

Гломерулонефрит и беременность

Роль почек в организме:

Мочеобразование и гомеостаз в организме

- Поддержание водно-солевого гомеостаза
- Кислотно-основного равновесия
- Выведение продуктов азотистого обмена
- Метаболизм углеводов и белков, многих биологически активных веществ
- Регуляция артериального давления
- Эритропоэз (скорость образования эритроцитов)

**«По особенностям
мочеобразования можно и
должно судить о деятельности
как собственно почек, так и
отдаленных органов, по
существованию о согласованной
деятельности всего организма».**

Е.М.Тареев «Нефриты», 1958, с.76

Хронические болезни почек (ХБП)

ХБП (chronic kidney disease – СКД) – термин, предложенный в последние годы Национальным нефрологическим фондом (National Kidney Foundation – НКФ) США для индентификации и построения единой схемы развития и прогрессирования хронических заболеваний почек.

Такое определение пока не вошло повсеместно в клиническую практику, не включено в МКБ-10. Однако, для разработки единых, профилактических лечебно-реабилитационных мероприятий в процессе длительного наблюдения за такими пациентами целесообразность ее очевидна.

Диагноз ХЗП ставится при выявлении у пациента следующих отклонений

1. Поражения почек на протяжении 3 мес. и более, определяющееся по наличию морфологических или клинических признаков повреждения почек (патологических отклонений или признаков повреждения почек, в том числе изменений в показателях крови или мочи, или в результате визуализирующих исследований) как на фоне снижения СКФ, так и без него

2. СКФ менее 60мл/мин на 1,75 м² поверхности тела в течение трех и более месяцев как на фоне повреждения почек, так и без него.

Формулы расчета СКФ

По Кокрофту –Голту:

$$\text{СКФ} = (140 - \text{возраст}) \times (\text{вес, кг}) : (72 \times \text{Ркр})$$

где Ркр – концентрация креатинина плазмы крови
в мг%

для женщин масса тела умножается на 0,85

В интернете имеется медицинский

калькулятор для расчета СКФ:

www.kdoqi.com

Классификация хронической болезни почек

Стадия*	Характеристика	СКФ (мл/мин/1.73 м ²)	Врачебная тактика
I	Поражение почек с нормальной или повышенной СКФ	≥ 90	Диагностика и лечение основного заболевания + симптоматическая терапия (цель – замедление темпа прогрессирования и снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений)
II	Поражение почек с умеренным снижением СКФ	60 – 89	Те же мероприятия. Оценка скорости прогрессирования.
III	Средняя степень снижения СКФ	30 – 59	Те же мероприятия. Выявление и лечение осложнений. Малобелковая диета.
IV	Выраженная степень снижения СКФ	15 – 29	Те же мероприятия. Подготовка к почечной заместительной терапии
V	Почечная недостаточность	< 15	Почечная заместительная терапия

* «0» стадия - наличие факторов риска ХБП при СКФ ≥ 90 мл/мин. Больные подлежат наблюдению и вмешательствам, приводящим к снижению риска развития почечной патологии.

Роли терапевта (СВ, ВОП) и нефролога в ведении больных с ХБП

Терапевт

Распознавание у больного наличия ХБП или факторов её риска

Направление больного с ХБП к нефрологу, а при наличии факторов риска – их устранение

После обследования у нефролога, включающего установление нозологического диагноза, ведение больного в соответствии с рекомендациями нефролога (включая периодические повторные обследования у нефролога)

При снижении СКФ к 30 мл/мин (креатинин крови 0,3 – 0,4 ммол/л) ведение больного при прямом участии нефролога (включая диализный и посттрансплантационный период)

Нефролог

Обследование больного с впервые выявленной ХБП в нефрологическом стационаре – установление нозологической принадлежности ХБП, выработка стратегии и тактики лечения основного заболевания

Лечение основного заболевания, выдача рекомендаций по замедлению прогрессирования снижения функции почек – в тесном контакте с участковым терапевтом

