

# СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 618.3-06:616.61-036.12]-037

## БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В 5 (Д) СТАДИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*А.В. Касатов<sup>1,2</sup>, В.В. Балакирева<sup>1</sup>, Л.М. Семягина<sup>2</sup>, А.В. Николенко<sup>1,2\*</sup>,  
Г.Ю. Иванюк<sup>3</sup>, Р.В. Курносов<sup>3</sup>, Т.Н. Балкова<sup>3</sup>, Т.М. Киврина<sup>1</sup>, И.А. Семягин<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>«Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница,

<sup>2</sup>Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера,

<sup>3</sup>Пермский краевой перинатальный центр «Ордена «Знак Почета» Пермской краевой клинической больницы, Россия

## FAVOURABLE PREGNANCY TERMINATION IN STAGE 5(D) CHRONIC RENAL DISEASE: CLINICAL CASE

*A.V. Kasatov<sup>1,2</sup>, V.V. Balakireva<sup>1</sup>, L.M. Semyagina<sup>2</sup>, A.V. Nikolenko<sup>1,2\*</sup>,  
G.Yu. Ivanyuk<sup>3</sup>, R.V. Kurnosov<sup>3</sup>, T.N. Balkova<sup>3</sup>, T.M. Kivrina<sup>1</sup>, I.A. Semyagin<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>“Order of the Badge of Honour” Perm Regional Clinical Hospital,

<sup>2</sup>Academician Ye.A. Vagner Perm State Medical University,

<sup>3</sup>Perm Regional Perinatal Centre of “Order of the Badge of Honour” Perm Regional Clinical Hospital, Russian Federation

Представлен случай пролонгирования беременности у женщины при хронической болезни почек в 5 (Д) стадии с благоприятным исходом для матери и плода.

**Ключевые слова.** Беременность, хроническая болезнь почек, родоразрешение.

The case of prolongation of pregnancy in a woman with stage 5 (D) chronic renal disease, resulting in favourable termination for a mother and a baby, is presented in the paper.

**Key words.** Pregnancy, chronic renal disease, delivery.

© Касатов А.В., Балакирева В.В., Семягина Л.М., Николенко А.В., Иванюк Г.Ю., Курносов Р.В., Балкова Т.Н., Киврина Т.М., Семягин И.А., 2017

тел. +7 (342) 239 31 44

e-mail: avn72@mail.ru

[Касатов А.В. – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой госпитальной хирургии; Балакирева В.В. – заместитель главного врача по медицинской части; Семягина Л.М. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии; Николенко А.В. (\*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой анестезиологии и реанимации; Иванюк Г.Ю. – заведующая консультативно-диагностическим отделением; Курносов В.Р. – заведующий отделением анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для женщин; Балкова Т.Н. – заведующая акушерского наблюдательного отделения; Киврина Т.М. – заведующая нефрологическим отделением; Семягин И.А. – врач акушер-гинеколог акушерского наблюдательного отделения].

## ВВЕДЕНИЕ

Введенная трехуровневая система акушерско-гинекологической помощи зарекомендовала себя как высокоэффективная. Во-первых, она позволяет сконцентрировать основные силы медицинского персонала и материально-техническую базу в учреждении III уровня, работающем с самыми сложными клиническими ситуациями. Во-вторых, наличие потока пациентов группы высокого риска повышает профессиональные навыки специалистов и слаженность работы всех служб вследствие их постоянного взаимодействия.

В практике акушера-гинеколога нередко встречаются пациентки с тяжелой соматической патологией, для которых непродолжение беременности – «смерти подобно». Они согласны рисковать жизнью ради того, чтобы выносить ребенка и испытать чувство материнства. Выбрать правильную тактику в данной ситуации – непростая задача. С одной стороны, необходимо обеспечить полноценное возможное при беременности лечение заболевания, с другой – пролонгировать беременность до определенного срока с минимальными рисками для матери и плода.

Таковыми пациентками являются беременные с хроническими болезнями почек (ХБП). До недавнего времени заболевания почек традиционно считались редкими, но в настоящее время их социальная значимость и существенная распространенность не вызывают сомнений. ХБП страдают 10–11 % населения во всем мире. При этом распространенность стойкого снижения почечной функции (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в диапазоне 15–59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) составляет в общей популяции не менее 3,8 %. Всемирная организация здравоохранения

признала ХБП пятой «болезнью-убийцей» (первые четыре – рак, сердечно-сосудистые заболевания, болезни легких и сахарный диабет) [3, 4].

