

Случай благополучного исхода беременности у пациентки, получающей терапию программным гемодиализом

Наблюдение из практики

А.Д. Путинцева¹, И.В. Жданова¹, О.Е. Лавринович², С.В. Кузнецов², Р.Р. Темирбулатов³, В.Ф. Беженарь³, Н.В. Леонтьева⁴

¹ Отделение диализа, Федеральное государственное бюджетное учреждение "Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова" Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ "ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова" клиника № 2 МЧС России), 197374 Санкт-Петербург, Оптиков ул., д. 54, Санкт-Петербург, Россия

² Отделение гинекологии, Федеральное государственное бюджетное учреждение "Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова" Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ "ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова" клиника № 2 МЧС России), 197374 Санкт-Петербург, Оптиков ул., д. 54, Санкт-Петербург, Россия

³ Кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии, Клиника акушерства и гинекологии, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 197022 Санкт-Петербург, Льва Толстого ул., д. 6-8, корпус № 4, Санкт-Петербург, Россия

⁴ Кафедра внутренних болезней и нефрологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41, Санкт-Петербург, Россия

Case of pregnancy favorable outcome in a patient receiving hemodialysis therapy

Case report

A.D. Putintseva¹, I.V. Zhdanova¹, O.E. Lavrinovich², S.V. Kuznetsov², R.R. Temirbulatov³, V.F. Bezhenar³, N.V. Leontieva⁴

¹ Dialysis Department, Federal State Budget Institution, A.M. Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, Emergencies and Elimination of Consequences of Natural Disasters (A.M. Nikiforov FGBU VTsERM, Clinic No. 2 of EMERCOM of Russia), Saint Petersburg 197374, 54 Optikov str., Saint Petersburg, Russia

*Адрес для переписки: Анастасия Дмитриевна Путинцева
Тел.: 8 (981) 831-34-14 e-mail: putyablag@mail.ru*

*Corresponding author: Anastasia Dm Putintseva
Tel.: 8 (981) 831-34-14 e-mail: putyablag@mail.ru*

² *Department of Gynecology, Federal State Budget Institution, A.M. Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, Emergencies and Elimination of Consequences of Natural Disasters (A.M. Nikiforov FGBU VTsERM, Clinic No. 2 of EMERCOM of Russia), Saint Petersburg 197374, 54 Optikov str., Saint Petersburg, Russia*

³ *Department of Obstetrics, Gynecology and Neonatology; Clinic of Obstetrics and Gynecology, State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education, First Pavlov State Medical University of Saint Petersburg under the Ministry of Health of the Russian Federation, 197022 Saint Petersburg, 6-8 L'va Tolstogo Str., block 4, Saint Petersburg, Russia*

⁴ *Department of Internal Medicine and Nephrology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Professional Education "North-West State Medical University. I.I. Mechnikov", Ministry of Health of the Russian Federation, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, Russia*

Ключевые слова: беременность, программный гемодиализ, терминальная почечная недостаточность

Резюме

Беременность у пациенток с терминальной почечной недостаточностью, получающих заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа, сопряжена с высокими рисками возникновения осложнений на всех этапах ее развития.

В данной статье описан случай наблюдения и лечения пациентки в возрасте 39 лет с терминальной почечной недостаточностью и запланированной беременностью, начиная с прегравидарной подготовки. Диализная терапия способствовала нормализации важнейших функций организма, включая репродуктивную. На момент начала прегравидарной подготовки длительность заместительной почечной терапии составляла двадцать два года. Беременность наступила на фоне прегравидарной подготовки. В процессе динамического наблюдения проводили адекватную коррекцию диализной и медикаментозной терапии. В приведенном клиническом случае описан ряд осложнений, возникающих уже на двенадцатой неделе беременности, таких как анемия, холестаз. Учитывая высокий риск развития преждевременных родов с 18 недели беременности двигательный режим пациентки был ограничен до II-палатного в специализированном гинекологическом стационаре. Продолжение консервативной терапии беременности на сроке 23-24 недели в акушерско-гинекологической клинике позволило пролонгировать вынашивание плода и определить оптимальный метод родоразрешения – кесарево сечение. Назначение глюкокортикоидов на 23-ей и 25-ой неделях обеспечило профилактику синдрома дыхательных расстройств у плода. В результате мать и ребенок выписаны в удовлетворительном состоянии домой.

Abstract

Pregnancy in patients with terminal renal failure receiving renal replacement therapy by hemodialysis is associated with high risks of complications at all stages of its development.

Here we describe a case of qualified observation and treatment of a 39 years old patient with terminal renal failure and planned pregnancy, starting with pregravid preparation. Dialysis therapy promoted the normalization of the most important functions of the women's body, including reproductive. At the time of the initiation of pregravid preparation, the duration of renal replacement therapy was twenty-two years. Conception occurred on the background of pregravid preparation. In the process of observation, adequate correction of the dialysis and drug therapy was carried out.

