Candida albicans	14	16,6	10	25,0	3	8,1
Cytomegalovirus	15	17,6	9	22,5	2	5,4
Papillomavirus 16,18	4	4,8	3	7,5	2	5,4
Rubella IgG	6	7,1	2	5,0	1	2,7
Herpes Simplex (тип 1 и 2)	16	19,0	8	20,0	2	5,4
Гепатит С в ст. ремиссии	0	0	1	2,5	0	0
Энтеровирус	10	12,0	4	10,0	0	0

ТАБЛИЦА 4

Особенности течения настоящей беременности

Клинические проявления	1 группа (n=84)		2 группа (n=40)		3 группа (n=37)		Всего (n=161)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гестоз средней степени тяжести	22	26,2	18	45,0	9	24,3	49	30,4
Гестоз тяжелой степени тяжести	62	73,8	22	55,0	28	75,7	112	69,6
ПОНРП	6	7,1	3	7,5	6	16,2	15	9,3
Аntenatalная гибель плода	0	0	0	0	0	0	0	0
Преждевременные роды	4	4,8	0	0	3	8,1	7	4,3
Гипертонус матки во время беременности	30	35,7	24	60,0	17	45,9	71	49,1
Кровотечение в 1-й половине, ретрохориальные гематомы	18	21,4	13	32,5	12	32,4	43	26,7
ВЗРП	4	4,8	5	12,5	0	0	9	5,6
ФПН	16	19,0	10	25,0	8	21,6	34	21,1
Аномальное прикрепление плаценты (полное, неполное, низкое)	18	21,4	9	22,5	4	10,8	31	19,2
Срочные роды через естественные родовые пути	56	66,7	29	72,5	27	72,9	112	69,6
Срочные оперативные роды	24	28,5	11	27,5	7	18,9	42	26,0
Ручное отделение плаценты	2	2,4	1	2,5	1	2,7	4	2,5
Кровотечение в раннем послеродовом периоде	4	4,8	2	5	3	8,1	9	5,6
Живые дети	84	100	40	100	37	100	161	100

стояния внутриутробного плода проводилось УЗ-исследование, доплерометрия, кардиотокография. Результаты динамического наблюдения за течением настоящей беременности представлены в табл. 4.

Из табл. 4 видно, что у 71 (44,1%) беременной при УЗ-исследовании выявлен гипертонус матки, в этих случаях назначали спазмолитическую терапию (но-шпа, свечи с папаверином, MgB6). В I триместре беременности у 43 (26,7%) пациенток – ретрохориальные гематомы и кровянистые выделения, связанные с отслойкой ворсин хориона (1 группа – у 18, 2 группа – у 13, 3 группа – у 12 пациенток). Этим пациенткам также назначали сохраняющую терапию (утрожестан, фолиевая кислота, MgB6, вобензим). Антикоагулянтную терапию фраксипарином при наличии кровянистых выделений прекращали и возобновляли вновь после организации участков отслойки. Динамика лечения положительная, у всех пациенток беременность сохранена.

Всего преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) наблюдалась у 15 пациенток: 1 группа – у 6, 2 группа – у 3 и 3 группа – у 6 беременных. У 4 из них в сроке 34-36 недель беременности завершилась преждевременными родами. У остальных при доношенной беременности в виде частичной ПОНРП. Во всех случаях роды закончились рождением живых детей с оценкой по Апгар (9 детей – 6/7 баллов, 2 – 7/7баллов, 4 – 7/8

баллов). Следовательно, во всех трех группах были пациентки с ПОНРП, при этом наибольший процент мы наблюдали в 2 группе. Вероятно, это связано с тем, что эти пациентки были взяты под наблюдение в III триместре беременности с имеющимися уже изменениями в системе гемостаза и маточно-плацентарном кровотоке. Фетоплацентарная недостаточность была выявлена у 34 пациенток: в 1 группе – у 16 беременных, во 2 группе – у 10, в 3 группе – у 8. Все они наблюдались со 2-3 триместра беременности. При этом внутриутробная задержка развития плода была в 9 случаях как следствие тяжелой фетоплацентарной недостаточности.

В 1 группе у 4 беременных на фоне нарушения маточно-плацентарного кровотока II А степени одна из пациенток наблюдалась с конца II триместра, а другая – с III триместра.

