



КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА С.И. СЕРГЕЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО
КРАЯ
ОТДЕЛЕНИЕ НЕФРОЛОГИИ И ДИАЛИЗА

ХАБАРОВСК, 2018 г.

**«Настоящее материнство —
мужественно».
(М. Цветаева)**

**Успешный клинический случай ведения беременности в
условиях заместительной почечной терапии**

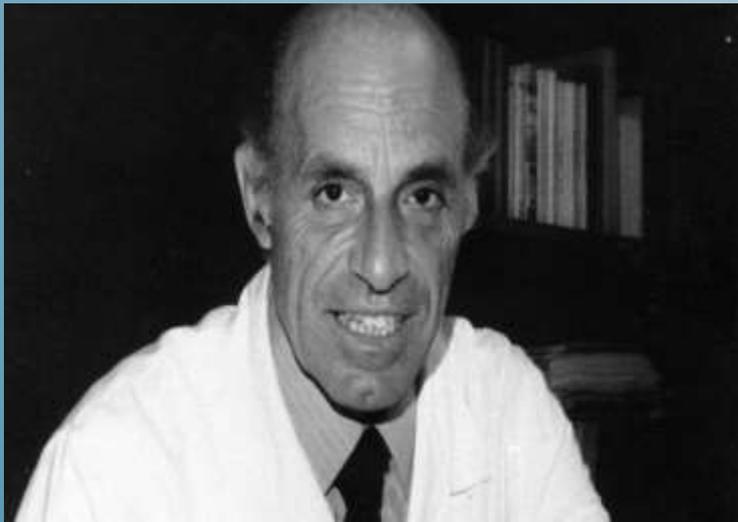
Докладчик: Сидоренко Д.С.

**Авторы: Сидоренко Д.С., Сидоренко
С.А., Езерский Д.В., Юзефович Е.Г.**

ПЕРВАЯ УСПЕШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

В 1971г - Пьеро Конфортини на ежегодном конгрессе EDTA (European Dialysis and Transplant Association - Европейская ассоциация диализа и трансплантации) сообщил о первом случае успешной беременности, завершившейся родами у 35 - летней женщины, страдающей хроническим гломерулонефритом и получающей лечение программным гемодиализом с мая 1967г.

24 сентября 1970г - за 3 дня до предполагаемого срока , его пациентка родила мальчика весом 1,950 кг.



Full Term Pregnancy and Successful Delivery in a Patient on Chronic Haemodialysis

P CONFORTINI, G GALANTI, G ANCONA,
A GIONGO, E BRUSCHI, E LORENZINI
Istituti Ospedalieri, Verona, Italy

In the 'Report on regular dialysis treatment in Europe' for 1970, by Drukker et al, as in the previous literature, no mention was made of full term pregnancies observed in women undergoing regular dialysis treatment. Herwig et al (1965), Bower and Orme et al (1968) submitted pregnant patients with advanced renal disease to haemodialysis, during the last weeks of pregnancy. In this way it was possible to prolong pregnancy and to obtain viable and healthy children. We think it worth while to report what may be the first case of a female patient undergoing regular dialysis treatment, conceiving and bringing to full term a perfectly normal pregnancy, and giving birth to a viable and healthy child.

CASE REPORT

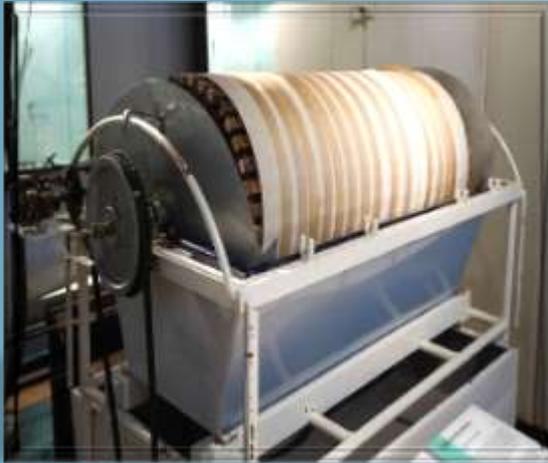
Previous history

BG is a 35 years old woman. Albuminuria was first noted at the age of 18. She married at 23 and had two full term pregnancies at the ages of 24 and 26. The first appearance of hypertension, oedema and uraemia, indicating chronic renal disease was at the age of 28. Chronic glomerulonephritis with progressive renal failure was diagnosed. The patient was observed by us for the first time in April 1967; she presented the picture of irreversible renal failure. Endogenous creatinine clearance was at that time 9.2 ml/min. *

