

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Гасанова М.Г.*

*Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей
имени А.Алиева, кафедра нефрологии, Баку, Азербайджан*

Нефротический синдром (НС) развивающийся во время беременности довольно редкая патология. Долгое время НС связывали с обострением хронического гломерулонефрита. Однако в последние годы НС может быть проявлением классической акушерской патологии – тяжелой преэклампсии (ПЭ). Массивная протеинурия с НС характерно для ранней ПЭ, что затрудняет ее диагностику, особенно в ранние сроки беременности (до 20 недель). Для ПЭ, которая не укладывается в рамки классических критериев, на сегодня используется термин «атипичная ПЭ». В статье представлено клиническое наблюдение, в котором описано развитие ранней тяжелой ПЭ на сроке 14-15 недель с формированием нефротического синдрома у пациентки с первой многоплодной (двойня) беременностью. Развитие НС у беременной без заболевания почек в анамнезе требует в первую очередь необходимость исключения ПЭ.

Ключевые слова: нефротический синдром, атипичная преэклампсия, ранняя преэклампсия

Введение. Нефротический синдром (НС) – достаточно редкая патология, которая выявляется в ранние сроки беременности. Что это: обострение хронического гломерулонефрита (ХГН) или атипичная форма преэклампсии (ПЭ)? Описания НС во время беременности в литературе немногочисленны. Долгое время НС связывали только с обострением ХГН или нефритом *de novo*. В описаниях середины 20 века заболеваемость НС при беременности составляют 0,028% случаев в год [1]. Возможно, что такой низкий процент случаев, связан с тем, что в то время НС ассоциировался только с обострением ХГН или нефритом *de novo*, что являлось показанием к прерыванию беременности. Нужно сказать, что показанием к прерыванию является не только риск прогрессирования почечного заболевания, а также высокий риск неблагоприятного исхода беременности, как для матери (развитие ПЭ, преждевременные роды), так и для плода (антенатальная гибель, гипотрофия, задержка роста плода) [2].

На сегодняшний день, все больше женщин с почечной патологией отказываются от прерывания беременности. В связи с этим и у акушер-гинекологов, и у нефрологов стал накапливаться опыт ведения беременных с почечными заболеваниями, а также опыт лечения НС у беременных. Тем более, что современные возможности перинатальной помощи позволяют сохранить жизнь детей с низкой массой тела [3]. Успехи в акушерстве и в нефрологии позволили пересмотреть существующую раньше запретную тактику в отношении беременных с заболеваниями почек, что привело к нарастанию частоты встречаемости НС у беременных женщин до 0,32% случаев [4].

Учитывая механизмы повреждения почек при акушерской патологии, можно установить, что именно ПЭ нередко является причиной НС при беременности. Установлено, что развитие массивной протеинурии (ПУ) с формированием НС наиболее характерно для течения ранней ПЭ [5], что затрудняет дифференциальную диагностику, особенно если ПЭ развивается после 20 недели.

Представляем собственное наблюдение пациентки с НС с ранней ПЭ.

Клиническое наблюдение. Пациентка 30 лет на сроке беременности 14-15 недель обратилась к акушер-гинекологу с жалобами на впервые возникшие отеки лица, нижних конечностей, одышку, головные боли, повышение артериального давления (АД) до 170/100 мм рт ст. Данная беременность первая. В анамнезе отрицает наличие хронических заболеваний. На сроке 9-10 недель беременности была поставлена на учет в женскую консультацию. На этом сроке беременности – анализы без особенностей, на ультразвуковом исследовании (УЗИ) матки установлена двойня. Со слов, ухудшение состояния беременной развилось на сроке 14 недель, когда возникли и стали нарастать указанные жалобы. Обратившись в женскую консультацию было обнаружено высокое АД-170/110 мм рт ст и беременная экстренно была госпитализирована в Республиканскую Клиническую больницу имени М.А.Миркасимова в отделение гинекологии.

При поступлении в стационар у беременной отмечались бледность кожных покровов, выраженные периферические отеки, повышенное АД- 160/100 мм рт ст. При лабораторном исследовании выявлена ПУ – 3 г/л, снижение общего

*e-mail: nefrologiya_adhti@mail.ru

белка – 55 г/л, альбумина – 26 г/л, анемия – гемоглобин 90 г/л, тромбоцитопения – 130 тыс/мкл, повышение печеночных ферментов (аспартатаминотрансфераза – 150 ЕД/л, аланинаминотрансфераза – 167 Ед/л), мочевиная кислота 424 мкмоль/л, креатинин 68 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации по СКД-ЕРИ 107 мл/мин. При УЗИ – размеры почек сохранены, гидронефроза нет, имеется наличие двухстороннего гидроторакса. На УЗИ матки установлены признаки полного пузырного заноса (ППЗ) одного из плодов, кисты обоих яичников. Учитывая, что у беременной в ранние сроки были нормальные анализы и в анамнезе не было заболевания почек и ей были сделаны исследования по исключению системной красной волчанки, антифосфолипидного синдрома. Маркеры системных заболеваний (антитела к двуспиральной ДНК, волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипинам, бета 2 - гликопротеин) – в референсных значениях. Больной проводилась гипотензивная (допегит 2 г/сут, нифидипин 40 мг/сут), антикоагулянтная терапия низкомолекулярными гепаринами, инфузии альбумина, свежезамороженной плазмы, а также антианемичная и симптоматическая терапия.

