



Городская
Клиническая
Больница
им. А.К.Ерамишанцева



Российский университет
дружбы народов
RUDN University

Беременность при ХБП – современные подходы

Профессор Н.Л. Козловская

XI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РДО
ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕФРОЛОГИИ
И ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ»

2-4 октября 2020г



Вопросы, стоящие перед акушерской нефрологией

- Как влияет ХБП на течение и прогноз беременности
- Как влияет беременность на течение и прогноз ХБП
- Является ли преэклампсия фактором риска развития и прогрессирования ХБП
- Как дифференцировать прогрессирование ХБП во время беременности и преэклампсию
- Какова оптимальная стратегия ведения беременности у пациенток с ХБП в зависимости от её стадии и нозологической формы нефропатии, начиная с прегравидарной подготовки



Приказ МЗ РФ №736 от 03.12.2007г.

**Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности:
Класс XIV: болезни мочеполовой системы**

- Острый гломерулонефрит - N 00.0
- Любая форма хронического гломерулонефрита в стадии обострения - N 03:
 - нефротический синдром
 - артериальная гипертензия, резистентная к адекватной антигипертензивной терапии
 - нарушение функции почек (сКр \geq 200 мкмоль/л)
- ХПН любой этиологии - N 18.9

Уровень сКр крови к моменту зачатия не должен превышать 200 мкмоль/л при любом диагнозе



Динамика перинатальной смертности при беременности у пациенток с заболеваниями почек

| Степень почечной недостаточности | Исход беременности | Смертность и заболеваемость, % | | | |
|----------------------------------|---------------------|--------------------------------|---------|---------|---------|
| | | 1950 г. | 1960 г. | 1970 г. | 1980 г. |
| Слабая (Кр. < 1,5 мг/дл) | Преждевр. роды | 8 | 10 | 19 | 25 |
| | Перинат. смертность | 18 | - | 7 | <5 |
| Средняя (Кр. 1,5-3,0 мг/дл) | Преждевр. роды | 15 | 21 | 40 | 52 |
| | Перинат. смертность | 58 | 45 | 23 | 10 |
| Тяжелая (Кр. > 3 мг/дл) | Преждевр. роды | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | Перинат. смертность | 100 | 91 | 58 | 53 |

* 1,5 мг/дл \approx 132 мкмоль/л;
3,0 мг/дл \approx 265 мкмоль/л



Факторы неблагоприятного прогноза беременности у женщин с ХБП. Многофакторный анализ

Риск неблагоприятных исходов беременности возрастает, начиная уже с 1-й стадии ХБП, по сравнению со здоровыми женщинами:

- OR для преждевременных родов у женщин с ХБП 1ст составляет 8.5 (95% CI 4.11-17.57),
- OR для потребности новорожденного в ОРИТ – 16.1(4.42-58.66)

| Факторы | Кесарево сечение (N=125) | Роды до 37 нед (N=66) | Потребность В ОРИТ (N=37) |
|----------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|
| ХБП 2-3-4 ст | 1.51 (0.71-3.21) | 2.84 (1.3-6.2) | 2.59 (1.1-6.06) |
| АГ | 2.68 (1.2-5.95) | 2.84 (1.26-6.38) | 1.31 (0.5-3.29) |
| Протеинурия > 1г/сут | 2.73 (0.89-8.4) | 2.58 (0.85-7.86) | 4.4 (1.38-14.07) |



Риск неблагоприятных исходов для матери в зависимости от степени снижения функции почек

| Средний уровень креатинина сыворотки до зачатия (мкмоль/л) | Стойкая потеря 25% функции почек после беременности | Необходимость в ЗПТ в течение одного года после беременности | Преэклампсия |
|---|---|--|--------------|
| Scr < 140 мкмоль/л, СКФ > 45 мл/мин/1.73 м ² | 0 – 6% | 0 – 1% | 15 – 25% |
| Scr 140 – 240 мкмоль/л, СКФ 30 – 44 мл/мин/1.73 м ² | 33 – 55% | 0 – 10% | 20 – 60% |
| Scr > 240 мкмоль/л, СКФ < 30 мл/мин/1.73 м ² | 50 – 67% | 10 – 35% | 40 – 75% |



Основные исходы беременности для матери и ребенка при ХБП в сравнении со здоровыми женщинами

| | КОНТРОЛЬ N = 267 | ХБП 1ст N=127 | ХБП 2ст N=28 | ХБП 3 ст N=17 | ХБП 4 ст N=4 | Вся ХБП N=176 |
|---------------------------|---------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Кесарево сечение, % | 66 (24,7%) | 59 (46,4%) | 17 (60,7%) | 11 (64,7%) | 3 (75%) | 90 (51,1%) |
| Прежд. роды до 37нед, % | 13 (4,9%) | 36 (28,3%) | 12 (42,9%) | 14 (82,4%) | 4 (100%) | 66 (37,5%) |
| Прежд. роды до 34 нед, % | 4 (1,5%) | 13 (10,2%) | 5 (17,9%) | 7 (41,2%) | 2 (50%) | 27 (15,3%) |
| Срок гестации, сред. | 39,2 ± 1,9 | 37,3 ± 2,8 | 36 ± 3,7 | 34,5± 2,3 | 32±3,2 | 36,7±3,1 |
| Вес новорожденного, сред. | 3268±500,4 | 2855,1±694 | 2543±782,7 | 2180,6±572 | 1246±397,1 | 2703,7±755 |
| Гипотрофия, % | 28 (10,5%) | 18 (14,2%) | 4 (14,3%) | 5 (29,4%) | 3 (75%) | 30 (17%) |
| Необходимость ОРИТ, % | 3 (1,1%) | 18 (14,2%) | 7 (25%) | 8 (47,1%) | 4 (100%) | 37 (21%) |

*ХБП1ст vs контр P =0,000; *ХБП1ст vs ХБП 2-4ст P =0,000



Беременность при ХБП 3-5ст: почечный прогноз

- 49 женщин, средний возраст $28,6 \pm 5,5$ лет, ХГН – 41%
- СКр $2,1 \pm 1,0$ мг/дл; СКФ 35 ± 12 мл/мин.
- Срок наблюдения 3 мес. до зачатия и год после родов

N= 16

СКФ ≥ 40 мл/мин, СПУ < 1г/сут

N=6

СКФ ≥ 40 мл/мин, СПУ ≥ 1 г/сут

N=12

СКФ < 40мл/мин, СПУ < 1г/сут

N=15

СКФ < 40мл/мин, СПУ ≥ 1 г/сут

При СКФ более 40мл/мин и СПУ менее 1г/сут темп снижения СКФ после родов составил $0,55 \pm 0,38$ мл/мин/мес vs $0,50 \pm 0,3$ мл/мин/мес до зачатия

При СКФ менее 40 мл/мин и СПУ более 1г/сут темп снижения СКФ после родов составил $1,17 \pm 1,23$ мл/мин/мес vs $0,55 \pm 0,39$ мл/мин/мес. до зачатия

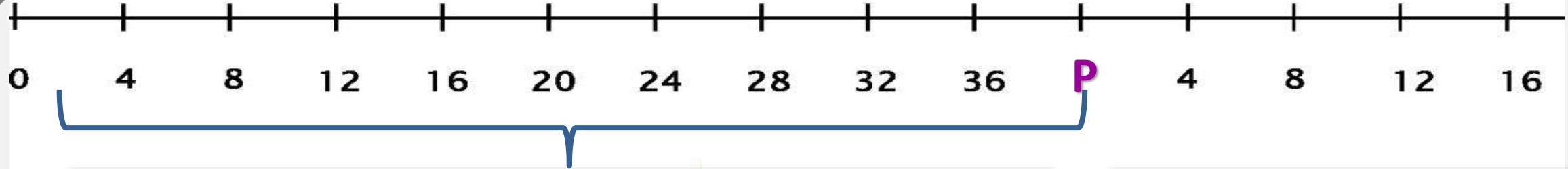


Роль нефролога в ведении беременности у пациенток с ХБП

- Консультация до наступления беременности
- Прегравидарная подготовка
- Наблюдение во время беременности
- Участие в лечении осложнений беременности, если их симптомом является поражение почек
- Ведение после родов

Задачи нефролога по ведению беременности у пациенток с ХБП

- Консультация до беременности
- Прегравидарная подготовка



Наблюдение во время беременности:

- Мониторирование протеинурии
- Контроль состояния функции почек (проба Реберга)
- Контроль АД и лечение гипертензии
- Мониторинг и лечение инфекции мочевых путей
- Профилактика преэклампсии (ПЭ)
- Дифдиагностика между активностью ГН и ПЭ
- Участие в определении тактики ведения и лечении осложнений при наличии признаков поражения почек
- Участие в определении сроков родоразрешения

- Участие в лечении осложнений родов
- Диагностика нефропатии
- Лечение нефропатии
- Определение срока выполнения биопсии почки
- Коррекция гипертензии
- Нефропротективная терапия
- Участие в определении возможности лактации

