# ИСХОДЫ РОДОВ И ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

***Нажмутдинова Д. К.*[1]**
***Нигматуллаева З.*[2]**
*[1] Профессор кафедры акушерства и гинекологии Ташкентского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук (DSc).*
*[2] Самостоятельный соискатель кафедры акушерства и гинекологии Ташкентского государственного медицинского университета.*

**Актуальность**

Хронические заболевания почек представляют собой значимую проблему современного акушерства. Физиологическое увеличение объёма циркулирующей крови, почечного кровотока и клубочковой фильтрации во время беременности повышает функциональную нагрузку на почки. При нарушении адаптационных механизмов возрастает вероятность прогрессирования артериальной гипертензии, протеинурии и почечной дисфункции.

Согласно результатам современных метаанализов, хроническая болезнь почек (ХБП) ассоциируется с повышенной частотой преэклампсии, преждевременных родов, кесарева сечения и рождения детей с недостаточной массой тела [1, 2]. Наиболее неблагоприятные исходы наблюдаются у пациенток с ХБП 3–5-й стадий, хронической артериальной гипертензией и выраженной протеинурией. Вместе с тем своевременное выявление факторов риска и совместное ведение беременности акушером-гинекологом и нефрологом позволяют улучшить материнские и перинатальные исходы.

Особого внимания заслуживает послеродовой период. После родоразрешения у части пациенток сохраняются повышенное артериальное давление и протеинурия, развивается обострение инфекционно-воспалительного заболевания мочевыделительной системы либо отмечается дальнейшее снижение скорости клубочковой фильтрации. В связи с этим анализ исходов родов и послеродового периода у женщин с хроническими заболеваниями почек имеет практическое значение.

**Цель исследования**

Изучить исходы родов и особенности течения послеродового периода у женщин с хроническими заболеваниями почек в зависимости от стадии нарушения почечной функции.

**Материалы и методы**

Проведён ретроспективный анализ 72 историй беременности и родов пациенток с хроническими заболеваниями почек, находившихся на стационарном лечении в течение 2024–2026 гг. Возраст обследованных женщин варьировал от 19 до 41 года, средний возраст составил 29,6±5,2 года.

Критериями включения являлись наличие одноплодной беременности, установленный до беременности или в первой половине гестации диагноз хронического заболевания почек, родоразрешение в сроке 22 недели и более, а также наличие в медицинской документации сведений о течении родов и послеродового периода. Не включались пациентки с многоплодной беременностью, острым повреждением почек без предшествующего хронического заболевания, тяжёлыми декомпенсированными пороками сердца и неполной медицинской документацией.

Хронический пиелонефрит был диагностирован у 42 (58,3%) женщин, хронический гломерулонефрит — у 10 (13,9%), врождённые аномалии почек и мочевыводящих путей — у 8 (11,1%), диабетическая нефропатия — у 6 (8,3%), другие хронические нефропатии — у 6 (8,3%).

В зависимости от исходного функционального состояния почек пациентки были распределены на две группы. Первую группу составили 56 женщин с ХБП 1–2-й стадий, вторую — 16 пациенток с ХБП 3–5-й стадий. Оценивали срок и способ родоразрешения, частоту преэклампсии, массу тела новорождённых, осложнения раннего послеродового периода, уровень артериального давления и изменение расчётной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) в течение 6–12 недель после родов.

Количественные показатели представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения, качественные — в виде абсолютного числа и процента. Для сравнения категориальных показателей применяли точный критерий Фишера, количественных показателей — критерий Стьюдента с поправкой Уэлча. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

**Результаты исследования**

Среди обследованных женщин первобеременными были 25 (34,7%), повторнобеременными — 47 (65,3%). Хроническая артериальная гипертензия выявлена у 20 (27,8%) пациенток, протеинурия более 1 г/сут — у 16 (22,2%), анемия во время беременности — у 24 (33,3%). Преэклампсия различной степени тяжести диагностирована у 20 (27,8%) женщин.

Хроническая артериальная гипертензия значительно чаще встречалась при ХБП 3–5-й стадий: у 10 из 16 пациенток (62,5%) против 10 из 56 (17,9%) при ХБП 1–2-й стадий ($p=0,001$). Аналогичная закономерность выявлена в отношении

протеинурии более 1 г/сут: 62,5% (10/16) против 10,7% (6/56) соответственно (p<0,001).