This clinical case describes some complications that occur at the twelfth week of the pregnancy, such as anemia, cholestasis. Considering the high risk of premature birth from 18 weeks of gestation, the patient's maternal mode was limited to the bed-rest by being in a specialized gynecological hospital. Continuation of conservative therapy of pregnancy at the period of 23-24 weeks in the obstetric-gynecological clinic allowed the prolongation of the bearing of the fetus and the choice of the optimal method of delivery – cesarean section. The appointment of glucocorticoids at 23d and 25th weeks of pregnancy provided prevention of respiratory distress syndrome in the fetus. As a result, the mother and child were discharged in a good condition.

Key words: pregnancy, program hemodialysis, end stage of chronic kidney failure

"Когда человек действительно хочет чего-то, вся Вселенная вступает в сговор, чтобы помочь этому человеку осуществить свою мечту"

Алхимик. Пауло Коэльо.

Введение

Материнство есть не что иное, как состояние женского организма, обусловленное вынашиванием, рождением и вскармливанием ребёнка, меняющее раз и навсегда мироощущение женщины.

Известно, что раннее выявление беременности у женщин детородного возраста с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), получающих лечение программным гемодиализом (ПГД) затруднено, в связи с исходным повышением сывороточного уровня β -хорионического гонадотропина человека [3, 4, 13]. Средняя частота зачатия у них по данным ряда авторов находится в пределах 0,3%-1,5% в год [13]. При этом, несмотря на сохраняющиеся высокие риски перинатальной смертности, квалифицированное ведение больных с ТПН на всех этапах беременности способствует успешному её завершению в 40%-75% [1, 6, 9, 12-17, 19, 25-27].

Клиническое наблюдение

Пациентка П., 1977 г.р., наблюдалась по поводу хронического гломерулонефрита с исходом в ТПН. С 1994 года получала ЗПТ методом ПГД в режиме 3 раза в неделю по 4 часа 30 минут с использованием анализатора Iors 18 при скорости кровотока 230 мл/мин на артериовенозной фистуле правого предплечья. Состав диализного раствора: ацетат (SW 449 A, 1+44) – Na^+ 139 ммоль/л, K^+ 3,0 ммоль/л, Ca^{++} 1,5 ммоль/л, Glucose 1,0 г/л, Mg^{++} 0,5 ммоль/л, хлор 107 ммоль/л, HCO_3^- 36 ммоль/л, CH_3COO^- 3,0 ммоль/л; бикарбонат (Vic8,4%) – NaHCO_3 84,0 г/л.

В анамнезе: аллотрансплантация трупной почки (1995 год), осложненная цитомегаловирусной инфекцией и кризом отторжения, повторная неудачная аллотрансплантация трупной почки в 1996 году.

Из сопутствующей патологии имеется аутоиммунный тиреоидит. Пациентка инфицирована вирусами гепатита В и С в результате гемотрансфузии в 1994 году. Сохраняется вирусоносительство.

Предыдущие беременности в 2004, 2005, 2006 годах заканчивались искусственным прерыванием по желанию женщины.

В феврале 2013 года диагностирована желанная незапланированная беременность на сроке 6/7 недель, подтвержденная повышением хорионического гонадотропина человека (ХГЧ). На момент диагностики беременности анемии, минерально-костных нарушений (МКН), нарушения функции печени, дисэлектролитемии не выявлено: гемоглобин 121-116 г/л, общий кальций сыворотки 2,3 ммоль/л,

фосфор неорганический 1,6 ммоль/л, паратгормон свободный 97,4 пг/мл, альбумин 36,8 г/л, АСТ 10 Ед/л, АЛТ 20 Ед/л, билирубин общий 10,5 мкмоль/л, калий 4,7 ммоль/л, натрий 136 ммоль. Уровни креатинина и мочевины в сыворотке крови составили 567 мкмоль и 11,1 ммоль/л соответственно. Доза диализа была адекватна. Режим диализа не менялся ($\text{Kt/V Dialysis Dose (Daugirdas)}=1,39$; $\text{Urea Reduction Ratio (URR)}=0,66$) [5, 24, 28]. Антикоагуляция составляла 6000 Ед с использованием низкомолекулярных гепаринов. Пациентка получала плановую терапию препаратами кальция (кальция карбонат) в дозе 3 г/сут, левотироксин 25 мкг/сут.

С момента констатации факта беременности терапия усилена назначением витамина Е 400 мг/сут, фолиевой кислоты по 1 табл/сут, прогестерона 300 мг/сут *per vaginum* и кетостерила по 3 таб. 3 раза/сут.

