

lek. Anna Madej

**Nadciśnienie tętnicze u ciężarnych pacjentek ze współistniejącą
przewlekłą chorobą nerek**

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu

w dyscyplinie nauki medyczne

Promotor: prof. dr hab. n. med. Bronisława Pietrzak

I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii WUM



Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny Nauk Medycznych

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Streszczenie w języku polskim

Nadciśnienie tętnicze u ciężarnych pacjentek ze współistniejącą przewlekłą chorobą nerek

Ciąża u pacjentek ze współistniejącą przewlekłą chorobą nerek (PChN) i nadciśnieniem tętniczym niewątpliwie jest ciążą wysokiego ryzyka. Nadciśnienie tętnicze jest jednym z najczęściej występujących powikłań u kobiet ciężarnych z PChN, a ryzyko jego rozwoju rośnie wraz ze stopniem zaawansowania choroby nerek. Opierając się na nielicznych publikacjach, w których analizowano wpływ nadciśnienia tętniczego na wyniki położnicze ciężarnych z PChN, należy stwierdzić, że jest ono najbardziej znaczącym parametrem rokowniczym [1,2,3]. Według badań opublikowanych już ponad 20 lat temu prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego przed ciążą stanowią jeden z trzech warunków zapewniających stabilną czynność nerek w trakcie ciąży u pacjentek z PChN. Pozostałe dwa warunki to stabilna czynność nerki (stężenie kreatyniny $<1.5\text{mg/dl}$) oraz białkomocz poniżej $1,0\text{ g/24h}$ przed ciążą [4].

Celem pracy jest ocena przebiegu ciąży u pacjentek z PChN powikłaną różnymi typami nadciśnienia tętniczego, określenie wpływu nadciśnienia tętniczego na częstość występowania powikłań położniczych oraz korelacji między obecnością nadciśnienia tętniczego a progresją PChN.

Wyniki prac, stanowiących niniejszą dysertację wykazały, że częstość występowania zarówno nadciśnienia tętniczego, jak i stanu przedrzucawkowego (PE, *ang. preeclampsia*) u ciężarnych po przeszczepieniu nerki, jak i tych ze współistniejącym kłębuszkowym zapaleniem nerek (GN, *ang. Glomerulonephritis*) była wyższa w porównaniu z grupą ciężarnych niskiego ryzyka. Również częstość występowania porodu przedwczesnego oraz hipotrofii płodu poniżej 10 percentyla u tych chorych była istotnie wyższa niż w grupie ciężarnych niskiego ryzyka. Chociaż najczęstszym powodem porodu przedwczesnego u pacjentek po przeszczepieniu nerki była konieczność zakończenia ciąży ze względu na złą kontrolę nadciśnienia tętniczego/PE, to odsetek porodów przedwczesnych wśród pacjentek z nadciśnieniem i bez nadciśnienia tętniczego nie różnił się istotnie. Hipotrofia poniżej 10 percentyla znacznie częściej występowała u noworodków matek po przeszczepieniu nerki z nadciśnieniem tętniczym niż w przypadkach dzieci matek bez nadciśnienia tętniczego. W grupie ciężarnych z GN zarówno poród przedwczesny, jak i hipotrofia płodu poniżej 10

percentyla występowały częściej u pacjentek z nadciśnieniem tętniczym niż bez nadciśnienia tętniczego, jednakże różnica nie była istotna statystycznie. Częstość porodów drogą cięcia cesarskiego w grupie ciężarnych po transplantacji nerki oraz ciężarnych z GN była istotnie wyższa niż w grupie ciężarnych niskiego ryzyka, zaś najczęstszym wskazaniem do porodu operacyjnego były nieprawidłowa kontrola nadciśnienia tętniczego/PE. Wykazano, że nadciśnienie tętnicze u pacjentek po przeszczepieniu nerki miało ujemny wpływ na funkcję przeszczepionego narządu oraz zwiększało ryzyko pogorszenia czynności nerek u ciężarnych ze współistniejącym GN.

Optymalne leczenie hipotensyjne oraz wyselekcjonowanie ciężarnych o wysokim ryzyku rozwoju PE i zastosowanie profilaktyki jego wystąpienia są kluczowe dla osiągnięcia zadowalających wyników położniczych oraz zachowania funkcji nerek w tej grupie pacjentek. Ze względu na wysokie ryzyko wystąpienia hipotrofii wewnątrzmacicznej płodu i zakończenia ciąży porodem przedwczesnym w tej grupie ciężarnych konieczne jest intensywne monitorowanie dobrostanu i wzrastania płodu. Tak ścisły nadzór skutkuje wysokim odsetkiem jatrogennych porodów przedwczesnych często zakończonych drogą operacyjną, ale umożliwia urodzenie żywego noworodka w dobrym stanie. Powyższe wnioski płynące z badań będących podstawą niniejszej rozprawy doktorskiej przyczynią się do opracowania zasad prowadzenia ciąży u chorych ze współistniejącą PChN i nadciśnieniem tętniczym.

Prof. dr hab. n. med. *Olga* Anisowa Pietrzak
spec. ginekolog-położnik
5772927

Anne *Małej*