

ТОМІН К.В., КУЧМА І.Л., КАЛАНТАРЕНКО Ю.В.

Олександрівська клінічна лікарня м. Києва

ТАРАН О.І.

НМАПО імені П.Л. Шупика, кафедра нефрології

МАКАРЕНКО М.В., ГОВСЕЄВ Д.О.

Пологовий будинок № 5 м. Києва

УСПІШНА ВАГІТНІСТЬ У ПАЦІЄНТКИ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК 5-ї СТАДІЇ

Вагітність у жінок із хронічною хворобою нирок та в жінок, які отримують лікування методом замісної ниркової терапії, трапляється досить рідко. Частота випадків вагітності в діалітичних пацієнтів коливається в межах 0,3–1,5 % від загальної кількості жінок [1, 2].

За даними Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок за 2009 рік, кількість жінок, які перебували на лікуванні програмним гемодіалізом (ГД), становила 1512, перитонеальним діалізом — 282. Згідно з даним реєстром, у 2009 році 500–600 жінок були у фертильному віці, отже, в Україні повинні відмічатись випадки вагітності щонайменше 1–2 жінок, які отримують лікування замісною нирковою терапією.

На сьогодні в клінічних настановах Європейської нефрологічної, діалітичної й трансплантологічної асоціації (ERA-EDTA) чи в національних протоколах немає рекомендацій щодо ведення вагітних жінок, які отримують лікування замісною нирковою терапією. Тому кожен випадок вагітності на тлі замісної ниркової терапії потребує особливої уваги з метою збереження життя матері та успішного виношування вагітності.

До вашої уваги пропонується випадок вагітності та пологів пацієнтки, якій було розпочато лікування замісною нирковою терапією під час вагітності.

Пацієнтка Л., 1985 року народження, перебувала на лікуванні у відділенні екстрагенітальної патології пологового будинку № 5 м. Києва з 23.04.2012 р. до 31.07.2012 р.

При надходженні скарги на загальну слабкість, підвищення АТ до 150/100 мм рт.ст., набряки нижніх кінцівок.

З анамнезу захворювання відомо про наявність інсулінозалежного ЦД І типу з 1990 р. Перша вагітність у 2009 році була перервана за медичними показаннями в термін 12–13 тижнів, протягом І вагітності відмічалось прогресування ниркової недостатності. У 2009 році документовано ниркову недостатність II–III ступеня (креатинін 237–320 мкмоль/л). З 2011 року діагностовано хронічну хворобу нирок 4–5-ї стадії, від пропозиції замісної ниркової терапії хвора та її родичі категорично відмовились, вона не спостерігалась у нефролога. Па-

цієнтка звернулась за медичною допомогою в Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України 03.04.2012 р., там було встановлено діагноз: вагітність II, 15–16 тижнів. Цукровий діабет І типу, тяжкий перебіг, стадія субкомпенсації. Універсальна діабетична ангіопатія (проліферативна ретинопатія обох очей, катаракта обох очей), діабетична нефропатія IV ст., вторинна нейрогенна артеріальна гіпертензія II ст., хронічний пієлонефрит у фазі н/ремісії. Хвора та її родичі були проінформовані про ризик щодо життя її та плоду, проте від переривання вагітності категорично відмовились. Для подальшого ведення вагітності та пологів хвору було направлено до пологового будинку № 5 м. Києва.

Результати лабораторних та інструментальних досліджень на 04.04.2012 р.: гемоглобін 89 г/л, еритроцити $3,2 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцити $11,4 \cdot 10^9/л$, тромбоцити $192 \cdot 10^{12}/л$, ШОЕ 61 мм/год, загальний білок 72 г/л, холестерин 8,3 ммоль/л, сечовина 18,2 ммоль/л, креатинін 314 мкмоль/л. **ШКФ = 21 мл/хв/м².**

З 23.04.2012 р. пацієнтка госпіталізована в пологовий будинок № 5. При надходженні оглянута акушером-гінекологом, ендокринологом, окулістом, нефрологом. З хворою та її родичами проведено повторну бесіду, їх проінформовано про ризик щодо її життя та плоду. Від переривання вагітності хвора та її родичі категорично відмовились.

