

# Беременность и ХБП

## Клинический случай

На консультацию в Институт нефрологии НАМН Украины обратилась жительница г. Киева П., 23 года, с жалобами на незначительную общую слабость, пастозность лица и ног. Пастозность отмечает на протяжении последней недели. На учет в женскую консультацию встала в сроке 15-16 нед, когда при лабораторном обследовании была выявлена протеинурия. Пациентка была направлена на консультацию к нефрологу, однако рекомендации не выполнила. При повторном плановом обращении в женскую консультацию пациентке, учитывая изменения в общем анализе мочи (белок 0,66 г/л, лейкоциты 18-20 в п/з, эритроциты 20-22 в п/з), было настоятельно рекомендовано обратиться в Институт нефрологии НАМН Украины.

Настоящая беременность у пациентки первая, срок – 24 недели.

**Анамнез.** Впервые обратилась к нефрологу по месту жительства (Россия) в 17 лет, когда после перенесенного тонзиллита были выявлены патологические изменения в общих анализах мочи (протеинурия, эритроцитурия) и крови (значительное повышение СОЭ).

После полного клинико-лабораторного обследования с целью уточнения диагноза пациентке была произведена пункционная биопсия почки и установлен диагноз: IgA-нефропатия. Данные о последующем течении заболевания, диспансерном наблюдении и, соответственно, обследовании отсутствуют. В 2006 г. переехала в г. Киев.

В начале беременности (примерно 4 нед) в связи с появлением учащенного болезненного мочеиспускания пациентка обратилась к урологу частной клиники. На основании результатов общих анализов мочи и крови врачом установлен

диагноз «Пиелонефрит беременных» и назначено лечение: амоксициллин по 500 мг 3 р/сут и Но-Шпа по 1 таблетке 3 р/сут 7-14 дней. Рекомендовано соблюдать диету, не переохлаждаться и явиться на контрольное обследование на 5-й день лечения. Через 3 дня дизурия исчезла. Спустя 2 дня пациентка прекратила лечение, на повторный осмотр не явилась.

**Объективно:** состояние больной удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки без видимых патологических изменений. Вес 56 кг, пульс 82/мин, АД 105/70 мм рт. ст. Аускультативно: над легкими везикулярное дыхание; тоны сердца равномерно ослаблены, шумов и акцентов нет. Почки не пальпируются, область их пальпации безболезненна, надлобковый толчок слабо положительный. Пастозность голеней.

**Результаты клинико-лабораторного обследования.** Общий анализ крови: Hb – 112 г/л, эритроциты –  $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $8,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 26 мм/ч. Общий анализ мочи: белок 0,99 г/л, лейкоциты 10-15 в п/з, эритроциты 25-30 в п/з, ураты в незначительном количестве. Биохимические показатели в пределах нормы. Суточная протеинурия – 2,0 г. Скорость клубочковой фильтрации – 72 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

**Результаты УЗИ:** почки расположены типично, обычной формы и размеров. Паренхима в средней трети – 14 мм, эхогенность умеренно повышена, кортико-медуллярная дифференцировка нечеткая. В режиме энергетического доплеровского картирования кровотоков паренхимы незначительно снижен. Полостная система правой почки незначительно расширена.

**ЭКГ-исследование.** ЧСС – 82 уд/мин. Ритм синусовый, правильный. Нормальное положение



**И.М. Шифрис**

К.м.н., ведущий научный сотрудник отдела эфферентных технологий ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины», г. Киев

электрической оси сердца. Признаки диффузных изменений миокарда желудочков.

Принимая во внимание анамнез, результаты данных объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования был установлен **диагноз:** «Хроническая болезнь почек II стадии, гломерулонефрит (IgA-нефропатия, нефробиопсия 14.09.2004 г.). Беременность 24 недели, ИМС?».

Таким образом, требуют обсуждения следующие вопросы.

