

Sodiqov A. M., Murodov A. M., Hamroqulov A. A., Shumilova O. V.

The renal complications in the women who have had acute renal failure, as soon as possible after birth

Thus, in the near term, despite the fact that the recovery phase lasts more than a year, from 70 patients with CGF of all three groups is almost back to normal has not recovered any one patient: 34 patients (48.6%) recovered to 60 KGF - 50 ml / min, which cor-responded to a

stage of chronic renal failure, in 22 (31.4%) EC 45 - 25 ml / min., corre-sponding to stage 2 CHRf, 12 (17.1%) KGF 20 - 10 ml / min - 3 stage renal failure in 2 (2.9%) KGF less than 10 ml / min - end-stage renal failure. Therefore, in the near term, these patients require careful observation and treatment for the full rehabilitation and prevention of chronic renal failure.

Содиқов А.М., Мурадов А.М., Хамроқулов А.А., Шумилина О.В.

ПОЧЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОСЛЕ РОДОВ

Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии

Ключевые слова: почечная недостаточность, кровопотеря, родильницы, клубочковая фильтрация.

Актуальность

Почечная недостаточность является актуальной проблемой современной медицины. Несмотря на достижения современной оперативной нефрологии, лечение острой почечной недостаточности (ОПН) и сегодня является одной из сложных медицинских проблем, так как у значительного числа больных, перенесших данную патологию, впоследствии развивается хроническая почечная недостаточность (ХПН) [1-6].

Цель исследования

Изучить характер восстановления функции почек у женщин в отдаленные сроки после родов с острой кровопотерей, осложнившейся ОПН, и использовать эти данные в профилактике ХПН, а также для улучшения результатов лечения, увеличения продолжительности жизни и снижения летальности.

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное клиничко-лабораторное исследование и лечение 122 родильниц с гестозами, осложнившимися острой кровопотерей и ОПН, а также ретроспективно изучены результаты обследования этих же родильниц во время беременности в женских консультациях по месту жительства и в роддомах, где находились больные до поступления ГНЦРиД. Исходя из целей и задач наших

исследования, мы также изучили функциональное состояние почек и некоторых показателей гомеостаза у 70 женщин, перенесших ОПН, в отдаленных сроках.

В зависимости перенесенной кровопотери мы разделили больных по группам (1 группа - кровопотеря 14-27 мл/кг массы тела, 2 группа - 30-35 мл/кг, 3 группа - 50 и более мл/кг) для выявления причинно-следственных связей. Количество женщин, обследованных в отдаленные сроки, перенесших в прошлом кровопотерю и ОПН, составило 70: 1 группа - 43, 2 группа - 19, 3 группа - 8. Для оценки функционального состояния почек и диагностики ХПН мы придерживались классификации Е.М. Тареева.

Результаты исследований и их обсуждение

Исследования показали, что через 2 года после перенесенной ранее кровопотери и ОПН во время родов продолжала наблюдаться полиурия, никтурия у 58,3% женщин. В 1 группе (с кровопотерей 14-27 мл/кг) клубочковая фильтрация (КФ) восстановилась до нормы всего у 8 (18,6%), хотя у 81,4% больных она восстановилась частично от 20 до 60 мл/мин, при этом у 44,2% больных она составила 60 - 50 мл/мин, у 23,3% - 45 - 25 мл/мин, у 14,0% - 20 - 10 мл/мин.

Во 2 группе (с кровопотерей 30-35 мл/кг) за этот период времени до нормы КФ восстановилась только у 1 больной, что составило 5,3% против 18,6% в 1 группе. При этом также, как и в предыдущей группе, отмечается частичное восстановление КФ у 94,7% больных - от 20 до 60 мл/мин.; у 47,4% она составила 60 - 50 мл/мин., у 31,6% - 45 - 25 мл/мин., у 10,5% - 20 - 10 мл/мин. Необходимо отметить, что на 2 году жизни из 2 группы больных у 1 пациентки отмечался процесс хронизации, и больная переведена на программный гемодиализ.