Regular dialysis treatment was started on 9/5/1967 with a two-layer Kiil dialyser for a total of 24 hours per week. During the following three years of treatment no particular problems arose; rehabilitation was complete and she was able to work at normal activity with no need of special care. At the onset of treatment, the patient had been amenorrhoeic for three months; regular menstruation reappeared from May 1969.

* Unfortunately, data on the GFR during pregnancy three years later are not given (see discussion: Editor's note)

«У всякой эпохи свои задачи, и их решение обеспечивает прогресс человечества».
Г. Гейне



17 марта 1943 года



24 сентября 1970 года



29 сентября 2018 года

1943

1970

2018

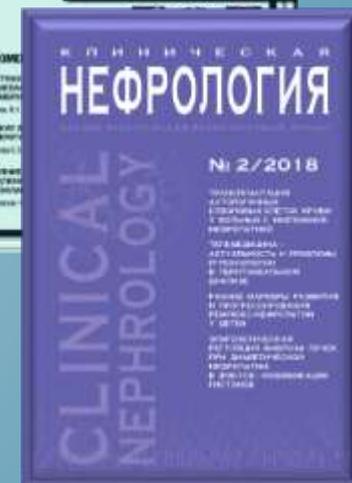
➤ Согласно последним публикациям, процент беременностей на гемодиализе варьируется

от 1 до 7%.

➤ Несмотря на огромные достижения современной нефрологии в вопросе развития ЗПТ, клинический опыт сохранения и создания условий для успешного родоразрешения у пациенток с ТХПН остаётся сравнительно **малоосвещённым** в медицинской литературе.

➤ Трудно оценить распространённость зачатия при ТХПН - в большинстве публикаций представлены **итоговые успешные результаты**

Прогресс в развитии технологий ЗПТ и улучшение качества жизни диализных пациентов создают предпосылки для увеличения частоты встречаемости



АМЕНОРЕЯ НАБЛЮДАЕТСЯ В СРЕДНЕМ БОЛЕЕ ЧЕМ У 50% ЖЕНЩИН НА ПРОГРАММНОМ ГД

1. Нарушения Гипоталамо - Питуитарно - Овариальной системы:

- снижение либидо;
- увеличение в крови пролактина и лютеинизирующего гормона;
- дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК)

2. Нарушения питания:

- Недостаток витаминов и микроэлементов

3. Проявления ТХТН:

- уремические токсины;
- уремическая нейропатия;
- постоянный прием тех или иных препаратов

**ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ ОТ 3 ДЕКАБРЯ
2007 Г. № 736 “ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ
МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ
ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ”**



Утвержден перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности

Рекомендовано руководителям медицинских организаций использовать настоящий приказ при решении вопроса об искусственном прерывании беременности.

N 18.9 Хроническая почечная недостаточность любой этиологии.

- ✓ Уровень креатинина сыворотки крови до зачатия при любом диагнозе не должен превышать 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл);
- ✓ Прогрессирующее нарастание креатинина сыворотки крови в любой срок беременности

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

- АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ
- ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РДС ПЛОДА
- САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ
- ФПН, СЗР, ХВГ ПЛОДА, ГИПОТРОФИЯ, РОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО МАЛОЙ ДЛЯ GESTАЦИОННОГО СРОКА МАССОЙ ТЕЛА

- АГ/ПРЕЭКЛАМПСИЯ
- ТЯЖЕЛАЯ АНЕМИЯ
- РАЗВИТИЕ ОПП НА ФОНЕ ХБП
- МНОГОВОДИЕ
- ПРИСОЕДИНЕНИЕ/ОБОСТРЕНИЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МВС



Endocrinology and Dialysis: Issue and Therapies
Series Editor: Jean L. Holley

Pregnancy in Dialysis Patients: A Review of Outcomes, Complications, and Management

Jean L. Holley* and Sai Subhodhini Reddy†

*Nephrology Division, Department of Medicine, University of Virginia Health Systems, Charlottesville, Virginia, and Nephrology Unit, †Department of Medicine, University of Rochester, Rochester, New York