**Таблица 1. Клинико-анамнестическая характеристика обследованных пациенток**

| Показатель | Все пациентки, n=72 | ХБП 1–2-й стадий, n=56 | ХБП 3–5-й стадий, n=16 | p |
|---|---|---|---|---|
| Средний возраст, годы | 29,6±5,2 | 29,2±5,1 | 31,0±5,3 | 0,238 |
| Первобеременные | 25 (34,7%) | 20 (35,7%) | 5 (31,3%) | 1,000 |
| Хроническая артериальная гипертензия | 20 (27,8%) | 10 (17,9%) | 10 (62,5%) | 0,001 |
| Протеинурия более 1 г/сут | 16 (22,2%) | 6 (10,7%) | 10 (62,5%) | <0,001 |
| Анемия во время беременности | 24 (33,3%) | 17 (30,4%) | 7 (43,8%) | 0,373 |
| Преэклампсия | 20 (27,8%) | 12 (21,4%) | 8 (50,0%) | 0,054 |

Своевременные роды зарегистрированы у 44 (61,1%) женщин, преждевременные — у 28 (38,9%). Средний срок родоразрешения в общей выборке составил 36,6±2,5 недели. При ХБП 1–2-й стадий средний срок родов равнялся 37,1±2,4 недели, тогда как при ХБП 3–5-й стадий — 34,8±2,3 недели (p=0,002).

В первой группе преждевременные роды произошли у 18 из 56 женщин (32,1%), во второй группе — у 10 из 16 (62,5%). Различия между группами были статистически значимыми (p=0,042). Полученные результаты свидетельствуют о связи выраженного снижения функции почек с увеличением вероятности досрочного родоразрешения.

Через естественные родовые пути родоразрешены 40 (55,6%) пациенток, кесарево сечение выполнено у 32 (44,4%). При ХБП 1–2-й стадий частота кесарева сечения составила 37,5% (21/56), при ХБП 3–5-й стадий — 68,8% (11/16; p=0,044).

Среди показаний к кесареву сечению тяжёлая преэклампсия отмечена в 10 из 32 случаев (31,3%), дистресс плода — в 8 (25,0%), прогрессирующее ухудшение функционального состояния почек — в 6 (18,8%), отсутствие эффекта от индукции родов — в 5 (15,6%), другие акушерские показания — в 3 случаях (9,4%).

Средняя масса тела новорождённых составила 2860±610 г. Дети с массой тела менее 2500 г родились у 23 (31,9%) женщин. При ХБП 1–2-й стадий данный исход наблюдался у 14 (25,0%) пациенток, а при ХБП 3–5-й стадий — у 9 (56,3%; p=0,031). Полученные данные подтверждают увеличение частоты рождения маловесных детей по мере снижения функции почек.

**Таблица 2. Исходы родов и послеродового периода в зависимости от стадии ХБП**

| **Показатель** | **ХБП 1–2-й стадий, n=56** | **ХБП 3–5-й стадий, n=16** | **p** |
|---|---|---|---|
| Срок родоразрешения, недели | 37,1±2,4 | 34,8±2,3 | 0,002 |
| Преждевременные роды | 18 (32,1%) | 10 (62,5%) | 0,042 |
| Кесарево сечение | 21 (37,5%) | 11 (68,8%) | 0,044 |
| Масса тела новорождённого менее 2500 г | 14 (25,0%) | 9 (56,3%) | 0,031 |
| Осложнённый послеродовой период | 15 (26,8%) | 12 (75,0%) | <0,001 |
| Сохраняющаяся артериальная гипертензия | 7 (12,5%) | 8 (50,0%) | 0,003 |
| Снижение рСКФ не менее чем на 25% | 2 (3,6%) | 4 (25,0%) | 0,020 |

Осложнённое течение послеродового периода отмечено у 27 (37,5%) женщин. При этом у одной пациентки могло наблюдаться несколько осложнений. Наиболее распространённым осложнением являлась анемия, диагностированная у 18 (25,0%) родильниц. Сохраняющаяся после родов артериальная гипертензия отмечена у 15 (20,8%) женщин, обострение хронического заболевания почек или инфекция мочевыводящих путей — у 11 (15,3%), снижение рСКФ не менее чем на 25% от исходного уровня — у 6 (8,3%), послеродовое кровотечение — у 4 (5,6%).