В 3 группе (с кровопотерей 50 и более мл/кг) КФ до нормы ни у одной больной не восстановилась, при этом 1 больная переведена на программный гемодиализ в связи с падением КФ ниже 10 мл/мин, что составило 12,5% от общегруппового числа больных, что в процентном отношении в 2-3 раза выше, чем в 1 и 2 группах. Такая же тенденция наблюдалась в отношении КФ: до 60 - 50 мл/мин. восстановилась у 37,5%, до 45-25 мл/мин - у 25,0%, до 20-10 мл/мин. - у 25% больных.

Статистический анализ почечных осложнений показал, что ко 2 году 70,0% больных страдали от пиелонефрита, 15,7% от гломерулонефрита, 24,3% от артериальной гипертензии, связанной с почечной патологией, и отмечалось значительное количество МКБ и мочекишечного диатеза - 51,4% и 58,6% соответственно. В возникновении подобных исходов ОПН прослеживается прямая связь с патологией почек и фоном, предшествующим ее развитию.

Изучение функций почек через 3 года выявило, что полное выздоровление выявлено лишь у 35,7% больных. В пробах Зимницкого у 45% наблюдались полиурия, никтурия и протеинурия. В общем анализе мочи у 27% умеренная лейкоциурия, у 36% бактериурия, у 58,7% сниженная КФ и 45,5% КР, что подтверждалось клинико-биохимическими данными. Только во 2 и 3 группах больных КФ менее 10 мл/мин отмечена по 1 (5,3% и у 12,5% соответственно по группам), т.е. у этих больных ОПН осложнилась терминальной стадией ХПН. В 3 группе больных отмечался 1 летальный исход, что составило 12,5% по группе, а в целом из общего числа больных смертность через 3 года составила 1,4%.

Изучение функций почек через 4 года показало, что полное восстановление клубочковой фильтрации за 4 года произошло у 35 (50,0%) больных против 25 (35,7%) на 3 году наблюдения. Так, в 1 группе больных КФ восстановилась до нормы у 25 (58,1%), во 2 группе у 9 (47,4%) и в 3 группе у 1 (12,4%). Однако во всех трех группах у 33 больных,

что составляет 48,0% от общего числа больных (70), отмечаются нарушения КФ, что соответствует разным стадиям ХПН: в 1 группе в 1 стадии ХПН находились 16,3% больных, во 2 стадии - 14,0%, в 3 стадии - 11,7%; во 2 группе - 21,1%, 15,8%, 10,5% соответственно и в терминальной стадии ХПН 5,3%; в 3 группе - 12,5%, 25,0%, 25,0% и 12,5% соответственно. К 4 году из 70 больных констатировано 2 летальных исхода (2,9%).

Исследования, проведенные через 5 лет, выявили, что, по сравнению с 4 годом, отмечаются незначительные положительные сдвиги в восстановлении КФ. Всего нормальные показатели фильтрации отмечены у 37 (52,9%) больных против 35 (50,0%), т.е. за 1 год всего у 2 больных КФ восстановилась до нормы. При этом у 43,0% больных КФ находится на разных уровнях восстановления или нарушения: так, КФ у 11,4% возросла до 60 - 50 мл/мин., у 15,7% до 45 - 25 мл/мин, у 11,4% до 20 - 10 мл/мин и менее 10 мл/мин. - у 3 (4,3%) больных. 1 больная, находившаяся на программном диализе, умерла.

Анализ состояния больных через 6-7 лет показал, что в 1 группе показатели КФ восстановилась до нормы всего у 26 (60,5%), во 2 группе - у 9 (47,4%) и в 3 группе таких больных не выявлено, хотя отмечен очередной летальный исход именно в этой группе с наибольшей кровопотерей. За этот период отмечалось 4 летальных случая, что составило 5,7% от общего количества больных.

К 8-10 году из 70 больных 6 умерло, что составило 8,6%, у 34 КФ восстановилась полностью, у 30 (42,8%) отмечались нарушения клубочковой фильтрации, т.е. эти больные находились на разных стадиях ХПН: в начальной стадии 9 (12,9%), выраженных нарушений 10 (14,3%), тяжелой 9 (12,9%) и терминальной стадиях 2 (2,9%).

