

*ВАГІТНІСТЬ І
ПОЛОГИ
У ХВОРИХ
НА ХХН VD:
власний досвід*



РУСИН О.І.

ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ
ВІДДІЛЕННЯ ГОСПІТАЛЬНОЇ НЕФРОЛОГІЇ ТА ДІАЛІЗУ ЦЕНТРУ
ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

*Уперше доношену вагітність і успішні пологи
у пацієнтки, яка отримувала програмний
гемодіаліз, описано в 1971 році*

CONFORTINI P, GALANTI G, ANCONA G, GIOGIO A, BRUSCHI E, LORENZINI E. FULL TERM PREGNANCY AND SUCCESSFUL DELIVERY IN A PATIENT ON CHRONIC HEMODIALYSIS. *PROC EUR DIAL TRANSPLANT ASSOC* 1971

РЕЗУЛЬТАТИ ВАГІТНОСТІ У ХВОРИХ НА ХХН V МАЛО ВИВЧЕНІ

ВАГІТНІСТЬ В УРЕМІЧНОЇ ПАЦІЄНТКИ
ВИМАГАЄ ОСОБЛИВОЇ УВАГИ ЧЕРЕЗ
ВИСОКИЙ РИЗИК АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ГІПЕРГІДРАТАЦІЇ.

Hou S, Firanek C. Management of the pregnant dialysis patient. *Adv Renal Replace Ther* 1998

Вагітність у жінок на НЗТ:

1980 р. – 0,9%.

1992-2003 рр. – 1-7%,

причому в 50% – живі немовлята.

*Співпраця пацієнтки, нефролога,
гінеколога та неонатолога
забезпечує успішну вагітність
пацієнтки на НЗТ*



Вплив на виживання немовлят:

- Інтенсивний діаліз до 16-24 год. на тиждень
- Корекція анемії, АГ, диселектролітемії, порушень КЛР



JEAN L. HOLLEY: PREGNANCY IN DIALYSIS PATIENTS: A REVIEW OF OUTCOMES, COMPLICATIONS, AND MANAGEMENT . ENDOCRINOLOGY AND DIALYSIS, 2013

Успішна вагітність у:

- 50% пацієнок на НЗТ
- 80% пацієнок, які почали діалізну терапію після вагітності.

Багатовіддя:

- 8 на 13 випадків

Затримка росту плоду :

- 2 на 9 випадків.

НМТ при народженні та недоношеність:

- 100%



Framestudio.com.ua

JA BAGON, H VERNAEVE, X DE MUYLDER, JJ LAFONTAINE, J MARTENS, G VAN ROOST. PREGNANCY AND DIALYSIS. AMERICAN JOURNAL OF KIDNEY DISEASES, VOLUME 31, ISSUE 5, MAY 1998

Підвищений ризик:

- перинатальна смерть
- передчасні пологи
- низька для гестаційного віку маса тіла



BLOWEY DL, WARADY BA. NEONATAL OUTCOME IN PREGNANCIES ASSOCIATED WITH RENAL REPLACEMENT THERAPY. *ADV RENAL REPLACE THER* 1998

2000 – 2012 рр.:

- 23 жінки на НЗТ (з них 3 на ПД) народили
- 3 дітей померли в перші тижні–місяці життя
- 33,3% народились передчасно (<34 тижні)



PICCOLI GIORGINA BARBARA, CABIDDU GIANFRANCA, DAIDONE GIUSEPPE THE CHILDREN OF DIALYSIS: LIVE-BORN BABIES FROM ON-DIALYSIS MOTHERS IN ITALY—AN EPIDEMIOLOGICAL PERSPECTIVE COMPARING DIALYSIS, KIDNEY TRANSPLANTATION AND THE OVERALL POPULATION. NEPHROLOGY DIALYSIS TRANSPLANTATION 04/2014

Діаліз проти Тх нирки:

- вага: 1200 проти 2500 г
- гестаційний вік: 30 проти 36 тижнів
- у 10 разів нижча ймовірність народити життєздатну дитину



