



Городская
Клиническая
Больница
им. А.К.Ерамишанцева



Российский университет
дружбы народов
RUDN University

Беременность при продвинутых стадиях ХБП

Профессор Н.Л. Козловская

I Региональная конференция РДО для Северо-Кавказского Федерального Округа
Ставрополь 23.04-24.04.2021



Акушерская нефрология: прошлое

- “Children of women with renal disease used to be born dangerously or not at all – not at all if their doctors had their way...” ***Дети женщин с заболеваниями почек рождались в опасных условиях или не рождались совсем, если их врачи настаивали на своём***
- “Nature takes a helping hand by blunting fertility as renal function falls” ***Природа протягивает руку помощи, подавляя фертильность, когда функция почек снижается***

Lancet, 1975, 801- 802

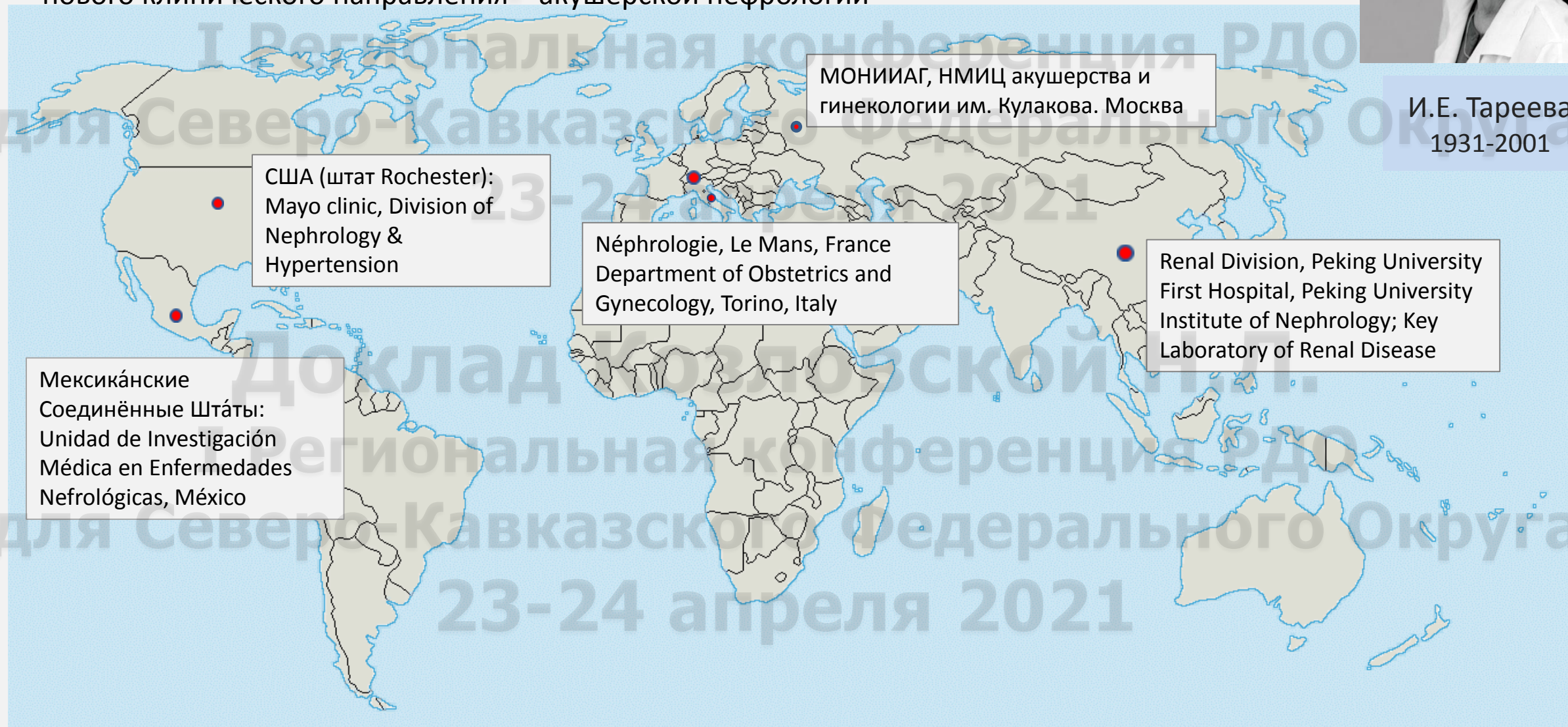


Акушерская нефрология: настоящее

В 2018 г по решению Департамента здравоохранения г. Москвы создан первый в России центр помощи беременным с патологией почек. В настоящее время мы стоим на пороге создания нового клинического направления – акушерской нефрологии



И.Е. Тареева
1931-2001





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



Распространенность ХБП и беременность

Среди беременных:

- Распространенность ХБП при беременности до настоящего времени точно не установлена.
- Распространенность ранних стадий ХБП (1-2ст.) у женщин репродуктивного возраста (20-39 лет) составляет около 3%
- Поздние стадии ХБП (3-5ст.) выявляют приблизительно у 1 из 150 женщин репродуктивного возраста и лишь у одной пациентки из 750 беременных диагностируют ХБП 3-5 стадий
- У ряда женщин признаки ХБП впервые обнаруживают во время беременности

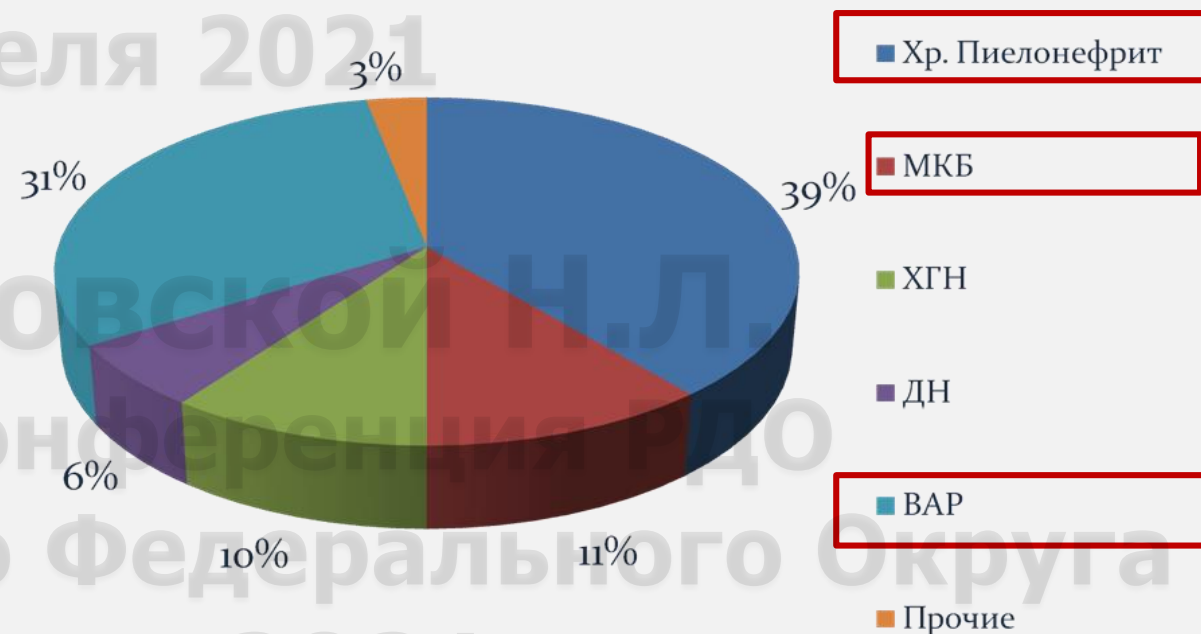


Заболевания почек в акушерской практике

Наиболее частые заболевания почек у беременных

Спектр заболеваний почек у пациенток, родоразрешенных в МОНИАГ в 2009-11гг

- ❖ Диабетическая нефропатия (у 10% беременных с сахарным диабетом)
- ❖ Волчаночный нефрит
- ❖ Ig-A нефропатия
- ❖ Хронический гломерулонефрит (другие морфологические варианты, кроме Ig-A нефропатии)
- ❖ Поликистозная болезнь почек



Как влияет ХБП на течение и прогноз беременности?

Как влияет беременность на ХБП?

I Региональная конференция РДО

для Северо-Кавказского Федерального Округа

23-24 апреля 2021



Stage 1

A normal GFR equal to or more than 90 milliliters per minute



Stage 2

A slightly decreased GFR between 60 and 89 milliliters per minute



Stage 3

A mild to moderate decrease in GFR between 30 and 59 milliliters per minute



Stage 4

A severe decrease in GFR between 15 and 29 milliliters per minute



Stage 5

End-stage kidney disease, GFR decreases to 15 milliliters per minute per or below

Физиологические изменения организма беременной женщины в процессе гестации

Увеличение почечного кровотока на 70% и СКФ на 50%

Физиологическая протеинурия беременных не более 0,3 г/сут (300 мг/сут), снижение креатинина крови

При нормальной канальцевой реабсорбции

Появление глюкозурии, кальциурии, бикарбонатурии

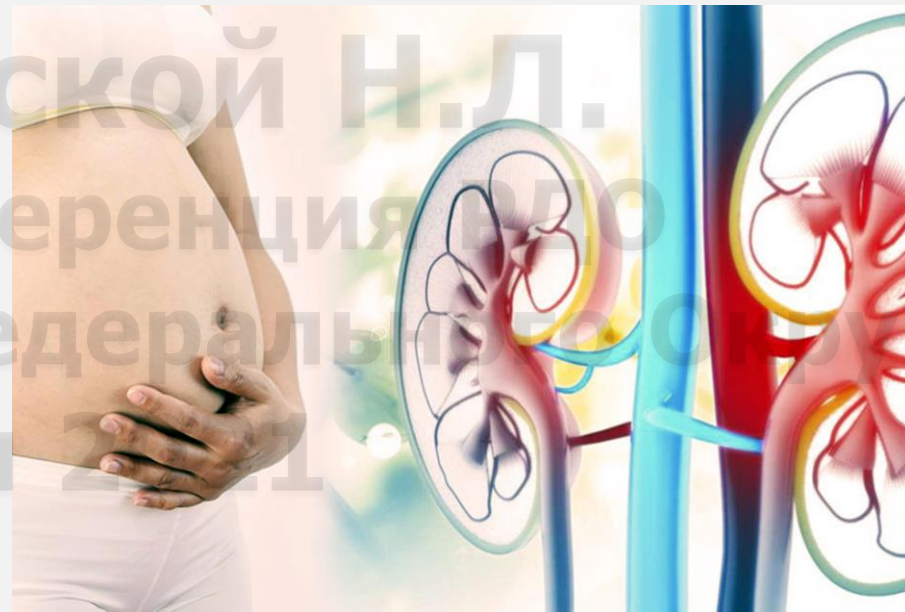
Развитие феномена разведения крови (снижение концентрации гемоглобина, общего белка и альбумина)

Расширение чашечно-лоханочной системы, больше справа(пиелозектазия)

Основные показатели функции почек при беременности:

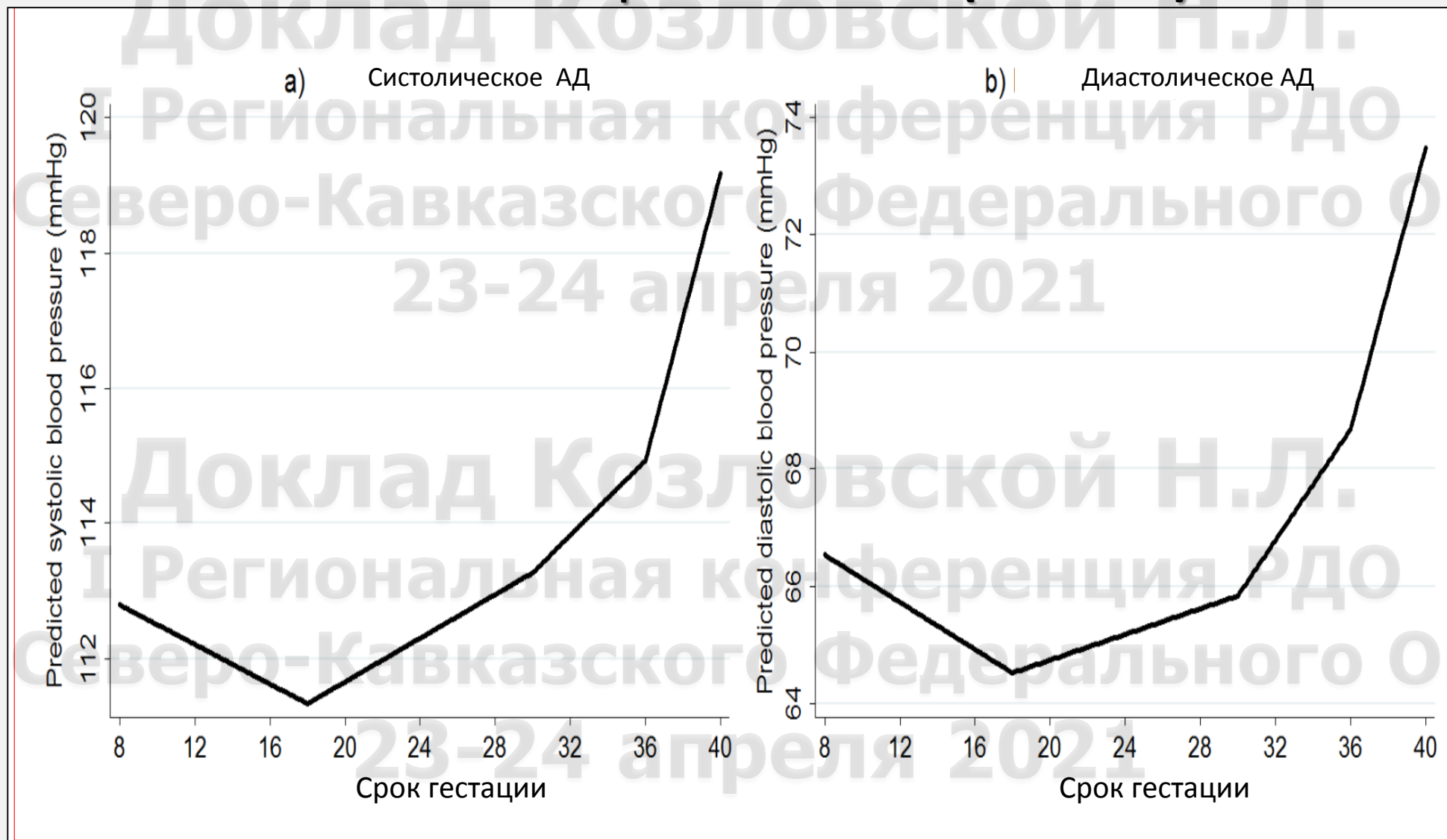
Креатинин - 40-80 мкмоль/л (0,5 -0,9 мг/дл)

Средняя СКФ - 140 мл/мин.





Динамика изменения артериального давления в течение беременности (n: 9697)





Патологические последствия физиологических изменений почек и ошибки, которые могут за ними последовать

- «Нормальные» показатели СКФ и креатинина крови (*физиологический ответ на беременность*)
- Дилатация ЧЛС, щелочная реакция мочи и глюкозурия
- Протеинурия в пределах 300-350 мг в сутки без изменений осадка мочи
- Раннее появление отеков в отсутствие протеинурии, нарушения функции почек и АГ
- Гипоальбуминемия при физиологической величине протеинурии

- *Не распознанное нарушение функции почек, существовавшее до зачатия*
- *Факторы риска развития инфекции мочевыводящих путей. НО: впервые выявленное при беременности расширение ЧЛС справа в отсутствие «догестационных» данных - не основание для диагностики пиелонефрита*
- *Не является признаком ХГН, особенно если показатели функции почек и АД соответствуют гестационной норме*
- *Не свидетельствует о наличии заболевания почек. Может отражать большее, чем в среднем, увеличение ОЦК*
- *Не основание для диагностики нефротического синдрома. Отражает наличие выраженного синдрома разведения крови*



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 ОРПТ – 16.1(4.42-58.66)

Факторы	Кесарево сечение (N=125)	Роды до 37 нед (N=66)	Потребность В ОРПТ (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

Доклад Козловской Н.Л.
I Региональная конференция РДО

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%

23-24 апреля 2021



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

Доклад Козловской Н.Л.

	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



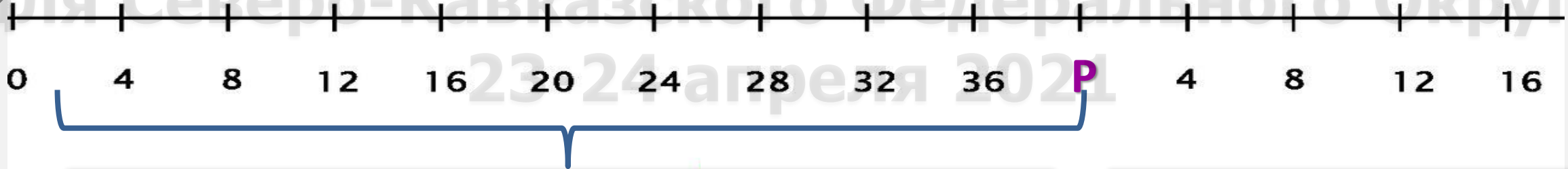
В наблюдении нефролога во время беременности нуждаются пациентки с любыми причинами ХБП

- 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 почечная недостаточность
- Терминальная ХПН на стадии заместительной почечной терапии (программный гемодиализ, трансплантированная почка)

- Консультация до беременности
- Прегравидарная подготовка

Задачи нефролога по ведению беременности у пациенток с ХБП

После родов



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)
- Дифференциальная диагностика 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 осложненных родов
- Диагностика нефропатии
- Лечение нефропатии
- Определение срока выполнения биопсии почки
- Коррекция гипертензии
- Нефропротективная терапия
- Участие в определении возможности лактации



Цели прегравидарной консультации пациентки с ХБП

Доклад Козловской Н.Л.

- 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

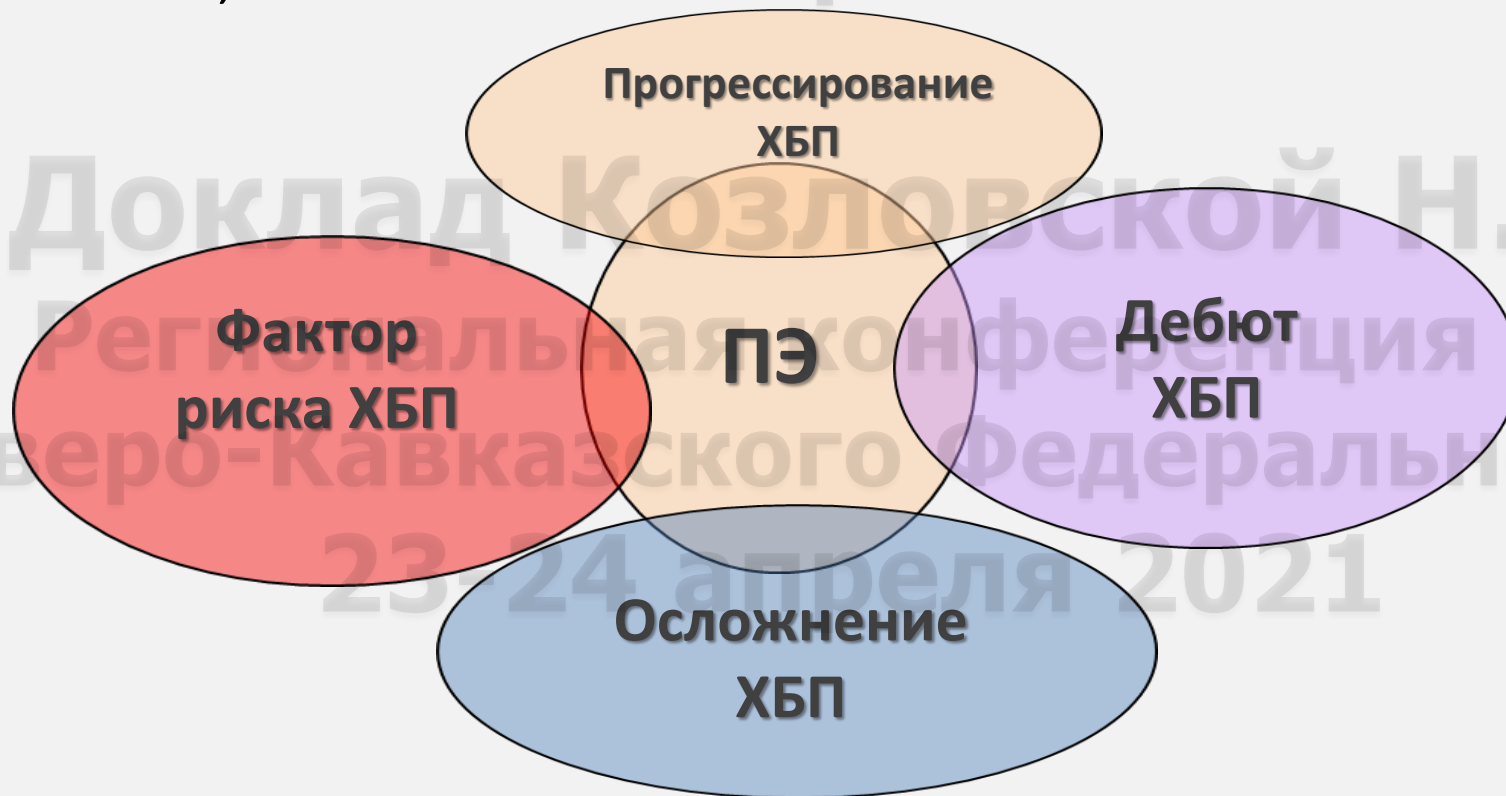


Консультация и наблюдение нефролога необходимы во время беременности и после родов при:

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 АГ диагностирована до беременности, стараться поддерживать АД на цифрах 120/70-140/90. Излишне низкое АД ассоциировано с ЗВУР
Функция почек	Каждые 4 нед. – СКр, мочевая кислота, мочевины и СКФ (по пробе Реберга). 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 эритропоэтина. 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)

Наступление беременности

Наблюдение соответственно индивидуальному протоколу у акушера и нефролога

Строгая коррекция артериального давления (110/70 - 135/85) мм.рт.ст)

Лечение анемии препаратами железа, фолиевой кислотой, при необходимости – В12 и эритропоэтины

Мониторинг бактериурии 1 р в 2-4 недели и ее лечение

Глюкозотолерантный тест и коррекция гликемии в случае выявления гестационного сахарного диабета;
Инсулинотерапия при диабетической нефропатии

Мониторинг суточной ПУ и состояния функции почек (СКФ; креатинин), контроль УЗИ и маркеров эндотелиальной дисфункции (гомоцистеин крови; sFlt1/PLGF)*

Мониторинг состояния фетоплацентарного комплекса

Продолжение лечения АК под контролем коагулограммы
Назначение ацетилсалициловой кислоты (АСК) С 12-ой до 36-ой недели гестации

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



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





Подходы к профилактике преэклампсии

Применяется сегодня

В процессе изучения

- 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.

- **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 антиангиогенных 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



Количество беременных с разными стадиями ХБП по данным литературы

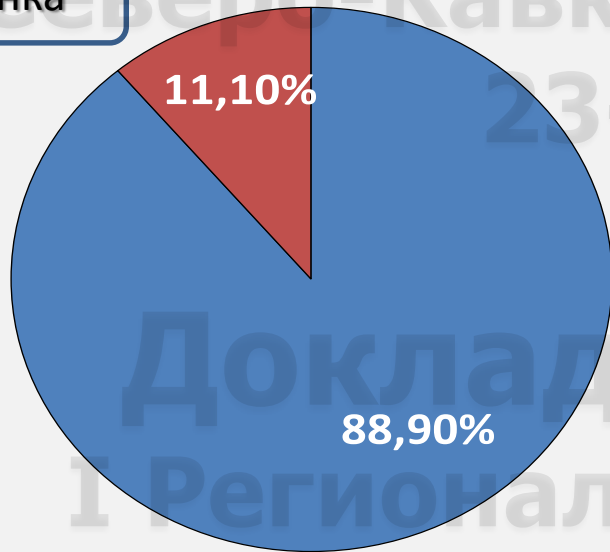
	всего	1 ст	2 ст	3 ст	4 ст	5 ст (ГД)
Piccoli G., Fassio F., Attini R. et al Pregnancy in CKD: whom should we follow and why? Nephrol. Dial. Transplant. – 2012. Sep;27(9):3665-6.	176	127	28	17	4	21 (11,9%)
Singh R, Prasad N, Banka A et al Pregnancy in patients with chronic kidney disease: Maternal and 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. Дисс. д.м.н., 2019	311	197	46	55	7	68 (21,9%)



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

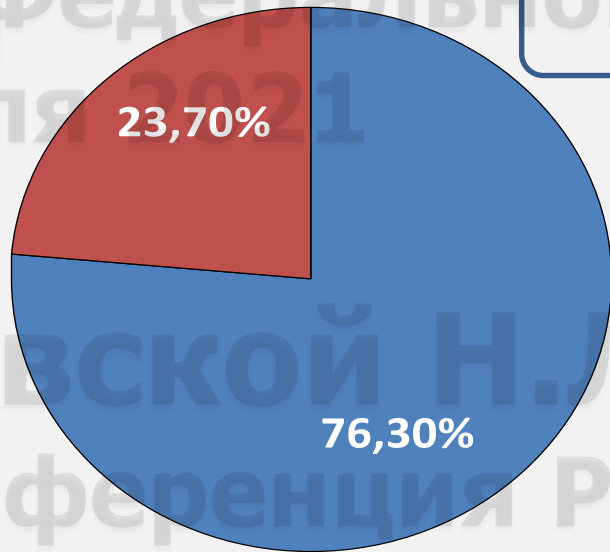
45 беременностей: 3Аст. – 27(60%), 3Б – 14(31,1%), 4ст. – 4(8,9%)

Для ребенка



ИСХОД

Для матери («нефрологический»)



■ Благоприятный ■ Неблагоприятный

■ Благоприятный ■ Неблагоприятный

Благоприятный: рождение здорового ребенка и выживание его в постнатальном периоде

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

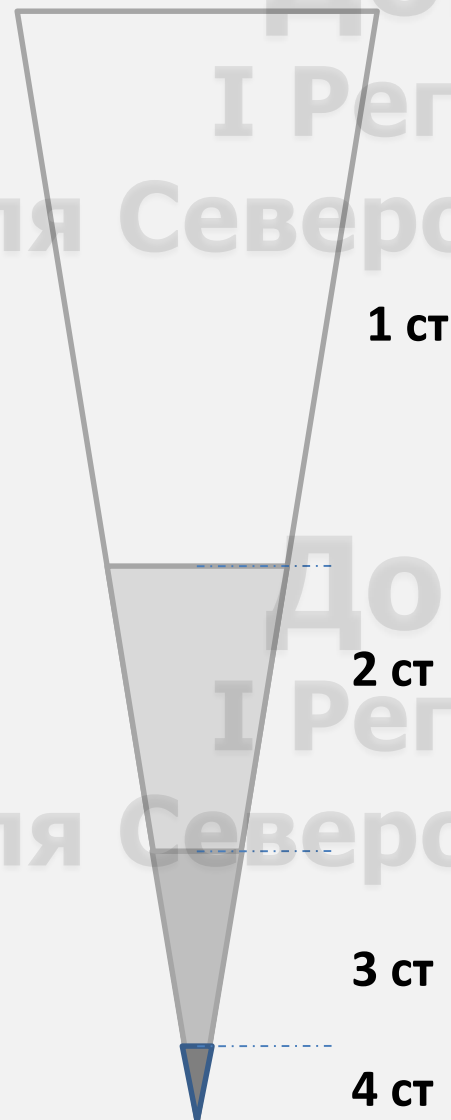


ХБП

Центр помощи беременным женщинам с патологией почек

ГКБ им. А.К. Ерамишанцева

01.04.2018 – 01.2021



1 ст

2 ст

3 ст

4 ст

Всего
проконсультировано

4037

беременных с ХБП

В стационаре
n=456

ХБП 3а-5ст
n=38
(0,8%)

Средний возраст
пациенток 32,6 года

К настоящему моменту
36 беременностей
завершились родами, 2
беременности
продолжаются

Средний срок начала
наблюдения
нефрологом – 15 нед

ХБП 3а – n=11

ХБП 3б – n=11

ХБП 4 – n=14

ХБП 5 – n=2



Причины ХБП у пациенток с ХБП 3А-4 стадий (n=36)

Доклад Козловской Н.Л.

I Региональная конференция РДО

для Северо-Кавказского Федерального Округа

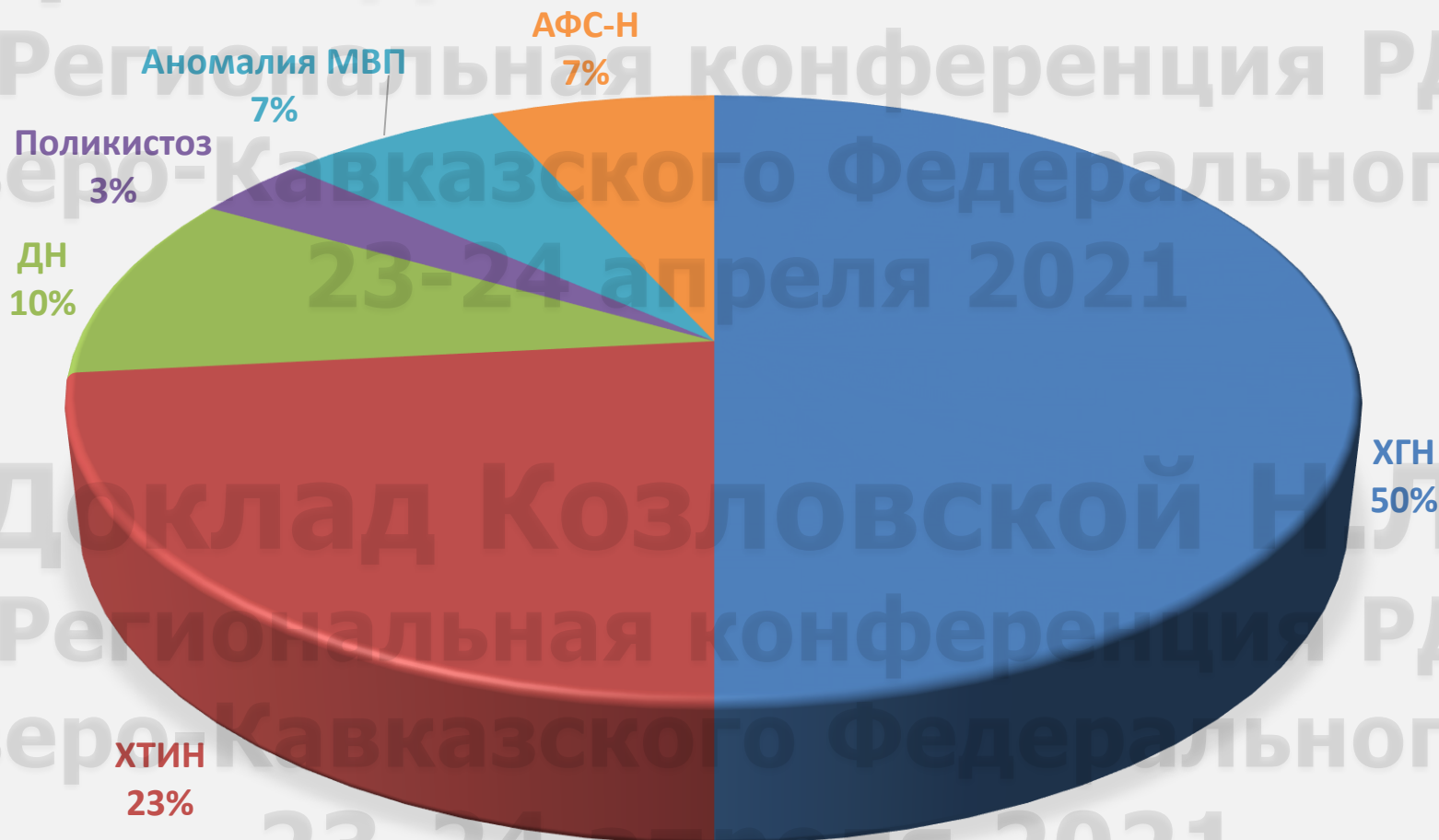
23-24 апреля 2021

Доклад Козловской Н.Л.

I Региональная конференция РДО

для Северо-Кавказского Федерального Округа

23-24 апреля 2021



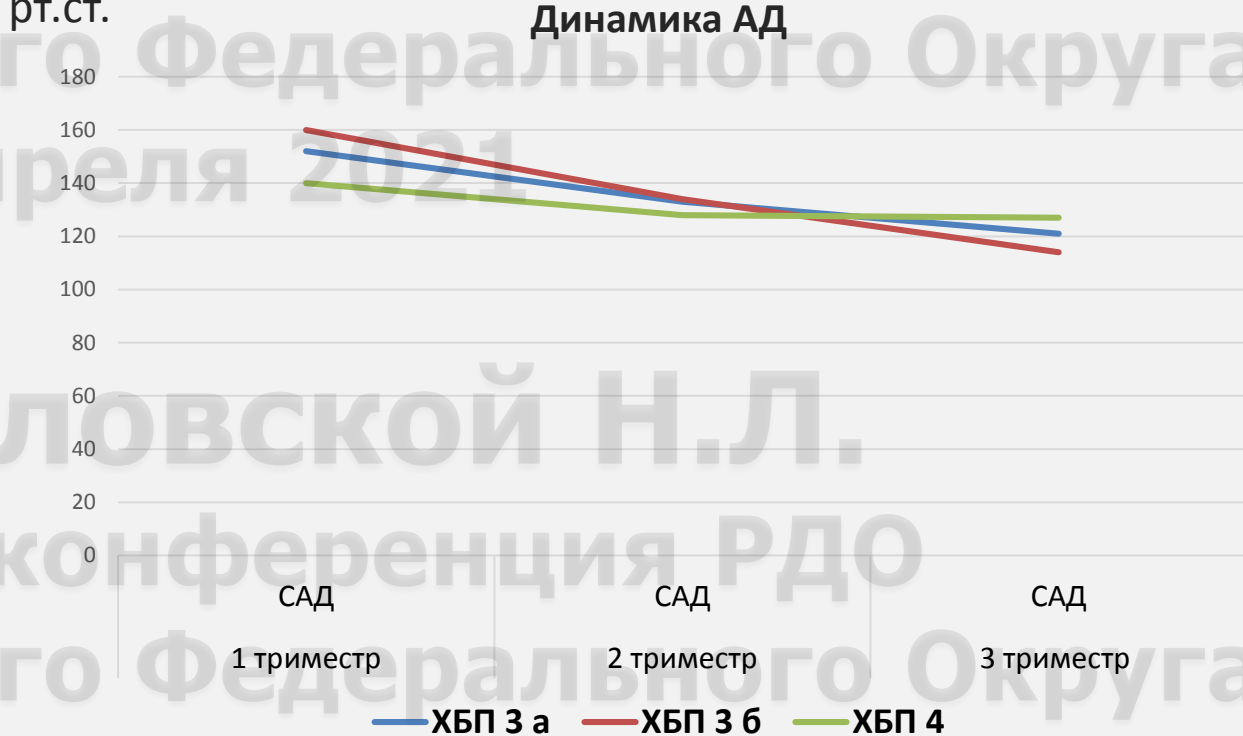
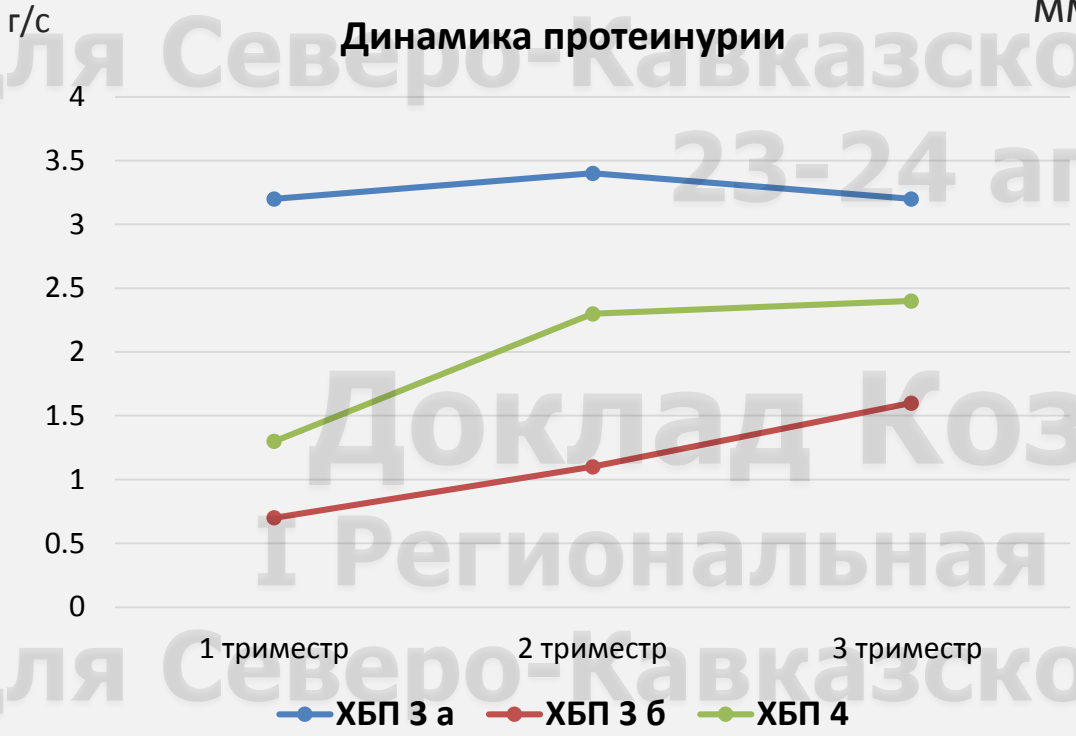


Динамика протеинурии и АД в ходе гестации у пациенток с ХБП

Доклад Козловской Н.Л.

I Региональная конференция РДО

для Северо-Кавказского Федерального Округа
23-24 апреля 2021



Доклад Козловской Н.Л.

I Региональная конференция РДО

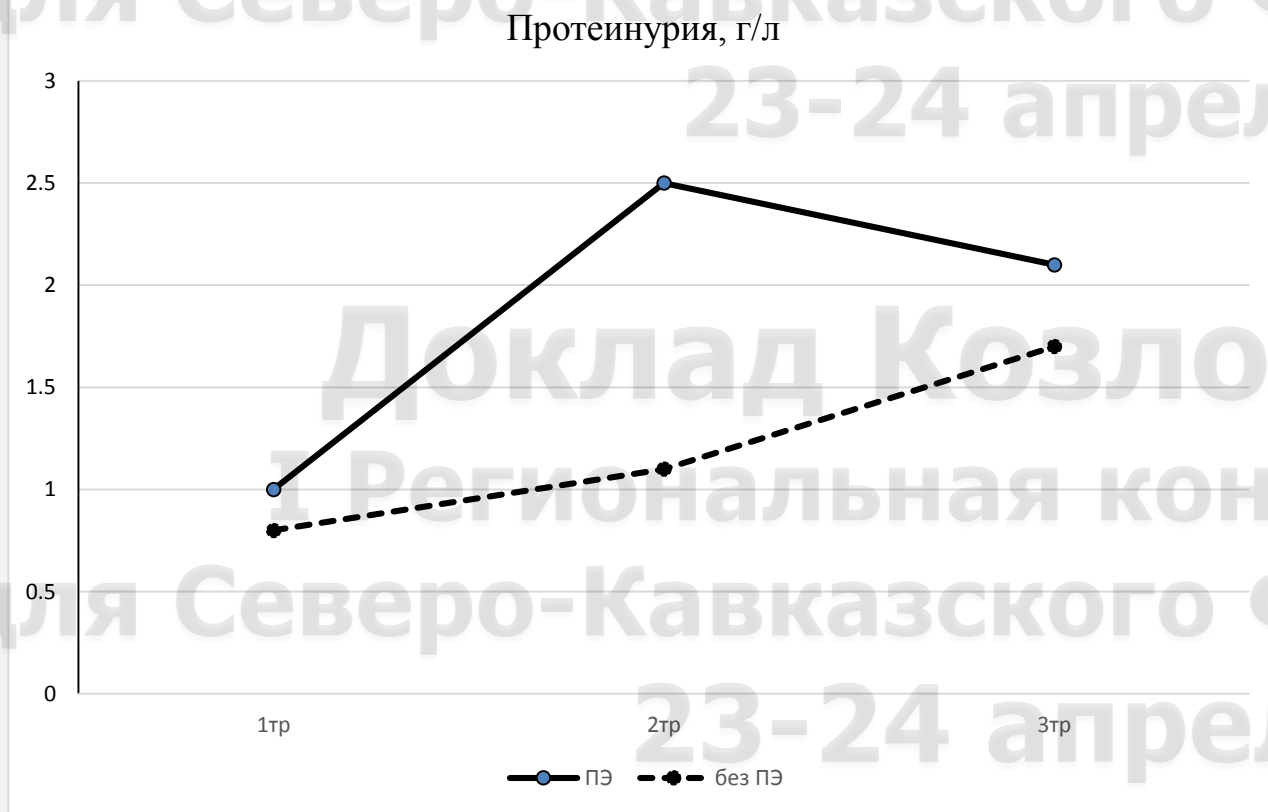
для Северо-Кавказского Федерального Округа
23-24 апреля 2021



Протеинурия во время беременности: в чем причина?

Протеинурия > 1г/сут - важный предиктор развития ПЭ и других гестационных осложнений:

Фетоплацентарная недостаточность, внутриутробная задержка роста плода, прогрессирование артериальной гипертензии в период гестации, преждевременные роды, острое повреждение почек (ОПП) у матери во время гестации



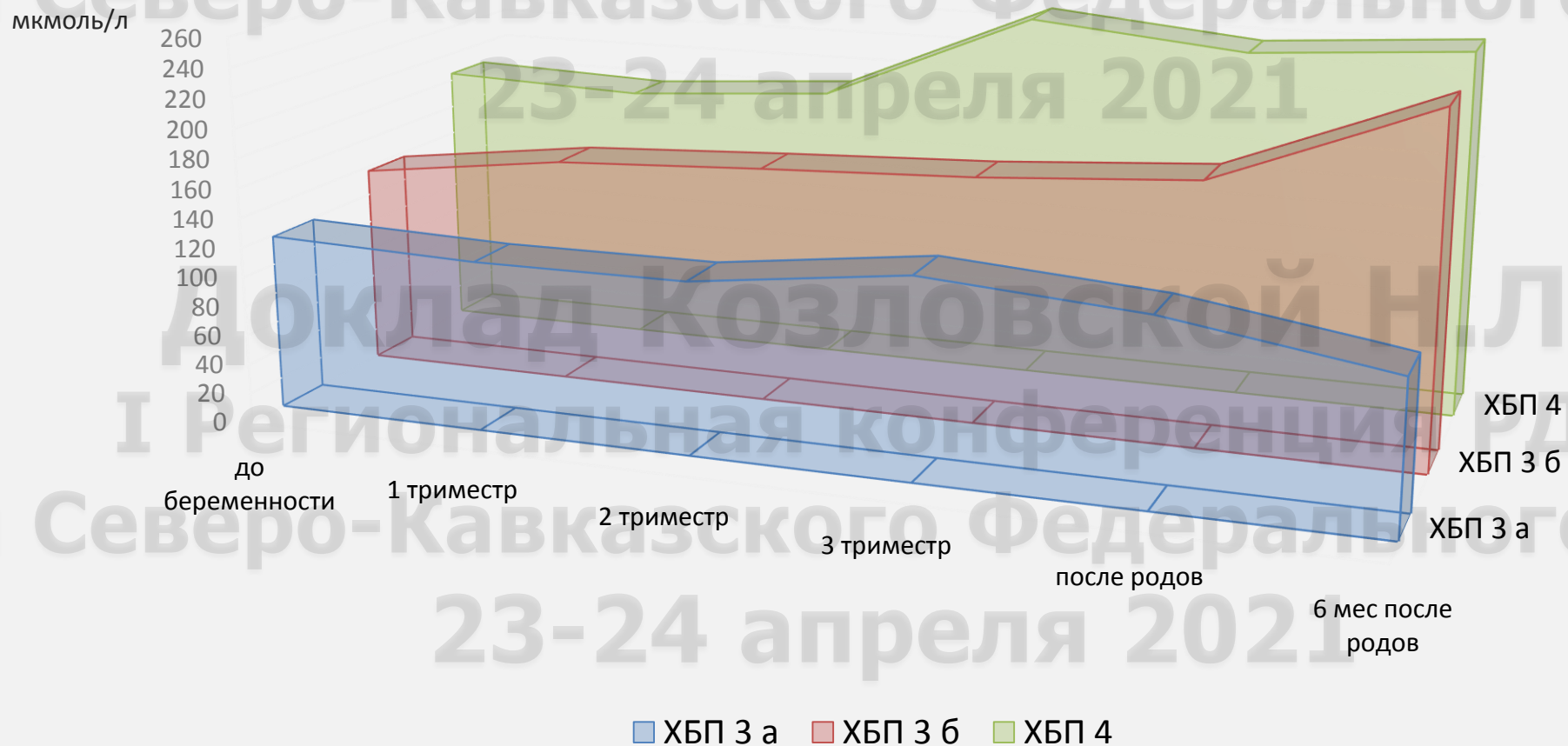
Гестационная протеинурия =
Протеинурия, индуцированная беременностью (PIP) (> 300мг/сут) – изолированная протеинурия, не сопровождающаяся повышением АД, креатинина и изменением осадка мочи, впервые отмеченная в период гестации у женщин, не имевших в анамнезе заболеваний почек

Мониторирование ангиогенного коэффициента (sFlt-1/PLGF) 1 раз в месяц позволяет вовремя диагностировать ПЭ и решить вопрос о сроках родоразрешения



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

Динамика уровня креатинина крови





Частота преэклампсии и послеродового ухудшения функции почек при поздних стадиях ХБП (n=30)

Доклад Козловской Н.Л.

I Региональная конференция РДО

для Северо-Кавказского Федерального Округа

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		

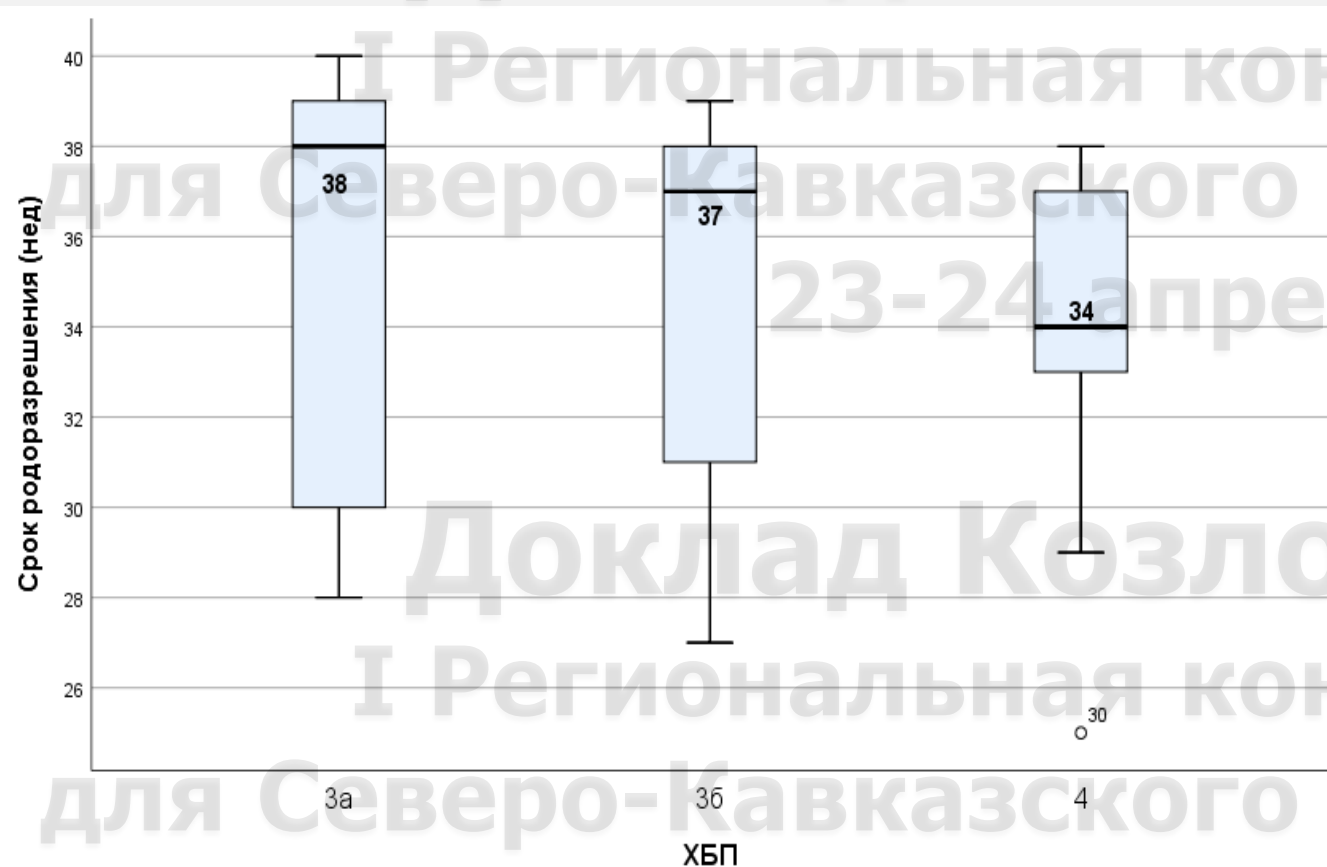
* Нарастание креатинина во время беременности

