

Беременность и роды у пациентки, получавшей лечение гемодиализом более 10 лет

(Описание случая)

Т.В. Черникова

Кабинет экстракорпоральных методов детоксикации ФГУЗ «ЦМСЧ 31 ФМБА России», Свердловская обл., г. Новоуральск

Pregnancy and childbirth at a patient receiving hemodialysis treatment for more than 10 years

A case description

T.V. Chernikova

Ключевые слова: беременность, хроническая почечная недостаточность, гемодиализ.

У женщин с терминальной почечной недостаточностью функции репродуктивной системы нарушены, что проявляется снижением фертильности, потерей либидо и дисфункциональными маточными кровотечениями [3]. У 40% женщин – диализных пациентов – сохраняются менструации. От 40 до 60% (по разным данным) беременностей, возникших на диализе, завершаются разрешением живыми младенцами.

Представляется случай успешного ведения беременности и ее разрешения у пациентки, находящейся на диализе более 10 лет. В сроке 33 недели произведено кесарево сечение, извлечен мальчик весом 2 кг.

Women with terminal renal insufficiency have destroyed functions of hypothalamic-pituitary-ovarian system. It causes reduced fertility, loss of libido and dysfunctional uterine bleeding.

Forty percent women – dialytic patient – do have menstruations. According to different surveys, from 40 till 60 percent pregnancies, which appeared on dialysis, complete with the birth of alive babies.

The case of a successful management of the pregnancy and its resolution at the dialytic patient, who got hemodialysis medical treatment for more than ten years, is described. At the period of 33 weeks Caesarean section was made and a two-kilogram boy was pulled out.

У женщин детородного возраста, находящихся на диализе, частота беременности составляет 0,5% в год. 56% неудавшихся беременностей завершается самопроизвольными выкидышами, 11% – мертворождением, 14% – неонатальной смертью и 18% – медицинским абортom. Приблизительно 40% выкидышей приходится на второй триместр беременности. Наша задача состояла в том, чтобы сохранить качество жизни женщины, создать условия для наиболее благоприятного в данной ситуации течения беременности [3].

Описание случая

Больная С., 1971 г. р., с 26 лет получала лечение гемодиализом в связи с прогрессированием хронического нефрита и наступлением терминальной ХПН.

Лабораторно: сохранялась легкой степени анемия (98–100 г/л), в последующие годы гемоглобин держался на уровне 120–140 г/л. Средний уровень мочевины – 16–20 ммоль/л, креатинина – 700–800 мкмоль/л. Кt/V стабильно 1,2 и более. Все эти годы обращает на себя внимание непропорциональ-

но высокий уровень фосфора – до 2,1–2,2 ммоль/л и низкий уровень кальция – 1,5–1,7 ммоль/л. «Сухой» вес 68 кг.

Акушерский анамнез: у больной было 5 беременностей, 3 из которых закончились поздними выкидышами в сроке 26–27 недель, 2 – медабортами. Шестая, описываемая, беременность выявлена в сроке 6,5 недель.

Учитывая категорическое желание женщины сохранять и вынашивать беременность, коллегиально был разработан план ведения больной.

В отделении диализа

- 1) перевод на диализ в дозе 24 часа в неделю – по 4 часа 6 раз в неделю;
- 2) смена диализатора с □ 7 HPS на □ 5, с однократным использованием;
- 3) строгий контроль веса – прибавка не более 200–500 г каждые 10 дней;
- 4) компенсация водорастворимых витаминов и микроэлементов из расчета:
 - тиамин 2 мл 2 раза в неделю;
 - пиридоксин 2 мл 2 раза в неделю;

- аскорбиновая кислота 10% 2 мл 6 раз в неделю;
- цианкобаламин 500 ед. 2 раза в неделю;
- 5) смена диализирующего раствора на раствор, содержащий кальций до 2,5 ммоль/л;
- 6) бекламезон с 24-й недели с целью созревания легких плода.

Дополнительно:

- 1) пероральный прием карбоната кальция по 5 г после еды;
- 2) кетостерил по 14 таблеток в сутки;
- 3) компливит-мама по 1 таблетке в сутки;
- 4) фолиевая кислота по 1 мг в сутки.

Строгий контроль лабораторных показателей:

- 1) контроль ОАК, КЩС, электролитов, уровней кальция, фосфора 1 раз в неделю;
- 2) контроль биохимических анализов крови: мочевина до и после диализа, креатинин, общий белок, альбумин, уровень железа, холестерин.

Диализ проводился на стандартном бикарбонатном диализате с добавлением глюкозы. Скорость кровотока увеличивалась плавно, в течение первых 20 минут со 180 до 300 мл/мин. «Сухой» вес увеличивался на 200 г в неделю в течение первого триместра и на 200 г дважды в неделю в течение второго и третьего триместров. Величина Kt/V сохранялась выше 1,2. В связи со снижением гемоглобина до 90 г/л назначен внутривенно эритропоэтин альфа (Эпрекс) по 2000 ЕД 6 раз в неделю. В связи с алкалозом в ходе диализа производилось устранение до минус 2 бикарбоната из диализирующей жидкости. На протяжении всей беременности сохранялся умеренный метаболический алкалоз.