ABSTRACT

Although uncommon, pregnancy occurs in women on chronic dialysis. In 1980 the incidence of pregnancy in women on dialysis was 0.9%. Studies from 1992 to 2003 indicate that pregnancy occurred in 1–7% of women on chronic dialysis. Half of the infants born to women on chronic dialysis survive. Of importance is that “intensive dialysis” of 16–24 hr/week is associated with improved infant survival. In this article, the incidence, duration, fetal and maternal complications, and outcomes of pregnancy in women on chronic dialysis are

reviewed. The management of anemia, hypertension, electrolytes, bone minerals, and acid-base parameters in the pregnant dialysis patient is also summarized. Recommendations regarding the dialysis prescription for the pregnant woman on hemodialysis (HD) or peritoneal dialysis (PD) are also made. The complex and precarious condition of the pregnant woman on dialysis requires close collaboration between the patient, nephrologist, dialysis staff, obstetrician, and neonatologist to maximize the chance of a successful pregnancy.

In 1971 Confortini et al. (1) reported the first successful pregnancy in a woman on chronic hemodialysis (HD). Although still uncommon, the incidence of pregnancy in women on dialysis may be increasing. In 1980 the European Dialysis and Transplant Association (EDTA) reported a pregnancy incidence of 0.9% (2). Recent publications report pregnancy in 1–7% in women on chronic dialysis (3–9). Moreover, pregnancy in contemporary women on dialysis is more likely to be successful, with 30–50% of pregnancies resulting in delivery of a surviving infant (3–5). Premature delivery, intrauterine growth retardation, polyhydramnios, and maternal hypertension remain common complications. Newborn weight and survival appear to be influenced by dialysis dose. Thus increasing total weekly dialysis time during pregnancy via increased frequency of treatments leads to a longer gestation, higher infant birth weight, and more viable pregnancies (5,6,9). Based on recently published cases, pregnancy among women on dialysis and recommendations for dialyzing a pregnant woman will be reviewed.

Review of Recent Reports: 1992–2003 Incidence of Pregnancy in Women on Dialysis

Table 1 summarizes recent reports of pregnancy in women on chronic dialysis; a 1–7% incidence of pregnancy is noted. Because there are no comprehensive prospective studies of conception among women with end-stage renal disease (ESRD), it is unclear whether the incidence of pregnancy in women on dialysis is increasing. The literature addressing pregnancy in women on dialysis is composed primarily of survey studies, single-center retrospective reviews, and case reports. Pregnancies ending in first or second trimester elective or spontaneous abortions are variably included. Thus reporting bias may confound the results. Compared with reports from the 1980s, regular menstrual periods are more often noted by contemporary premenopausal women on dialysis (10). This suggests that anovulation, and therefore infertility, may be less common among contemporary women with ESRD. The effects of improved dialysis and anemia management on a dialysis patient's ability to conceive could increase the likelihood of conception and thus the reported incidence of pregnancy. These issues have not been adequately studied and deserve investigation.



ОДНАКО

ДАЖЕ У ЗДОРОВЫХ БЕРЕМЕННЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА (ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ РОСТОМ ПЛОДА, И ФЕНОМЕНОМ «РАЗВЕДЕНИЯ» КРОВИ В СВЯЗИ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКОЙ ЖИДКОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ).

РАЗВИТИЕ АНОМАЛИЙ НЕ БОЛЬШЕ, ЧЕМ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ

ПРОГРЕСС В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ - МНОГОПРОФИЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ

ПРОГРЕСС В РАЗВИТИИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ И ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ ПРОГРЕСС В БИОСОВМЕСТИМОСТИ ГЕМОДИАЛИЗА, ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка О.Л., 1982 г.р.

DS: **ТХПН как исход хронического гломерулонефрита.**
Программный гемодиализ.