На сроке 9-10 недель беременности увеличена частота и продолжительность диализной сессии до 6 раз в неделю по 4 часа. Гемодиализацию не проводили в связи с плохой переносимостью [5, 23]. Исходный "сухой" вес составлял 67 кг. Со второго триместра беременности, в соответствии с прибавками веса во время беременности у здоровых женщин, пациентке еженедельно увеличивали "сухой" вес от 200 до 400 граммов.

На сроке 12 недель беременности проведен первый УЗИ скрининг в условиях СПб ГКУЗ "Диагностический центр (медико-генетический)". По данным фетометрии: копчиково-теменной размер 59 мм, толщина воротникового пространства 1,4 мм. Уровень β -ХГЧ соответствовал сроку развития плода, протеин-А, ассоциированный с беременностью, 3,57 мЕд/мл (0,03-100 мЕд/мл). Регистрировались повышения уровня вируса герпеса VI типа до $1,6 \times 10^4$ копии ДНК HHV6/мл, герпес-зостер anti-VZV IgG до 1696 мМЕ/мл, антифосфолипидных антител (IgG – 12,6 Ед/мл (0-4,5), IgM – 8,2 Ед/мл (0-4,5)), положительный результат на наличие антител к краснухе и токсоплазмозу. Показатели вирусоносительства гепатит В, С – вирусная нагрузка оставалась минимальной.

На сроке 12 недель уже выявлено снижение уровня гемоглобина до 104 г/л. Назначен эпоэтин- α (ЭПО) в дозе 6000 Ед/нед в сочетании с препаратом железа сульфат + аскорбиновая по 200 мг/сут. С 14 по 16 недель беременности, несмотря на попытки коррекции анемии за счет увеличения дозы ЭПО и смену перорального приема железа на внутривенное введение, значение гемоглобина неуклонно снижалось. На сроке беременности 16 недель доза ЭПО составляла уже 16000 Ед/нед, уровень гемоглобина – 83 г/л.

На 17 неделе беременности, учитывая повышение АЛТ до 71-88 Ед/л, выполнено 5 инфузий адеметионина по 400 мг ежедневно. Рекомендовано строжайшее соблюдение диетических рекомендаций (диета № 5). Внутривенное введение препаратов железа заменено на пероральное. Прогрессирующая гипоальбуминемия (27,9 г/л) определила тактику коррекции белково-энергетической недостаточности (БЭН). Кетостерил был отменен и назначен суперпротейн по 1 столовой ложке 3 раза/сут.

На 18 неделе беременности по УЗИ диагностировано незначительное увеличение околоплодных вод, поэтому прибавки "сухого" веса были прекращены. Преддиализный уровень мочевины = 16,3 ммоль/л [3-5, 23, 24, 28, 32].

На 21 неделе беременности у пациентки появились желтовато-розовые выделения в сочетании с болями внизу живота. По УЗИ диагностировано открытие внутреннего зева, пролабирование плодного пузыря в шейку матки на 2,5 см. В полости матки определялся плод в головном предлежании, ЧСС 151 уд./мин. В связи с высоким риском преждевременных родов пациентка госпитализирована в отделение патологии беременных перинатального центра ФГБУ "ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова", где диагностировано преждевременное излитие околоплодных вод, самопроизвольный аборт на сроке 21 неделя и 3/7. По результатам анализа морфофункционального состояния последа диагностирована острая плацентарная недостаточность, незрелая плацента, очаговый гнойный хориодецидуит. Генетический анализ плода не проводили. Сохранились анемия – гемоглобин 85 г/л, БЭН – альбумин 26-23 г/л.

После 7 дней пребывания в стационаре пациентка была переведена в отделение гинекологии ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова клинику № 2 МЧС России, где режим диализа возвращен к исходному: 3 раза в неделю по 4 часа 30 минут, продолжена антибактериальная терапия (сультамициллин 1,5 г/сут в/в капельно № 5), терапия ЭПО в дозе 12000 Ед/нед. в сочетании с препаратами железа (железа [III] гидроксид сахарозный комплекс 100 мг по 1 амп. 2 раза/нед.). По поводу БЭН пациентка получила 9 доз альбумина (20% 100 мл № 9 × 3 раза/нед.).

В течение следующего года достигнут целевой уровень гемоглобина, в связи с чем терапия ЭПО отменена. Пациентка неоднократно консультировалась психологом. В амбулаторных условиях наблюдалась гинекологом ВЦЭРМ с диагнозом "Нарушение менструального цикла по типу дисменорей. Дисфункция яичников" (E28 по МКБ-10).

В апреле/марте 2015 года по желанию пациентки начато комплексное обследование на предмет прегравидарной подготовки. Доза диализа была адекватна. Изменения режима диализа не проводили (Kt/V Dialysis Dose (Daugirdas) – 1,25; Urea Reduction Ratio (URR) – 0,68) [5, 24, 28]. Антикоагуляция составляла 6000 Ед болюсно с использованием

низкомолекулярных гепаринов. "Сухой" вес = 66,0 кг.