Несмотря на проведенное лечение, состояние больной ухудшилось: отеки выросли, появился асцит, гипопропротеинемия (общий белок 39 г/л, альбумин 21 г/л), гиперальбуминурия – (4,95-6,0 г/л), снижение гемоглобина (90-82 г/л) и числа тромбоцитов (с 130- 110 тыс/мкл). Появились признаки гемолиза: лактатдегидрогеназа 430 ед/л (норма 208-247 ед/л), гаптоглобин – 0,02 г/л (норма 0,3-2,0 г/л). Функция почек оставалась нормальной АД на фоне гипотензивных препаратов не корректировалось и повышалось до 180/110 мм рт ст .

Быстрый темп нарастания НС с ПУ, признаки поражения печени, развитие микроангиопатической гемолитической анемии (МАГА), нарастающей тромбоцитопении в отсутствии системного заболевания, пузырный занос - с высокой вероятностью позволяет обсуждать о ранней тяжелой ПЭ.

В связи неэффективностью терапии и прогрессирующим ухудшением состояния беременной на сроке 18-19 недель беременность была прервана. После родоразрешения была отмечена быстрая положительная динамика: периферические и полостные отеки исчезли, АД нормализовалось, лабораторные анализы общий

белок (39-49-50 г/л), альбумин (21-27-29г/л), печеночные ферменты и число тромбоцитов (110-168-182 тыс/мкл) нормализовывались. Лактатдегидрогеназа снизилась (430-345-240 ед/л), гемоглобин увеличился с 82 г/л до 100 г/л. Пациентка была выписана на 14 день в удовлетворительном состоянии. При повторном осмотре пациентки через 3 месяца все клинико-лабораторные показатели были в пределах нормы.

Обсуждение. Представленное нами наблюдение показывает необычное течение ПЭ, которая протекала неотличимо от тяжелой почечной патологии с НС и артериальной гипертензией (АГ). Так как у нашей пациентки происходило стремительное нарастание как клинических, так и лабораторных показателей с присоединением ТМА-гемолиза и тромбоцитопении, можно судить о ПЭ, хотя срок беременности был ранним – меньше 20 недель.

Именно такую, с ТМА – подобную ПЭ, возможно рассматривать как особый вариант осложнения при беременности, которую недавно предложили выделить в своих исследованиях финские исследователи [6]. ПЭ, неукладывающаяся в рамки классических критериев, подтверждают также данные исследований Р.И.Шалиной и соавт., которые у 46% беременных с ПЭ наблюдали несоответствия АГ и ПУ с тяжестью ПЭ [7, 8].

В литературе имеются описания ПЭ, развивающейся значительно в ранние сроки, чем 20 недель: 17, 18, и даже 14 недель [9-11]. Безусловно, многообразие клинико-лабораторных проявлений ПЭ, особенно при не классическом течении, затрудняет ее своевременную диагностику. Поэтому в подобных случаях стали использовать термин «атипичная ПЭ» [8-10].

Таким образом, и акушер-гинекологи и нефрологи всегда насторожены в отношении развития ПЭ во второй половине беременности. Появление протеинурии и артериальной гипертензии с формированием нефротического синдрома в первой половине гестации рассматривают как проявление первичного заболевания почек, поскольку клинические признаки ПЭ и ГН во многом схожи. В работах Н.Л.Козловской и соавт. показано, что развитие НС более характерно для ранней ПЭ, которой свойственна более тяжелая плацентарная дисфункция [9-11].

Заключение. Представленное нами наблюдение подтверждает, что развитие НС во время беременности следует рассматривать

как проявление ПЭ, если нет доказательств на первичное заболевание почек. Развитие НС у беременных даже на ранних сроках гестации, диктует необходимость исключения

ПЭ. Поэтому в плане комплексного подхода к диагностике и определения тактики ведения беременных необходим совместный подход с участием нефролога.