- **В 2006г** I беременность, выявлена протеинурия, прогрессировали отеки н/конечностей. У нефролога не наблюдалась.
- **С мая 2012 г** больная отмечает повышение АД до 140/100 мм рт.ст., с того же времени преобладание никтурии.
Гипотензивную терапию не получала, за медицинской помощью не обращалась.
- **С ноября 2012г** - снижение толерантности к минимальным физическим нагрузкам, ухудшение аппетита, потеря в весе более чем на 4 кг.
- **07.12.2012г** - гипертонический криз, в экстренном порядке госпитализирована в ГБН^{№3} г. Комсомольска, при дообследовании выявлена ТХПН.
- **С 13.12.12г** начата заместительная почечная терапия программным гемодиализом.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ:



- **В ноябре 2016г** II беременность, направлена на консультацию к зав. ОНид - пациентка предупреждена о рисках невынашивания и возможных осложнениях. Продолжила получать ЗПТ по месту жительства (г. Комсомольск).
- **В декабре 2016г** медицинский аборт – замершая беременность на сроке 9 недель. Настоящая беременность III, выявлена на сроках 17 – 18 недель. По данным фетометрии от 12.07.17г – беременность 18 недель, краевое предлежание хореона. По данным УЗИ плода – беременность 18 – 19 нед., подозрение на диафрагмальную грыжу, низкая плацентация.
- **21.07.17г осмотрена гинекологом** – данных за диафрагмальную грыжу нет. Направлена в г.Хабаровск к нефрологу для определения тактики курации, решения вопроса о пролонгации беременности.
- **24.07.2017г** госпитализирована в ОНид КГБУЗ ККБ№1 с целью сохранения текущей беременности.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРО – АКУШЕРСКИЙ ПРОТОКОЛ

(На основании данных имеющихся медицинских публикаций)

- Интенсификация диализа. Процедуры продолжительностью до 24 часа в неделю, в среднем **18–20 часов** в неделю).
- Антикоагуляция экстракорпорального контура – НМГ и/вазкулярно Фраксапарин (Надропарин кальция) **3800 МЕ** Анфибра (Эноксапарин натрия) **6000 МЕ**
- Кислородная поддержка по 30 минут с 30 минутным перерывом (инсуффляция увлажненным O₂ через лицевую маску)
- Коррекция «сухого» веса с учетом АД, наличия отеков, срока гестации (еженедельная прибавка около 300г, во второй половине беременности до 800г)

КЛИНИЦИСТ № 2'2008 НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ГЕПАРИНЫ В ГЕМОДИАЛИЗЕ: МНОГОЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДАЛТЕПАРИНА

В.Ю. Шило

Вопросы диализа при ЭКГ № 26, кафедра нефрологии ФГБОУ ДПО ИГЭУ

Контакты: Владимир Шило vshilo@yandex.ru

Ассистент антикоагулянтной (антигепаринной гемостазии) – важный составляющий любой гемодиализной процедуры. В настоящее время в качестве антикоагулянта при гемодиализе (ГД) все чаще применяют низкомолекулярные гепарины (НМГ), отличающиеся лучшей фармакокинетикой, длительностью действия и меньшей активностью влияния на гемостаз. Препараты НМГ по сравнению с высокомолекулярными гепаринами характеризуются улучшенной безопасностью, высокой эффективностью в процессе гемодиализа. Однако применение данных средств не гарантирует профита и отсутствия осложнений. Изучить НМГ с наибольшей степенью эффективности на ГД можно на примере Фраксапарина. Фраксапарин (фраксипарин) при стандартном ГД (среднедлительность до 5 ч в стандартной гемодиализной ванне, не требует лабораторного контроля, удобен в использовании) в течение 30 минут выбора для антикоагуляции на протяжении ГД.

LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS IN MAINTENANCE HEMODIALYSIS: LONG-TERM DALTEPARIN UTILIZATION

V.Yu. Shilo

Harbin State, City Clinical Hospital No. 26, Department of Nephrology of Harbin State Medical-Pharmaceutical University

Appropriate anticoagulation for controlled hemodialysis is a standard constituent of any hemodialysis procedure. For the last time, the low molecular weight heparins (LMWH) get by increasing efficiency and safety (reducing the need for laboratory heparin) in anticoagulation in hemodialysis. LMWH are, comparing with high-molecular heparins, characterized by better pharmacokinetics and low toxicity. The better effectiveness of the LMWH are an improvement of the final profile and the lower blood loss. Of the all LMWH, the greatest experience of the use by hemodialysis accounts for dalteparin (Fragiparin). Fragiparin is effective and safe by standard hemodialysis of up to 5 hours duration with single before dose. It doesn't require laboratory control, it's handy and simple for use and it's a drug of choice for the anticoagulation by programmed-based hemodialysis.