С целью профилактики привычного выкидыша назначен дюфастон по 30 мг в сутки.

На сроке в 11 недель в связи с нормализацией уровня фосфора до 0,7 ммоль/л и имеющимся гиперпаратиреозом (паратгормон на март 2007 г. 689,6 пг/мл) возобновлен прием остеотриола в дозе 0,5 мкг 3 раза в неделю после диализа вечером.

В 12-недельном сроке доза дюфастона уменьшена до 20 мг в сутки. На 14-й неделе беспокоили периодически возникающие эпизоды сердцебиений, вероятно связанные с понижением АД до 89–90/59–60 мм рт. ст. Состояние компенсировано увеличением сухого веса еще на 150 г (в неделю). Гемодинамика стабилизировалась на уровне 110–100/60–70 мм рт. ст. С целью устранения дефицита тканевого железа назначен сорбифер дурулесс по 100 мкг в сутки.

В сроке 17 недель доза остеотриола уменьшена до 0,25 мкг трижды в неделю в связи со снижением паратгормона до 93,6 пг/мл.

На 24-й неделе беременности выявлено повышение артериального давления на диализе до 140–145/90 мм рт. ст. Больная проконсультирована акушерами-гинекологами и профессором НИИ ОММ г. Екатеринбурга Н.В. Башмаковой.

Диагноз: гестоз, раннее начало – 80 по шкале Савельева. Терминальный нефросклероз. Программный гемодиализ.

Следуя рекомендациям, инфузии сернокислой магнезии из расчета 30 мл на 200 мл 5% раствора глюкозы проводились интрадиализно в периферическую вену. Больная была госпитализирована в отделение патологии беременных в связи с угрозой преждевременных родов и ранним гестозом, где пациентка и находилась до родов. Прием дексаметазона и нормодипина продолжался в стационаре.

В связи с усилением побочных эффектов со стороны пищеварительной системы на фоне приема сорбифера последний был заменен на ферлатум из расчета 2400 мг в неделю.

Раз в неделю исследовалось сердцебиение плода на аппарате «Малыш», каждый месяц проводилось ультразвуковое обследование плода, и оно свидетельствовало о его нормальном развитии. Дополнительно определялся кровоток в артериях пуповины и маточных артериях, и он был расценен как вариант нормы. Начиная с 22-й недели по результатам УЗИ выявлено умеренное многоводие, сохранявшееся до конца беременности. Предпринимались попытки повлиять на многоводие путем уменьшения прибавки «сухого» веса, однако у больной стали выявляться признаки обезвоженности, т. е. снижение артериального давления ниже 90/60 мм рт. ст., а также мышечные судороги, поэтому был возобновлен прежний прирост «сухого» веса.

Весь период беременности наблюдалась анемия легкой степени – гемоглобин на уровне 95 г/л, железо 11–19 г/л, преддиализная мочевина 8–13 ммоль/л, постдиализная мочевина 3–5 ммоль/л, креатинин около 300 мкмоль/л, уровень фосфора сохранялся от 0,5 до 0,7 ммоль/л, кальция – около 2 ммоль/л. Также сохранялся диурез от 600 до 1000 мл в сутки.

Общая прибавка веса за весь срок беременности составила 6,7 кг.

На 33-й неделе беременности (25.01.2008) развилась родовая деятельность. Произведено кесарево сечение. Брюшная полость вскрыта ниже-брюшинным доступом. Стенка матки надсечена, через рану проведена амниотомия, излилось до 4,5 л желтых околоплодных вод. На 12-й минуте без затруднений извлечен доношенный плод мужского пола массой 2000 г, длиной 46 см, с оценкой по Апгар 8/8 баллов.

С письменного согласия пациентке произведена стерилизация по Мадленеру.

Послеоперационный уровень гемоглобина 99 г/л.

На вторые сутки после операции – диурез 650 мл. Уровень мочевины – 29 ммоль/л.

Очередной диализ проведен 28.01.08, т. е. на 4-е сутки после операции.

Постепенно «сухой» вес приводится к прежнему (68 кг). Первую неделю после операции сеансы гемодиализа проводились ежедневно, так как планировалось плавное снижение «сухого» веса до нормы, т. е. 68 кг, что и было достигнуто к концу недели. На второй послеоперационной неделе пациентка получала сеансы диализа согласно «своему» прежнему графику (до беременности).



После родов новорожденный был госпитализирован в отделение неонатальной интенсивной терапии. Отмечалась в первые двое суток одышка до 40 в минуту, западение грудины при дыхании, полиурия. На третьи сутки указанные явления были купированы. На 10-е сутки ребенок переведен в отделение раннего детского возраста. На момент написания статьи ребенок в возрасте 1 месяц выписан домой в удовлетворительном состоянии, вес при выписке – 2,8 кг.

Обсуждение

1. Многоводие

У женщин, находящихся на гемодиализе, часто беременность сопровождается многоводием. Причины такого явления достоверно не выявлены. Возможно, они кроются в раннем функционировании почек плода [2, 3, 5].

2. Анемия

У диализных пациенток на фоне беременности усугубляется выраженность анемии. Это явление наблюдалось и в нашем случае. При помощи интенсивной ЭПО-терапии удавалось поддерживать уровень гемоглобина, характеризовавшийся анемией легкой степени. Лечение ЭПО в общедиализной популяции сопровождается гипертензией. В нашем случае возникновение гипертензии, скорее всего, связано не с ЭПО, а с появлением раннего гестоза.

3. Уровень железа

При беременности повышается потребность в железе. В нашем случае удалось покрыть эту потребность путем приема препаратов перорально. Среди принимаемых препаратов – сорбифер по 100 мг в сутки заменен на ферлатум 2400 мг в неделю.

4. Метаболизм кальция и фосфора

У пациентов гемодиализа метаболизм кальция изменен. Необходимо учитывать кальций из фосфатбиндеров, кальций из диализата. В нашем случае концентрация кальция в диализате составила 1,5 ммоль/л, что подкреплялось пероральным приемом карбоната кальция в дозе 1,5 г в сутки.

После абсолютного исключения всех молочных продуктов из рациона у пациентки снизился до нормы уровень фосфора, что позволило корректировать уровень паратормона и значительно снизить степень гиперпаратиреоза.

5. Дефицит фолиевой кислоты

Приводит к дефектам развития производных «нервной трубки». С учетом «вымывания» препарата в ходе диализа доза фолиевой кислоты увеличена с 0,4 до 1 мг в сутки.

6. Увеличение диализного времени

Предполагается, что увеличение диализного времени свыше 20 часов в неделю позволяет улучшить результаты беременности. Ежедневный диализ является более физиологичным и позволяет удалять лишнюю жидкость небольшими объемами, что снижает

риск возникновения гипотензии и позволяет пациентке расширить диету. Величину «сухого» веса регулярно переоценивали согласно данным о предполагаемом росте веса плода.

7. Применение бекламетазона (дексаметазона)

Поддержание созревания легких плода.

8. Врожденные аномалии

Найдена информация, что риск возникновения врожденных аномалий у таких детей не превышает таковой в общей популяции [1, 3].

Выводы

В настоящее время беременность у женщин, находящихся на гемодиализе, не противопоказана. Прерывание такой беременности не должно становиться системой, особенно если это не первая беременность, а также в том случае, если женщина пребывает в достаточно зрелом возрасте и надежда на повторную беременность и на трансплантацию почки невелика. Основной фактор, значительно улучшающий исход беременности на диализе, – увеличение длительности диализного времени. При этом происходит уменьшение уровня уремических токсинов в окружающей эмбрион среде, уменьшаются «скачки» изменений объема крови, скорость перемещения электролитов.

Важно также нормализовать фосфорно-кальциевый обмен для правильного формирования скелета плода.

Для поддержания нормальной жизнедеятельности плода, предотвращения или усугубления его гипоксии, в случае возникновения анемии, необходимо назначение препаратов рчЭПО и препаратов железа.

Таким образом, благодаря усилению диализного режима, адаптации акушерской и неонатальной помощи, сотрудничеству с пациенткой возможно успешное ведение и завершение беременности у женщин, находящихся на программном гемодиализе.

Литература

1. Белозерова А. Беременность у пациенток с хронической почечной недостаточностью и терминальной стадией заболевания почек. Создано 10.07.2004. Материал взят с рабочего форума сайта CRITICAL. Объем 3 страницы.
2. Гуатрас И, Левин ДП, Малок Ф.М., Карлсон Ж.А., Юнгертс П. Беременность во время диализа: описание случая и рекомендации по ведению. Нефрология и диализ 2001; 3 (2): 285–291.
3. Даугирдас Д.Т., Блейк П.Д., Инг Т.С. Руководство по диализу. Третье издание, перевод с английского под ред. А.Ю. Денисова, В.Ю. Шилов. Тверь: Триада, 2003.
4. Диксон Д.С., Кинни Д.Э., Блок К., Дэй В. Хроническое заболевание почек и гемодиализ у беременной женщины. Перевод с сокращениями Л. Рагимовой. Dialysis & Transplantation 2006; 35; i.б.
5. Хатиужов А.Х., Османов А.Х., Мамхегова Т.Р. Ведение беременности у пациенток на гемодиализе. Нефрология и диализ 2005; 7 (2): 177–180.