При снижении СКФ к 30 мл/мин – программа подготовки больного к заместительной почечной терапии

Проведение заместительной почечной терапии

Изменения со стороны почек при беременности

- Увеличение длины почек на 1,5-2 см
- Увеличение почечного кровотока на 25-35%
- Увеличение клубочковой фильтрации на 35-50%
(при этом канальцевая реабсорбация остается прежней, поэтому может быть небольшая протеинурия, глюкозурия и пр.)
- Увеличение экскреции бикарбонатов
(компенсаторная реакция на развитие дыхательного алкалоза, вследствие физиологической гипервентиляции - щелочная реакция мочи.)
- Гиперпродукция минералокортикоидов и как следствие задержка натрия и воды - отеки (эфемерные).

Изменения в почках при физиологически протекающей беременности (1)

- ЧЛС расширяется уже в начале беременности (у 90%), что обусловлено гиперпрогестинемией и в дальнейшем механическим воздействием увеличенной матки.
- Расширение верхних мочевых путей способствует развитию мочевой инфекции и пиелонефрита (увеличение объема лоханок с 5-10 до 50-100 мл).
- Увеличиваются почечный кровоток на 25-35% и КФ на 35-50% и снижаются непосредственно перед родами. Уровень КФ имеет важное прогностическое значение (снижение КФ до 30-20 мл/мин - плохой прогноз).
КФ должна быть не менее 70 - 50 мл/мин

Изменения в анализах мочи

- Диурез составляет 1300 -1400 мл; к концу беременности количество мочи снижается до 1000 – 1100 мл;
- Реакция слабокислая, но м.б. щелочная;
- Относительная плотность мочи зависит от количества потребляемой жидкости и величины диуреза. Может регистрироваться снижение относительной плотности мочи;
- Протеинурия (следы – 0,033 ‰), за сутки не более 100 мг белка (лабораторно до 300 мг/сут.)
- Глюкозурия (не более 140 мг/сутки).

Изменения водно-солевого гемеостаза

Гормональные изменения в виде продукции минерал-кортикоидов и, следовательно, задержки Na и H₂O.



**К концу беременности задержка жидкости составляет 6-8 л.
(2/3 натрия в организме плода и 1/3 в организме матери)**

**Ткани становятся гидрофильными, а
внутрисосудистый объем увеличивается**

Развиваются отеки

Отеки нестойкие, могут исчезать в положении лежа (на левом боку) – бывают у 80% беременных.

Актуальность проблемы болезней почек

Острые гломерулонефриты- в настоящее время часто протекают в малосимптомной, стертой форме, поэтому не диагностируются и соответственно не лечатся, переходя в хроническое заболевание.

Большинство нефритов, особенно подострый - неуклонно прогрессирует сопровождаясь осложнениями, приводящими к инвалидизации и развитию ХПН.

Заболевают чаще (и более тяжелое течение)- у молодых, трудоспособных мужчин, женщин репродуктивного возраста

Заместительная почечная терапия (диализ и трансплантация)- доступны далеко не всем, очень затратны и имеют свои сложности (привязанность к аппаратам, необходимость постоянной иммуносупрессии, отсутствие доноров и др.).

III. СОВОКУПНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ОЦЕНКА ИХ ДИНАМИКИ

(клиническая классификация гломерулонефрита)

- **ОСТРЫЙ** – с развернутой клинической картиной (*циклическая форма*)
 - со стертыми клиническими проявлениями (*эфемерные отеки и артериальная гипертензия*)
 - изолированный мочевого синдром
- **ХРОНИЧЕСКИЙ** – изолированный мочевого синдром (*латентный нефрит*)
 - гипертоническая форма
 - нефротический синдром
 - нефротически-гипертоническая форма (*смешанная форма*)

а) фаза заболевания б) функциональный диагноз
- **БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИЙ** (*подострый*)

Острый гломерулонефрит (ОГН)

Группа морфологически разнородных иммуновоспалительных заболеваний с преимущественным поражением клубочков, с вовлечением канальцев и интерстициальной ткани, характеризующееся впервые возникшим остроснефритическим синдромом, часто развивающееся после стрептококковой или другой инфекции.