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о чрезмерно медленном восстановлении потерянных функций: наиболее интенсивно они реабилитируются в течение первых 2-3 лет, что свидетельствует о необходимости длительной реабилитации почечных функций, на протяжении свыше 6-7 лет. Ухудшению деятельности функции почек способствовали: хроническое течение основного заболевания (хронический гломеруло-, пиелонефрит, анемия, последующие беременности и роды на фоне не полностью восстановленных почечных функций). Поэтому данный контингент больных должен находиться на диспансерном учете до полного восстановления функциональной полноценности почек, не менее 2-3 лет, а больных, у которых отмечается ХПН в разных стадиях, - пожизненно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Газымов М.М., Добров В.Г., Карушкин А.А. Причины острой почечной недостаточности и смертности при ней // Нефрология и диализ. 2003. Т. 5, № 3. С.310
2. Ермоленко В.М. Хроническая почечная недостаточность: нефрология; под ред. И.Е. Тареевой. 2-е изд., перераб и допол. М.: Медицина, 2000. 688 с.
3. Кулаков Г.П. Острая почечная недостаточность: болезни почек. М.: Медицина, 1982. С.297-311.
4. Одинаев О.О. и соавт. Инфузионно-трансфузионная терапия при острых кровопотерях в акушерстве // Матер. III Республ. Научно-практич. Конф. Анестезио-логов и реаниматологов "Современные аспекты медицины критических состояний в Республике Таджикистан". Душанбе, 2006. С. 207-210
5. Ливанов Г.А., Михальчук М.А., Калмансон М.Л. Острая почечная недостаточность при критических состояниях; под ред. С.Ф. Багненко. Санкт-Петербург: Издательский дом СПб МАПО, 2005. 204 с.
6. Содиков А.М. Острая и хроническая почечная недостаточность у родильниц с гестозами перенесших острую кровопотерю: дисс ... канд. мед. наук. Душанбе, 2005. С. 94-107.

Содиков А.М., Мурадов А.М., Хамрокулов А.А., Шумилина О.В.

Почечные осложнения в отдаленные сроки у женщин, перенесших острую почечную недостаточность после родов

Полученные в результате исследования данные свидетельствует о чрезмерно медленном восстановлении потерянных функций: наиболее интенсивно они реабилитируются в течение первых 2- 3 лет, что свидетельствует о необходимости длительной реабилитации почечных функций, на протяжении свыше 6-7 лет. Ухудшению деятельности функции почек способствовали: хроническое течение основного заболевания (хронический гломеруло-, пиелонефрит, анемия, последующие беременности и роды на фоне не полностью восстановленных почечных функций). Поэтому данный контингент больных должен находиться на диспансерном учете до полного восстановления функциональной полноценности почек, не менее 2-3 лет, а больных, у которых отмечается ХПН в разных стадиях, - пожизненно.

Содиков А.М., Мурадов А.М., Хамрокулов А.А., Шумилина О.В.

Оризаҳои гурдавии занони дар муҳлатҳои тулони баъди таваллуд, ки норасоии шадиди кори гурдахоро гузаронидаанд.

Нишондодҳои ба дастоварда нисбати ниҳоят охишта ба эътидол омадани функсияҳои барҳамхурдаи гурдахоро шаҳодат медиҳанд, ки боҷадал дар ду-се соли аввал мегузаранд ва боз шаҳодати ногузир гузаронидани реабилитатсияи дарозмудати функсияҳои гурда дар мудати 6-7 сол инъикос мекунад. Барои ҳамин ҳам ин беморон бояд дар қайди диспансери то ҳолати пурра барқарор гардидани функсияҳои гурда вале на камтар аз 2-3 сол бошанд. Дар ҳолати НМКГ (норасоии музмини кори гурдаҳо) бошад, бемор бояд ҳаётан дар қайд бошад.

Sodiqov A. M., Murodov A. M., Hamroqulov A. A., Shumilova O. V.

The renal complication in the long-term periods in the women who have had acute renal failure after birth

The data obtained indicate excessively slow recovery of lost functions, which is most intense during the first 2 - 3 years and indicate the need for prolonged recovery of renal function for more than 6-7 years, deterioration of renal function contributed to: a chronic underlying disease (chronic glomerular - pyelonephritis, anemia, and subsequent pregnancy and childbirth in the background is not completely recovered renal function). Therefore, this group of patients should be on the dispensary to the full restoration of the functional usefulness of the kidneys, at least 2-3 years, and patients with chronic renal failure observed in different stages - for life.