**ВАГІТНІСТЬ У ПАЦІЄНТКИ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ (клінічне спостереження)**

*Андон’єва Н. М. 1,2, Гуц О. А. 1,2, Дубовик М. Я. 1,2, Олянич С. О.1, Сирчіна В. О.1, Чала А. Р.1*

*1*Харківський національний медичний університет

*2*Обласний медичний клінічний центр урології, нефрології ім. В. І. Шаповала, м. Харків

Вагітність у жінок з хронічними хворобами нирок на стадії хронічної ниркової недостатності загрожує численними ускладненнями, як для життя самої пацієнтки, так і її плоду. Наявність хронічної ниркової недостатності 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 замісній нирковій терапії (ЗНТ).

Прогресування ХНН веде до порушень гіпоталамо-пітуїтарно-оваріальної системи, що проявляється зниженням лібідо, порушенням менструального циклу, зниженням фертильності. В механізм виникнення безпліддя, мабуть, також залучаються інші фактори, такі як порушення харчування (нестача ряду вітамінів і мікроелементів), вплив уремічних токсинів, уремічна нейропатія, прийом тих чи інших препаратів.

У 60% жінок настає аменорея, а частота вагітності знижується до 0,5% на рік. Серед жінок, що завагітніли менше 50% народжують здорових немовлят. Мимовільні аборти і мертвонародження становлять відповідно 56% і 11%. У 14% спостерігається неонатальна смерть дітей. У 18% вагітність переривається медичним абортом.

Серед пацієнток Харківського обласного медичного клінічного центру урології та нефрології ім. В. І. Шаповала на перитонеальному діалізі спостерігалася одна вагітна пацієнтка, далі наведене клінічне спостередення.

**Клінічне спостереження.** Пацієнтка Т, у зв’язку з термінальною хронічною нирковою недостатністю внаслідок хронічного гломерулонефриту отримує з 2016 року нирково-замісну терапію методом перитонеального діалізу.

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 ще 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, 4.05.17, 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. Діагноз – ХХН V пролонгована перитонеальним діалізом, хронічний гломерулонефрит, вагітність 6 тижнів.

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.

Хвора пред’являла скарги на кровянисті виділення з піхви, тянучі болі в гіпогастрії, 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.

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.

Інтегрований підхід до лікування пацієнтки з хронічною хворобою нирок дозволив поліпшити якість життя, а також дав змогу відновити менстуально-оваріальний цикл, що завершився розвитком вагітності, яка спостерігалась протягом 8 тижнів. Однак, наявність поліморбідної патології не дала можливості подальшому розвитку плода, що свідчить про високий ризик ускладнень у пацієнтів з хронічними хворобами нирок на замісній терапії.