Во 2 группе из 5 пациенток трое были взяты под наблюдение в конце II триместра с этим диагнозом, при проведении доплерометрии выявлено нарушение маточно-плацентарного кровотока (у 2 – 2А, у 1 – 1В степени). 2 пациентки с ВЗРП взяты под наблюдение уже в III триместре (32 нед. и 34 нед.) с нарушением маточно-плацентарного кровотока 2А и 2В степени. В 3 группе не было выявлено. Всем беременным с ФПН и ВЗРП проводилось лечение, направленное на улучшение маточно-плацентарного кровотока и профилактику внутриутробной гипоксии плода. Назначена была противотромботическая терапия (антикоагулянты, антиаг-

реганты, антиоксиданты) под контролем гемостазиограммы, а также препараты, улучшающие МПК (актовегин, эссенциале, инстенон и др.). Частота развития ФПН по всем трем группам существенно не различалась. Однако нужно отметить, что случаев антенатальной гибели плода за время наблюдения на фоне проводимой адекватной терапии не было ни в одной группе.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенные комплексные исследования позволили расширить представления о возникновении и развитии осложненной беременности на фоне почечной патологии. Выявлены особенности течения беременности при почечной патологии, на основании которых для практического здравоохранения разработан алгоритм ведения беременных в период беременности и в последующие сроки гестации для снижения частоты неблагоприятных исходов беременности для матери и плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батюшин М.М., Терентьев В.П., Дмитриева О.В., Повилайти П.Е. Хроническая болезнь почек. Место нестероидных противовоспалительных препаратов. — Санкт-Петербург, Джангар, 2009. — 136 с.
2. Максимова А.С. Заболевания почек. — Санкт-Петербург: Феникс, 2007. — 256 с.
3. Медведев М.В. Алгоритмы пренатальной диагностики: Учеб. пособие. — М.: Реальное Время, 2005. — 168 с.
4. Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Елохина Т.Б., Пустошина О.А. Применение Канефрона в профилактике обострений пиелонефрита у беременных: Мат. IV Российского форума «Мать и дитя». — М., 2002. — С. 449-450.
5. Тютюнник В.Л. Влияние инфекции на течение беременности, плод и новорожденного // Вестник акушеров-гинекологов. — 2001. — №1. — С. 20-23.
6. Энкин М. Т. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. — СПб.: Петрополис, 2003. — 240 с.
7. Epstein F.H. Pregnancy and renal disease // N. Engl. J. Med. — 2009. — Vol. 335. — №8. — P. 277-278.
8. Jones D.C., Hayslett J.P. Outcome of pregnancy in women with moderate or severe renal insufficiency // N. Engl. J. Med. — 2009. — Vol. 335. — №8. — P. 226-232.

Ш.Г.Кадимова. Сучасні підходи до ведення вагітних з нирковою патологією. Баку, Азербайджан.

Ключові слова: плацентарна недостатність, ниркова патологія, вагітність.

Для здійснення мети дослідження на підставі розроблених клініко-лабораторних критеріїв за період з 2009 до 2011 р. було обстежено 250 жінок віком від 18 до 39 років (середній вік — $27,98 \pm 5,3$ року) з нирковою патологією в періоді 16-40 тижнів. Дослідження всіх жінок проводилось у строки 16-22, 23-29, 30-36 і 37-40 тижнів вагітності. Проведені комплексні дослідження дозволили розширити уявлення про виникнення та розвиток ускладнень вагітності на фоні ниркової патології. Виявлені особливості перебігу вагітності при нирковій патології, на основі яких для практичної охорони здоров'я розроблений алгоритм ведення вагітних у період вагітності і в наступні строки гестації для зниження частоти несприятливих наслідків вагітності для матері та плода.

S.G.Kadimova. Modern approaches to conducting pregnant women with kidney pathology. Baku, Azerbaijan.

Key words: placental insufficiency, kidney pathology, pregnancy.

For realization of the goal of our research we investigated 250 women at the age from 18 till 39 years (middle age $27,98 \pm 5,3$) with kidney pathology, in term 16-40 weeks on the basis of the developed clinical and laboratory criteria, from 2009 for 2011 years. Inspection of all women was spent on terms 16-22, 23-29, 30-36 and 37-40 weeks of pregnancy. The carried out complex researches have allowed expanding representations about occurrence and development of complications of pregnancy against kidney pathology. Features of current pregnancy are revealed at kidney pathology on which basis for practical public health services in pregnancy and in the subsequent terms gestation the algorithm of conducting pregnant women is developed for decrease in frequency of failures of pregnancy for mother and fetus.

Надійшла до редакції 27.08.2012 р.