1. О каком диагнозе в данном случае идет речь?
2. Можно ли было пациентке беременеть?
3. Какой должна быть дальнейшая тактика ведения беременной?
4. Какие неточности в ведении больной были допущены на предыдущих этапах?
5. Как расценивать лейкоцитурию на данном этапе беременности?
6. Каков прогноз для больной и ребенка в будущем? ■

Комментарий специалиста



Представленный клинический случай комментирует **руководитель отдела эфферентных технологий Института нефрологии НАМН Украины, вице-президент Ассоциации нефрологов Украины, доктор медицинских наук Ирина Алексеевна Дударь.**

— На основании данных анамнеза, проведенного лабораторного обследования, клинической картины можно сформулировать следующий диагноз: «Хроническая болезнь почек II стадии, гломерулонефрит (IgA-нефропатия, нефробиопсия 14.09.2004 г.), беременность 24 недели, ИМС?».

Беременность у пациентки протекает на фоне тяжелой экстрагенитальной патологии — хронической болезни почек II стадии, гломерулонефрита.

**Современные критерии ХБП (K/DOQI, 2006)**

- Повреждение почек в течение 3 мес и более, определяемое как структурные или функциональные нарушения (по данным лабораторно-инструментальных методов исследования) с наличием или без снижения СКФ

или

- СКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> в течение 3 мес и более с наличием или без признаков повреждения почек (значение СКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> для диагностики ХБП соответствует гибели более 50% нефронов).

В зависимости от уровня СКФ выделяют 5 стадий ХБП. У пациентки продолжительность заболевания почек составляет >3 мес, а СКФ — 72 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, что соответствует ХБП II стадии.

**Можно ли было пациентке беременеть?**

Перед планированием беременности необходимо проконсультироваться у нефролога, оценить состояние почек, определить дальнейшую тактику лечения в случае выявления патологии. Наиболее неблагоприятным является сочетание беременности и гломерулонефрита, поскольку на фоне беременности могут нарушаться процессы компенсации и ускориться прогрессирование ХБП.

Далеко не во всех случаях гломерулонефрит является «приговором»: нет противопоказаний к беременности при гломерулонефрите в стадии ремиссии и при незначительных изменениях в анализах мочи у пациенток с нормотензией. В случаях, когда, несмотря на

запрет, женщина принимает решение беременеть, врач должен выбирать тактику ведения пациентки с учетом характера заболевания, его течения; уделять особое внимание правилам поведения беременной; подчеркивать важность самоконтроля уровней артериального давления (с ведением дневника), показателей анализов мочи, крови, СКФ.

При наличии тяжелых нарушений функции почек, в частности ХБП III-V стадий, беременность становится непосильной нагрузкой для пациенток и может вызывать серьезные осложнения. Медицинские противопоказания к беременности у таких пациенток — не каприз врачей, а оправданная лечебная тактика ради сохранения их здоровья, а иногда и жизни. Следует помнить, что решение о возможности вынашивания беременности должно приниматься одновременно с нефрологами в I триместре, поскольку прерывание беременности в более поздние сроки может привести к обострению гломерулонефрита и другим осложнениям.

В данном конкретном случае у больной наблюдается хронический гломерулонефрит (IgA-нефропатия) без нефротического синдрома. (Нефротический синдром является признаком активности гломерулонефрита и противопоказанием к беременности — при его наличии риск перинатальной гибели и задержки развития плода, преждевременных родов, развития АГ и ухудшения функции почек у матери повышается.) В пользу сохранения беременности свидетельствует отсутствие у пациентки АГ.

Таким образом, в данном конкретном случае, учитывая клиническое течение хронического гломерулонефрита и его морфологическую форму, заболевания не являются противопоказаниями к беременности.

**Какой должна быть дальнейшая тактика ведения беременной?**

Следует подчеркнуть: пациенты с гломерулонефритом должны находиться под постоянным наблюдением нефролога! При условии сохранной функции почек дважды в год они должны проходить комплексное исследование (общие анализы мочи и крови, биохимический анализ крови, СКФ после перенесенной инфекции).

У данной пациентки приверженность к наблюдению и лечению (комплаенс) крайне низкая, на что указывает отсутствие наблюдения нефролога в течение 4 лет и обследования перед беременностью. Пациентка нуждается в постоянном наблюдении нефролога (для контроля течения гломерулонефрита) и гинеколога (для ведения беременности). Необходимость

## Комментарий специалиста

в пристальном врачебном наблюдении также обусловлена высоким риском преэклампсии, анемии, гипотрофии плода, преждевременных родов, преждевременной отслойки плаценты, маточного кровотечения.