Нередко заболевания почек длительно не имеют яркой клинической симптоматики, иногда даже не сопровождаются существенными изменениями в общем анализе мочи, а трактовка изменений биохимического состава крови вызывает затруднения у практических врачей. Это приводит к несвоевременной диагностике ХБП, позднему началу лечения, высокой частоте развития хронической почечной недостаточности (ХПН) [2]. ХПН – клиничко-лабораторный симптомокомплекс, обусловленный постепенной гибелью нефронов в исходе любого прогрессирующего заболевания почек и характеризующийся невозможностью почек поддерживать нормальный состав внутренней среды организма. К сожалению, несмотря на проведение комплексной нефропротективной терапии, ХПН необратима и рано или поздно вступает в терминальную стадию [5]. В этой связи на сегодняшнем этапе развития медицины возможно только замедлить прогрессирование ХПН и в лучшем случае длительно стабилизировать почечную функцию на максимально возможном для данного пациента (хотя и сниженном по сравнению с нормой) уровне.

Распространенность ХБП в общей популяции высока, при этом признаки поражения почек нередко выявляются и у женщин в репродуктивном периоде. По данным зарубежных авторов, распространенность ХБП 1–2-й стадий у женщин детородного возраста (20–39 лет) составляет не менее 3 %, а ХБП 3–5-й стадий – примерно 0,6–0,7 % [12]. В этой связи возникает актуальный вопрос: как влияет ХБП на течение

и исходы беременности, а сама беременность – на прогноз заболевания почек?

Известно, что беременность у женщин с заболеваниями почек даже при сохранной почечной функции (ХБП 1-й стадии) сопровождается серьезными проблемами: повышенной по сравнению с общей популяцией частотой акушерских и перинатальных осложнений и преждевременных родов, необходимостью абдоминального родоразрешения, потребностью новорожденных в интенсивной терапии. По данным систематического обзора (2011), включившего 13 исследований, частота неблагоприятных материнских событий (гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия, эклампсия и материнская смертность) у пациенток с ХБП составила 11,5 % по сравнению с 2 % у здоровых женщин [10].

Нельзя не отметить, что реальная частота осложнений беременности у больных с ХБП может существенно недооцениваться. По мере ухудшения функции почек частота этих осложнений растет, т.е. стадия ХБП наряду с артериальной гипертензией и протеинурией более 1 г/сут увеличивает риск возникновения неблагоприятного исхода как для матери, так и для ребенка. Указанные факторы в большей степени, чем нозологический диагноз, влияют на прогноз беременности, конечно, за некоторыми исключениями [7, 10, 11].

В целом осложнения беременности у пациенток с ХПН можно условно разделить на две большие группы:

I. Осложнения, связанные с наличием/прогрессированием ХБП:

- присоединение или усугубление артериальной гипертензии;
- присоединение или усугубление протеинурии;

– ухудшение почечной функции (развитие не всегда обратимого острого почечного повреждения на фоне ХБП);

– анемия;

– присоединение/обострение уже имеющихся инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы;

– более частое по сравнению с беременными без ХБП присоединение преэклампсии (с трудностями проведения дифференциального диагноза между обострением заболевания почек и симптомами преэклампсии).

II. Осложнения, связанные с патологией фетоплацентарного комплекса:

– перинатальные потери (прерывание беременности по медицинским показаниям, самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность, перинатальная смертность);

– фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, гипотрофия, рождение детей с экстремально малой для гестационного срока массой тела, хроническая внутриутробная гипоксия плода;

– преждевременные роды;

– возможность рождения детей с аномалиями развития [2, 7, 8].

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Хотим представить случай ведения беременности до 31–32-й недели у женщины с хронической болезнью почек 5-й стадии (Д) с благоприятным исходом для матери и плода. Пациентка М., 20 лет, первобеременная.

*Основной клинический диагноз.* Роды первые преждевременные в сроке 31–32 нед, оперативные. Плацентарные нарушения. Хронический гломерулонефрит на фоне системного геморрагического васкулита. Хронический пиелонефрит, неактивная фаза. Хроническая почечная недостаточность,

терминальная стадия. Симптоматическая артериальная гипертензия II степени, 2-й стадии, риск – 3. Миокардиодистрофия смешанного генеза. Н 0. Анемия смешанного генеза, корригируемая препаратами эритропоэтина. Синдром костно-минеральных нарушений.

*Операции.* Формирование артериовенозной фистулы. Программный гемодиализ. Экстренная лапаротомия по Джозэл-Кохену. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Перевязка восходящих и яичниковых ветвей маточных артерий справа и слева. Шов по B-Linch.

*Анамнез.* С детского возраста страдает хроническим гломерулонефритом, по поводу которого наблюдалась у нефролога. Ввиду геморрагического васкулита кожной формы пять лет назад принимала преднизолон. За месяц до зачатия после выявления хронической болезни почек в исходе хронического гломерулонефрита на фоне системного геморрагического васкулита, терминальной хронической почечной недостаточности, ввода в заместительную почечную терапию, формирования артериовенозной фистулы составляется гемодиализная программа (уровень креатинина перед лечением – 3060 мкмоль/л). При проведении УЗИ почек выявлен двухсторонний нефросклероз.