При ХБП 3–5-й стадий осложнённый послеродовой период зарегистрирован у 12 из 16 пациенток (75,0%), что было значительно выше по сравнению с женщинами с ХБП 1–2-й стадий — 15 из 56 (26,8%; p<0,001). Сохраняющаяся артериальная гипертензия наблюдалась соответственно у 50,0 и 12,5% пациенток (p=0,003).

Снижение рСКФ не менее чем на 25% в течение 6–12 недель после родов выявлено у 4 из 16 женщин с ХБП 3–5-й стадий (25,0%) и только у 2 из 56 пациенток с ХБП 1–2-й стадий (3,6%; p=0,020). Наибольшее ухудшение функции почек наблюдалось у женщин с сочетанием исходной артериальной гипертензии

и протеинурии более 1 г/сут. Случаев материнской смертности и необходимости экстренного начала диализа в исследуемой выборке не зарегистрировано.

**Обсуждение**

Результаты проведённого анализа показали, что тяжесть нарушения функции почек оказывает существенное влияние на срок и способ родоразрешения. Частота преждевременных родов при ХБП 3–5-й стадий была почти в два раза выше, чем при ХБП 1–2-й стадий. Частота кесарева сечения также увеличивалась по мере прогрессирования ХБП.

Полученные результаты согласуются с метаанализом S. Al Khalaf и соавт., согласно которому наличие ХБП повышает вероятность преэклампсии в 2,58 раза, кесарева сечения — в 1,65 раза, преждевременных родов — в 1,73 раза и рождения ребёнка с недостаточной массой тела для гестационного возраста — в 1,93 раза [1].

В исследовании K. Wiles и соавт., включившем 178 беременностей у женщин с ХБП 3–5-й стадий, преждевременные роды были зарегистрированы в 56% случаев, кесарево сечение — в 57%. При ХБП стадии 3a частота родов до 37 недель составляла 41%, при стадии 3b — 62%, а при стадиях 4–5 достигала 88%. Через год после родов снижение рСКФ не менее чем на 25% либо потребность в заместительной почечной терапии отмечались у 46% обследованных женщин [3].

В представленном анализе снижение рСКФ не менее чем на 25% было выявлено у 25% пациенток с ХБП 3–5-й стадий. Более низкая частота по сравнению с данными K. Wiles и соавт. может быть связана с меньшей продолжительностью наблюдения, поскольку функция почек оценивалась в течение 6–12 недель после родов.

Высокая частота послеродовых осложнений у женщин с выраженной почечной дисфункцией указывает на необходимость продолжения наблюдения после выписки из акушерского стационара. Контроль артериального давления, креатинина, рСКФ и протеинурии позволяет своевременно выявить прогрессирование заболевания и определить дальнейшую тактику ведения.

**Выводы**

1. Преждевременные роды у женщин с ХБП 3–5-й стадий наблюдались в 62,5% случаев, что было статистически значимо выше, чем при ХБП 1–2-й стадий — 32,1% ($p=0,042$).
2. Частота кесарева сечения увеличивалась с 37,5% при ХБП 1–2-й стадий до 68,8% при ХБП 3–5-й стадий ($p=0,044$).
3. Осложнённый послеродовой период зарегистрирован у 75,0% женщин с ХБП 3–5-й стадий и у 26,8% пациенток с ХБП 1–2-й стадий ($p<0,001$).

4. Основными факторами неблагоприятного исхода являлись выраженное снижение функции почек, хроническая артериальная гипертензия и протеинурия более 1 г/сут.
5. Женщинам с хроническими заболеваниями почек необходимо совместное наблюдение акушером-гинекологом и нефрологом во время беременности и после родоразрешения с обязательным контролем артериального давления, протеинурии и функции почек.

**Литература**

1. Al Khalaf S., Bodunde E., Maher G.M. et al. Chronic kidney disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2022;226(5):656–670.e32. DOI
2. Jeyaraman D. et al. Adverse pregnancy outcomes in pregnant women with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2024;131(10):1331–1340. DOI
3. Wiles K., Webster P., Seed P.T. et al. The impact of chronic kidney disease stages 3–5 on pregnancy outcomes. *Nephrology Dialysis Transplantation.* 2021;36(11):2008–2017. Oxford Academic
4. Wiles K., Chappell L., Clark K. et al. Clinical practice guideline on pregnancy and renal disease. *BMC Nephrology.* 2019;20:401. DOI