I. Перечень диагнозов, требующих консультации нефролога при планировании беременности (до её наступления)

- Любой гломерулонефрит независимо от наличия или отсутствия морфологического подтверждения диагноза
- Поражение почек при системных заболеваниях (системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром, ревматоидный артрит, любые формы васкулитов, системная склеродермия)
- Тубуло-интерстициальный нефрит любой этиологии (лекарственный, метаболический, токсический, аутосомно-доминантная тубулоинтерстициальная болезнь почек и др.)
- Наследственные заболевания почек (синдром Альпорта, болезнь тонких базальных мембран)
- Хронический пиелонефрит, особенно при наличии врождённой аномалии мочевыводящих путей, перенесённой урологической операции, мочекаменной болезни
- Поликистоз почек (аутосомно-доминантная или аутосомно-рецессивная кистозная болезнь почек)
- Поражение почек при сахарном диабете
- Перенесённый гемолитико-уремический синдром или острое повреждение почек другой этиологии в анамнезе
- Единственная почка как врождённая патология или вследствие нефрэктомии контрлатеральной почки по любым причинам
- Хроническая болезнь почек (ХБП)
- Хроническая почечная недостаточность
- Терминальная ХПН на стадии заместительной почечной терапии (программный гемодиализ, трансплантированная почка)



Цели прегравидарной консультации пациентки с ХБП

- Обсудить риски ухудшения функции почек во время беременности и после родов
- Обсудить потенциальные неблагоприятные исходы для плода
- Объяснить необходимость медикаментозной терапии для профилактики осложнений и минимизации рисков
- Объяснить потенциальную возможность досрочного завершения беременности и наметить оптимальный срок родоразрешения

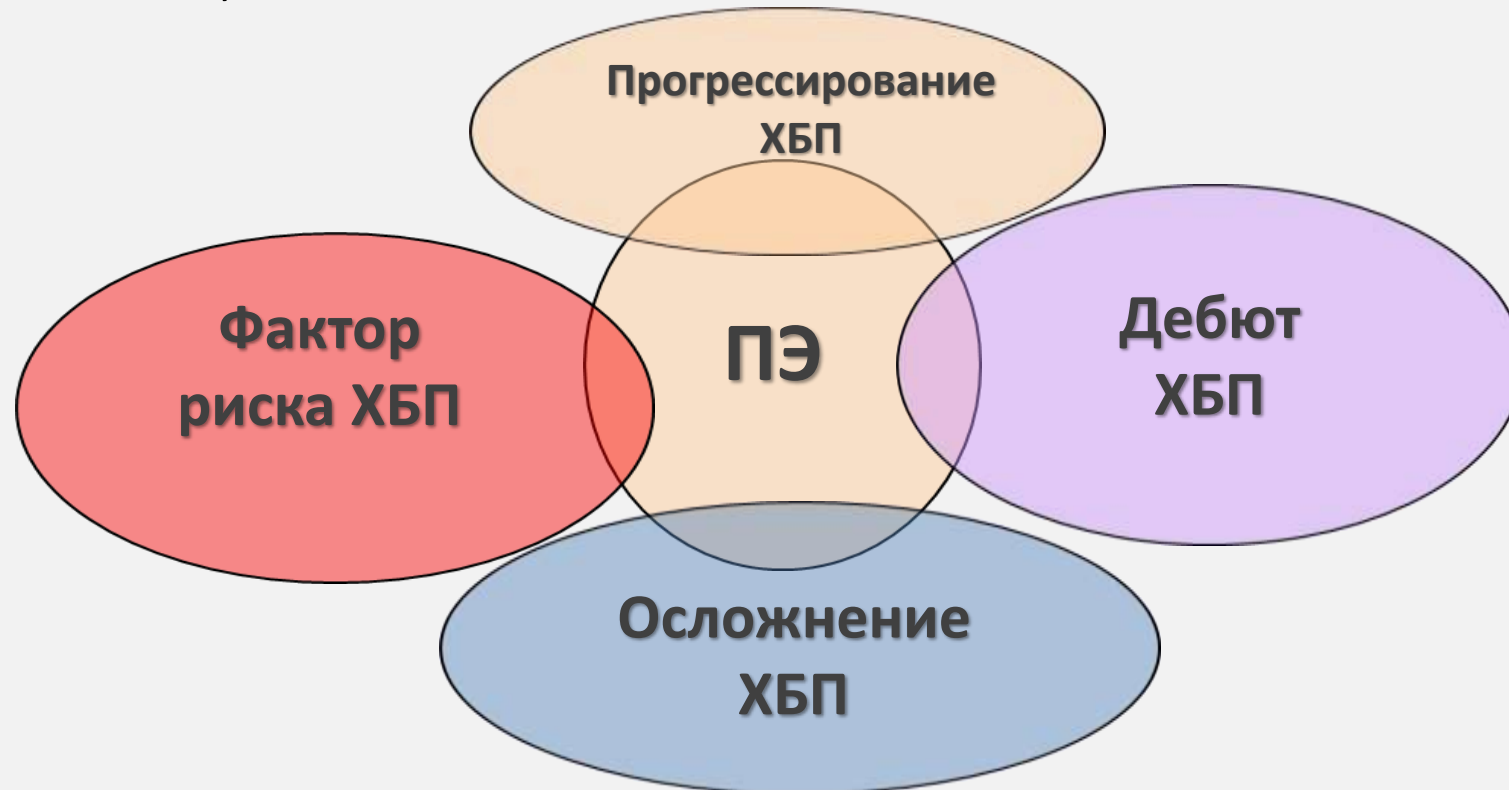


Консультация и наблюдение нефролога необходимы во время беременности и после родов при:

II. Остром повреждении почек (ОПП)

III. Тромботических микроангиопатиях (ТМА) у беременных, рожениц и родильниц

IV. Преэклампсии, особенно тяжёлой



Алгоритм ведения беременности, профилактики и лечения акушерских и перинатальных осложнений у пациенток с хронической болезнью почек (ХБП)

1

Планирование беременности

Планирование беременности при хронической болезни почек (ХБП) проводится совместно акушером и нефрологом

Прегавидарная подготовка

Комплексная оценка риска неблагоприятных исходов и осложнений беременности на основании оценки диагноза и активности нефрологического заболевания, наличия хронической артериальной гипертензии (ХАГ) и эффективности её лечения, акушерского анамнеза, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), креатинина крови, суточной протеинурии (СПУ), гомоцистеина крови.

Отказ по медицинским показаниям (Приказ №736 от 2007 г. «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»)

Благоприятный прогноз беременности высоко вероятен

При необходимости лечение нефрологического заболевания с отсрочкой беременности до достижения ремиссии

Исследование гормонального фона, замена тератогенных препаратов на разрешенные во время беременности;
оценка маркеров гомеостаза

Составление индивидуального протокола наблюдений у акушера и нефролога.
Назначение фолиевой к-ты, йодомарина

Назначение антикоагулянтов - АК (низкомолекулярных гепаринов) с момента диагностики беременности при: ХБП Ст. 3-5; ХАГ (при условии ее медикаментозной коррекции, отсутствии противопоказаний со стороны органов зрения); СПУ более 1 г/сутки; антифосфолипидном синдроме и тромбофилиях высокого тромбогенного риска; тромбозах и преэклампсии в анамнезе, гипергомоцистеинемии (ГЦ более 10мкмоль/л), дислипидемии (триглицериды более 3,0 ммоль/л).



Наблюдение пациенток с ХБП во время беременности

| Показатель | Особенности мониторинга |
|----------------------|---|
| Моча | Каждые 4 нед. для: 1)своевременной диагностики ИМП. Если первый эпизод был пролечен, следить, чтобы не было рецидива 2)контроля ПУ; При СПУ>1г/с назначение НМГ с целью тромбопрофилактики; 3)контроля гематурии. Если выявлена – дифдиагностика с урологическими причинами. Определение эритроцитарных цилиндров |
| АД | Регулярный контроль, обязательный самоконтроль при гипертонии белого халата. Если АД диагностирована до беременности, стараться поддерживать АД на цифрах 120/70-140/90. Излишне низкое АД ассоциировано с ЗВУР |
| Функция почек | Каждые 4 нед. – СКр, мочевины и СКФ. У пациенток с 3-5ст. ХБП во 2й половине беременности – чаще, в зависимости от клиники |
| Кровь (ОАК) | Контроль гемоглобина, при развитии анемии - также параметров феррокинетики и эритропэтина. Целевой Нв 100-110г/л |
| УЗИ почек | Обязательно на ранних сроках (до 12 нед). Повторять при появлении симптомов обструкции ИМП |

Алгоритм ведения беременности, профилактики и лечения акушерских и перинатальных осложнений у пациенток с хронической болезнью почек (ХБП)

2

Период гестации

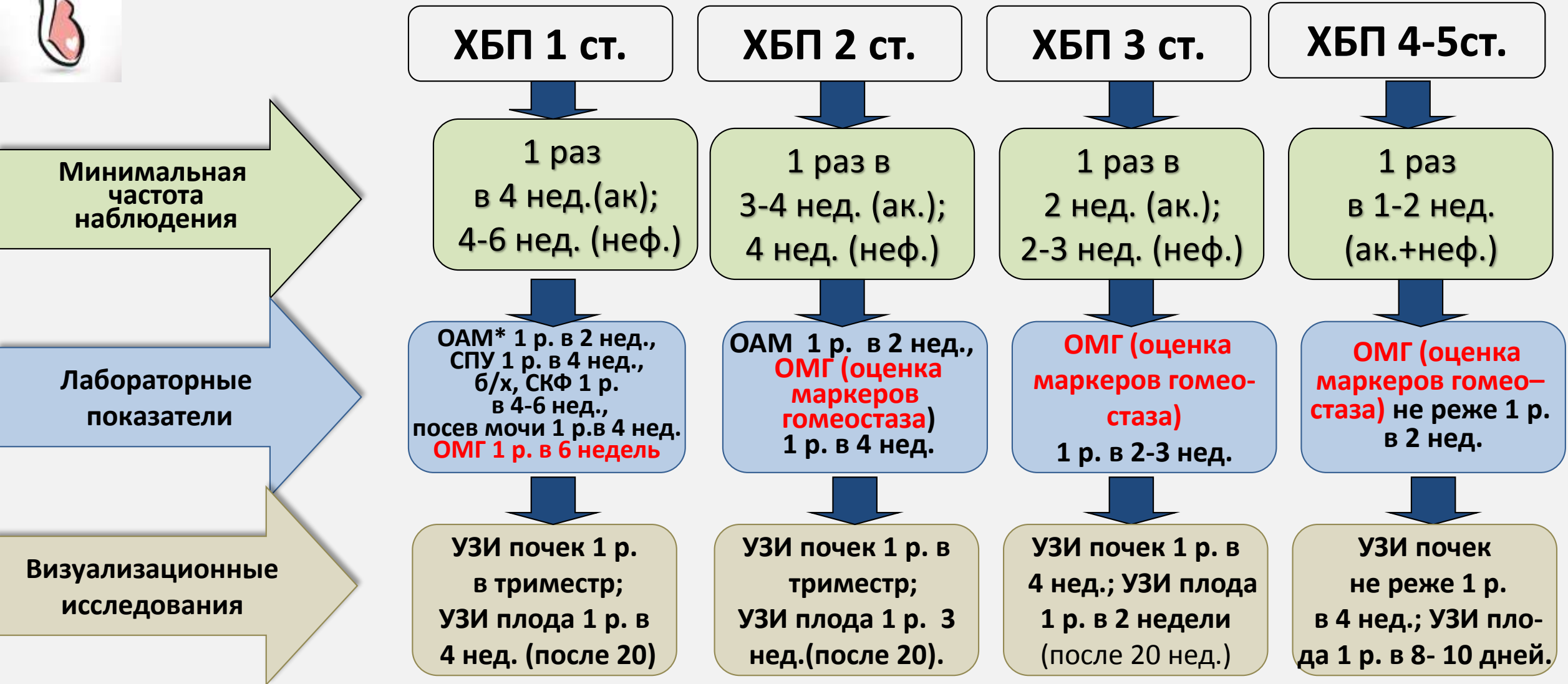
(продолжение)



***** Определение sFlt1/PLGF выполняется, начиная с 16 нед.



Частота наблюдения беременных с ХБП



* При хр. пиелонефрите, **гидронефрозе, мочекаменной болезни** или высоком риске ИМП – посев мочи 1 раз 2 недели, УЗИ почек и МВП – не реже 1 раза в 4 недели при любой стадии.*ОАМ-общий анализ мочи; ак. –осмотр акушера; неф. –осмотр нефролога



Осложнения беременности у пациенток с ХБП

Для матери

Влияние беременности на течение ХБП

- ↑ АД и/или протеинурии
- ↓ функции почек
- Развитие ОПП на фоне имеющейся ХБП
- Развитие/нарастание анемии
- Развитие мочевой инфекции (более частое по сравнению с беременными без ХБП)
- Прогрессирование ХБП после родов

Для плода

Влияние ХБП на течение беременности

- Перинатальные потери
- Фетоплацентарная недостаточность
- ВЗРП
- Гипотрофия плода
- Преждевременные роды
- Рождение детей с экстремально малой для гестационного срока массой тела
- Хроническая внутриутробная гипоксия плода
- Аномалии развития плода



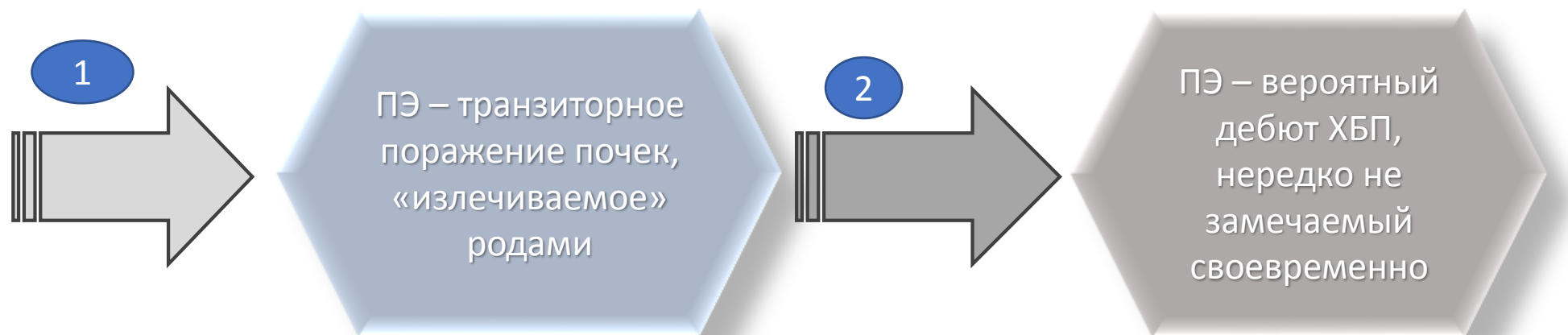
преэклампсия





Что такое преэклампсия ?

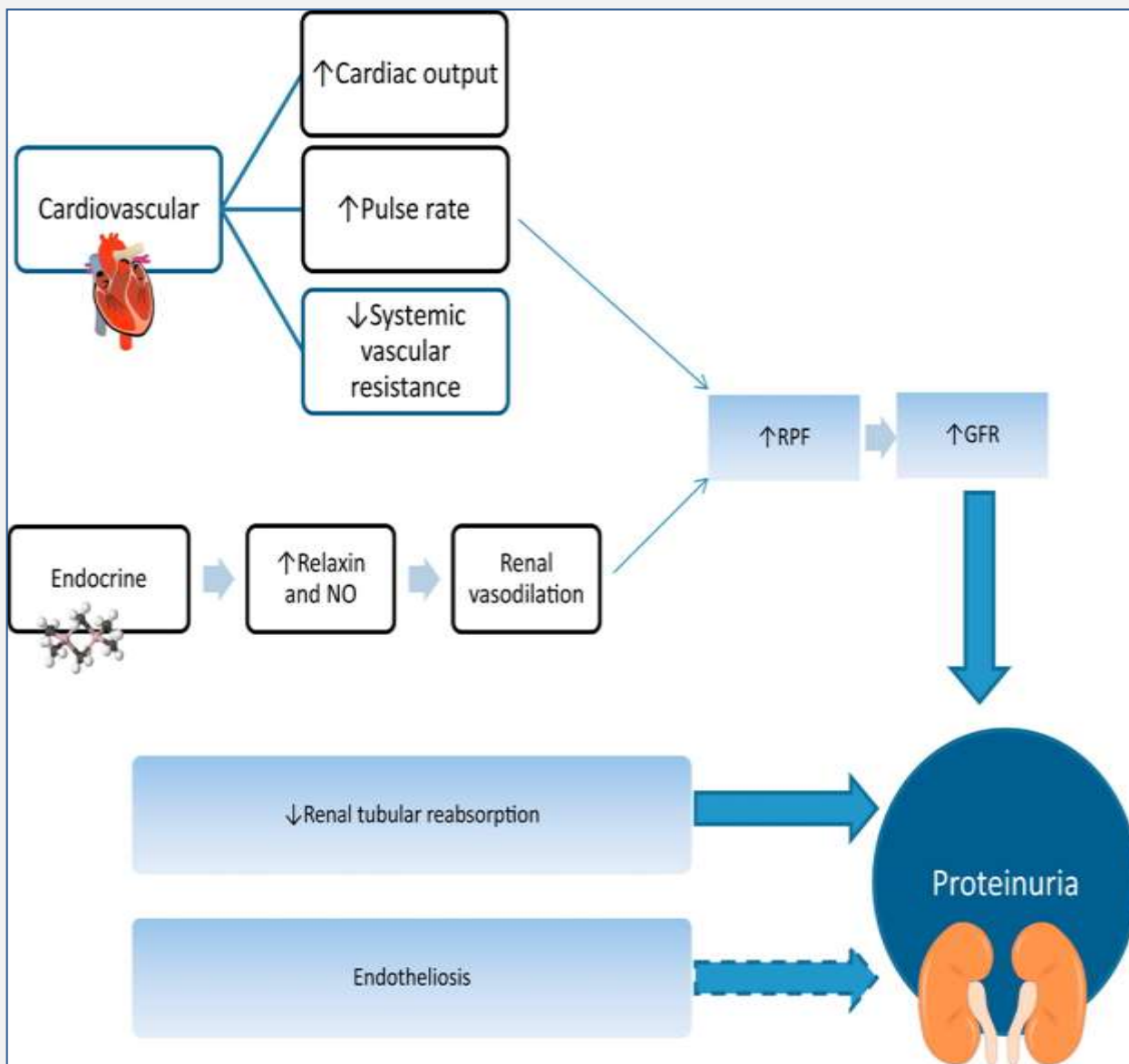
- Взаимоотношения между ХБП и преэклампсией



- **Что собой представляет преэклампсия, «наслоившаяся» на ХБП**
 - ✓ Дифдиагностика прогрессирования ХБП и преэклампсии
 - ✓ Поиск маркеров, облегчающих разграничение обострения ХГН и развития преэклампсии



Преэклампсия с точки зрения интерниста



Преэклампсия – системное заболевание, первично поражающее капилляры микроциркуляторного русла, обычно манифестирующее эндотелиозом, гипертонией и тромбоцитопенией

Виды протеинурии при беременности

- Физиологическая протеинурия (150-300 мг/сут)
- **Гестационная протеинурия = Протеинурия, индуцированная беременностью (PIP) (> 300мг/сут)** – изолированная протеинурия, не сопровождающаяся повышением АД, креатинина и изменением осадка мочи, впервые отмеченная в период гестации у женщин, не имевших в анамнезе заболеваний почек



Обострение ХГН vs Преэклампсия: сходство и различие

Обострение ХГН

- Нарастание ПУ с развитием НС или без него
- Нарастание гематурии
- Развитие остроснефритического синдрома
- Развитие АГ de novo или прогрессирование существующей
- Повышение креатинина крови
- Отсутствие признаков страдания плода

Преэклампсия

- Бурное нарастание ПУ, в большинстве случаев сочетающееся с нарастанием АГ. Развитие НС возможно
- Развитие тяжелой АГ de novo в отсутствие выраженной ПУ
- Отсутствие гематурии
- Повышение креатинина крови
- Признаки HELLP-синдрома
- Задержка внутриутробного развития плода



Эволюция диагностических критериев тяжелой преэклампсии

| Симптомы | До 2002г. | 2002-2013гг. | 2013г.- наст. время |
|--------------------------|---|---|---|
| АД | САД \geq 160 мм.рт.ст ДАД \geq 110 мм рт.ст. | САД \geq 160 мм.рт.ст ДАД \geq 110 мм рт.ст. | САД \geq 160 мм.рт.ст ДАД \geq 110 мм рт.ст. |
| ПОЧКИ | Протеинурия \geq 5г/с | Протеинурия \geq 5г/с | Не имеет значения |
| | Олигурия $<$ 400 мл/с | Олигурия $<$ 500 мл/с | не имеет значения |
| | Не имело значения | Не имело значения | Креатинин $>$ 1,1мг/дл |
| МОЗГ/ГЛАЗА | Признаки поражения | Признаки поражения | Признаки поражения |
| ЛЕГКИЕ | Отек легких или цианоз | Отек легких или цианоз | Отек легких |
| ПЕЧЕНЬ | Не имело значения | Нарушение функции | Ферменты \geq 2х норм |
| ЖКТ | Не имело значения | Сильная или длительная боль в эпигастрии или в правом верх. квадранте | Сильная или длительная боль в эпигастрии или в правом верх. квадранте |
| ПЛАЦЕНТА/ПЛОД | Не имело значения | Задержка развития плода | Не имеет значения |
| Число тромбоцитов | Не имело значения | $<$ 100 000 в 1 мкл | $<$ 100 000 в 1 мкл |



Подходы к профилактике преэклампсии

Применяется сегодня

- Препараты аспирина с 12 по 36 нед.
- У пациенток с тромбофилией (АФС, наследственная) и протеинурией более 1,0г/сут – НМГ
- Контроль маркеров ангиогенеза (sFlt1, PLGF, sFlt1/PLGF) начиная с 16 нед. гестации каждые 4 нед.

В процессе изучения

- **Статины** (противовоспалительное действие, уменьшение эндотелиальной дисфункции)
- Ингибитор протонной помпы **Эзомепразол** (способен ингибировать плацентарную секрецию sFlt-1 и sEng, уменьшать степень эндотелиальной дисфункции)
- **Метформин** (снижает выработку ангиогенных факторов sFlt1/sEng и уменьшает степень эндотелиальной дисфункции)
- **Антиагреганты нового поколения** клопидогрель, тикагрелор могут снижать секрецию sFlt1 / sEng
- **Сульфасалазин** способен снижать секрецию sFlt1 / sEng

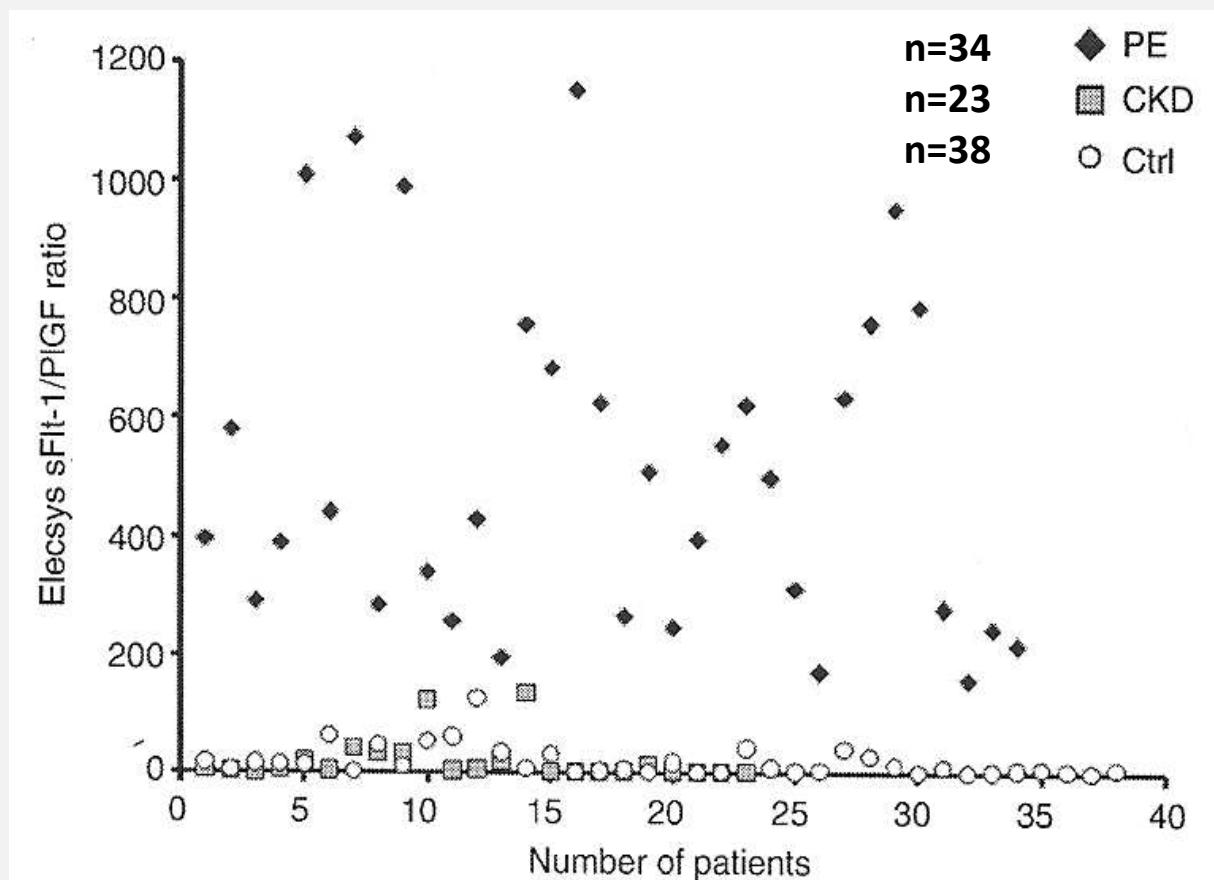


Показатели ангиогенеза как «маркеры» преэклампсии

- ✓ Определение показателей ангиогенеза-антиангиогенеза не заменяет клинический диагноз ПЭ
- ✓ У пациенток с заболеваниями почек, особенно ГН, определение маркеров ПЭ помогает в дифференциальной диагностике между обострением ХГН и ПЭ
- ✓ Определение маркеров ПЭ должно стать обязательным исследованием у пациенток с высоким риском ПЭ, поскольку изменение показателей можно зарегистрировать за 4-5 нед. до развития осложнения
- ✓ У пациенток с ХБП маркеры ПЭ следует определять в динамике, чтобы быть готовыми к появлению клинических симптомов ПЭ



Отношение sFlt-1/PLGF у пациенток с преэклампсией, хронической болезнью почек и здоровых беременных



| sFlt-1/PLGF | ПЭ | ХБП | Контр. |
|-------------|-------|-----|--------|
| | 436,0 | 4,1 | 9,4 |

- 130 беременных с ХБП 1-5 ст.
- С ПЭ n= 37, без ПЭ n=93, к. n=8

Результаты:

- ✓ У пациенток с ХБП и ПЭ значения коэффициента sFlt-1/PLGF возрастают от II триместра к III, составляя 9,9 и 15,5 соответственно
- ✓ У пациенток с ХБП без ПЭ отношение sFlt-1/PLGF было значимо ниже, чем с ПЭ, составляя в III тр. 4,3
- ✓ Наибольших значений коэффициент sFlt-1/PLGF достиг у пациенток с ХБП и ранней ПЭ, составив 30,1 vs 4,66 у женщин без ПЭ
- ✓ При значениях sFlt-1/PLGF >6,3 риск ПЭ возрастал, при значениях > 20,7 ПЭ развивалась неизбежно



Количество беременных с разными стадиями ХБП по данным литературы

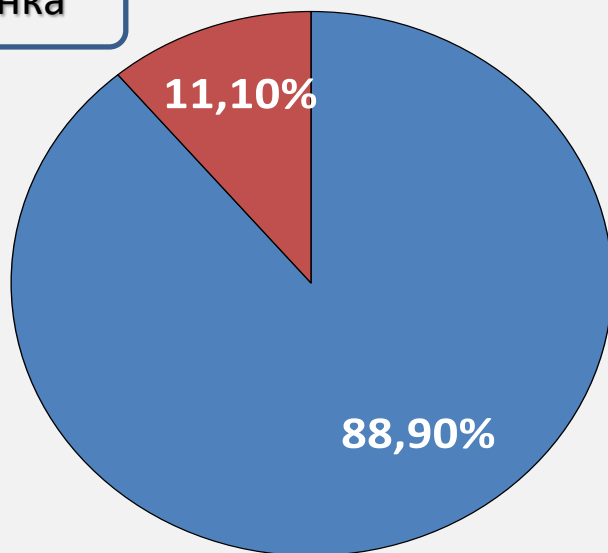
| | всего | 1 ст | 2 ст | 3 ст | 4 ст | 5 ст (ГД) |
|--|-------|------|------|------|------|-----------------|
| Piccoli G., Fassio F., Attini R. et al Pregnancy in CKD: whom should we follow and why? Nephrol. Dial. Transplant. – 2012. Sep;27(9):3665-6. | 176 | 127 | 28 | 17 | 4 | 21 (11,9%) |
| Singh R, Prasad N, Banka A et al Pregnancy in patients with chronic kidney disease: Maternal and fetal outcomes. Indian J Nephrol. 2015 Jul-Aug;25(4):194-9. | 51 | 32 | | 13 | 6 | 19 (37,3%) |
| He Y, Liu, Cai Q et al The pregnancy outcomes in patients with stage 3-4 chronic kidney disease and the effects of pregnancy in the long-term kidney function. J Nephrol 2018 Dec;31(6):953-60 | 293 | 197 | 73 | 18 | 5 | 23 (7,9%) |
| Никольская И.Г. Беременность и хроническая болезнь почек: гестационные осложнения, материнские и перинатальные исходы. <i>Дисс. д.м.н., 2019</i> | 311 | 197 | 46 | 55 | 7 | 6 68 (21,9%) |



Пролонгирование беременности у пациенток с ХБП 3-5ст (n=42)

45 беременностей: 3Аст. – 27(60%), 3Б – 14(31,1%), 4ст. – 4(8,9%)

Для ребенка

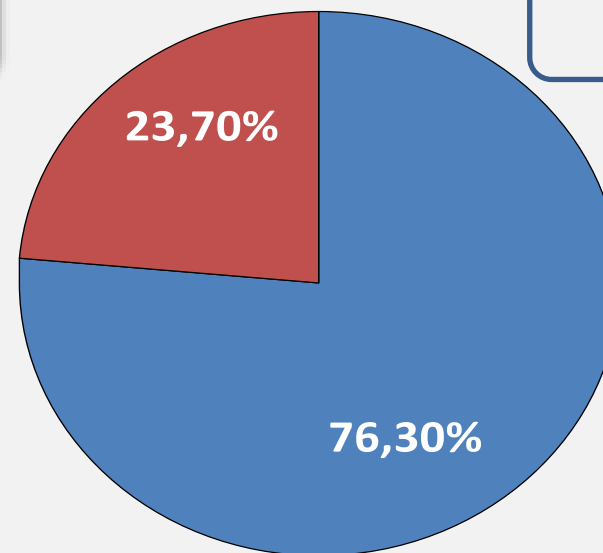


■ Благоприятный ■ Неблагоприятный

Благоприятный: рождение здорового ребенка и выживание его в постнатальном периоде

ИСХОД

Для матери («нефрологический»)



■ Благоприятный ■ Неблагоприятный

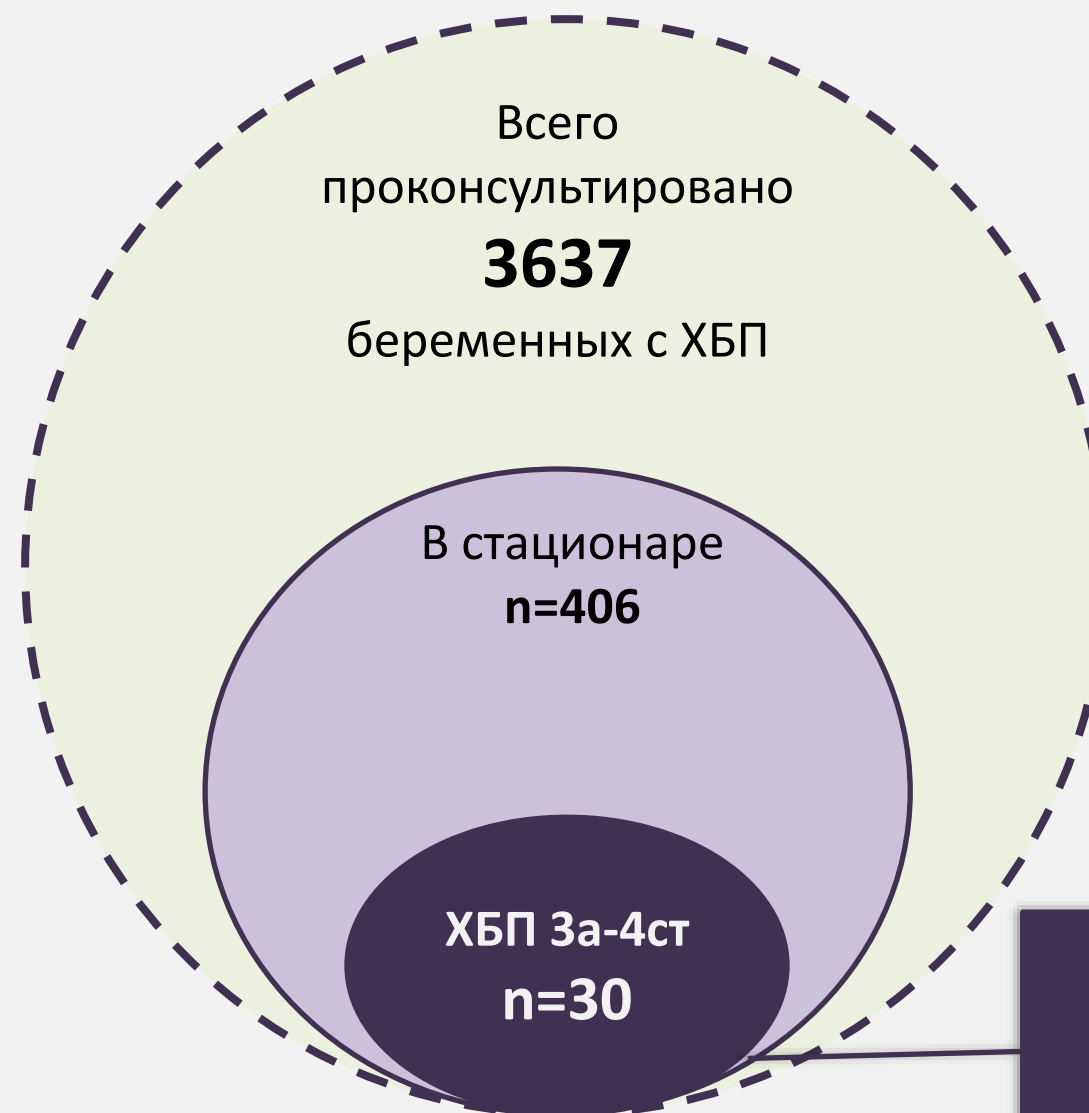
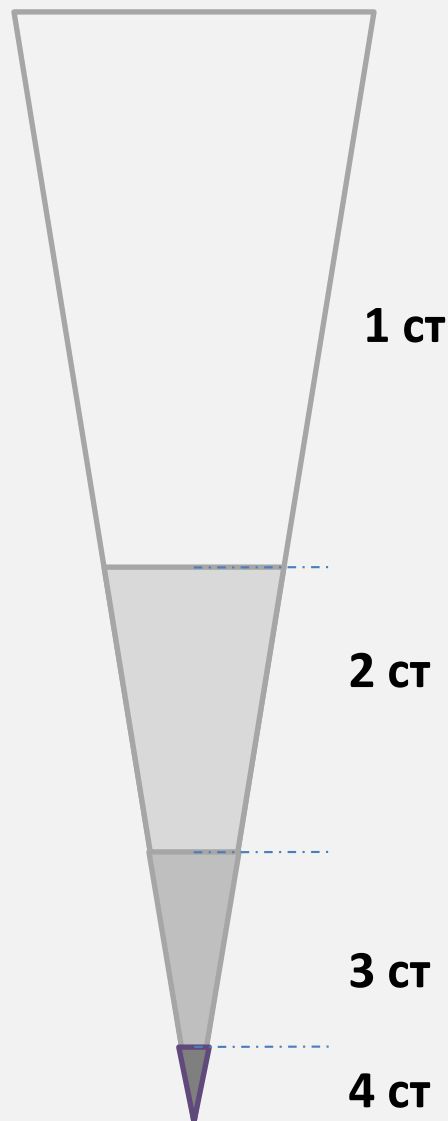
Благоприятный: отсутствие снижения СКФ или снижение не более чем на 25% от исходной, отсутствие потребности в ЗПТ через 1год

Центр помощи беременным женщинам с патологией почек

ГКБ им. А.К. Ерамишанцева

01.04.2018 – 14.09.2020

ХБП

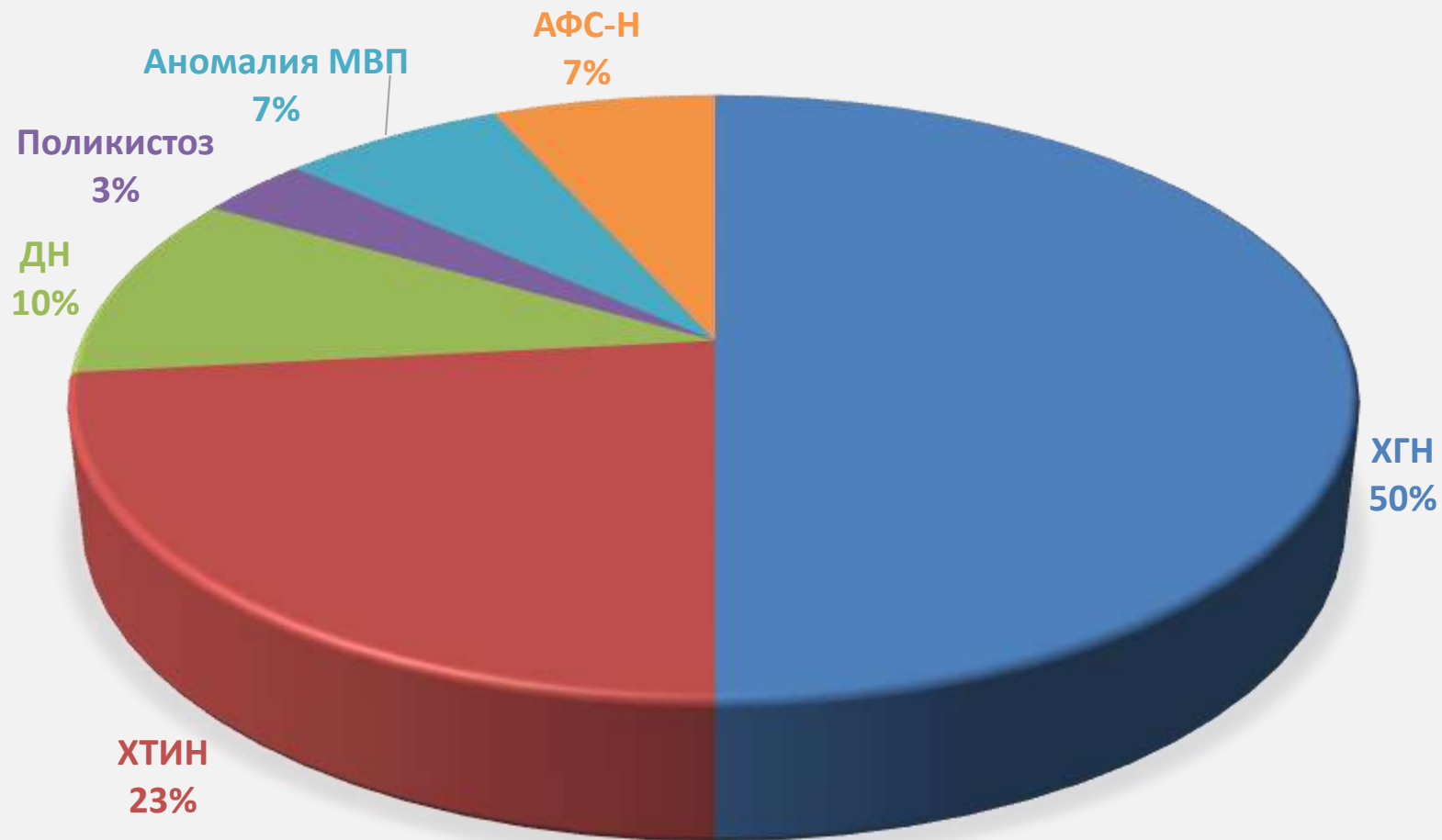


К настоящему моменту 26 беременностей завершились родами, 4 - продолжаются

Средний срок начала наблюдения нефрологом – 15 нед

ХБП 3а – n=9 (30 %)
ХБП 3б – n=9 (30 %)
ХБП 4 – n=12 (40 %)

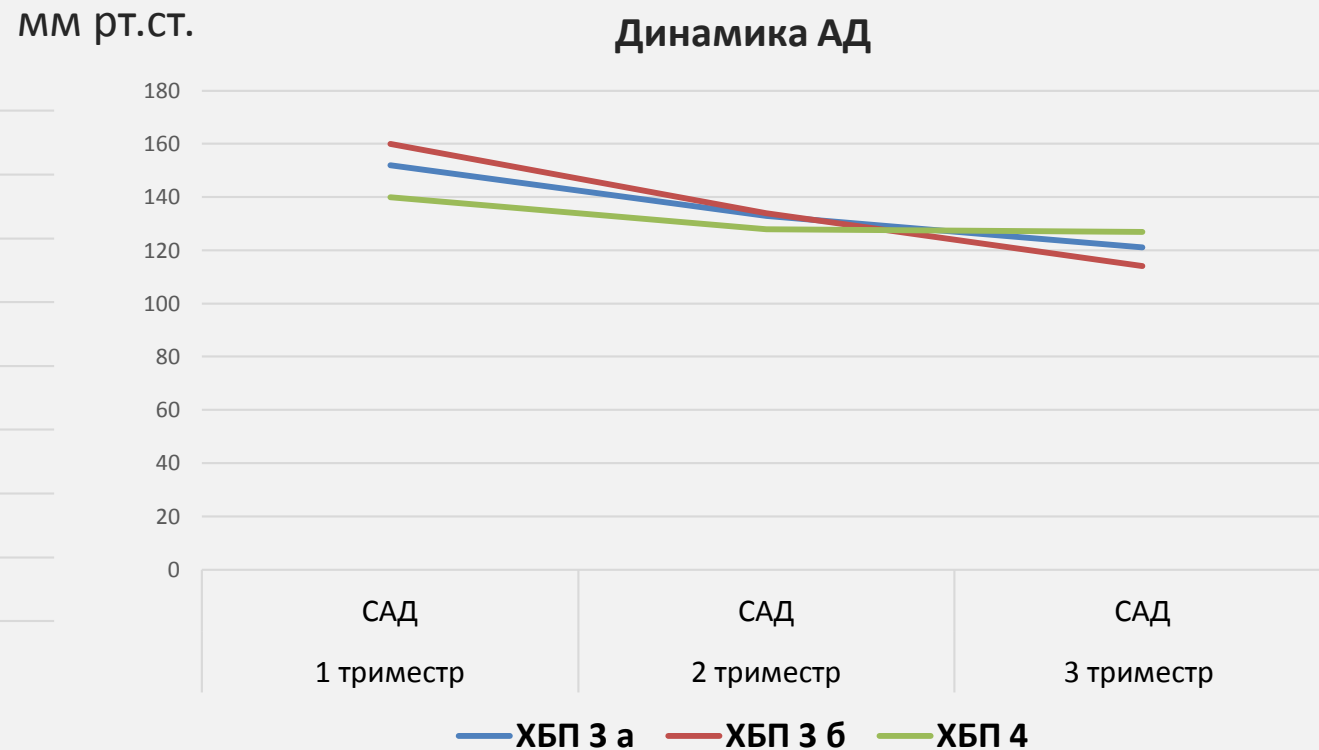
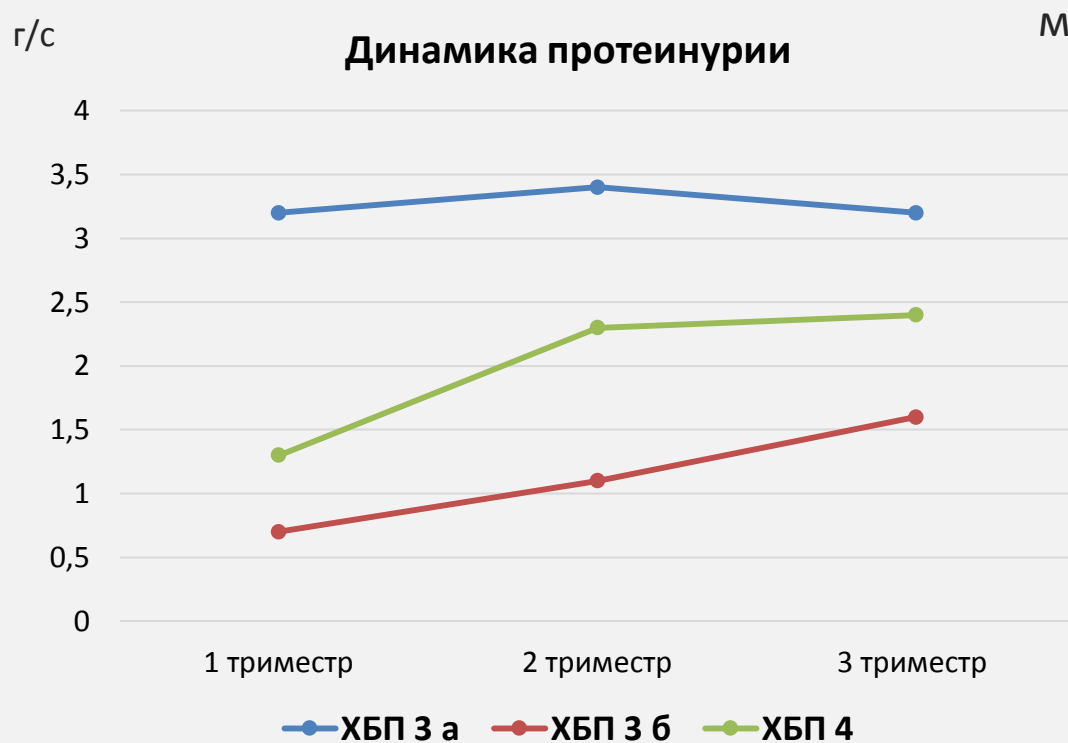
Причины ХБП у пациенток с ХБП 3А-4 стадий