Из вредных привычек: курит в течение 6 лет по 10 сигарет в день, периодически употребляет алкоголь.

*Течение беременности.* Беременность первая, наступила на фоне проведения гемодиализа. По поводу данной беременности состояла на учете в женской консультации по месту жительства с 9–10 недель. При выявлении беременности в сроке 9–10 нед. – отказ от предложенного прерывания беременности. Учитывая тяжелую соматическую патологию, с 11–12 недель беременности взята под постоянное наблюдение (мониторинг) в кон-

сультативно-диагностическое отделение краевого перинатального центра (табл. 1). В 12–13 нед. решением консилиума перинатального центра в соответствии с приказом МЗ и социального развития от 03.12.2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» показано прерывание беременности (класс XIV, пункт 2, 3). Пациентка подписала информированный отказ от прерывания беременности по медицинским показаниям. Наблюдение за ней проводилось в соответствии с приказом МЗ РФ (Минздрав России) от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Для оказания квалифицированной помощи использовались все возможные диагностические и лечебные ресурсы краевой клинической больницы.

За время беременности зарегистрированы три госпитализации в нефрологическое отделение и отделение гемодиализа краевой клинической больницы: с малого срока до 11 недель, в 12–14 недель и 30–31 неделю беременности. Во время беременности с 11–12-й недели выявлена гипертензия (до 130–140/80–90 мм рт. ст.), корригированная до 120/80 мм рт. ст. Общая прибавка веса составила 16,5 кг. Беременность протекала с анемией (табл. 2). Проведенные биохимический (12–13 нед.) и ультразвуковой скрининги (12, 19 и 29 недель) не выявили патологии плода.

Кардиотокография плода в 29–30 нед. И 31–32 нед. соответствует норме. По данным доплерометрии в 29–30 недель и повторно в 31 неделю было выявлено нарушение пуповинного кровотока.

Таблица 1

**Динамика показателей функции почек по данным лабораторных тестов**

Срок	Креатинин, мкмоль/л	Мочевина, ммоль/л	Калий, ммоль/л	Натрий, ммоль/л	СКФ, мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	Диурез суточный, мл	Суточный белок, г/л
Перед диализом	3060	–	–	126,6	1	400,0	3,3
13 недель	566	15,6	5,5	140	9	500,0	0,65
18–19 недель	580	10,5	5,4	134	8	450,0	Отр.
25–26 недель	563	9,1	5,3	135	9	350,0	Отр.
31 неделя	694	16,9	5,7	134	7	310,0	0,98
После родов (3-и сутки)	783	16,0	5,8	136	6	670,0	–

Таблица 2

**Динамика показателей общего анализа крови**

Срок	Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	Гемоглобин, г/л	Гематокрит, %	Тромбоциты, 10 <sup>9</sup> /л	Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л
Перед диализом	2,3	60		150	6,4
13 недель	3,81	115	34	202	8,2
18–19 недель	2,79	81	24,8	179	10,87
25–26 недель	3,5	110	32,1	192	12,86
31 неделя	3,42	108	32,9	148	8,1
После родов (3-и сутки)	3,55	111	32,7	160	8,9

*Лечение во время беременности.* Гемодиализ до 13 недель беременности проводился 3 раза в неделю, с 14 недель – ежедневно. Медикаментозное лечение: допегит, 750 мг/сут, препараты железа, йода, фолиевой кислоты.

В 31 неделю решением консилиума перинатального центра в соответствии с приказом МЗ и социального развития от 03.12.2007 г. №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» рекомендовано досрочное родоразрешение после проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома глюкокортикоидами по стандартной схеме.

С 31-й недели беременности при госпитализации в отделение нефрологии проводился ежедневный мониторинг состояния беременной и плода врачом акушерского

дистанционного консультативного центр. На всех этапах пациентка консультировалась и велась с участием анестезиологов-реаниматологов.

