

Коррекция функции почек у женщин с гестозом

С.К. Багаш, И.И. Черниченко, В.А. Линде

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

Семейный врач Том 15 N 1, 2011 г., С. 32-35.

В практической деятельности врачей акушеров-гинекологов и врачей общей практики все чаще приходится сталкиваться с проблемой гестоза. Оценка экскреторной функции почек на фоне гестоза важна как с клинической, так и с исследовательской точек зрения. Цель исследования – оценка функции почек у женщин после перенесенного гестоза и возможности коррекции выявленных нарушений. Обследована 131 родильница после перенесенного гестоза. У 110 родильниц с гестозом провели оценку скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Контрольную группу составили 32 пациентки с физиологическим течением беременности, родов и послеродового периода. У 21 обследованной женщины с гестозом в послеродовой период проводили коррекцию нарушенной функции почек с помощью препарата Канефрон® Н. При углубленном анализе оценки функционального состояния почек обследуемых женщин выявлена достоверно сниженная СКФ у женщин основной группы по сравнению с обследованными контрольной группы. Назначение в послеродовой период препарата Канефрон® Н позволяет эффективно, быстро и безопасно нормализовать функциональное состояние почек у женщин с перенесенным гестозом.

Ключевые слова: оценка функции почек, гестоз, женское здоровье.

В практической деятельности врачей акушеров-гинекологов, врачей общей практики и семейных врачей все чаще приходится сталкиваться с проблемой гестоза. Это обусловлено возрастающей частотой данного осложнения беременности и расширяющейся профессиональной нагрузкой, возложенной на данную категорию врачей, связанную с их профессиональной деятельностью по оказанию помощи различным категориям населения.

Гестоз – специфическое осложнение течения беременности, проявляющееся, как правило, во второй ее половине и характеризующееся глубоким расстройством всех видов обмена, изменением деятельности сосудистой и нервной систем, нарушением функции плаценты, почек, печени и других жизненно важных органов в результате их функциональных и морфологических повреждений [1, 2]. Для объяснения природы этой патологии предложено большое количество различных теорий, но ни одна из них так и не стала общепризнанной [3].

Одной из первых была предложена почечная теория. В 1880 г. сотрудник клиники, руководимой С.П. Боткиным, Я.Я. Стольников обратил внимание на роль ишемии в развитии почечных заболеваний [4]. Несколько позже в эксперименте на беременных собаках после небольшого сужения почечных сосудов были получены гипертензия, альбуминурия, судороги и кома. Если животные не погибали, после родов их состояние быстро улучшалось [5]. При вскрытии погибших животных авторы находили в печени изменения, характерные для эклампсии. Аналогичные опыты на небеременных собаках к подобным изменениям не привели.

В настоящее время большинство авторов в качестве пускового механизма развития гестоза рассматривают эндотелиоз, который в качестве основного звена патогенеза характерен и для почечной патологии [6, 7]. Для гестоза характер-

но параллельное нарастание его тяжести и снижение суточного диуреза [8]. Некоторые авторы считают, что тяжелый гестоз нужно рассматривать как пограничное с острой почечной недостаточностью состояние [9].

Трудно представить, что подобные изменения в почках будут проходить, как и симптоматика гестоза, сразу после родов. В ряде работ показано, что функциональные изменения в печени после перенесенного гестоза требуют в послеродовой период соответствующего контроля и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение ее функции [10].

Оценка экскреторной функции почек на фоне гестоза также важна как с клинической, так и с исследовательской точки зрения. Однако такое рутинное исследование, как проба Реберга, не отвечает современным требованиям, предъявляемым к чувствительности методики [11]. Следовательно, оценка функционального состояния почек после перенесенного гестоза выглядит актуальной и обоснованной.

Цель исследования: оценка функции почек у женщин после перенесенного гестоза и возможности коррекции выявленных нарушений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследована 131 родильница после перенесенного гестоза. У 110 родильниц с гестозом проводили оценку скорости клубочковой фильтрации (СКФ), они составили основную группу. При этом у пациенток данной группы был выявлен гестоз различной степени тяжести: у 32 женщин диагностирован гестоз легкой степени (ГЛС), у 49 пациенток – гестоз средней степени (ГСС) и у 29 обследуемых – гестоз тяжелой степени (ГТС). Контрольную группу составили 32 пациентки с физиологическим течением беременности родов и послеродового периода. Также в своей работе мы у 21 пациентки с гестозом выполняли коррекцию выявленных нарушений СКФ, из них у 7 родильниц с ГЛС, у 9 женщин – с ГСС и у 5 обследуемых – с ГТС.

Средний возраст обследуемых основной группы составил $27,3 \pm 1,2$ года, а средний возраст женщин контрольной группы – $25,8 \pm 1,4$ года.

Критериями включения женщин в основную группу были: развитие гестоза после 20-й недели беременности, отсутствие у женщин в анамнезе любой соматической патологии, в том числе различных заболеваний почек, наличие до настоящей беременности у женщин нормальных анализов, характеризующих ненарушенную функцию почек.