PICCOLI GIORGINA BARBARA, CABIDDU GIANFRANCA, DAIDONE GIUSEPPE THE CHILDREN OF DIALYSIS: LIVE-BORN BABIES FROM ON-DIALYSIS MOTHERS IN ITALY—AN EPIDEMIOLOGICAL PERSPECTIVE COMPARING DIALYSIS, KIDNEY TRANSPLANTATION AND THE OVERALL POPULATION. NEPHROLOGY DIALYSIS TRANSPLANTATION 04/2014

ЕЛЕКТРОННИЙ ПОШУК PUBMED

- 10 досліджень та 12 тематичних доповідей після 1990 року
- 131 вагітність на НЗТ (117 на гемодіалізі та 14 на перитонеальному діалізі)

Середній гестаційний вік:

- 32 +/- 5 тижнів

Патологія вагітності:

- Передчасні пологи – 48%
- Прееклампсія – 11%
- Прогресування АГ – 17%.

Успішне родорозрішення:

- 70,9% на гемодіалізі
- 64,2% на перитонеальному діалізі.



Маса тіла немовлят
матерів на НЗТ проти тих,
котрим розпочато
діалізну терапію під час
вагітності:

- 1529 +/- 132 г проти
1245 +/- 200 г
($p=0,04$)



ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ДІАЛІЗНИХ ПАЦІЄНТОК В УКРАЇНІ

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

НМАПО імені П.Л. Шупика, кафедра нефрології, Олександрівська клінічна лікарня м. Києва,

Пологовий будинок № 5 м. Києва

Випадок вагітності та пологів пацієнтки, якій розпочато НЗТ під час вагітності:

- *хлопчик, 1810 г, 44 см, 5–7 балів за шкалою Апгар*

ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ, ВІДДІЛЕННЯ ГОСПІТАЛЬНОЇ НЕФРОЛОГІЇ ТА ДІАЛІЗУ ЦЕНТРУ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

ПГД:

Три пацієнтки
народили дітей.

Тх нирки:

Дві пацієнтки
народили дітей



ВИПАДОК № 1

Пацієнтка М., 1984 р.н. (на час вагітності 24 роки), клінічний діагноз: цукровий діабет ювенільний тип I, важка форма. ХХН 5 ст, пролонгована програмним гемодіалізом з 2005 року.

Отримувала лікування у амбулаторному режимі:

бікарбонатний гемодіаліз 12 год на тиждень,
супровідну терапію
гіпотензивну терапію.

ВИПАДОК № 1

Вагітність було діагностовано 8.09.2008 року, коли під час сеансу гемодіалізу у пацієнтки з'явилися різучі болі внизу живота, зниження АТ до 80/40 мм.рт.ст., при УЗД : плід 1, БПР 55 мм, ЛП 62 мм, ДС 38 мм, СБ +, плацента по передній стінці, 0 ст зрілості, помірне багатовіддя. **Заключення: вагітність 22-23 тижні.**

ВИПАДОК № 1

- Перебіг вагітності ускладнився прееклампсією
- Робота відділення хронічного гемодіалізу ускладнилась щоденними консилиумами, щоденними розмовами юриста з пацієнткою про переривання вагітності, тричі на день оглядом гінеколога і двічі на день присутністю у відділенні адміністрації лікарні.
- Видано наказ по лікарні про обов'язковий огляд пацієнток відділення у гінеколога щоквартально

ВИПАДОК № 1

Проведена корекція терапії:
бікарбонатний гемодіаліз 6 р. на тиждень
по 2-3 год.

гіпотензивна терапія

препарати заліза парентерально,
еритроплетин.

ВИПАДОК № 1

11.10.2008 року – родорозрішення шляхом кесарського розтину під загальним знечуленням.

Народилась дівчинка, гестаційний вік 28 тижнів, Апгар-5 балів, маса 1390 гр, довжина 34 см.

Дитина знаходилась у відділенні реанімації новонароджених протягом 6 діб 16 год

ВИПАДОК № 1

Патологоанатомічний діагноз:

І А. Гіпоксично-ішемічне ураження
головного мозку.