*Родоразрешение.* После завершения курса профилактики респираторного дистресс-синдрома пациентка переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии перинатального центра для родоразрешения. Составлен план интраоперационного ведения беременной, который включал три варианта тактики проведения анестезиологического пособия и послеоперационного лечения в палате интенсивной терапии. Проведено кесарево сечение с использованием региональной анестезии. Извлечена живая недоношенная девочка весом 1580 г, ростом 37 см. Оценка по шкале Апгар – 7–8 баллов, спонтанное дыхание с умеренным участием вспомогательной мускулату-

ры, начата мононазальная СРАР-терапия. В транспортном кувезе из операционной новорожденная поступила в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, где переведена на DuoPAP, введен курсурф, 200 мг/кг, через 6 часов переведена на назальный СРАР, а еще через 22 ч – на спонтанное дыхание атмосферным воздухом. Через трое суток состояние новорожденной позволило перевести ее в отделение недоношенных детей. Через 1,5 месяца ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Интраоперационно проведена антибиотикопрофилактика – «Амоксиклав», 1,2, внутривенно, профилактика кровотечения – «Пабал», 100 мг/кг. Учитывая необходимость продолжения гемодиализа, проведена двухсторонняя перевязка восходящих и яичниковых ветвей маточных артерий. Ввиду ослабления матки наложен компрессионный шов по B-Linch. Общая кровопотеря составила 350 мл.

В течение 6 ч наблюдалась в отделении реанимации и интенсивной терапии перинатального центра, затем ввиду необходимости проведения гемодиализа, переведена в гинекологическое отделение. В послеоперационном периоде проводилась терапия: окситоцин, 10 ЕД в час (инфузоматом в общей дозе 40ЕД), цефтриаксон, 2,0 в сутки (5 дней), анальгетики (3 дня), нификард, 30 мг/сут (7 дней), гемодиализ с интервалом в 2 дня. Выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано продолжить программный диализ амбулаторно.

### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Одной из наиболее сложных задач для акушеров-гинекологов и нефрологов является

принятие решения о возможности планирования беременности или ее пролонгирования у пациенток с известной ХБП, а также сохранения ребенка у женщин с ХБП. Для пациентки с ХПН, перед которой встает вопрос о целесообразности осуществления своей репродуктивной функции, важно реально оценить акушерские и нефрологические риски. В отношении таких пациенток нельзя забывать и о полиорганной дисфункции, которая может прогрессировать. Помощь в принятии верного решения является сложной этической и клинической задачей для акушеров-гинекологов, нефрологов и анестезиологов-реаниматологов.

Согласно приказу МЗ РФ в описанной ситуации требовалось прерывание беременности, поскольку это состояние угрожало жизни. Но многие женщины желают сохранить беременность. Пациенток необходимо информировать о возможных рисках, и они сами принимают решение. Главное – сделать с врачебной стороны все возможное – от наблюдения до лечения, чтобы спасти жизнь матери и ребенка, а при ведении таких беременных использовать мультидисциплинарный подход.

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Никольская И.Г., Новикова С.В., Барина И.В.* Хроническая болезнь почек и беременность: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения. *Российский вестник акушера-гинеколога* 2012; 5: 21–30.

2. *Никольская И.Г., Прокопенко Е.И.* Беременность у пациенток с хронической болезнью почек. Эффективная фармакотерапия. *Акушерство и гинекология* 2014; 35 (3): 50–62.

3. Руководство по нефрологии. Под ред. Р.В. Шрайера; пер. с англ. под ред. Н.А. Мухина. М.: ГЭОТАР-Медиа 2009; 560.
4. *Шилов Е.М., Козловская Н.Л., Бобкова М.Ю.* Хроническая болезнь почек и программа народосбережения Российской Федерации. Клиническая нефрология 2010; 3: 29–38.
5. Экстрагенитальная патология и беременность: практическое руководство. Под ред. Л.С. Логутовой. М.: Литерра 2012; 532.
6. *Bakker R., Steegers E.A., Hofman A.* Blood pressure in different gestational trimesters, fetal growth, and the risk of adverse birth outcomes: the generation R study. Am J Epidemiol 2011; 174 (7): 797–806.
7. *Davison J.M., Lindheimer M.D.* Chronic renal disease. Clin Obstet Gynecol 1984; 27 (4): 891–901.
8. *Lesbchinskiĭ L.A., Gaĭsin I.R., Maksimov N.I.* Basic and metabolic therapy of hypertensive disease in pregnant women. Klin Med (Mosk.) 2008; 86 (9): 25–28.
9. *Nevis I., Reitsma A., Dominic A.* Pregnancy outcomes in women with chronic kidney disease: a systematic review. Clin J Am Soc Nephrol 2011; 6 (11): 2587–2598.
10. *Piccoli G.B., Attini R., Vasario E.* Pregnancy and chronic kidney disease: a challenge in all CKD stages. Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5 (5): 844–855.
11. *Piccoli G.B., Fassio F., Attini R.* Pregnancy in CKD: whom should we follow and why? Nephrol Dial Transplant 2012; 27 (3): 111–118.
12. *Williams D., Davison J.* Chronic kidney disease in pregnancy. BMJ 2008; 336 (7637): 211–215.

Материал поступил в редакцию 12.05.2017