Могут выступать как самостоятельные нозологические формы – *первичные*; или могут встречаться и при системных заболеваниях (СКВ, геморрагический васкулит, инфекционный эндокардит и др.)-*вторичные*.

В клинической классификации ОГН

выделяют:

- **ОГН** (остронефритический синдром, впервые развившийся через 1-4 нед. после стрептококковой или другой инфекции).

- **ОГН** затянувшегося течения (сохранение отеков и АГ более 1 мес, а изменений в моче – более 3 мес).

ОГН (по этиологии):

- Постстрептококковый: β -гемолитический стрептококк группы А, нефритогенные штаммы 1, 4, 8, 12, 49
- Постинфекционный: стафилококки и пневмококки, туберкулезная палочка, бруцеллы, вирусы (гепатита В, С, ветряной оспы, кори, ЕСНО, Коксаки, краснухи, ВИЧ), простейшие (токсоплазмы, плазмодии малярии), паразитарные (шистосомоз, трихинеллез, альвеококкоз);

ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ: СХЕМА РАЗВИТИЯ

Бета-гемолизирующий стрептококк группы А

Тип 12

Фарингит

6 – 20 дней

Тип 49

Импетиго

14 – 28 дней

ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ



ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРОПАТИЙ

- **Изолированный мочево́й синдром**
(протеинурия и/или гематурия)
- **Нефротический синдром**
- **Острый нефритический синдром**
- **Быстропрогрессирующий нефритический синдром**

Мочевой синдром

- Гематурия (от микро- до макрогематурии).
- Протеинурия - при наличии необходимо исследование суточной протеинурии. В норме не более 100-150 мг/сут. Микроальбуминурия - более 30 мг/сут. начальный признак поражения почек при сахарном диабете.
- Лейкоцитурия (от 5-6 до сплошь покрывающих поля зрения)
- Цилиндрурия (гиалиновые, зернистые, восковидные от единичных до десятков в п/з)

Остронефритический синдром (триада симптомов)

1. Отёки на лице, ногах, уменьшение диуреза
2. Положительный мочевой синдром-гематурия, протеинурия
3. Повышение АД, жалобы на головную боль

Нефротический синдром

1. Гиперпротеинурия (свыше 3 г/с)
2. Гипопротеинемия
3. Гиперлипидемия
(гиперхолестеринемия,
гипертриглицеридемия)
4. Отеки

Самые частые ошибки диагностики

гломерулонефрита на терапевтическом этапе

- Своевременно не распознается быстро прогрессирующий гломерулонефрит (*почти всегда*)
- Гиподиагностика острого гломерулонефрита
- Не распознается причина вторичного гломерулонефрита (васкулиты, опухоли, лекарства, инфекции, СКВ и пр.)
- Гипердиагностика обострения хронического гломерулонефрита
- Гломерулонефритические маски амилоидоза, поликистоза, миеломы, интерстициального нефрита и других нефропатий и болезней мочевыводящих путей
- Гипердиагностика пиелонефрита при явном наличии нефритического синдрома

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА (Г.П.Шульцев, 1969)

Форма по тяжести и течению	Отсутствие или наличие осложнений	Ближайшие и отдаленные исходы
Легкая , в том числе малосимптомная; в виде очагового гломерулонефрита Средней тяжести Тяжелая (в том числе очень тяжелая)	Без осложнений <u>С осложнениями:</u> - Острая сердечная недостаточность - Острая почечная недостаточность - Острые мозговые нарушения - Острые нарушения зрения	- Полное выздоровление (с периодом реконвалесценции) - Остаточные явления после острого гломерулонефрита (выздоровление с дефектом) до 1 года - Затянувшийся острый гломерулонефрит до 1 года - Исход в хронический гломерулонефрит (более года)

Примеры формулировки диагноза:

- Острый гломерулонефрит легкой формы течения, без осложнений с исходом в полное выздоровление.
- Острый гломерулонефрит средней тяжести течения, осложнившийся энцефалопатией с кровоизлиянием в сетчатку глаза с исходом в затянувшийся гломерулонефрит.
- Острый (постстрептококковый) гломерулонефрит тяжелого течения, осложнившийся острой почечной недостаточностью с исходом в хронический гломерулонефрит.