Данные клинического и лабораторного обследования: минерально-костные нарушения – общий кальций сыворотки 2,2 ммоль/л, фосфор неорганический 2,4 ммоль/л, ПТГ свободный 500 пг/мл, незначительная дисэлектролитемия – калий 5,3 ммоль/л, натрий 133,4 ммоль/л. Печеночные ферменты сохранялись в пределах нормы – АСТ 25 Ед/л, АЛТ 29 Ед/л, билирубин общий 11,6 мкмоль/л. БЭН не выявлено – общий белок 67 г/л, альбумин 39 г/л. Гормоны щитовидной железы в пределах нормы.

Оценка гормональной активности яичников патологии не выявила: пролактин – 305 мМЕ/л, эстрадиол – 285 пмоль/л, лютеинизирующий гормон (ЛГ) – 19,6 МЕ/л (1,1-11,6), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) – 8,2 МЕ/л (2,8-11,3). Онкоцитологические мазки – без атипизации, в мазке на флору – минимальное количество лейкоцитов (до 5 в поле зрения), смешанная флора, ЗППП – не выявлены.

По УЗИ эндометрий соответствовал второй фазе МЦ, толщиной 7,0-8,0 мм. Признаки диффузных изменений миометрия, кисты эндоцервикса.

Плановая прегравидарная терапия включала кальция карбонат 3 г/сут, цинакальцет 30 мг/сут, севеламер 800 мг по 4-6 таб./сут, левотироксин 25 мкг/сут, кетостерил 9 таб./сут.

В лечение были добавлены дидрогестерон с 16 по 25 день менструального цикла ежемесячно по 10 мг 2 раза/сут, фемибийон 1, вобензим по 3 таб. 3 раза/сут, витаминный комплекс тайм-фактор (3 месяца).

С целью профилактики выкидыша и преждевременного родоразрешения назначен дегидроэпиандростерон по 1 капсуле через день сроком на три месяца.

В начале октября 2015 года пациентка сообщила о задержке плановых menses на 7 дней. Диагностирована беременность раннего срока – ХГЧ = 2012 мМЕ/мл. Незамедлительно увеличена частота и продолжительность диализных сессий до 26 часов в неделю (4 часа 30 минут × 6 раз в неделю). С целью предупреждения развития многоводия не выполняли коррекцию прибавок "сухого" веса. Отменены севеламер и цинакальцет, назначен цитрат кальция (Calciumcitrate 1000 mg + Magnesiumcitrate 500 mg/ Solgar/ USA) по 1 таб./сут. Преддиализный уровень мочевины составлял 17,9 ммоль/л. Уровень гемоглобина был в пределах 120 г/л. С целью предупреждения развития анемии и гипоксии плода возобновлена терапия ЭПО в дозе 3000 Ед 1 раз в 10 дней в сочетании с пероральным приемом железа. Начат прием докозагексаеновой кислоты – Омегамама по 2 таб. 3 раза/сут.

В течение последующей недели контроль уровня ХГЧ проводили трехкратно с целью подтверждения прогрессирования беременности: 05.10.15 – 8173 мМЕ/мл, 08.10.15 – 27442 мМЕ/мл,

12.10.15 – 62441 мМЕ/мл. По УЗИ диагностировано 1 плодное яйцо 13×10 мм, содержащее 1 плод 4 мм в диаметре, ретрохориальная гематома. Осмотры гинеколога с контролем УЗИ малого таза осуществляли 1 раз в 10 дней. Проведена коррекция терапии: дидрогестерон по 10 мг 3 раза/сут, прогестерон по 200 мг 2 раза/сут.

На фоне увеличения частоты и продолжительности диализных сессий отмечалось ухудшение состояния пациентки через 2 часа от начала диализа. Это проявлялось тахикардией ЧСС – 90-110/мин, умеренным тахипноэ 19-20/мин, чувством тревоги. Калий крови был в пределах 3,7 ммоль/л. Учитывая отсутствие эффекта от диетотерапии (изюм, курага, виноград, бананы, томатный сок и т.д.), к лечению были добавлены растворы калия и магния аспарагината (Панангин) 10 мл на 100 мл Sol.NaCl 0,9% в/в ежедневно спустя 2 часа после подключения. При этом состояние пациентки значительно улучшилось.

На 5-6 неделе беременности выявлено снижение гемоглобина до 114 г/л и повышение ферритина до 1134 мкг/л. Доза ЭПО увеличена до 3000 ЕД/нед., а перорального железа снижена до 100 мг/сут.

Необходимо отметить, что выявленный на этом сроке лейкоцитоз – $10,3 \times 10^9/\text{л}$ – сохранялся на протяжении всей беременности.

УЗИ контроль на этом этапе не выявил признаков ретрохориальной гематомы.