І Б. Респіраторний дистресс-синдром
новонародженого з трансформацією в
ранню бронхолегеневу дисплазію.

Ф.з. Недоношеність-незрілість.

ВИПАДОК № 1

З 18.02.2009 року і по даний час отримує НЗТ у модальності ГДФ 12 год на тиждень у амбулаторному режимі.

З 2009 року у пацієнтки ще двічі було діагностовано вагітність.

2010 рік – завмерла вагітність 14 тижнів.

2011 рік – вагітність 16 тижнів, штучне переривання вагітності.

ВИПАДОК № 2

Пацієнтка І., 1973 р.н.(на час вагітності 36 років), клінічний діагноз: Хронічна хвороба нирок V ст.: полікістоз нирок пролонгована програмним гемодіалізом з квітня 2000 року. Вторинна артеріальна гіпертензія. Вторинна анемія, важкого ст.

ВИПАДОК № 2

З анамнезу відомо, що хворіє з 1998 року, коли під час вагітності на УЗД виявлено полікістоз нирок та підвищений рівень креатиніну 0,3 ммоль/л, артеріальну гіпертензію.

Погіршення загального стану з квітня 2000 року, розпочата НЗТ методом гемодіалізу.

З 10.10.2000 року отримує лікування в амбулаторному режимі: програмний гемодіаліз у бікарбонатному режимі 10 годин на тиждень, супровідну терапію: фосфатбіндери, препарати заліза, фолієву кислоту, віт.В 12; гіпотензивну терапію: еналаприл, корінфарретард.

ВИПАДОК № 2

13.09.2008 року у пацієнтки при УЗД дослідженні діагностовано вагітність 9-10 тижнів, пацієнтка від переривання вагітності та стаціонарного лікування відмовилась, продовжила лікування у амбулаторному режимі.

ВИПАДОК № 2

Проведена корекція терапії: бікарбонатний гемодіаліз 3 р. на тиждень по 4-5 год, супровідна терапія: препарати заліза, фолієва кислота, препарати кальцію, віт.В 12, епобіокрин 4 тис. Од після кожного сеансу діалізу, симптоматичні середники (омепразол, вентер).

ВИПАДОК № 2

За час спостереження загальний стан пацієнтки середньої важкості,

АТ в межах 130/80- 125/70 мм.рт.ст.

Анемія Нв – 68-91 г/л

Сечовина 23,5 – 6,8 ммоль/л

Креатинін 0,661 -0,243 мкмоль/л

Добовий діурез – 800 мл

ВИПАДОК № 2

11.02.09 р. поступила у пологове відділення ЛОКЛ з діагнозом четверта вагітність 32 тижні, пологи II передчасні, потужний період.

11.02.09 р. о 1.35 год народила дівчинку з масою 1600 гр, зріст 43 см.

ВИПАДОК № 2



ВИПАДОК № 2

14.02.09 р. хвору переведено у відділення хронічного гемодіалізу для продовження замісної ниркової терапії методом гемодіалізу.

З 18.02.2009 року і по даний час отримує НЗТ у модальності ГДФ 12 год на тиждень у амбулаторному режимі.

ВИПАДОК № 3

Пацієнтка Ж., 1982 р.н.(на час вагітності 22 роки), клінічний діагноз: Хронічна хвороба нирок V ст.: хронічний гломерулонефрит, пролонгована програмним гемодіалізом з жовтня 2004 року. Вторинна артеріальна гіпертензія. Вторинна анемія, важкого ст. Хронічний гепатит В, ст .ремісії.

ВИПАДОК № 3

Другу вагітність (перша завершилась викиднем на ранньому терміні-6 тижнів) діагностовано в листопаді 2009 року у терміні 18 тижнів.

Інтранатально діагностовано множинні вади розвитку плода- ВВР серця, гідронефроз правої нирки III ст.

Від стаціонарного лікування в пологовому відділенні та переривання вагітності за медичними показами категорично відмовилась.

