

## **К вопросу о возможности материнства у пациенток с нефротическим вариантом гломерулонефрита**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Качество жизни и полная семья чрезвычайно важны для любой женщины. У пациенток с нефротической формой гломерулонефрита, длительно получавших глюкокортикостероиды, эта проблема особенно актуальна с учетом многочисленных побочных эффектов гормонов, в том числе их не всегда правильного влияния на репродуктивную систему. На конкретных примерах нами прослежены сложности в реализации возможности стать матерью у таких пациенток. И это происходит не только в силу личных опасений за свое здоровье в связи с беременностью и родами, но и из-за не всегда правильного отношения со стороны акушеров-гинекологов к факту беременности как таковому у этого контингента больных. Известно, что даже при нормально протекающей беременности у здоровых женщин выявляется ряд функциональных и морфологических изменений почек и мочевых путей, происходят гормональные и нейрогуморальные изменения в организме беременной. На фоне уже имеющейся у женщин патологии почек возможна перинатальная и материнская смертность от гестозов и его осложнений. Хроническая патология мочевой системы может быть одной из причин невынашивания беременности, рождения маловесных детей к сроку гестации. У самих беременных может произойти обострение уже имеющейся почечной патологии, возникнуть острая почечная недостаточность или развиться хроническая почечная недостаточность при ее отсутствии до наступления беременности и др. [4].

В определенной мере опасения акушеров-гинекологов оправданы, однако подходить к каждому случаю следует с учетом состояния здоровья потенциальной матери, морфологического варианта гломерулонефрита, длительности ремиссии и ряда других факторов. Немалую роль в возникновении опасений со стороны акушерско-гинекологической службы играет отсутствие доступной информации о том, как протекают беременность и роды у женщин с нефротическим вариантом гломерулонефрита. При беседе с наблюдаемыми нами пациентками было выяснено, что в ряде случаев они получали рекомендации не рожать вообще и следовали этому совету. Или при уже наступившей беременности врачи женской консультации настаивали на ее прерывании без наличия на то клинических, генетических и социальных показаний. Следует отметить, что преимущественно это были беременные из районных и малых населенных пунктов.

Так, при наступлении беременности у женщины 24 лет, находившейся в ремиссии нефротического варианта хронического гломерулонефрита в течение 14 лет, бывшей замужем и желавшей рождения ребенка, в женской консультации неоднократно настаивали на прерывании беременности при ее нормальном течении. Уже сам факт наступления беременности являлся скорее положительным моментом, чем наоборот, поскольку у нее было выраженное нарушение менструального цикла в виде аменореи (менструации имели место 2 – 3 раза в год). По соматическому статусу других показаний к прерыванию беременности не было. К счастью, ей хватило стойкости и мужества сохранить беременность, которая протекала без осложнений и родить здорового ребенка.

Есть конкретный пример, когда пациентка даже после менее длительной ремиссии (в течение 4 лет) нефротического варианта хронического гломерулонефрита родила 2 здоровых детей. При первой (в 19 лет) и второй (в 22 года) беременности во II ее половине в анализах мочи наблюдалась нестойкая протеинурия менее 1,0 г/л, гипотония при первой беременности, а в конце второй беременности артериальное давление повысилось до

140/100 мм.рт.ст. и поэтому родоразрешение было проведено путем кесарева сечения. Отеков не было в течение всей беременности. После родов протеинурия исчезла, нормализовалось артериальное давление, обострения основного заболевания не было.

Известно, что во время беременности происходит активизация обменных процессов, увеличивается уровень секреции гормонов, в том числе и кортизола [2]. Поэтому, как правило, обострений основной патологии не наблюдается.

У одной из пациенток беременность протекала нормально, состоялись успешные роды здоровым ребенком и лишь через 4 года после родов из-за переохлаждения и наслонившейся ангины у нее произошло обострение гломерулонефрита. Лишь у пациентки 27 лет, которая болела с 2-х летнего возраста, с гормонозависимым течением нефротического варианта хронического гломерулонефрита (принимала постоянно 5 мг преднизолона в сутки) во второй половине беременности диагностирован инсулинзависимый сахарный диабет; в анализах мочи протеинурия в течение всей беременности не превышала 0,25 г/л. Ребенок родился без патологических отклонений.

Далее мы приводим обобщенную характеристику течения беременности и родов у 13 наших пациенток в сравнении с 15 здоровыми женщинами.

Среди обследованных здоровых женщин средний возраст на время рождения первого ребенка составлял 24 года (от 21 до 29 лет). У 2 из них было по два ребенка. Беременность у 14 рожавших протекала без осложнений. Изменения в моче во время беременности отсутствовали у всех обследуемых. Роды у 13 женщин прошли нормально. Двум пациенткам выполнено кесарево сечение по причине длительного нераскрытия шейки матки при родах.

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 был 7 лет (то 2 до 13 лет). Сопутствующая патология встречалась у 5 детей (35,3%): атопический дерматит у 2, пролапс митрального клапана 1-й степени у 1 ребенка и у второго – нарушение осанки и аденоиды 1,5 степени.

Среди больных гломерулонефритом детей имели 13 пациенток. Возраст обследуемых на момент рождения ребенка был моложе, чем в группе контроля, – от 16 до 26 лет, в среднем – 20 лет. У одной из пациенток с гломерулонефритом беременность была повторной. У 9 из них беременность осложнялась в своем течении: токсикозом 1-й половины беременности в виде тошноты и рвоты (у 6), гестозом 2-й половины беременности в виде отеков (у 4), повышением АД (у 2). Угроза выкидыша диагностирована в 3 случаях. Из экстрагенитальной патологии выявлялись: анемия 1-й степени – у 4 и гипотония — у 2 беременных женщин. 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 выявлялись 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.

Мы провели анализ длительности заболевания на момент рождения ребенка, а также длительности ремиссии, предшествовавшей рождению детей у пациенток с благоприятным течением беременности и у пациенток, беременность у которых имела осложнения. Оказалось, что средняя длительность заболевания на момент рождения ребенка не имела различий и была несколько больше при благоприятном течении беременности. Однако длительность ремиссии на момент рождения ребенка оказалась достоверно больше при

благоприятном течении беременности, чем при осложненном 0,05). <1,34 года,  $P \pm 2,02$  года против  $3,57 \pm (9,75)$

У 9 пациенток роды протекали без осложнений, через естественные родовые пути; в одном случае было обвитие пуповины вокруг шеи плода и в другом – целый плодный пузырь. Пациентке с сопутствующим сахарным диабетом I типа роды проведены путем кесарева сечения. На первом году жизни одному ребенку от матери с гломерулонефритом выставлен диагноз детского церебрального паралича. Причиной осложнения послужил длительный безводный период и травматичное ведение родов через естественные пути при наличии крупного плода (масса тела – 4001,0 г, длина тела – 56,0 см).

В последующие годы у одной из рожденных девочек, кроме наличия аденоидов и нарушения осанки, развилась миопия I степени, у 1 мальчика отмечаются частые обструктивные бронхиты. Почечная патология не выявлена ни у одного ребенка. Возраст этих детей на момент обследования составлял от 1 года до 11 лет.

В среднем масса и длина тела у новорожденных от больных матерей не отличалась от таковых у детей здоровых женщин и даже была несколько выше. Дети от больных 0,02 соответственно). <0,01 и  $P <$  матерей стали на 1 месяц позже сидеть и ходить ( $P$  На естественном вскармливании находились 2 (14,3%) ребенка от пациенток с гломерулонефритом (у здоровых – 10 (58,8%) детей), что в 4,6 раза меньше, чем 0,05). Средняя продолжительность < среди рожденных от здоровых матерей ( $P$  естественного вскармливания детей от здоровых матерей была на 4,1 месяца больше, чем детей от женщин, больных гломерулонефритом.

Согласно литературным данным частота гестозов у беременных в целом составляет 12-17% [3, 5]. Гестационный пиелонефрит выявляется у 1-12% беременных [1, 3, 4]. У преобладающего большинства женщин с нефротической формой хронического гломерулонефрита во время беременности выявляется латентная форма хронического гломерулонефрита [4]. В наблюдаемой нами группе женщин 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.

Приводим пример клинического наблюдения течения беременности, родов, послеродового периода и дальнейшего развития ребенка у пациентки К., 17 лет (см. фото), проживающей в Минской области, которая в свое время в течение 5 лет лечилась по поводу нефротической формы хронического гломерулонефрита на базе 2 ДКБ г. Минска.



Из анамнеза известно, что в возрасте 2 лет (в 1992 году) у нее диагностирован нефротический вариант гломерулонефрита, морфологически - мембранозный гломерулонефрит. За время болезни в общей сложности в течение 1 года 6 мес она получала терапию преднизолоном в максимальной дозе 1,5 мг/кг в сутки и в течение 4 месяцев терапию лейкераном. С 1997 года у нее отмечалась ремиссия по основному заболеванию.

Беременность была незапланированной, однако пациентка приняла решение об ее сохранении.

У наблюдаемой менархе с 12 лет, менструации установились в течение 3 месяцев. Менструальный цикл 28-30 дней, выделения в течение 6 дней, умеренные, безболезненные.

Беременность наступила сразу с началом половой жизни. Во время беременности пациентку с 28-ми недель беспокоила изжога, с 32-ой недели беременности отмечалась небольшая пастозность голеней. Артериальное давление не повышалось. В общем анализе крови в сроке 22-24 недель беременности отмечалось снижение уровня гемоглобина до 109-104 г/л, принимала препараты железа. Практически в течение всей беременности у нее был рецидивирующий кандидозный кольпит. Во время беременности белка в анализах мочи не отмечалось, однако периодически появлялись лейкоциты в количестве 11-35 в поле зрения, был выставлен диагноз инфекция мочевых путей.

Состояние плода во время беременности без отклонений, первое шевеление в 22 недели. Наша пациентка очень тщательно и часто наблюдалась врачом женской консультации, однако вплоть до срока 5 месяцев беременности там настаивали на ее прерывании, что было очень тяжелым моральным грузом для беременной. В сроке 37-38 недель она была направлена на плановую госпитализацию в РНПЦ "Мать и дитя" для обследования и определения тактики ведения родов.

Роды произошли 6.03.2009 года в сроке 38 недель, отмечалась первичная слабость родовых сил, вследствие угрозы разрыва промежности была выполнена эпизиотомия. Других осложнений во время родов не было. Родилась девочка массой тела 2920,0 г, длиной - 52 см, окружностью головы - 34 см, окружностью груди - 33 см. Состояние при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. После рождения отмечался перивентрикулярный отек и незрелость головного мозга. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии.

К возрасту девочки 1 год 1 месяц физическое развитие среднее гармоничное. Нервно психическое развитие соответствует возрасту: голову держит хорошо с 1 мес, сидит самостоятельно с 6 мес, ползает с 6,5 мес, ходит в кроватке с 7,5 мес, самостоятельно ходит с 11,5 мес, зубы появились в 6 мес. На естественном вскармливании находилась до 2,5 мес. В осенне-зимний период с 8 мес и до 1 года жизни отмечались простудные заболевания. В возрасте 8 мес после перенесенного простудного заболевания выявлено непродолжительное снижение уровня гемоглобина в общем анализе крови до 103-104 г/л. Других отклонений в анализах крови и мочи не было.

У нашей пациентки после родов периодически имеет место умеренная лейкоцитурия, белка в анализах мочи нет. Иных отклонений в соматическом статусе не выявлено.

Выводы: исходя из вышеизложенного, следует отметить, что беременность у пациенток с нефротическим вариантом гломерулонефрита, не имеющих признаков почечной недостаточности, протекала с более частым проявлением гестоза, однако обострений основного заболевания не наступало. Относительно благоприятно протекал послеродовой период, ухудшения почечных функций не выявлено. Течение беременности достоверно благоприятнее было у тех девушек и женщин, которые имели большую продолжительность ремиссии (9,75 года и длительнее). Рожденные дети также в последующем кардинально не отличались от своих сверстников в физическом и нервно-психическом развитии. Это свидетельствует о том, что у большинства пациенток с нефротическим вариантом гломерулонефрита возможно счастливое материнство при правильной тактике ведения беременности и родов, и подход в каждом случае должен быть индивидуальным и взвешенным.

### **Литература**

1. Герасимович, Г. И. Пиелонефрит беременных / Г. И. Герасимович // Здоровоохранение. 2000. № 4. С. 30–34.
2. Дуда, И. В. Клиническое акушерство / И. В. Дуда, В. И. Дуда. Минск: Выш. шк., 1997. 604 с.
3. Пиелонефрит / А. В. Люлько [и др.]. Киев: Здоров'я, 1989. 272 с.
4. Смирнова, Т. А. Физиология и патология мочевыделительной системы женщины при беременности / Т. А. Смирнова. Минск: БГМУ, 2000. 65 с.
5. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. М.: Триада-Х, 1999. 816 с