Критериями исключения из исследования были: наличие у обследуемых патологических образований почек (пороков развития, в том числе врожденных, опухолей почек, мочекаменной болезни), наличие до беременности у женщин патологических показателей анализов, характеризующих нарушенную функцию почек.

Исследование соответствовало международным и этическим нормам, изложенным в Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Рекомендации для врачей, занимающихся биомедицинскими исследованиями с участием людей» и требованиям, изложенным в основных нормативных документах РФ по клиническим исследованиям, о чем свидетельствует «разрешение на проведение исследования»,

Таблица 1

СКФ у рожениц на 10–12-е сутки после родов

Группа	Метод оценки, мл/мин	
	По формуле Кокрофта–Голта (FCG)	По формуле MDRD
Основная	89,2±5,0*	123,1±5,6*
Контрольная	109,3±4,4	137,6±5,1

Примечания: *p<0,05.

Таблица 2

Сравнительная характеристика СКФ на 10–12-е сутки послеродового периода

Метод оценки (мл/мин)	Основная группа	На фоне терапии
По формуле Кокрофта–Голта (FCG)	89,2±5,0*	103,2±4,6
По формуле MDRD	123,1±3,6*	134,3±4,2

Примечания: *p<0,05.

полученное от этического комитета Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Все включенные в исследование беременные и роженицы обследованы в соответствии с отраслевыми стандартами объемов обследования в акушерстве, принятыми в России [12]. Использованные методы исследования включали клинико-анамнестический метод, лабораторно-инструментальные методы обследования (измерение артериального давления, ультразвуковое исследование, регистрация ЭКГ, клиническое исследование крови и мочи, биохимическое исследование крови с определением уровня аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, глюкозы. Обследование женщин проводили во второй половине беременности и на 10–12-е сутки послеродового периода.

В связи с тем, что проба Реберга не отвечает современным требованиям, предъявляемым к чувствительности методики, при оценке СКФ использовали уравнение MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) и/или клиренс креатинина по формуле Кокрофта–Голта (Cockcroft–Gault, FCG).

Формула Кокрофта–Голта выглядит следующим образом:

$СКФ = \{(140 - \text{возраст}) \times \text{масса тела} / \text{креатинин сыворотки (мг/дл)} \times 72\} \times 0,85$,

где показатели в скобках (дробь) умножаются на коэффициент 0,85 для женщин.

Уравнение MDRD представляет собой:

$СКФ = 170 \times (\text{креатинин} \times 0,0113)^{-0,999} \times \text{возраст}^{-0,176} \times (\text{мочевина} \times 2,8)^{-0,17} \times \text{альбумин}^{0,318}$.

У 21 обследованной женщины с гестозом в послеродовый период проведена коррекция нарушенной функции почек. При этом женщин с ГЛС было 7, рожениц с ГСС – 9 и с ГТС – 5. Для коррекции нарушенной СКФ мы использовали препарат Канефрон® Н, хорошо зарекомендовавший себя в лечении заболеваний почек и мочевыделительной системы [13]. Кроме того, Канефрон® Н достаточно широко используется при беременности. Имеются работы, свидетельствующие о том, что при гестозе во время беременности данный препарат может увеличивать диурез, уменьшать отеки и снижать концентрацию креатинина в крови [13].

Препарат Канефрон® Н назначали пациенткам с гестозом с первых суток послеродового периода по 50 капель или по 2 таблетки 3 раза в день в течение 10 дней. Состав препарата (на 100 г раствора) представляет собой 29 г водно-спиртового экстракта Centaurii herba (травы золототысячника), 0,6 г Levistici radix (корня любистка лекарственного) и 0,6 г Rosmarini folia (листьев розмарина). Одна таблетка препарата содержит 18 мг Centaurii herba (травы золототысячника), 18 мг Levistici radix (корня любистка лекарственного) и 18 мг Rosmarini folia (листьев розмарина).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что у всех включенных в обследование женщин не выявлено патологических нарушений в показателях крови и по данным УЗИ и ЭКГ. При этом следует отметить, что жалобы на легкие дисурические явления в ранний послеродовой период имели место у 29 женщин (22,1%) основной группы и 6 обследуемых (18,8%) контрольной группы. Эти жалобы в большей степени были связаны с родами, поскольку проходили самостоятельно и не сопровождались выраженными изменениями воспалительного характера в моче. Каких-либо других жалоб со стороны почек и мочевыделительной системы роженицы не предъявляли. Послеродовой период протекал относительно благоприятно в обеих группах.

Однако при углубленном анализе оценки функционального состояния почек обследуемых женщин была выявлена достоверно сниженная СКФ у рожениц основной группы по сравнению с роженицами контрольной группы, определяемая обоими используемыми методиками (табл. 1). При этом более выраженная разница в полученных показателях отмечена при оценке СКФ по методике FCG, что составило 89,2±5,0 мл/мин в группе пациенток с перенесенным гестозом и 109,3±4,4 мл/мин в контрольной группе женщин.

При назначении женщинам с гестозом препарата Канефрон® Н в течение первых 10 дней послеродового периода было выявлено, что СКФ несколько уменьшена по сравнению с показателями контрольной группы, но статистически достоверно больше, чем у рожениц с гестозом, не принимавших препарат (табл. 2).