К.Демьянова, Л.Рыльцева, 2020

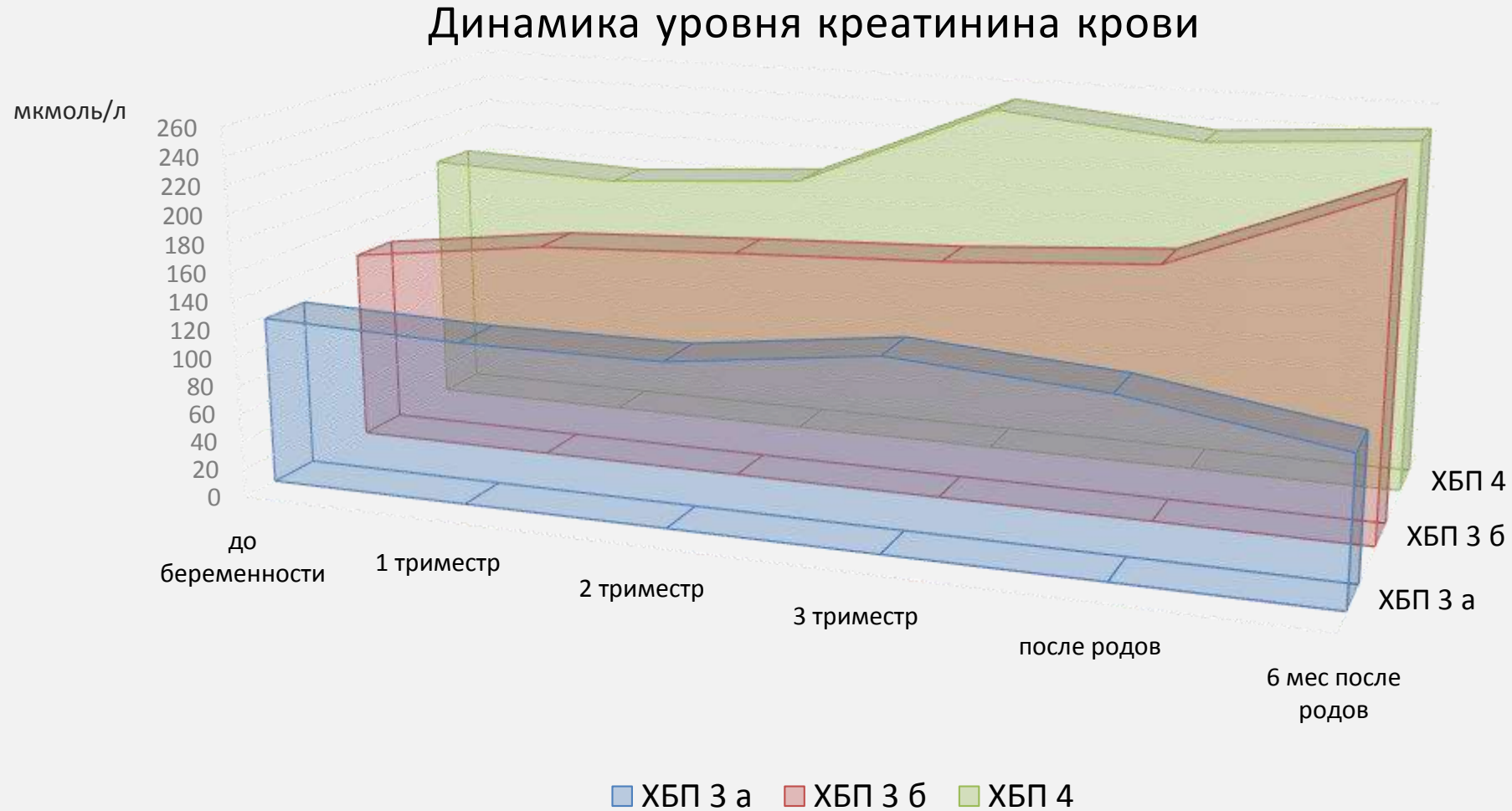


Динамика протеинурии и АД в ходе гестации у пациенток с ХБП





Динамика уровня креатинина крови в ходе беременности и после родов в зависимости от стадии ХБП





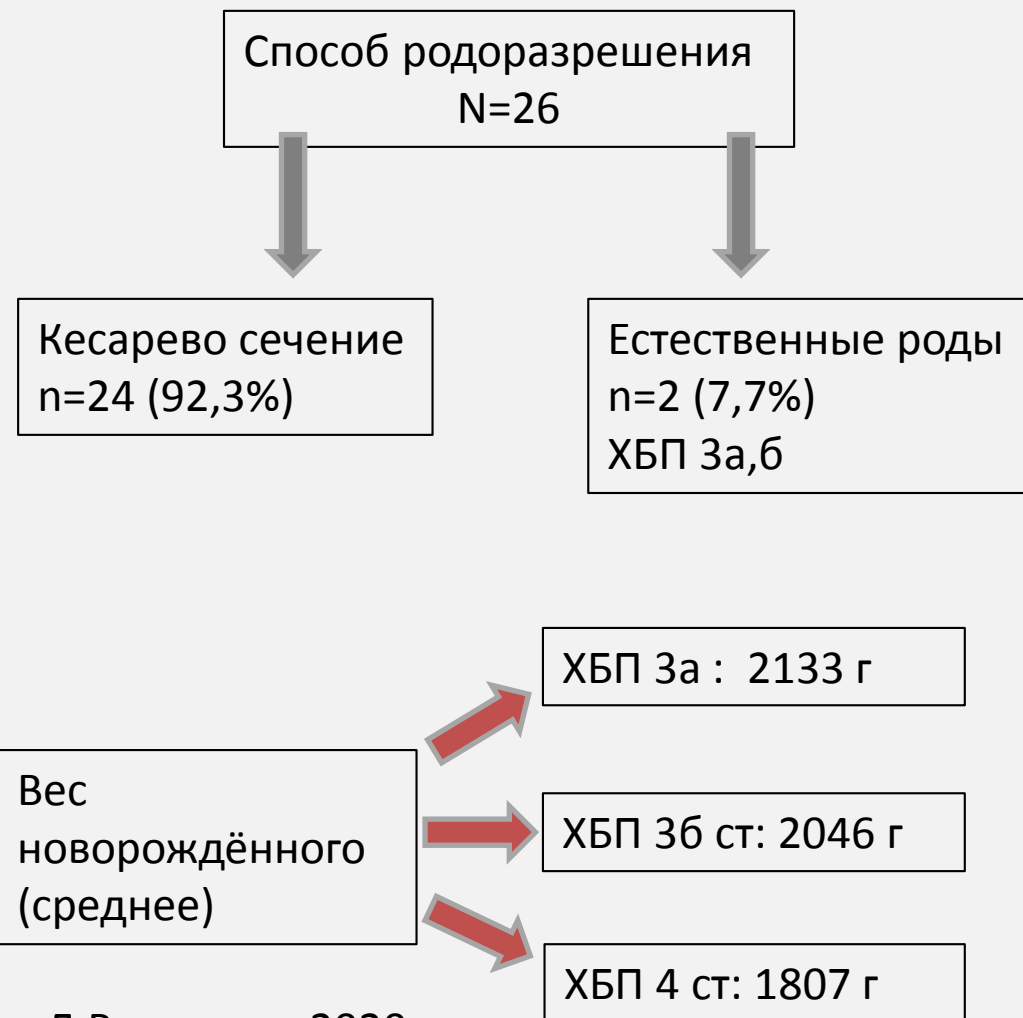
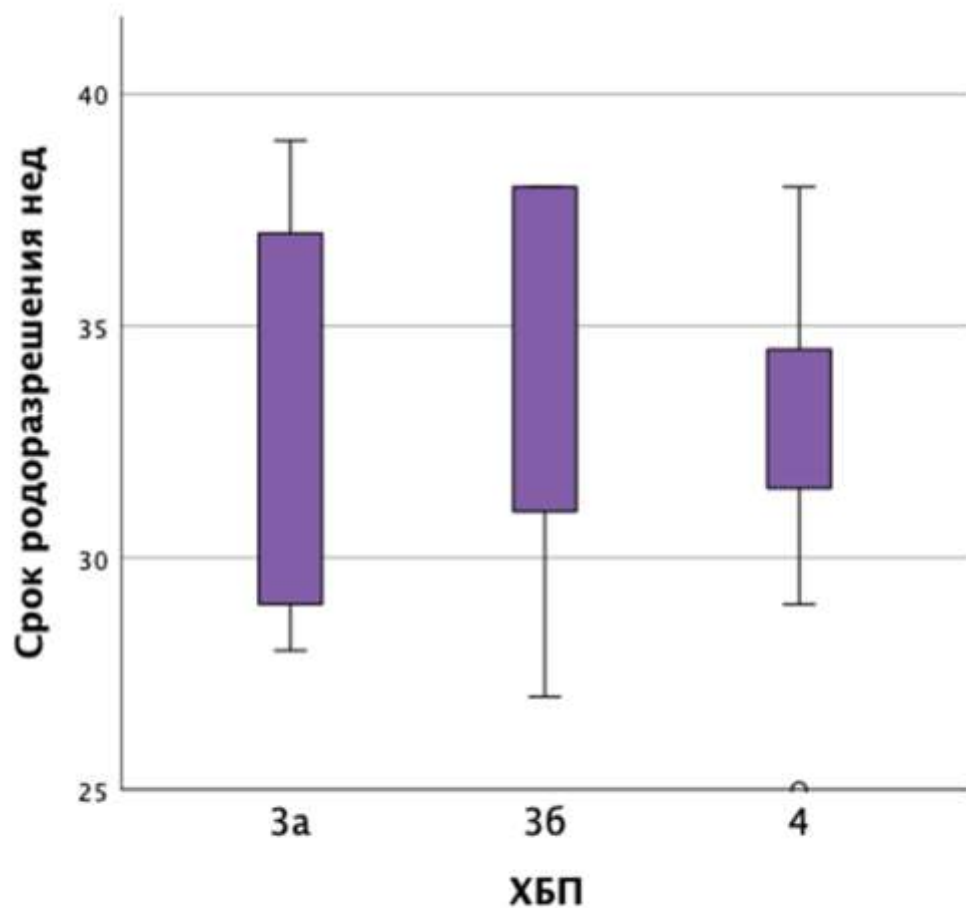
Частота преэклампсии и послеродового ухудшения функции почек при поздних стадиях ХБП