ƏDƏBİYYAT – LİTERATURA – REFERENCES

1. Studd J.W., Blainey J.D. Pregnancy and the nephrotic syndrome // Br Med J. 1969;1;276-80. DOI:10.1136/bmj.1.5639.276.
2. De Castro I, Easterling TR, Bansal N, Jefferson JA. Nephrotic syndrome in pregnancy poses risks with both maternal and fetal complications // Kidney Int. 2017; 91(6):1464-72 DOI: 10.1016/j.kint.2016.12.019.
3. М.В.Алексеева, Н.Л.Козловская, Ю.В.Коротчаева, К.А.Демьянова, А.Г.Чекодаева, С.В.Апресян. Нейфротический синдром при беременности. Что это: хронический гломерулонефрит или преэклампсия // Терапевтический архив. 2023; 95 (6); 500-504.
4. Brown R.A, Kemp GJ, Walkinshaw S.A., Howse MLP. Pregnancies complicated by preeclampsia and non-preeclampsia related nephrotic range proteinuria // Obstet Med. 2013; 6 (4):159-64 DOL:10. 1177/1753495X13498382.
5. Karumanchi S.A., Maynard S.E., Stelman I.E., et al. Preeclampsia: a renal perspective // Kidney Int. 2005;67:2101-13. DOL:10.1111/j.1523-1755.2005.00316.x.
6. Меркушева Л.И., Козловская Л.Н. Поражение почек при преэклампсии: взгляд нефролога. Обзор литературы // Нефрология 2018;22(2)-30-8 (in Russian) DOI: 10.24884/1561-6274-2018-22-2-30-38.
7. Lokki AI, Heikkinen-Eloranta J. Pregnancy Induced TMA in severe preeclampsia results from complement-mediated thromboinflammation // Human Immunol 2021; 82;371-8. DOL:10.1016/humimm.2021.03.006.
8. Шалина Р.И., Михалева Л.М. Симухина М.А. и др. Особенности клинического течения тяжелых форм преэклампсии в современных условиях // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017;16: (6): 16-23.
9. Sibai BM, Stella CL. Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia // Am.J Obstet Gynecol. 2009; 200 (5) : 481-7 DOL:10.1016.ajog.2008.07.048.
10. Stevens AB, Brasuel DM, Higdon RN. Atypical preeclampsia-Gestational proteinuria // J Fam Med Prim Care. 2017;6;669-71 DOL:10,4103/2249-4863.222029.
11. Козловская Л.Н., Меркушева Л.И., Кирсанова Т.В. и др. Дисбаланс плацентарных факторов ангиогенеза и клинические особенности «ранней» и «своевременной» преэклампсии. Взгляд нефролога // Архив акушерства и гинекологии им И.Ф.Снегирева. 2014;1 (1:13-21). Режим доступа: <https://arxivog.com/2313-8726/article/viem/35458>. ссылка активна на 14.03.2023.

XÜLASƏ

HAMİLƏLİK VƏ NEFROTİK SİNDROM

Həsənova M.Q.

*Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,
Nefrologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

Hamiləlik zamanı yaranmış nefrotik sindrom (NS) nadir patologiyadan biridir. Uzun müddət NS xroniki glomerulonefritlə əlaqələndirilirdi. Lakin son illər NS klassik mamalıq patologiyasının – preeklampsiyanın (PE) əlaməti kimi ola bilər. Massiv proteinuriya NS-la erkən yaranmış PE diaqnostikasını çətinləşdirir, xüsusən PE erkən, hamiləliyin 20-ci həftəsindən öncə, inkişaf edir. Bu gün PE klassik kriteriyalarına uyğun gəlmədiyindən artıq “atipik PE” termini istifadə olunur. Məqalədə təqdim etdiyimiz klinik hadisədə erkən (14-15 həftəlik) hamiləlikdə yaranmış ağır PE-lı pasientin hamiləliyin aparılması təsvir olunmuşdur. Anamnezində böyrək patologiyası olmayan hamilə qadının erkən dövrdə NS yaranması, ilk növbədə PE inkar olunmasını tələb edir.

Açar sözlər: nefrotik sindrom, atipik preeklampsiya, erkən preeklampsiya

SUMMARY

NEPHROTIC SYNDROME AND PREGNANCY

Hasanova M.Q.

*Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev;
Department of Nephrology, Baku, Azerbaijan*

Nephrotic syndrome (NS) during pregnancy is a fairly rare pathology. For a long time , NS was associated only with of chronic glomerulonephritis. But the experience of recent years has shown that NS can be a manifestation of the classical obstetric pathology – preeclampsia (PE). Massive proteinuria with NS most typical for early PE makes diagnosis difficult, especially if PE develops at an unusually early time (up to 20 weeks). To describe PE that does not fit into the classical criteria, the term “atypical” PE is now used. The article presented clinical observation describes the development of early (14-15 weeks) severe PE with the NS onset of the disease in a patient with the multiple pregnancy. The development of NS in a pregnant patient without a history of kidney disease dictates, first of all, the exclusion of PE.

Keywords: nephrotic syndrome, atypical preeclampsia, early preeclampsia

Redaksiyaya daxil olub: 02.08.2025

Çapa tövsiyə olunub: 30.08.2025

Rəyçi: t.e.d. S.X.Mehtiyev