**Какие неточности в ведении больной были допущены на предыдущих этапах?**

На 4-й неделе беременности у больной появились признаки ИМС. Боли в костовертебральном углу и поясничном отделе позвоночника, системные проявления в виде повышения температуры тела, общего недомогания, озноба, сменяющегося профузным потом, интоксикации отсутствовали. Доминирующим симптомом было частое болезненное мочеиспускание.

Трудно установить, правильно ли был поставлен диагноз пиелонефрита беременных. Кроме того, пациентка не акцентировала внимание уролога на наличии гломерулонефрита, поскольку этот факт предположительно стал бы причиной расширения спектра необходимых исследований (что косвенно свидетельствует о низком комплаенсе пациентки). Ретроспективно анализируя данную ситуацию, можно предположить, что у больной был острый цистит. По всей вероятности, основанием для постановки урологом диагноза «Пиелонефрит беременных» стало наличие белка в моче. До назначения терапии и после проведенного лечения через 7-14 дней обязательным было повторное культуральное исследование с целью оценки эффективности лечения и подтверждения эрадикации возбудителя — недолеченный цистит на фоне физиологической иммуносупрессии может привести к развитию инфекционно-воспалительных заболеваний. Эффективность антибиотикотерапии с использованием амоксициллина также свидетельствует в пользу острого цистита.

Существенной ошибкой было то, что, почувствовав улучшение через 3 дня, беременная не посетила врача с целью контрольного обследования.

**Как расценивать лейкоцитурию на данном этапе беременности?**

В настоящее время у пациентки наблюдаются изменения в анализе мочи: протеинурия — 2,0 г/сут, эритроцитурия и лейкоцитурия; жалобы со стороны мочевыделительной системы отсутствуют. Протеинурию и эритроцитурию мы предположительно можем отнести к проявлениям хронического гломерулонефрита, для установления причины лейкоцитурии планируется проведение больной бактериологического

исследования мочи, определения лейкоцитарной формулы мочи. В случае наличия бактериурии показано проведение терапии. Диагностированная лейкоцитурия не обязательно является проявлением инфекционно-воспалительного заболевания почек. В данном случае подтвержденная лимфоцитурия будет свидетельствовать о прогрессировании течения гломерулонефрита.

**Какой прогноз для беременной и ребенка в будущем?**

К счастью, гломерулонефрит не является наследственным заболеванием и относится к болезням, в этиологии которых решающую роль играют факторы внешней среды и индивидуальная предрасположенность.

В данном случае прогноз для пациентки прежде всего будет определяться дальнейшим течением беременности.

Необходимости в госпитализации беременной в настоящее время нет. При определении у больной бактериурии показано проведение курса антибактериальной терапии. После беременности обязательны консультация, лечение и наблюдение у нефролога.

После дополнительного обследования, учитывая наличие у пациентки хронического гломерулонефрита, ИМС в сроке 4 недель беременности, небольшой пастозности ног, нами был назначен препарат Канефрон Н («Бионорика АГ», Германия) на весь период беременности. Патогенетическим обоснованием назначения Канефрона Н в данной ситуации является широкий спектр свойств препарата — противовоспалительное, мягкое диуретическое, спазмолитическое, вазодилатирующее, антибактериальное действие, способность поддерживать физиологическую рН мочи, повышать эффективность антибактериальной терапии и уменьшать проницаемость капилляров почек.

Долгосрочный прогноз будет определен дальнейшим течением беременности и основного заболевания. Досрочное родоразрешение показано в случаях быстрого прогрессирования нефрита со снижением почечной функции и нарастанием тяжести АГ. При этом любое проявление хронического гломерулонефрита (протеинурия, гематурия, почечная недостаточность или АГ) само по себе еще не является основанием для прерывания беременности — значение имеет динамика этих показателей. Причиной для досрочного родоразрешения беременных с хроническим гломерулонефритом может послужить лишь нарастание нарушений, не поддающихся коррекции. ■