| Стадия ХБП | Частота ПЭ N (%) | Срок родоразрешения (среднее, нед.) | Ухудшение функции почек * N (%) | |
|------------|---------------------|--|---------------------------------------|---------|
| 3a (n=9) | 4 (44,4) | 32,6 (2,2) | 3 (33,3) | P=0,462 |
| 3б (n=9) | 4 (44,4) | 34,7 (1,4) | 5 (55,5) | |
| 4 (n=12) | 7 (58,3) | 32,82 (1,1) | 10 (83,3) | P=0,144 |
| <i>p</i> | 0,891 | 0,438 | | |

* Нарастание креатинина во время беременности



Сроки и способы родоразрешения у пациенток с поздними стадиями ХБП



К.Демьянова, Л.Рыльцева, 2020



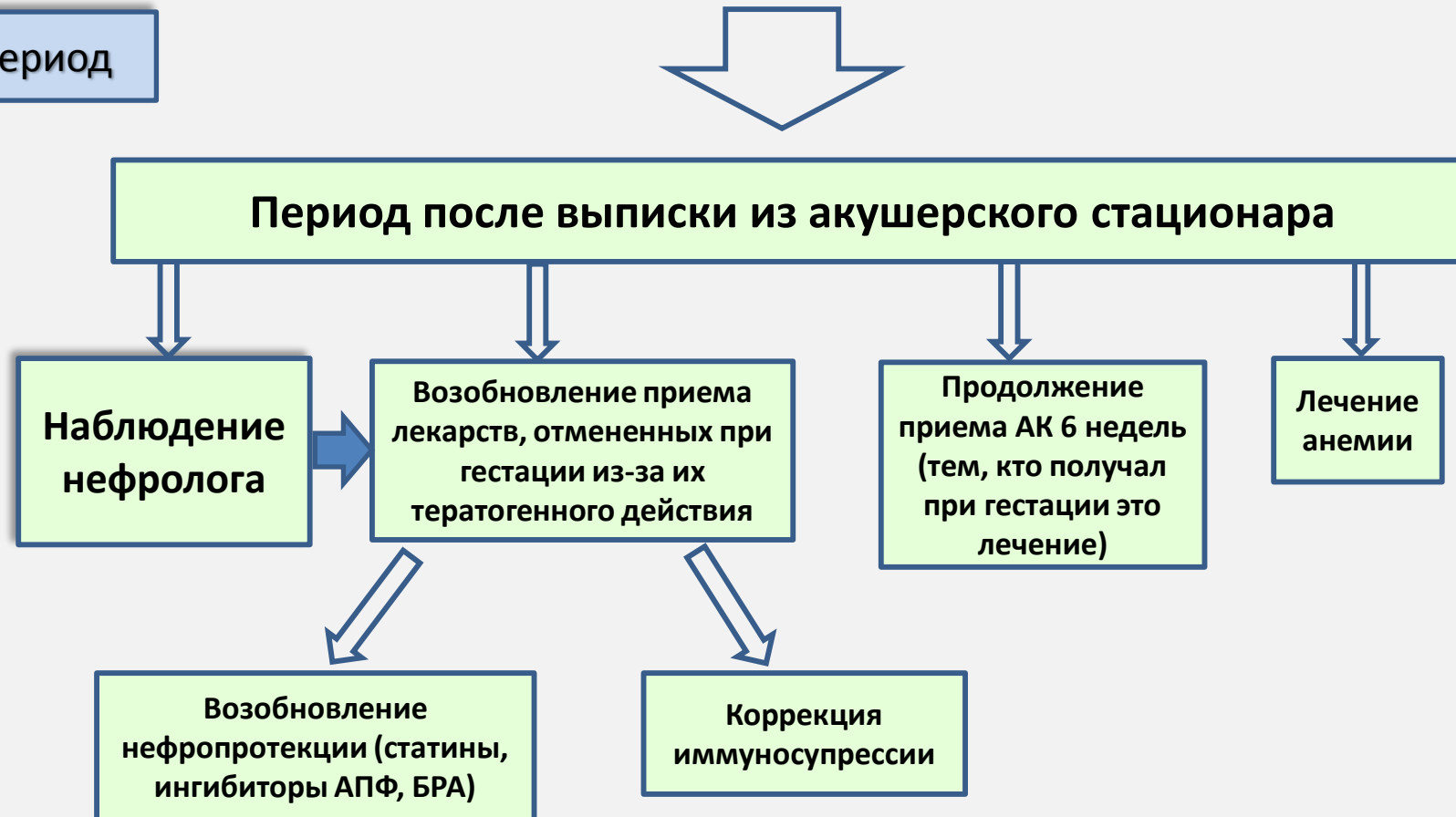
Наблюдение пациенток с ХБП в послеродовом периоде

- Физиологические гестационные изменения почек после родов исчезают в течение 3х мес, иногда требуется более длительное время
- В этот период необходимо наблюдать пациенток, мониторируя АД, водный баланс, состояние функции почек, анализы мочи и СПУ, анализ крови
- Пациенток, перенесших преэклампсию, у которых после родов сохраняются признаки поражения почек, необходимо наблюдать до их исчезновения или до установления нефрологического диагноза
- Грудное вскармливание не противопоказано, однако следует контролировать прием лекарственных препаратов

4

После выписки из акушерского стационара пациентке с ХБП следует рекомендовать обратиться к нефрологу независимо от нефрологического диагноза и стадии ХБП. Это необходимо указать в выписке. При отсутствии акушерских осложнений дальнейшее ведение пациенток осуществляет нефролог

Послеродовой период





Заключение

- ХБП является фактором неблагоприятного прогноза беременности как для матери, так и для потомства
- Риск неблагоприятных исходов беременности у женщин с ХБП увеличивается по сравнению с общепопуляционным уже на 1ст. и нарастает по мере прогрессирования ХБП, даже на ст. 2 превышая таковой у пациенток с ХБП 1ст.
- У значительного числа женщин (более 40% на 1 ст.) диагноз ХБП впервые устанавливается во время беременности
- Для пациенток с ХБП во время беременности обязательно мониторингирование маркеров ангиогенеза
- Для выработки единого подхода к ведению беременности у пациенток с ХБП необходимо проведение серьезных многоцентровых исследований с включением большого числа женщин, которых следует наблюдать длительно
- Пора включать должность врача-нефролога в штат перинатальных центров!



Центр помощи беременным женщинам с патологией почек и мочевыводящих путей.

ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗ Москвы.

Ул. Ленская, 15,

Запись на консультацию: тел. 8(499)940-04-30

Спасибо за внимание !