На сроке беременности 12 недель диагностирован один плод. Грубых врожденных пороков развития и эхографических маркеров хромосомной патологии не выявлено. Сердцебиение ритмичное, ЧСС 166 уд./мин. По данным фетометрии: копчико-теменной размер – 52 мм (SnijdersRJM), окружность головы – 60 мм (Hadlock), толщина бедра – 5 мм (Демидов), окружность живота – 55 мм (Hadlock), толщина воротникового пространства – 1,9 мм, визуализация носовых костей – определяются. Размеры плода соответствовали 11-12 неделе беременности. Венозный проток PI – 1,1; трикуспидальный клапан в пределах нормы. Околоплодные воды в пределах нормы. Ворсинчатый хорион располагался по задней поверхности стенки матки. Длина цервикального канала 37 мм. Внутренний зев не расширен. Миометрий однородной структуры, узлы не визуализировались.

На 14 неделе в связи с прогрессирующей анемией – гемоглобин 105 г/л – доза ЭПО увеличена до 6000 ЕД в неделю.

Диагностирован холестаза беременных – АЛТ 91 Е/л, АСТ 40 Е/л. Назначен адеметионин, с последующим переходом на таблетированный прием фосфолипидов 600 мг по 2 капс. 2 раза/сут. Отменен прием кетостерила и начата терапия суперпротейном в дозе 3 столовые ложки/сут. Фемибон-1 заменен на фемибон-2 в дозе 1 таб./сут.

Выявлена стафилококковая инфекция зева (*Staphylococcus aureus*). С целью санации ротовой и носовой полостей использовали масляный раствор

экстракта листьев шарикового эвкалипта, стоматофита и дезоксирибонуклеат натрия. В последующих контрольных посевах из зева и носа роста патологической флоры не выявлено.

На 16 неделе беременности отмечено нарастание анемии – гемоглобин 97 г/л и холестаза – АСТ 49 ЕД/л, АЛТ 151 ЕД/л. Очередная коррекция медикаментозной терапии включала в себя увеличение дозы ЭПО до 12000 ЕД/нед., назначение прогестерона 200 мг × 3 раза/сут, отмену омегамама.

На 17 неделе беременности по УЗИ тонус матки был в норме, движения плода оставались активными. Обращало на себя внимание динамическое укорочение шейки матки на 6 мм. Отрицательная динамика проявилась в течение двух недель: 36,0 → 30,9 мм в сочетании с раскрытием верхней трети цервикального канала до 6,0 мм. Уровень мочевины до диализа составлял 15,4 ммоль/л.

С 18 по 22 неделю беременности пациентка находилась на лечении в отделении гинекологии ВЦЭРМ. Двигательный режим ограничен до II – постельного [12].

На 23 неделе беременности, учитывая высокий риск развития преждевременных родов, пациентка вновь госпитализирована в акушерско-гинекологическую клинику СПбГМУ им Павлова с диагнозом: прогрессирующая беременность 23-24 недели. Истмикоцервикальная недостаточность. Многоводие. Выявлялось постепенное укорочение шейки матки в сочетании с расширением внутреннего зева.

С целью профилактики синдрома дыхательных расстройств у плода выполнили 4 внутримышечных введения дексаметазона 12 мг с интервалом 12 часов. Повторный курс был проведен спустя 2 недели.

На 26 неделе беременности преддиализный уровень мочевины составлял 12,9 ммоль/л.

На сроке беременности 27-28 недель – 03.03.2016 – в связи с начавшимися преждевременными родами выполнено кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Извлечен живой недоношенный плод мужского пола весом 970 грамм, длиной 35 см, дыхание самостоятельное. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Осложнения послеродового периода отсутствовали. Пациентка выписана на седьмые сутки после родов в удовлетворительном состоянии. Диагноз: Беременность 27-28 нед. Истмикоцервикальная недостаточность. Многоводие. Начавшиеся преждевременные роды. Хроническая почечная недостаточность в исходе хронического гломерулонефрита.

03.03.2016 года ребенок для дальнейшего наблюдения и лечения переведен в отделение реанимации и патологии новорожденных детской городской больницы № 1, где находился вплоть до 07.07.2016 года с диагнозом: внутриамниотическая инфекция. Осложнения были представлены бронхообструктивным синдромом, вторичной легочной гипертензией, перинатальным поражением ЦНС гипоксического генеза, синдромом повышенной нервно-рефлекторной

возбудимости, II стадией ретинопатии недоношенных, анемией недоношенных, нефрокальцинозом, ЭНМТ. Из сопутствующей патологии имели место синдром дыхательных расстройств 1 типа, открытый артериальный проток, интерстициальная эмфизема, тяжелое течение новой формы бронхолегочной дисплазии в стадии хронизации болезни, ДН 1. За время нахождения в стационаре выполнена операция по закрытию артериального протока. В возрасте четырех месяцев мальчик выписан в удовлетворительном состоянии с весом 4 кг 270 граммов под наблюдение педиатра, невролога, пульмонолога по месту жительства.

Обсуждение

Представлен случай наблюдения и лечения в специализированном отделении гемодиализа МЧС России г. Санкт-Петербурга пациентки в возрасте 39 лет с ТПН и запланированной беременностью, начиная с прегравидарной подготовки.

Хронический гломерулонефрит с исходом в ТПН диагностирован в 17-летнем возрасте. Первая беременность у пациентки диагностирована в возрасте 27 лет на фоне 10-летнего стажа диализной терапии, которая способствовала нормализации важнейших функций организма, включая репродуктивную. Об этом свидетельствует факт преодоления бесплодия (медицинские аборты 2004, 2005, 2006 годы, поздний самопроизвольный выкидыш на сроке 21 неделя). На момент начала прегравидарной подготовки длительность ЗПТ составляла 22 года, что на сегодняшний день наиболее продолжительно [26, 33, 34].

Известно, что прогноз исхода беременности для матери и плода при ХПН сомнительный или неблагоприятный. Женщина должна находиться под наблюдением в течение всей беременности [3, 4, 5, 8, 9, 20, 21]. Согласно приказу МЗ и Соц. Развития РФ № 736 от 2007 г., хроническая почечная недостаточность любой этиологии (N 18.9) является медицинским показанием для искусственного прерывания беременности. Уровень креатинина сыворотки крови до зачатия при любом диагнозе у пациенток не должен превышать 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл). Прогрессирующее нарастание креатинина в любой срок беременности требует немедленного ее прерывания, но, если женщина настаивает на сохранении беременности и с юридических, и с моральных позиций врачи должны поддержать ее решение и приложить все усилия для успешного завершения беременности.

Основываясь на результатах морфологического исследования плаценты, наиболее вероятной причиной самопроизвольного выкидыша в 2013 году явилось гнойное воспаление плаценты, что в свою очередь повлияло на развитие и дальнейшее усугубление течения БЭН и анемии.



В 2015 году беременность пациентки наступила на фоне прегравидарной подготовки. В процессе динамического наблюдения проводили адекватную коррекцию диализной и медикаментозной терапии [7, 10, 11, 18, 20].

В приведенном клиническом случае описан ряд осложнений беременности уже на 12-ой неделе: анемия и холестаза беременных и формирование истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) на 16-17 неделях. По данным ряда авторов известно, что ушивание шейки матки снижает частоту преждевременных родов и продлевает срок беременности до 33 недели. В данном случае противопоказанием к хирургическому лечению ИЦН являлось основное заболевание – хроническая почечная недостаточность, корригируемая гемодиализом.

Продолжение консервативной терапии беременности на сроке 23-24 недели в акушерско-гинекологической клинике третьего уровня позволило пролонгировать вынашивание плода еще на 5 недель и определить оптимальный метод родоразрешения – кесарево сечение. Назначение глюкокортикоидов на 23 и 25 неделях обеспечило профилактику синдрома дыхательных расстройств у плода. В результате мать и ребенок выписаны в удовлетворительном состоянии домой через 7 дней и 4 месяца соответственно.

Заключение

В акушерской практике не являются редкостью случаи отказа от прерывания беременности женщинами с тяжелой соматической патологией, являющейся противопоказанием к вынашиванию

беременности, в связи с высоким риском материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью. Описание данного клинического случая заставляет задуматься о пересмотре взглядов и тактики ведения пациенток детородного возраста с ТПН на ПГД и акцентировать внимание на создании команд врачей-единомышленников, осознающих свою ответственность за осуществление самой заветной мечты каждой женщины – рождение ребёнка.

Анализ данного случая позволил нам сформулировать основные положения в работе с этой категорией пациенток.

Во-первых, желание женщины стать матерью сохраняется вопреки запретам и предостережениям врачей отделения диализа. В случае осознанного желания женщины необходимо планирование беременности и обязательная прегравидарная подготовка. Она включает в себя следующее:

- обследование и наблюдение гинекологом в сочетании с возможной коррекцией терапии
- комплексное лабораторно-инструментальное обследование (ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенограмма органов грудной клетки обоих партнеров, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, посев мочи в случае наличия остаточной функции почек, посев из зева и полости носа)
- консультация стоматолога
- терапевтическое и/или хирургическое лечение всех имеющихся хронических очагов инфекции.

Во-вторых, ранний мониторинг факта беременности, а именно контроль сывороточного ХГЧ при задержке плановых мenses на 2-3 дня и более и выполнение УЗИ. Контроль УЗИ малого таза необходимо проводить не реже, чем 1 раз в 10 дней на всем протяжении беременности, при этом уделяя особое внимание размерам шейки матки и цервикального канала.

В-третьих, в случае диагностики беременности раннего срока необходим переход на ежедневный гемодиализ общей продолжительностью как минимум 24 часа в неделю. Предпочтительно проведение терапии гемодиализом в сочетании с гемодиалитрацией при её удовлетворительной переносимости. Не стоит забывать, что минимальное содержание калия в диализирующем растворе должно быть 4,0 ммоль/л. По показаниям во время диализной сессии возможно проведение инфузионной терапии с использованием препаратов калия. С целью коррекции дисэлектrolитемии необходимо назначение сочетанной терапии препаратами кальция и магния.

Особое внимание следует уделить раннему началу терапии эритропоэтином с целью профилактики и лечения анемии. В нашем случае терапия ЭПО начата уже при уровне гемоглобина 120 г/л.

В завершении хотелось отметить тот факт, что с целью сохранения и пролонгации беременности в случае развития у пациентки истимикоцервикальной недостаточности с угрозой прерывания

беременности на сроке 16-18 недель, целесообразно ограничение физической активности женщины, путем обязательного пребывания в специализированном акушерско-гинекологическом стационаре.

Автор не имеет конфликта интересов

Author declare no conflicts of interest

Список литературы

1. Беспалова А.В., Бондаренко Т.В., Козловская Н.А. и соавт. Успешное завершение беременности у пациентки с терминальной почечной недостаточностью, более 10 лет находящейся на лечении программным гемодиализом. *Нефрология и диализ*. 2014. Т.16. № 4: 485- 487.

A.V. Besspalova, T.V. Bondarenko, N.L. Kozlovskaya. Successful pregnancy in a woman with end-stage renal disease and receiving long-term hemodialysis more than 10 years. Case report and review of the literature. Nephrology and dialysis. 2014. 16. 4: 485-487.

2. Краткая характеристика типовых лечебных режимов. *Medical-Enc.ru 2007-2016.*

Kratkaya karakteristika tipovyh lechebnyh rezhimov. Medical-Enc.ru 2007-2016.

3. Нефрология: Руководство для врачей: в 2-х томах. Т.2/Под ред. И.А.Тареевой/ РАМН. М.:Медицина, 1995. – С.203-218. ISBN 5-225-00741-4.

Nefrologiya: Rukovodstvo dlya vrachej: v 2-h tomah. T.2/ Pod red.I.A.Tareevoy/ RAMN. –M.:Medicina, 1995. – S.203-218. ISBN 5-225-00741-4.

4. Нефрология: учебное пособие для послевузовского образования/ под ред. Е.М. Шиловой. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР Медиф, 2008: 486-497 ISBN 978-5-9704-0718-9.

Nefrologiya: uchebnoe posobie dlya poslevuzovskogo obrazovaniya/ pod red. E.M. Shilova. – 2-e izd., ispr. i dop. – M.: GEHOTAR – Medif, 2008.: – S. 486 – 497. ISBN 978-5-9704-0718-9.

5. Руководство по диализу / Редакторы: Джон Т.Даугирдас, Питер Дж.Блейк, Тодд С.Инг/ Пер.с англ. под ред. А.Ю.Денисова ООО "Издательство "Триада", 2003. – С.683 – 696. ISBN 5-94789-041-0. ISBN 0-316-17381-9. Руководство по нефрологии/ под ред. Р.В.Шрайера; пер. с англ. под ред. Н.А.Мухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 345-358.

Rukovodstvo po dializu / Redaktory: Dzhon T.Daugirdas, Piter Dzh.Blejk, Todd S. Ing/ Per.s angl. pod red. A. YU. Denisova ООО "Izdatel'stvo "Triada", 2003. – S.683 – 696. ISBN 5-94789-041-0. ISBN 0-316-17381-9. Rukovodstvo po nefrologii/ pod red. R.V.SHrajera; per. s angl. pod red. N.A. Muhina. – M.: GEHOTAR-Media, 2009: – S. 345-358.

6. *Asamiya Y., Otsubo S., Matsuda Y. et al. The importance of low blood urea nitrogen levels in pregnant patients undergoing hemodialysis to optimize birth weight and gestational age. Kidney Int. 2009. 75(11): 1217-22.*

7. *Bagon JA, Vernaev H, De Muylder X, et al. Pregnancy and dialysis. Am J Kidney Dis. 1998. 31: 756.*

8. *Barua M, Hladunewich M Kennen J, et al. Successful pregnancies on nocturnal home hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol.*

2008. 3(2): 392-6. doi: 10.2215/CJN.04110907.

9. *Cunningham FG, Cox SM, Harstad TW, et al.* Chronic renal disease and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1990. 163: 453.
10. *Chakhtoura Z, Meunier M, Caby J, et al.* Gynecologic follow up of 129 women on dialysis and after kidney transplantation: A retrospective cohort study. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology.* 2015. 187: 1-5.
11. *Demirci, C., Sezgiş Demirci, M., Aşçı, G., et al.* Frequency and outcomes of pregnancy on nocturnal home haemodialysis. *Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal.* 2017. 5: 202-209.
12. *Gadallah MF, Ahmad B, Karubian F, Campese VM.* Pregnancy in patients on chronic ambulatory peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis.* 1992. 20:407.
13. *Giatras I, Levy DP, Malone FD, et al.* Pregnancy during dialysis: case report and management guidelines. *Nephrol Dial Transplant.* 1998. 13: 3266.
14. *Goldenberg R.L., Tamura T.* Prepregnancy weight and pregnancy outcome. *J.A.M.A.* 1996. 275. № 14: 1127-1128.
15. *Holley JL, Reddy SS.* Pregnancy in dialysis patients: a review of outcomes, complications, and management. *NCBI. US National Library of Medicine. National Institute of Health. Semin Dial.* 2003. 16(5): 384-8.
16. *Hou S.* Pregnancy in chronic renal insufficiency and end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis.* 1999. 33: 235.
17. *Hou S.* Pregnancy in Women on Dialysis: Is Success a Matter of Time? *Clin J Am Soc Nephrol.* 2008. 3: 312-313 doi: 10.2215/CJN.00340108.
18. *Hou SH.* Frequency and outcome of pregnancy in women on dialysis. *Am J Kidney Dis* 1994. 23: 60.
19. *Hou SH.* Pregnancy in women on haemodialysis and peritoneal dialysis. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1994: 8:481.
20. *Jungers P, Chauveau D.* Pregnancy in renal disease. *Kidney Int.* 1997. 52: 871.
21. *Jesudason S, Grace BS, McDonald SP.* Pregnancy outcomes according to dialysis commencing before or after conception in women with ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2014. 9(1): 143-9.
22. *Krupa FG, Faltin D, Cecatti JG, et al.* Predictors of preterm birth. *Int Gynaecol.Obstet.* 2006. 94(1): 5-11. Epub 2006 May 24.
23. *Leitich H, Brumbauer M, Kaider A, et al.* Cervical length and dilation of the internal os detected by vaginal ultrasonography as markers for preterm delivery: a systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999. T. 181: 1465-1472.
24. *Lim, T.S.C., Shanmuganathan, M., Wong, I., Gob, B.L.* Successful multigravid pregnancy in a 42-year-old patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis and a review of the literature. *BMC Nephrol.* 2017. 18: 108.
25. *Maduell F, Moreso F, Pons M, et al.* for the ESHOL Study Group. High-Efficiency Postdilution Online Hemodiafiltration Reduces All-Cause Mortality in Hemodialysis Patients. *JASN.* 2013 ASN. 2012080875.
26. *Mann H, Ernst E, Gladzina U, et al.* Changes in blood volume during dialysis are dependent upon the rate and amount of ultrafiltrate. *ASAIO Trans.* 1989. 35(3): 250-2.
27. *Okundaye I, Abrinko P, Hou S.* Registry of pregnancy in dialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 1998. 31(5): 766-73.
28. *Piccoli GB, Conijn A, Consiglio V, et al.* Pregnancy in dialysis patients: is the evidence strong enough to lead us to change our counseling policy? *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010. 5: 62.
29. *Phyllis August, John Vella.* Pregnancy in women with underlying renal disease. *Walter Kluwer Health. UpToDate* 17-Mar-2013.
30. *Rocco M.V., Cheung A.K., Greene T, Eknoyan G.* for the Hemodialysis (HEMO) Study Group. The HEMO Study: applicability and generalizability. *Nephrol Dial Transplant.* 2005. 20(2): 278-284.
31. *Sachdeva M, Barta V, Thakkar J, et al.* Pregnancy outcomes in women on hemodialysis: a national survey. *Clin Kidney J.* 2017. 10(2): 276-281.
32. *Toma H, Tanabe K, Tokumoto T, et al.* Pregnancy in women receiving renal dialysis or transplantation in Japan: a nationwide survey. *Nephrol Dial Transplant.* 1999. 14: 1511.
33. *THE Actim™ Partus versus the TLIHQ system as rapid response tests to aid in diagnosing preterm labor in symptomatic women.* Institute of Health Economics: Preterm Labor in Symptomatic women. January 2008. ISSUE RA2-2008-01.
34. *Volker J.J. Schettler, Egbert G. Schulz, Gerrit C. Hagenab, Claas L. Neumann.* Successful completion of pregnancy using apheresis and a balanced dose of coagulation factors in the presence of high thrombophilia and Lp(a) levels in a woman with two previous abortion. *Clin Kidney J.* 2014. 7: 497-498.

Дата получения статьи: 28.04.2017

Дата принятия к печати: 30.09.2017

Submitted 28.04.2017

Accepted 30.09.2017