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование свидетельствует о том, что перенесенный гестоз отрицательно влияет на функциональное состояние почек, что отражается нарушенной их функцией даже в послеродовой период. Следовательно, женщины в послеродовой период нуждаются в динамическом контроле функционального состояния почек и проведении нормализующих его лечебно-профилактических мероприятий. Кроме того, оценка СКФ в послеродовой период с помощью методик FCG и MDRD достаточно информативна.

Назначение в послеродовой период препарата Канефрон® Н позволяет эффективно быстро и бережно нормализовать функциональное состояние почек у данного контингента женщин.

Полученные результаты являются ценными как для врачей акушеров-гинекологов, так и для врачей общей практики и семейных врачей, в плане выбора правильной тактики оказания помощи и ведения женщин в послеродовой период после перенесенного гестоза.

Корекція функції нирок у жінок із гестозом С.К. Багаш, І.І. Черниченко, В.А. Лінде

У практичній діяльності лікарів акушерів-гінекологів та лікарів загальної практики все частіше доводиться стикатися з проблемою гестозу. Оцінювання екскреторної функції нирок на тлі гестозу важливе як з клінічної, так і з дослідницької точки зору. Мета дослідження – оцінювання функції нирок у жінок після перенесеного гестозу та можливості корекції виявлених порушень. Обстежена 131 породілля після перенесеного гестозу. У 110 породіль з гестозом провели оцінку швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ). Контрольну групу склали 32 пацієнтки з фізіологічним перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду.

У 21 обстеженої жінки з гестозом у післяпологовий період проводили корекцію порушеної функції нирок за допомогою препарату Канефрон® Н. При поглибленому аналізі оцінки функціонального стану нирок обстежуваних жінок виявлена достовірно знижена ШКФ у жінок основної групи порівняно з обстеженими контрольної групи. Призначення в післяпологовий період препарату Канефрон® Н дозволяє ефективно, швидко і дбайливо нормалізувати функціональний стан нирок у жінок з перенесеним гестозом.

Ключові слова: оцінка функції нирок, гестоз, жіноче здоров'я.

Correction of renal function in women with gestosis S.K. Bagash, I.I. Chernichenko, V.A. Linda

In the practice of obstetricians and gynecologists, general practitioners and family physicians are increasingly faced with the problem of preeclampsia. Evaluation of excretory renal function on the background of preeclampsia is also important as a clinical and a research perspective. The aim of the study was to assess renal function in women after preeclampsia and the possibility of correcting the violations. Was examined 131 puerpera after suffering preeclampsia. In 110 parturients with preeclampsia evaluated the glomerular filtration rate (GFR). The control group consisted of 32 women with physiological pregnancy childbirth and the postpartum period. In 21 surveyed women with preeclampsia in the postpartum period was performed correction of impaired renal function using the drug Canephron® N. In-depth analysis of renal function assessment surveyed women had significantly decreased GFR in women from group compared with the control group surveyed. Appointment of postpartum drug Canephron® N can quickly and efficiently care to normalize renal function in women with a history of preeclampsia.

Key words: assessment of kidney function, gestosis, women's health.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Беккер С.М. Токсикозы второй половины беременности / Руководство по акушерству и гинекологии. – Т. III, кн. 1. – М.: Медицина, 1964. – С. 200–249.
2. Беккер С.М. Патология беременности. – Л.: Медицина, 1975. – 504 с.
3. Репина М.А. Гестоз: клинические, диагностические и лечебные аспекты проблемы // Акушерство и гинекология. – 1988. – № 9. – С. 64–67.
4. Кустаров В.Я., Линде В.А. Гестоз: патогенез, симптоматика, лечение. – СПб.: Гиппократ. – 2000. – 160 с.
5. Геддес К.Г., Мактиер Р., Трейнор Д., Фокс Д.Г. Как оценить почечную функцию в клинической практике? // РМЖ. – 2008. – Т. 16, № 20. – С. 1354–1359.
6. Репина М.А. Преэклампсия и материнская смертность. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 208 с.
7. Серов В.Я., Стрижаков А.Я., Маркин С.А. Практическое акушерство. – М.: МИА, 1997. – 424 с.
8. Сидорова И.С. Гестоз. – М.: Мед. энцикл, 2005. – 416 с.
9. Long P.A., Abell D.A., Beisher N.A. Fetal growth retardation and preeclampsia // Br. J. Obstet. Gynecol. – 1980. Vol. 87. – P. 13–18.
10. Moran P., Lindheimer M.D., Davison J.M. The renal response to preeclampsia // Semin. Nephrol. – 2004. – Vol. 24, № 6. – P. 588–595.
11. Nochy D., Birembaut P., Hinglais N. et al. Renal lesions in the hypertensive syndromes of pregnancy // Clin. Nephrol. – 1980. – Vol. 13, № 4. – P. 155–162.
12. Кулаков В.И., Серов В.Я., Барашнев Ю.И. и др. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии. – М.: Трида-Х, 2001. – 246 с.
13. Шехтман М.М. Болезни почек у беременных / Беременность. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. – С. 394–634.