Результати лабораторних та інструментальних досліджень на 27.04.2012 р.: гемоглобін 87 г/л, еритроцити $2,84 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцити $11,9 \cdot 10^9/л$, тромбоцити $241 \cdot 10^{12}/л$, альбумін 36 г/л, загальний білок 71 г/л, сечовина 19 ммоль/л, креатинін 389 мкмоль/л, АлАТ 15 Од/л, калій 5,3 ммоль/л, натрій 147 ммоль/л, Ca^{++} 0,99 ммоль/л. Добова протеїнурія 3,9 г/добу, **ШКФ = 17 мл/хв/м².** При огляді набряки стоп та гомілок.

З урахуванням прогресування ниркової недостатності, набрякового синдрому, добової втра-

© Томін К.В., Кучма І.Л., Калантаренко Ю.В., Таран О.І., Макаренко М.В., Говсеєв Д.О., 2013

© «Нирки», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

ти білка 3,9 г/добу проведено консилиум лікарів 05.05.2012 р.

Скарги на поганий апетит, набряки обличчя, загальну слабкість. На момент огляду: свідомість ясна, поведінка активна. Набряки обличчя, стоп, гомілок. Діурез 1200–1400 мл/добу. Загальний стан пацієнтки було оцінено як тяжкий: артеріальна гіпертензія — АТ 170/70 мм рт.ст., гемоглобін 82–87 г/л, відмічається прогресування набрякового синдрому.

Рекомендовано продовжити антигіпертензивну терапію (коринфар 40 мг на добу, бісопролол 10 мг на добу), оскільки на момент огляду ШКФ = 17 мл/хв/м², проведення замісної ниркової терапії не було рекомендовано. З урахуванням прогресування ниркової недостатності та необхідності своєчасного початку замісної ниркової терапії рекомендовано контроль рівня сечовини, креатиніну, калію, загального аналізу крові, кислотно-лужного стану крові не рідше 1 разу на 3 дні, контроль ультразвукового стану плода не рідше 1 разу на 7 днів, щоденний контроль водного балансу та ваги пацієнтки, рекомендовано огляд нефролога ОКЛ м. Києва не рідше одного разу на три дні.

22.05.2012 р. проведено повторний консилиум. При огляді скарги на наростання набряків на обличчі, незначний свербіж шкіри. За даними фізикальних спостережень маса тіла з 17.05.12 р. до 22.05.12 р.: 59,2–59,5–59,9–60,2–60,3 кг, діурез 1450–1580–1680–1500–1700 мл/добу, АТ 150/90–160/90–150/90–140/90–150/95 мм рт.ст. Свідомість збережена, адекватно орієнтується в просторі та часі. Пастозність обличчя. Відмічено зміну кольору шкіри від блілого до землисто-жовтого. Видимі слизові оболонки помірної вологості. Тони серця звичайної звучності. Аускультативно: дихання везикулярне. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Матка в нормотонусі, ворухіння плода відчутно добре. Набряки стоп, пастозність гомілок. Креатинін крові 463 мкмоль/л, ШКФ = 15 мл/хв/м², рН крові 7,4; ВЕ = 3,4 ммоль/л. Протеїнурія 4,74 г/добу.

Діагноз: вагітність II, 23 тижні. Поєднаний гестоз. Пreeклampsія легкого ступеня. Цукровий діабет I типу, тяжкий перебіг, стадія декомпенсації. Хронічна хвороба нирок 5-ї ст.: діабетична нефропатія. Анемія середнього ступеня тяжкості. Артеріальна гіпертензія III ступеня, 3-ї стадії, ризик 4.

Рекомендовано створення судинного доступу для контролю ЦВТ та проведення гемодіалізу.

24.05.2012 р. пацієнтці було проведено імплантацію двопросвітнього катетера у v.jugularis dextra.

25.05.2012 р. пацієнтці було проведено 1-й сеанс ГД тривалістю 2 години з концентрацією бікарбонатного діалізуючого розчину 26 ммоль/л, концентрацією натрію в діалізуючому розчині 140 ммоль/л, антикоагулянт гепарин 7500 МО, швидкість кровотоку 150 мл/хв, діалізатор Pollyflax 14. Швидкість ультрафільтрації 250 мл/хв. ЦВТ до ГД 300 мм вод. ст., після ГД — 210 мм рт.ст. Маса тіла до гемодіалі-

зу 61,3 кг, після гемодіалізу — 60,8 кг. Сеанс гемодіалізу пацієнтка перенесла добре. Гемодинаміка стабільна. АТ 155/90–150/80 мм рт.ст.

27.05.2012 р. в пацієнтки підвищилась температура тіла до 38 °С, з'явилися неприємні відчуття в місці виходу катетера, в аналізі крові лейкоцитоз до $15,9 \cdot 10^9$ /л.

У зв'язку із проявами інфекції перманентного судинного доступу було видалено двопросвітний катетер для гемодіалізу, проведено посів на стерильність виділень із місця виходу катетера, посів із ділянки навколо катетера, посів крові, призначено антибактеріальну терапію цефтазидимом по 500 мг 2 рази на день в/м.

06.06.2012 р.: пацієнтці повторно для забезпечення судинного доступу для гемодіалізу проведено імплантацію двопросвітнього катетера у v.subclavia dextra. Катетер був імплантований у підключичну вену, а не в яремну за рішенням анестезіолога.

Рішення про проведення сеансу гемодіалізу приймалося на підставі результатів біохімічного аналізу крові та збільшення набрякового синдрому. З урахуванням ШКФ 15 мл/хв/м², відсутності клінічних проявів уремії подальша замісна ниркова терапія була спрямована на стабілізацію загального стану пацієнтки, запобігання прогресуванню набрякового синдрому, пreeклampsії та eklampsії, корекцію анемії, артеріального тиску, підтримання гомеостазу з метою забезпечення оптимальних передумов збереження та розвитку плода. Рішення про проведення сеансу гемодіалізу приймалися на підставі результатів біохімічного дослідження крові (сечовини, креатиніну, калію, кислотно-лужного стану крові) 3–4 рази на тиждень. Сеанси гемодіалізу проводилися 2 рази на тиждень по 2 години. Це дозволило утримувати стабільні показники крові із збереженням незначного алкалозу (незважаючи на низький рівень бікарбонату в діалізованому розчині).

Об'єм ультрафільтрації корегувався залежно від ступеня гіпергідратації та артеріальної гіпертензії під час сеансів гемодіалізу. Сеанси гемодіалізу пацієнтка переносила відносно задовільно. 1 раз на 7 днів пацієнтці проводилися УЗД плода, реєстрація серцевих скорочень плода. За даними досліджень стан плода оцінювався як затримка плода I ст.

Пацієнтка отримувала інсулінотерапію (лантус 27 ОД/добу, епайдра 3–5–3 ОД/добу).

Артеріальна гіпертензія коригувалась: коринфар 40 мг/добу, бісопролол 10 мг/добу.

З метою корекції анемії призначені препарати заліза (мальтофер по 1 таблетці 2 рази на день) та еритропоєтини (рекормон 2000 ОД 3 рази на тиждень), препарати кальцію.

24.07.2012 р. встановлено діагноз: термін вагітності 33 тижні + 2 дні, головне передлежання. ЦД I типу, тяжка форма, стадія декомпенсації. Діабетична нефропатія. Сеанси гемодіалізу. Анемія. АГ III ступеня, 3-ї стадії, ризик 4.

Таблиця 1

Дата	26.05.12	07.06.12	10.06.12	14.06.12	22.06.12	04.07.12	12.07.12	17.07.12	29.07.12
Сечовина, ммоль/л	12,8	15,3	16,4	14,2	19,9	14,2	13,8	13,6	13,7
Креатинін, ммоль/л	266	330	382	378	379	344	367	359	389
Калій, ммоль/л	4,9	4,8	4,4	5,1	5,2	3,8	4,7	5,0	4,3
Натрій, ммоль/л	152	140	135	150	141	135	139	138	153
pH, ммоль/л	7,7	7,3	7,3	7,4	7,8	7,4	7,3	7,4	7,3
BE, ммоль/л	5,6	1,3	1,4	-0,9	6,7	-1,4	-1,3	-2,6	-2,4

Таблиця 2

Дата	25.05.12	08.06.12	12.06.12	21.06.12	29.06.12	11.07.12	20.07.12	23.07.12
Артеріальний тиск, мм рт.ст.	190/100–150/80	140/90–130/80	150/90–140/80	140/90–130/90	160/100–150/90	140/80–150/90	150/90–140/80	150/90–140/90
Пульт, уд/хв	88	90	86	88	90	90	86	88
ЦВТ, мм вод.ст.	До ГД	300	210	80	300	250	100	200
	Після ГД	210	160	90	220	120	110	180

24.07.2012 р. пацієнтці було проведено нижньо-серединну лапаротомію, кесарський розтин. Народився хлопчик, маса 1810 г, зріст 44 см, за шкалою Апгар 5–7 б.

31.07.2012 р. пацієнтку переведено в ОКЛ м. Києва для продовження замісної ниркової терапії. Післяпологовий період проходив без ускладнень.

У післяпологовий період було продовжено лікування гемодіалізом за програмою (3 рази на тиждень по 5 годин).

29.09.2012 р., зважаючи на свідомий вибір пацієнтки, хворій було імплантовано катетер для перитонеального діалізу та розпочато лікування постійним амбулаторним перитонеальним діалізом.

На даний час пацієнтка знаходиться на замісній нирковій терапії — постійний амбулаторний перитонеальний діаліз. Почуває себе добре, веде активний спосіб життя, доглядає сина.

Результати лабораторних досліджень за січень 2013 р.: гемоглобін 92 г/л, креатинін 502 ммоль/л, сечовина 14 ммоль/л, альбумін 34 г/л, загаль-

ний білок 64 г/л, калій 4,9 ммоль/л, натрій 138 ммоль/л. Добовий діурез 600 мл/добу. Постійний амбулаторний перитонеальний діаліз: 4 рази на добу: DIANEAL 2,27% — 2.0–6.0–12.00–18.00%, DIANEAL 3,86% — 2.0–24.00.

Список літератури

1. Hou S.H. Frequency and outcome of pregnancy in women on dialysis // *Am. Kidney Dis.* — 1994. — 23. — 60-3.
2. Bagon J.A., Vernaev H., De Muylder X., Lafontaine J.J., Martens J., van Roost G. Pregnancy and dialysis // *Am Kidney Dis.* — 1998. — 31. — 756-65.
3. Білозерова А. Вагітність у пацієнток з хронічною нирковою недостатністю і термінальною стадією захворювання нирок. Створено 10.07.2004. Матеріал взятий із робочого форуму CRITICAL.
4. Діксон Д.С., Кінні Д.Є., Блок К., Делі В. Хронічне захворювання нирок і гемодіаліз у вагітної жінки // *Dialysis & Transplantation.* — 2006. — 35. — 6.
5. Хатишук А.Х., Османов А.Х., Мамхегова Т.Р. Ведення вагітності у пацієнток на гемодіалізі // *Нефрологія і діаліз.* — 2005. — 7(2). — 177-180X.

Отримано 06.02.13 □

Коментар спеціаліста



**Академік НАМН України, член-кор. НАН України, професор кафедри нефрології НМАПО імені П.Л. Шупика
Любомир Антонович Пиріг**

Проблема «патологія нирок і вагітність — вагітність і патологія нирок» — актуальна в кожному випадку поєднання цих понять у пацієнтки і складна в практиці лікаря. Складність проблеми включає аспекти медичні, морально-етичні, соціальні. Проблема ця потребує вирішення в конкретному випадку до вагітності, на тлі вагітності (доношування, переривання) і не менше — під час і після пологів.

Питання пізнього гестозу (нефропатії вагітних, гіпертензії вагітних) заслуговує на окреме обговорення як патологічний стан, що найчастіше виникає непередбачено. Правда, й щодо цього стану слід мати на увазі, що в консультації на етапі до вагітності слід враховувати наявну в жінки патологію нирок, її вік, позаниркову патологію, пізній гестоз у матері. Усе це створює передумови ризику виникнення пізнього гестозу в жінки, яка отримує консультацію.

Хворій, історія хвороби якої опублікована, лікарі могли не рекомендувати вагітніти. Але по-всякому буває: жінка не звертається за порадою, звернулася, але пораду лікаря не врахувала, та й вагітність іноді починається непередбачено. І що тоді? Виношувати чи переривати? По-різному складаються обставини в сім'ї (якщо жінка одружена), по-різному спрацьовує в жінки інстинкт материнства. За всіх обставин лікар повинен довести до відома пацієнтки з хворобою нирок, що вагітність загрожує небезпекою погіршення перебігу захворювання, що на тлі ренальної патології залежно від функціонального стану нирок виникає загроза спонтанного переривання, недоношення вагітності, загроза недорозвитку плода, його вад. За наявності в жінки (у чоловіка) спадкової патології нирок (полікістоз!) слід звернути увагу на ризик успадкування її новонародженим. Має значення для стану плода тривала медикаментозна терапія матері (глюкокортикоїди, цитостатики).