ВИПАДОК № 3

В грудні 2009р знаходилась на стаціонарному лікуванні в пологовому відділенні ЛОКЛ із діагнозом : вагітність 22тижні, загроза передчасних пологів. Отримувала програмний гемодіаліз 3 рази на тиждень (від щоденного діалізу пацієнтка категорично відмовилась), сеанси переносила добре, гепаринізація 7,5тис ОД, об'єм ультрафільтрації визначався в залежності від ступеня гіпергідратації, анемія корегувалась препаратами заліза та еритропоетинами(від гемотрансфузій відмитих еритроцитів категорично відмовлялась), отримувала гіпотензивну терапію, зокрема допегіт, симптоматичні середники.

ВИПАДОК № 3

14 січня 2010 р. у терміні 28 тижнів пацієнтка в плановому порядку поступила у пологове відділення ЛОКЛ.

При УЗД дослідженні вагітність 29 тижнів, помірно багатовіддя. ВВР плода: тетрада Фалло з гіпоплазією стовбура та гілок легеневої артерії. Правобічний гідронефроз.

21.01.2010 року під час проведення чергового сеансу гемодіалізу у хворої розпочалась передчасна родова діяльність.

ВИПАДОК № 3

Враховуючи передчасне відшарування низько розміщеної плаценти та маткову кровотечу прийнято рішення про родорозрішення шляхом кесаревого розтину.

Народилася дівчинка масою 1100г , зріст 37см, яку переведено для подальшого лікування у відділення реанімації недоношених ЛОКЛ.

ВИПАДОК № 3

В післяопераційному періоді хворій проводилися гемотрансфузії , антибактеріальна та протигрибкова терапія, корекція артеріального тиску, супровідна терапія, діалізна терапія тричі на тиждень.

ВИПАДОК № 3

Дитина протягом 5-ти місяців знаходилась на лікуванні у відділенні недоношених ЛОКЛ з діагнозом - вроджена вада серця: атрезія легеневої артерії I тип з дефектом міжшлуночкової перетинки. Правобічний уретерогідронефроз III ст.

12. 05.2010р накладено правосторонній модифікований анастомоз Блелока в умовах медичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії м Києва.

19.05.2011р проведено пластику висхідної аорти, пластику вихідного тракту правого шлуночка, закриття дефекту міжшлуночкової перегородки заплатою, закриття відкритої артеріальної протоки.

16.04. 2016 р проведено хірургічну корекцію правобічного уретерогідронефрозу III ст.

ВИПАДОК № 3

На даний час пацієнтка продовжує отримувати замісну ниркову терапію методом ГДФ 3 рази на тиждень по 4 год з середньою ультрафільтрацією, проводиться корекція порушень фосфорно- кальцієвого обміну та корекція анемії.

Планує повторну вагітність.

МОРАЛЬНИЙ АСПЕКТ

- Тривалість виживання
- Підтримка сім'ї
- Розуміння можливості погіршення стану здоров'я
- Імовірність генетичної передачі існуючої патології



КОЖНА ЖІНКА МАЄ ПРАВО БУТИ МАМОЮ

МЕДИЧНИЙ АСПЕКТ

- Адекватна ниркова замісна терапія.
- Адекватне відношення нефролога, гінеколога
- Співпраця пацієнтки і медичного персоналу
- Адекватна корекція анемії, гіпертензії і т. п.



КОЖНА ЖІНКА МАЄ ПРАВО БУТИ МАМОЮ

ТРАНСПЛАНТОВАНІ ОРГАНИ, ІМУНОСУПРЕСІЯ І ВАГІТНІСТЬ

*На обліку в Центрі трансплантації
знаходяться 126 пацієнтів:*

- 114 пацієнтів після Tx нирки
- 6 пацієнтів після Tx печінки
- 1 пацієнтка після Tx легень
- 1 пацієнтка після Tx серця
- 4 пацієнтів після Tx кісткового мозку

35 з них – жінки дітородного віку.

При плануванні вагітності:

TAC/CsA +AZA + GS.

Не застосовувати або відмінити за 6 тижнів до планованої вагітності: MMF/MPS, RAPA, EVERL

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ

