Лісовий В. М., Андон’єва Н. М., Гуц О. А., Дубовик М. Я., Олянич С. О.

**ВАГІТНІСТЬ У ПАЦІЄНКИ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК НА ЗАМІСНІЙ НИРКОВІЙ ТЕРАПІЇ**

Харківський національний медичний університет

Харківський обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В. І. Шаповала

**Вступ.** Вагітність у жінок з хронічними хворобами нирок (ХХН) на замісній нирковій терапії загрожує численними ускладненнями, як для життя самої пацієнтки, так і її плоду. Зазвичай, ХХН у жінки — одне з показань до переривання вагітності. Однак часом жінки планують і зберігають вагітність навіть при термінальній стадії хронічної ниркової недостатності (ТХНН), перебуваючи на нирково-замісній терапії (НЗТ). По мірі прогресування ХНН у жінок спостерігається розвиток порушень гіпоталамо-пітуітарно-оваріальної системи, що проявляється зниженням лібідо, порушенням менструального циклу, зниженням фертильності. За даними різних авторів, вагітність виникає у 1-7% жінок, які перебувають на хронічному діалізі. За даними американських авторів, частота вагітності у діалізних пацієнток в США скаладає близько 0,5% на рік. Бельгійські вчені надають дані щодо частоти вагітності як 0,3 випадки на 100 пацієнток на рік. З цього числа менше половини вагітностей закінчуються народженням живих немовлят. Більша ж частина завершується мимовільними викиднями (56%), мертвонародженням (11%). У 14% спостерігається неонатальна смерть дітей. У 18% вагітність переривається медичним абортом. Середній термін, при якому зазвичай виявляється вагітність, становить 16,5 тижнів. У разі пролонгації вагітності бажано збільшити діалізний час, провести максимально можливу корекцію анемії, електролітних і водних порушень, артеріальної гіпертензії. У зв'язку з високим ризиком передчасних пологів у комплексну терапію включають магнезіальну терапію і профілактику чи лікування фетоплацентарної недостатності. Вагітність у жінок, які отримують діалізну терапію, як правило, закінчується народженням дітей малою вагою.

**Клінічне спостереження.** Серед 38 пацієнток Харківського обласного клінічного центру урології та нефрології ім. В. І. Шаповала на НЗТ методом постійного амбулаторного перитонеального діалізу (ПАПД) спостерігалася одна вагітна пацієнтка, у якої через один рік перебування на ПАПД виникла вагітність. В зв’язку з затримкою місячних та позитивним тестом на хоріонічний гонадотропін пацієнтці було виконано ультразвукове дослідження. На ультразвуковому дослідженні в порожнині матки виявлялось два плодових міхура правильної форми. Перший запліднений міхурець мав середній діаметр 6 мм, що відповідало 5 неділям та 2 дням вагітності. Другий запліднений міхурець мав середній діаметр 5 мм, що також відповідало 5 неділям та 2 дням вагітності. Було встановлено діагноз – двоплодова вагітність, 5 тижнів. Через 12 днів було виконане повторне ультразвукове дослідження. Розміри матки: довжина – 55 мм, ширина – 60 мм, передньо-задній розмір – 49 мм. Виявлено 2 плодових яйця діаметром 15 мм, одне плодове яйце містило ембріон 2 мм, жовточний мішок – 6 мм, ЧСС «-». Друге плодове яйце без включення – «вагітність, що завмерла». Правий яєчник розмірами 31х26х20 мм, лівий – 28х36х37 мм з жовтим тілом. Висновок: Вагітність 6 тижнів, «двійня, що не відбулася», Рекомендовано УЗД через тиждень. На ультразвуковому дослідженні через тиждень виявлена матка розмірами 64 мм у довжину, 61 мм у ширину, 53 мм у передньо-задньому розмірі. Всередені два плодових яйця розмірами 18х9 мм, одне з ембріоном, куприко-тім’яний розмір 2,8 мм, Cor «-», друге плодове яйце без ембріону. З особливостей виявлено велику кількість вільної рідини. Висновок УЗД – вагітність 6 тижнів, що не розвивається. Через 2 тижні після останнього УЗД хвора була госпіталізована в обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала з метою корекції терапії на фоні вагітності. Об’єктивно загальний стан пацієнтки ближче до відносно задовільного. Шкірні покриви бліді, обличчя, гомілки та стопи пастозні. Ліва межа відносної серцевої тупості на 2,5 ззовні від середньоключичної лініі. АТ 130/80, пульс – 84/хв. Живіт збільшений у розмірі за рахунок вмісту діалізного розчину, нирки не пальпуються. Хвора продовжувала отримувати ПАПД, загальний стан був задовільний.

При обстеженні у клінічному аналізі крові: ер. 3,7 х 1012, Hb 114, КП 0,9, тр. 210 х 109, ШЗЕ – 22 мм/год, Л. – 8,5 х 109, с/я – 64 %, п/я – 2 %, еоз. – 1%, лімф. 25 %, мон. – 8 %.У біохімічному аналізі крові глюкоза 5,3 ммоль/л, сечовина 18,4 ммоль/л, креатинін 697,9 мкмоль/л, загальний білок 72 г/л, загальний білірубін 11,5 мкмоль/л, прямий – 3,2 мкмоль/л, непрямий – 8,3 мкмоль/л, АлАТ – 28,8 Од/л, АсАТ – 16,0 Од/л, а-амілаза 26,1 Од/л, К – 3,25 ммоль/л, Na – 130,7 ммоль/л, Ca загальний 2,13 ммоль/л, Са іонізований – 1, 04 ммоль/л, P неорганічний – 1,17 ммоль/л.

Через півтора місяці, після фізичного навантаження у хворої з’явилися кров’янисті виділення, у зв’язку з чим проведена консультація гінеколога, який встановив діагноз – вагітність 5-6 тижнів (що не розвивається за УЗД), аборт в ходу, що стало показанням для оперативного втручання – вишкрібання порожнини матки. Післяопераційний період протікав без ускладнень, призначена антибактеріальна терапія. На 6-й день після втручання хвора була виписана в задовільному стані.

**Заключення.** Таким чином, нам вдалося спостерігати досить рідкісний випадок вагітності у пацієнтки з ХХН V на перитонеальному діалізі. На превеликий жаль, вагітність завмерла на терміні 5-6 тижнів, розпочався мимовільний аборт, що потребувало оперативного втручання – переривання вагітності за медичними показаннями. Зараз ця пацієнтка в задовільному стані, продовжує нирково-замісну терапію перитонеальним діалізом.

Наведене спостереження демонструє необхідність мультидисциплінарного підходу до таких пацієнтів. Спільними зусиллями лікарів нефрологів, гінекологів, лікарів функціональної діагностики пацієнтці був надана необхідна медична допомога. Хоч вагітність і була «завмершою», сам факт запліднення говорить про гарний рівень компенсації втрачених ниркових функцій перитонеальним діалізом.

Медицина не стоїть на місті та, враховуючи динаміку спостережень вагітності на нирково-замісній терапії в світі, цілком можливо, що в майбутньому ми станемо свідками більшого числа успішних випадків вагітності на перитонеальному діалізі.