Взявши до уваги всі можливі варіанти небезпеки, лікар не може *заборонити* жінці вагітніти, *наказувати* переривати вагітність, він може *рекомендувати*, виклавши рекомендації-поради дохідливо й тактовно.

Пацієнтка, описана в статті, прийняла рішення доношувати вагітність, погодилася на підключення гемодіалізу. Перенесла кесарський розтин. Хлопчик, на жаль, народився із зниженою масою тіла. Можна привітати маму й подякувати лікарям.

Під час лікування вагітної хворої на тлі лікування гемодіалізом необхідно контролювати рівень азотемії, артеріального тиску (надмірне зниження загрожує стану плода), уникати під час сеансів гемодіалізу надмірного зменшення внутрішньосудинного об'єму (зменшення маси тіла під час сеансу не більше 1 кг), контролювати показники гемокоагуляції з відповідним дозуванням гепарину. Якщо вагітна жінка тривалий час лікується із застосуванням гемодіалізу і приймає кальцитріол, необхідно контролювати рівень кальціємії (пациєнта продукує вітамін D).

Вирішальне прогностичне значення для перебігу і завершення вагітності в жінок із хронічною хворобою нирок 4–5-ї стадії на тлі лікування гемодіалізом мають рівень анемії, ступінь артеріальної гіпертензії, стан загального харчування.

Можна сподіватися, що збільшення доступності до нирковозамісних методів лікування (збільшення кількості апаратів і центрів гемодіалізу, ширше впровадження перитонеального діалізу) сприятиме успішному завершенню вагітності в жінок у 4–5-ї стадії хронічної хвороби нирок. Описаний випадок підтверджує такі можливості.

Розширення мережі центрів трансплантації нирки з удосконаленням законодавства про трансплантацію органів і тканин також створить умови для забезпечення можливості народження дітей такими жінками з пересаженою ниркою. □

Коментар спеціаліста



**Зав. кафедри акушерства та гінекології № 1
Тернопільського державного медичного
університету ім. І.Я. Горбачевського
проф. Л.М. Маланчук**

Вагітність у жінок, які перебувають на хронічному гемодіалізі, все ще залишається проблемною і зустрічається нечасто. Завдяки модифікаціям діалізного режиму і спеціально адаптованій акушерській та неонатальній допомозі частота успішних вагітностей, згідно з даними літератури, різна.

За О. Moranne, V. Samonelian та ін. (2007), вона становить близько 60 %. На думку А.Х. Хатурова і співавторів (2005), приблизно 40 % вагітностей, якщо зачаття відбулось після початку замісної терапії, закінчуються народженням живих дітей.

Про успішну вагітність у пацієнтки віком 31 рік із термінальною стадією хронічної хвороби нирок повідомляють канадські автори A.S. Gandi, R. Windrim, S. Gandhi та ін.

Є цілий ряд повідомлень про настання та успішне завершення вагітності у жінок із хронічною хворобою нирок, які перебувають на програмному гемодіалізі.

Однак у вітчизняній фаховій періодичній літературі таких повідомлень ми не знайшли.

На цьому тлі викликає чималий інтерес повідомлення авторів про благополучне завершення вагітності у пацієнтки з хронічною хворобою нирок 5-ї стадії, якій діалізну терапію було розпочато під час вагітності.

Незважаючи на наполегливі рекомендації лікарів перервати вагітність, пацієнтка від цього відмовилась, і вагітність перебігала з розвитком прееклампсії, що само по собі становило загрозу життю жінки та плода. Це повідомлення показує, що лише завдяки індивідуальному підбору режиму гемодіалізу, ретельному спостереженню за вагітною спеціалістів із гемодіалізу та акушерів-гінекологів можна досягти позитивного результату.

При надзвичайно високому ризику для життя як жінки, так і плода досягти позитивного результату було можливо саме завдяки розробленому індивідуальному протоколу гемодіалізу, лікуванню прееклампсії та ретельному спостереженню за станом плода, своєчасній профілактиці та лікуванню фетоплацентарної недостатності паралельно з індивідуалізацією протоколу діалізу. Правильно, на наш погляд, були вибрані термін та метод розродження, оскільки подальше наростання явищ прееклампсії могло призвести до загибелі плода і погіршення стану жінки.

Таким чином, наведений випадок успішного завершення вагітності дає надію на здійснення репродуктивної функції жінкам, які хворіють на хронічну хворобу нирок і категорично відмовляються від переривання вагітності в разі її настання. □