

---

Л.Б. Жидко, А.В. Сукало, Т.А. Смирнова  
г. Минск, УО «Белорусский государственный медицинский  
университет»

## МАТЕРИНСТВО ПРИ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Беременность и роды, даже при их физиологическом течении, являются повышенной нагрузкой на женский организм и характеризуются напряженным функционированием всех органов и систем. У беременной женщины во много раз увеличивается всасывание питательных веществ в кишечнике, повышается уровень выработки гормонов, в том числе кортизола и т.д.

Вопросы возможности планирования беременности, ее сохранения и ведения являются весьма актуальными для пациенток с почечной патологией, в том числе у пациенток при нефротическом варианте гломерулонефрита, получавших длительную терапию глюкокортикостероидами. Возникают опасения обострения почечной патологии с угрозой прерывания беременности и угрозой жизни женщины, развития острой или хронической почечной недостаточности при ее отсутствии до наступления беременности [1,2]. Эти вопросы встают не только перед женщиной, желающей иметь ребенка и познать радость материнства, но и перед акушерами-гинекологами, нефрологами и терапевтами, наблюдающими женщин с почечной патологией. Уточнить эти данные представляется возможным при наблюдении беременности, родов и здоровья рожденных детей и/или их ретроспективной оценкой.

**Цель исследования.** Комплексная оценка течение беременности, родов и состояние здоровья детей у пациенток с нефротическим вариантом гломерулонефрита, получавших длительную глюкокортикостероидную терапию.

**Материал и методы.** Объектом исследования являлись 13 пациенток нефротическим вариантом гломерулонефрита (основная

группа) и 15 здоровых женщин (контрольная группа). Методы – анамнестический, выборочный метод выкопировки сведений из медицинской документации; клиническое обследование пациентов с использованием лабораторных и инструментальных тестов; катанестическое наблюдение после выписки из стационара или взятия под наблюдение; статистический.

**Результаты и обсуждение.** Генеративная функция оценивается наступлением беременности, ее течением и рождением ребенка. Средний возраст обследованных здоровых женщин на время рождения первого ребенка составлял  $24,83 \pm 0,72$  года (от 21 до 29 лет). Две из них родили по двое детей. Четырнадцать рожавших имели нормально протекающую беременность. У всех обследуемых во время беременности изменения в моче отсутствовали. Роды у тринадцати женщин прошли без осложнений. Двум пациенткам выполнено кесарево сечение по причине длительного периода нераскрытия шейки матки. Дети родились здоровыми и не имели существенных отклонений в состоянии здоровья. На естественном вскармливании находились 10 (58,8%) детей. Средний возраст детей от здоровых матерей на момент осмотра составлял 7 лет (от 2 до 13 лет). Сопутствующая патология встречалась у 5 детей (35,3%): атопический дерматит у двух детей, пролапс митрального клапана 1-й степени у одного ребенка, нарушение осанки и аденоиды 1,5 степени у одного ребенка.

Среди больных гломерулонефритом тринадцать пациенток имели детей. Возраст обследуемых на момент рождения ребенка был моложе чем в группе контроля – от 16 до 26 лет, в среднем –  $20,18 \pm 0,92$  лет. У одной из пациенток с гломерулонефритом беременность была повторной. У девяти из них беременность осложнялась в своем течении: токсикозом первой половины беременности в виде тошноты и рвоты (у 6), гестозом второй половины беременности в виде отеков (у 4), повышением артериального давления (у 2). Угроза выкидыша диагностирована в 3 случаях. Из экстрагенитальной патологии выявлялись: гипотония у 2 беременных женщин и анемия 1-й степени – у 4. Одна из обследованных переболела ангиной в 14 недель, двое – острой респираторной инфекцией на 17-ой и 36-ой неделе беременности. У одной пациентки с гломерулонефритом к концу беременности выявлен сахарный диабет I типа. Изменения в моче отмечались у 6 (46,2%) беременных: протеинурия до 1 г/л у 4 (30,8%), у 1 – сочетание протеинурии до 0,2 г/л с лейкоцитурией, у 1 – умеренная

лейкоцитурия. У девяти пациенток роды протекали без осложнений через естественные родовые пути. В одном случае имело место однократное обвитие пуповины вокруг шеи. Пациентке с сопутствующим сахарным диабетом I типа роды проводились путем кесарева сечения. Средняя масса и длина тела у новорожденных от больных матерей не отличалась от показателей у детей здоровых женщин. Дети от больных матерей начали на 1 месяц позже сидеть и ходить ( $P < 0,01$  и  $P < 0,02$  соответственно). На естественном вскармливании находились 2 (14,3%) ребенка от пациенток с гломерулонефритом (у здоровых 10 детей (58,5%)), что в 4,6 раза меньше чем среди рожденных здоровыми матерями ( $P < 0,05$ ). Средняя продолжительность вскармливания детей у пациенток с гломерулонефритом была меньше на 4,1 месяца по сравнению с детьми здоровых женщин.

Проведен анализ длительности заболевания на момент рождения ребенка, а также длительности ремиссии, предшествовавшей рождению детей у пациенток с благоприятным течением беременности и у пациенток, беременность которых имела осложнения. Выявлено, что средняя длительность заболевания на момент рождения ребенка не имела различий и была несколько больше при благоприятном течении беременности. Длительность ремиссии на момент рождения ребенка оказалась достоверно больше при благоприятном течении беременности, чем при осложненном ( $9,75 \pm 2,02$  года против  $3,5 \pm 1,34$  года,  $P < 0,05$ ).

Возраст детей от матерей с гломерулонефритом на момент обследования составлял от 1 года до 11 лет. Одному ребенку от матери с гломерулонефритом на первом году жизни был выставлен диагноз детского церебрального паралича. Причиной послужил длительный безводный период и ведение родов через естественные пути крупным плодом (масса тела - 4100,0 г, длина тела - 56,0 см). В последующие годы жизни у одной из девочек, имеющей аденоиды и нарушение осанки, развилась миопия I степени, у одного мальчика наблюдались частые обструктивные бронхиты.

В группе наблюдаемых нами пациенток с нефротическим вариантом гломерулонефрита гестоз второй половины беременности имел место у 6 (46,2%), латентная форма хронического гломерулонефрита у 5 (38,5%), инфекция мочевых путей у 1 (7,7%) беременной.

## **Выводы.**

1. Беременность у пациенток с нефротическим вариантом гломерулонефрита без почечной недостаточности протекает с более частым проявлением гестоза по сравнению со здоровыми женщинами, обострений основного заболевания не наступало; благоприятно протекает послеродовой период, ухудшения почечных функций не выявлено.

2. Беременность достоверно благоприятнее протекает у тех женщин с гломерулонефритом, имеющих длительную ремиссию по основному заболеванию (9,75 года и более).

3. Рожденные дети от пациенток с гломерулонефритом в последующем по состоянию здоровья, физическому и нервно-психическому развитию значимо не отличаются от детей, рожденных здоровыми матерями.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у преимущественного числа пациенток с нефротическим вариантом гломерулонефрита возможно планирование и рождение ребенка при правильной тактике ведения беременности и родов с индивидуальным, тщательно взвешенным подходом.

## **Литература**

1. Течение беременности у женщин с пиелонефритом /А.В.Когогина (Бирюкова), Т.Ю.Егорова // Охрана материнства и детства. 2011. № 2. С. 97-99.

2. Смирнова, Т.А. Акушерская урология: учеб. пособие / Т.А.Смирнова; Белорус. гос. мед. ун-т, каф. акушерства и гинекологии. Мн.: БГМУ, 2009. 116 с.