К.Демьянова, Л.Рыльцева, 2020



Исходы беременности для пациенток с ХБП и их детей. Центр помощи беременным женщинам с патологией почек ГКБ им. А.К. Ерамишанцева

01.04.2018 – 01.02.2021



Способ родоразрешения
N=36

Кесарево сечение
n=27 (74,3%)

Естественные роды
n=9 (25,7%)

ХБП 3а : 2770 г

Вес
новорожденного
(среднее)

ХБП 3б ст: 2745 г

ХБП 4 ст: 1840 г

У 20 женщин роды были своевременными и у 16 – преждевременными (до 37 недели гестации)



Наблюдение пациенток с ХБП в послеродовом периоде

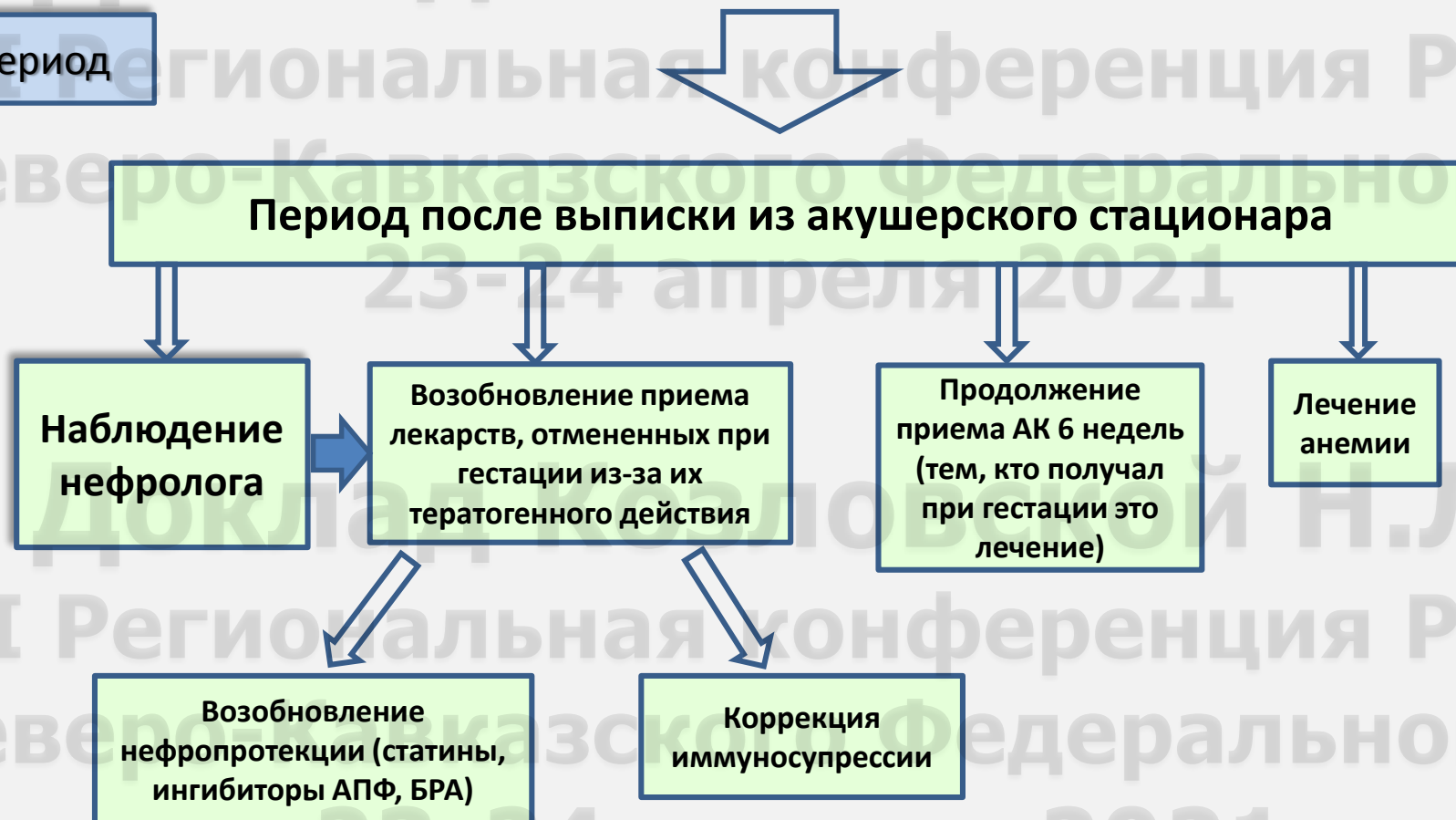
Доклад Козловской Н.Л.

- 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 (1)

- 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
- У 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



Заключение (2)

1. Диагноз ХБП не является абсолютным противопоказанием к беременности, благоприятный исход возможен даже у женщин с продвинутыми стадиями ХБП
2. Ведение беременности осуществляется преимущественно амбулаторно и включает контроль АД, протеинурии, бактериурии, гемоглобина крови, показателей функции почек, гемостазиограммы, маркеров ангиогенеза, показателей состояния плода
3. Благоприятный исход возможен при слаженной работе акушеров-гинекологов, урологов, нефрологов
4. Пора включать должность врача-нефролога в штат перинатальных центров!

23-24 апреля 2021



Департамент
здравоохранения
города Москвы



Городская
клиническая больница
имени А.К. Ерамишанцева

I Региональная конференция РДО

**Центр помощи беременным женщинам
с патологией почек и мочевыводящих
путей**

**Доклад Козловской Н.Л.
ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗ Москвы.**

Ул. Ленская, 15

Запись на консультацию:

тел. 8(499)940-04-30

Доклад Козловской Н.Л.

Спасибо за внимание!

для Северо-Кавказского Федерального Округа

23-24 апреля 2021



Доклад Козловской Н.Л.

Т Региональная контроллерия Р

для Северо-Кавказского Федерального Округа

23-24 апреля 2021