Хронический гломерулонефрит (ХГН)

Групповое понятие, включающее заболевания клубочков почек с общим, чаще всего иммунным механизмом поражения и постепенным ухудшением функций с развитием почечной недостаточности.

В диагностике имеет значение своевременное выявление латентного персистирующего или рецидивирующего нефротического или остроснефритического синдрома, эпизодов появления клинической и лабораторной активности поражения почек, почечной недостаточности.

Классификация ХПН

Показатели	В норме	ХПН		
		I начальная	II консервативная	III терминальная
Креатинин крови мг% ммоль/л	До 2,0 До 0,18	2,1-5,0 0,18-0,44	5,1-10,0 0,45-0,88	>10,0 >0.9
КФ (клиренс эндогенного креатинина) в мл/мин	70-90 > И	60-40	40-20	<10
Концентрационная ф-ция канальцев	1003- 1020 >	1018- 1010	1008- 1015	1005-1010
Мочевина крови мг% ммоль/л	И 20-45 3,3-7,5	50-100 8,3-16,6	100-200 16,7-33,3	>200 >33,4

Примеры формулировки диагноза:

«Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, фаза обострения, быстро прогрессирующее течение, синдром злокачественной артериальной гипертензии, ХСН П Б ст. ФК Ш, хроническая почечная недостаточность II степени».

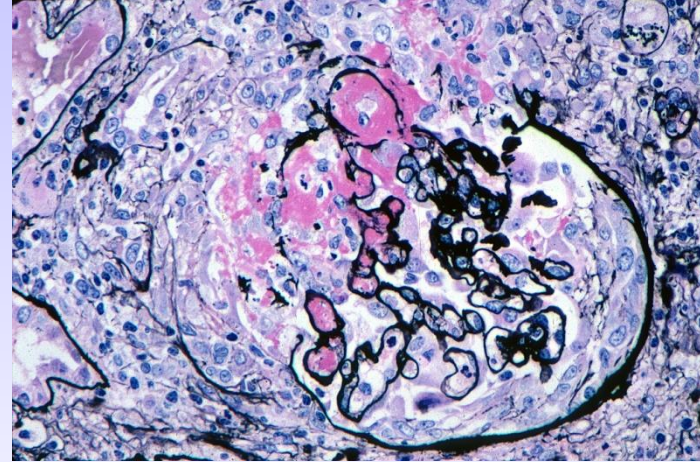
«Хронический гломерулонефрит смешанная форма, фаза ремиссии, медленно прогрессирующее течение, без осложнений, сохраненная функция почек».

БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (БПГН)

– клинико-морфологический
синдром, вариант течения
различных гломерулонефритов
прогрессирующего течения
с быстрым развитием почечной
недостаточности и летальным исходом.

Клинический эквивалент – снижение
клубочковой фильтрации в 2 раза за 3 месяца

- **Быстропрогрессирующий ГН** – ургентная нефрологическая ситуация, характеризующаяся быстрым, в течение нескольких дней, недель или месяцев развитием и прогрессированием ПН



- **БПГН при различной этиологии и разных патогенетических механизмах** отличается неблагоприятным прогнозом и требует экстренной диагностики и ранней максимально активной иммунодепрессивной терапии, нередко в сочетании с заместительной почечной терапией
- Клинике БПГН морфологически соответствует экстракапиллярный ГН - наличие полулуний > чем в 50% клубочков
- «Полулуния» - следствие разрывов стенок капилляров клубочков с проникновением плазменных белков и воспалительных клеток в пространство капсулы Шумлянско-Боумана и пролиферации париетального эпителия

Как диагностировать быстро прогрессирующий гломерулонефрит ?

Для утверждения о наличии БПГН
необходимы и достаточны:

- Клинические признаки гломерулонефрита (гломерулярная гематурия, протеинурия)
- Быстрое от начала болезни (через недели, месяцы) развитие почечной недостаточности и ее естественное прогрессирующее течение
- Морфологический эквивалент (полулуния и/или некрозы в 20–50% клубочков)

ЛЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

1. Режим

- санация очагов инфекции, профилактика реинфекции
- ограничение прививок
- исключение экстремальной физической нагрузки
- отказ от курения
- ограничения, связанные с АГ, отеками и ХПН
- сохранение социальной активности

ЛЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

2. Диета

- свободный прием воды (при отсутствии отеков)
- ограничение натрия при АГ и отеках
- ограничение белка до 0,6–0,8 г/кг/сут
- антилипидемический характер

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

3. «Патогенетическая» лекарственная терапия

- **глюкокортикоиды**
– *преднизолон, метилпреднизолон и др.*
- **иммунодепрессанты**
– *циклофосфамид, азатиоприн, лейкеран, циклоспорин и др.*
- **антиагреганты** – *курантил, аспирин*
- **антикоагулянты** – *гепарин, в том числе и низкомолекулярные, фенилин, дикумарин*
- **ингибиторы АПФ**

ЛЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТа

4. Неотложная терапия осложнений и интеркуррентных болезней

5. Симптоматическая лекарственная терапия

- антигипертензивная
- противоотечная
- антипротеинурическая
- антигиперлипидемическая
- уменьшение симптомов почечной недостаточности

ЛЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

6. Экспериментальная терапия

- **эфферентные методы**
– *плазмаферез*
- **иммуноглобулины**
– *пентаглобин*
- **интерлейкин – беталейкин**

ЛЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

7. Неэффективные методы терапии

- фитотерапевтические средства
- гомеопатические средства
- физиотерапевтические методы

Могут применяться при отсутствии клинических/морфологических признаков активности болезни в качестве психотерапевтических средств при соответствующей потребности больного

Глюкокортикоиды

- *Преднизолон* — длительно (1—4 мес), с последующим медленным снижением.
- Альтернирующий режим - через день однократно утром двойную суточную дозу.
- При высокой активности “*пульс-терапия*” — внутривенное введение сверхвысоких доз (0,8—1,2 г) метилпреднизолона или преднизолона.
- Преодоление рефрактерности к ГКС-плазмаферез (3-5сеансов).

Цитостатики

- *Циклофосфамид* (в дозе 1,5—2 мг/кг в день)
- *Хлорбутин* (в дозе 0,1—0,2 мг/кг в день);

В течение 4-8 недель с постепенным уменьшением дозы;

Контроль лейкоцитов каждые 2—3 дня, при снижении до нижнего допустимого уровня доза препарата снижается или отменяется.

Сочетание с ГКС (доза ГКС вдвое меньше)

Циклоспорин А (сандиммун)

(селективный иммунодепрессант)

- Начальная доза ЦсА для взрослых в нефрологической клинике 3—5 мг/кг в течение 4-18 мес.
- В дальнейшем доза зависит от переносимости, наличия побочных эффектов и концентрации в сыворотке крови, которую следует регулярно проверять

Показания к назначению ЦсА

- ГН с минимальными изменениями при частом рецидивировании НС или стероидорезистентном НС;
- Фокальный сегментарный гломерулосклероз при частом рецидивировании НС или стероидорезистентном НС;
- При развитии осложнений стероидной и цитостатической терапии.

Осложнения при лечении ЦсА:

АГ и нефротоксичность.

Особенности лечения ОГН

**При доказанной связи со
стрептококковой инфекцией,
повышении титров
антистрептококковых антител
лечение антибиотиками в
течение 8-12 дней.**

Особенности лечения ГН с

минимальными изменениями в клубочках

- Прием ГК внутрь.
- Заключение о резистентности к терапии ГК у взрослых может быть сделано только после 16 нед лечения, у детей – после 8 нед. Начальная доза преднизолона у детей 2 – 3 мг/кг в день или 60 мг/м² в день, у взрослых от 0,33 до 2 мг/кг в день.
- После достижения стероидной ремиссии приблизительно у 50% больных развиваются рецидивы НС (повторно ГК).

Продолжение

- При частых рецидивах или стероидозависимости с момента наступления ремиссии длительное профилактическое лечение ГК через день, наименьшими из возможных дозами.
- Больным с тяжелыми осложнениями ГК-терапии, пожилым больным или резистентным к ГК цитостатики – ЦФА (2-3 мг/кг в день) или хлорбутин (0,2 мг/кг в день, циклоспорин, азатиоприн.
- У детей пульс-терапия метилпреднизолоном (20 мг/кг в день) с последующим приемом низких доз преднизолона внутрь (0,5 мг/кг в день или 20 мг/м²) в течение 4 нед.

ЛЕЧЕНИЕ БПГН В АКТИВНОЙ ФАЗЕ

- 1. Пульс-терапия преднизолоном** по 1000 мг 3 – 5 дней; далее 120 мг per os через день в течение 4 – 6 недель, 80 мг через день в течение 2 – 3 мес., 60 мг через день в течение 2 – 3 мес. (до фазы клинической ремиссии).
- 2. Циклофосфамид** 200 мг/сут в течение 2 – 4 недель, далее по альтернирующей схеме (1 раз в 2 – 3 – 4 дня) до 6 – 8 мес. в течение 1,5 – 2 лет
- 3. Плазмаферез** (3–5 сеансов) – при пульмо-ренальном синдроме, при сохранении системных проявлений болезни через 2–3 нед. от начала терапии, при сепсисе
- 4. Гемодиализ** – по показаниям, ранний
- 5. Профилактика и лечение оппортунистических инфекций**
- 6. Симптоматическая терапия**

Прогноз исхода беременности при ХЗП

Основной принцип, который следует довести до беременной с ХЗП (или собирающейся забеременеть), состоит в следующем:

Фертильность и способность нормально выносить ребенка прямо связаны со степенью нарушений функции почек, наличием артериальной гипертензии и типа заболевания

Прогноз исхода беременности при ХЗП зависит:

1. Степень нарушения функции почек – почечная недостаточность: а) Слабая-концентрация креатинина сыворотки (ККС) крови менее 1,4 мг/100 мл; б) средняя –ККС =1,5-3,0 мг/100мл; в) Тяжелая- ККС > 3,0 мг/100 мл; Пациенткам со средней и тяжелой степенью ПН –рекомендуется воздержаться от беременности, до 40% осложнения тяжелой АГ и резким снижением СКФ. У женщин на гемодиализе более 50% выкидышей и преждевременных родов с последующей гибелью новорожденных.

- **2. Чрезвычайно важный прогностический признак: величина АД. В отсутствие АГ тяжесть течения многих заболеваний почек не возрастает. При ХЗП, отягощенном АГ, риск осложнений беременности очень велик. Если заболевание проявляется только в виде протеинурии и аномалии мочевого осадка, беременность скорее всего завершится благоприятно.**

**Прогноз исхода беременности в зависимости от
состояния почечной функции (обследования 1862 женщин
и 2799 беременностей в период с 1973 по 1992 г.г.)**

	Слабая почечная недостаточность (ККС <1,5 мг/100 мл)	Средняя ПН (ККС= 1,5 -3,0 мг/100 мл)	тяжелая ПН (ККС >3,0 мг/100 мл)
Осложненной беременности	25 %	47 %	86 %
Рождение живого ребенка	96 % (95%)	90 % (59%)	47 % (8%)
Отдаленных последствий	3 % (9%)	25 % (71%)	53 % (92%)

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ у беременных

Распространенность хронического
гломерулонефрита у беременных 0,1-0,2 %

У 50% беременных имеются гестационные
осложнения (причем у 2/3 беременных
изменения обратимы и исчезают после родов).

У другой половины больных беременность не
влияет на течение ХГН.

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛО- НЕФРИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Увеличение протеинурии 7 – 59 %

Появление или обострение
гипертензии 4 – 58 %

Снижение функции почек 3 – 17 %

ЧАСТОТА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ И АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ХГН

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Совокупные потери плода или новорожденного	0,6 - 6,3 %
Внутриутробная задержка развития плода	4,1 - 7,8 %
Преждевременные роды	1,0 - 10,3 %
Преждевременная отслойка плаценты	0,1 - 0,5 %
Нефропатия беременных	0,9 - 3 %

ПРОГНОЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Прогностически неблагоприятные признаки при наличии гломерулонефрита у беременных:

Артериальная гипертензия;

У больных с нормальным АД акушерские осложнения и потери плода и новорожденного в 4-10 раз меньше, чем у больных с гипертензией

Почечная недостаточность ($Cr > 0,18$ ммоль/л);

Протеинурия (менее опасна, даже нефротического уровня 3,5 г/сут и более).

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГЕСТОЗА ПРИ ХГН

Тяжелая гипертензия;

Внутриутробная задержка развития
плода;

Первые роды - риск развития гестоза.

ПРОФИЛАКТИКА НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ, АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Аспирин 60 - 80 мг/сут;

Дипиридамол 150 - 225 мг/сут;

Гепарин 15 тыс. ед/сут, п/к - II-III триместр.



Предотвращение потерь плода, преэклампсии
у беременных с СКВ.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Режим и диета:

Ограничение физических нагрузок;

Абдоминальная декомпрессия (отдых в колено-локтевом положении или на левом боку);

Ограничение соли и жидкости (у беременных с отеками и АГ). Соль можно употреблять не более 4-5 г/сут; жидкости до 800 мл. При латентной форме гломерулонефрита - нормальное употребление соли и жидкости.

Малобелковая диета должна назначаться индивидуально: в среднем 70 г/сут, а при большой потере белка с мочой - парентеральное введение белковосодержащих жидкостей (альбумин, протеин).

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Препараты Са рекомендованы во II-III триместрах беременности.

рыбий жир - 3-4 г/сут (на фоне его приема более продолжительные сроки вынашивания беременности, а у новорожденных - более высокая масса тела).

Лечение нефрита во время беременности:

При легком и латентном течении гломерулонефрита - в лечении не нуждаются;

При обострении - только глюкокортикостероиды (ГКС).

Доза преднизолона 40 -70 мг/сут - 2 недели, затем уменьшение дозы.

Шехтман М.М. (2008) рекомендует назначение преднизолона до 20 мг/сутки в 1 триместре и до 30 мг/сутки со 2 триместра

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Антитромботическая терапия (гепарин, дипиридамол, аспирин в малых дозах);

Гипотензивные препараты (способствуют замедлению нефрита и уменьшают число осложнений);

Празмаферез не является п/п при беременности

. **Наблюдение и родоразрешение:**

Контроль АД;

Контроль уровня протеинурии (1 раз в 2-3 недели) и креатинина крови (1 раз в 1-1,5 мес);

Необходимо проводить ультразвуковую фетометрию с 20-22 недели, контроль двигательной активности плода.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Вопрос о родоразрешении возникает при некорригируемом гестозе (досрочное до 36 нед) или прогрессировании нефрита (при ухудшении показателей в динамике и не поддающихся коррекции).

Тактика лечения в зависимости от триместра беременности:

В I триместре - прерывание беременности и лечение стероидами и/или цитостатиками;

Во II - III триместрах - решение индивидуально в зависимости от активности нефрита, его варианта и эффекта от терапии.

К досрочному родоразрешению относятся:

все виды плацентарной недостаточности (задержка развития плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, нефропатия беременных).

**Благодарю за
внимание!**