Введение

Программой гемодиализа (ГД) является обеспечение гемостатической безопасности терапии у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН). В ходе ГД кровь больного неизбежно контактирует с пробиологически инертными – алмаз, кварцевыми, нейлоновыми мембранами, что в значительной степени повышает риск тромбообразования. Сложившаяся ситуация требует применения высокоэффективных антикоагулянтов, способствующих снижению риска осложнений гемодиализа. Среди них наиболее эффективными являются препараты низкомолекулярных гепаринов (НМГ) – фраксипарин, эноксапарин, даalteпарин. Среди них наиболее эффективным препаратом является фраксипарин (фраксипарин) при стандартном ГД (среднедлительность до 5 ч в стандартной гемодиализной ванне, не требует лабораторного контроля, удобен в использовании) в течение 30 минут выбора для антикоагуляции на протяжении ГД.

Ассистент антикоагулянтной (антигепаринной гемостазии) – важный составляющий любой гемодиализной процедуры. В настоящее время в качестве антикоагулянта при гемодиализе (ГД) все чаще применяют низкомолекулярные гепарины (НМГ), отличающиеся лучшей фармакокинетикой, длительностью действия и меньшей активностью влияния на гемостаз. Препараты НМГ по сравнению с высокомолекулярными гепаринами характеризуются улучшенной безопасностью, высокой эффективностью в процессе гемодиализа. Однако применение данных средств не гарантирует профита и отсутствия осложнений. Изучить НМГ с наибольшей степенью эффективности на ГД можно на примере Фраксапарина. Фраксапарин (фраксипарин) при стандартном ГД (среднедлительность до 5 ч в стандартной гемодиализной ванне, не требует лабораторного контроля, удобен в использовании) в течение 30 минут выбора для антикоагуляции на протяжении ГД.

88

Наблюдения из практики

Ведение беременности пациенток на А.К. Катзишев, А.А. Осман, Отделение гемодиализа П

Management of pregnancy A.N. Matyshevskiy, A.N. Osipenko

Кафедра нефрологии, П

Увеличение потребности в диализе при беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Women treated with hemodialysis often have periods of intolerance and hypotension. Only about 60% percent between of the women who have tolerated after the beginning of dialysis therapy remained in birth of alive babies.

Увеличение потребности в диализе при беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Увеличение потребности в диализе при беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Увеличение потребности в диализе при беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Увеличение потребности в диализе при беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Увеличение потребности в диализе при беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Важнейшим фактором успеха является тщательное ведение беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Увеличение потребности в диализе при беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Увеличение потребности в диализе при беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Увеличение потребности в диализе при беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Увеличение потребности в диализе при беременности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности. Ведение беременности при терминальной почечной недостаточности.

Даугирдас Д.Т., Блейк П.Д., Инг Т.С. Руководство по диализу. Пер. с англ. под ред. А.Ю. Денисова и В.Ю. Шило. Тверь: Триада, 2003: 669–696

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРО – АКУШЕРСКИЙ ПРОТОКОЛ



• Коррекция анемии

Эритропоэтин α до **4000 ед** 3 раза/нед.

(противопоказан); препараты Fe по показаниям

Целевой уровень гемоглобина 110 – 120 г/л

• Учитывая потери во время гемодиализа - водорастворимые витамины:

B6 5% - 1 мл, B12 - 1 мл (200 мкг), С 5% - 2 мл, ФК (1 - 2 мг в день)

• УЗИ брюшной полости **еженедельно** (целенаправленный поиск свободной жидкости) + КТГ, контроль частоты сердечных сокращений плода

• Диета с калорийностью 25 - 35 ккал/кг в день и потреблением белка 100г в день (1,5 г/кг/сут).

Обзоры и лекции

Адекватность гемодиализа. Классический подход

А.Ю. Зенченко

Центр передовых медицинских технологий, Санкт-Петербург

Adequacy of hemodialysis. Classical approach

A.U. Zentchenkov

Введение: классический подход к оценке адекватности гемодиализа. Оценка адекватности гемодиализа. Оценка адекватности гемодиализа. Оценка адекватности гемодиализа.

Введение

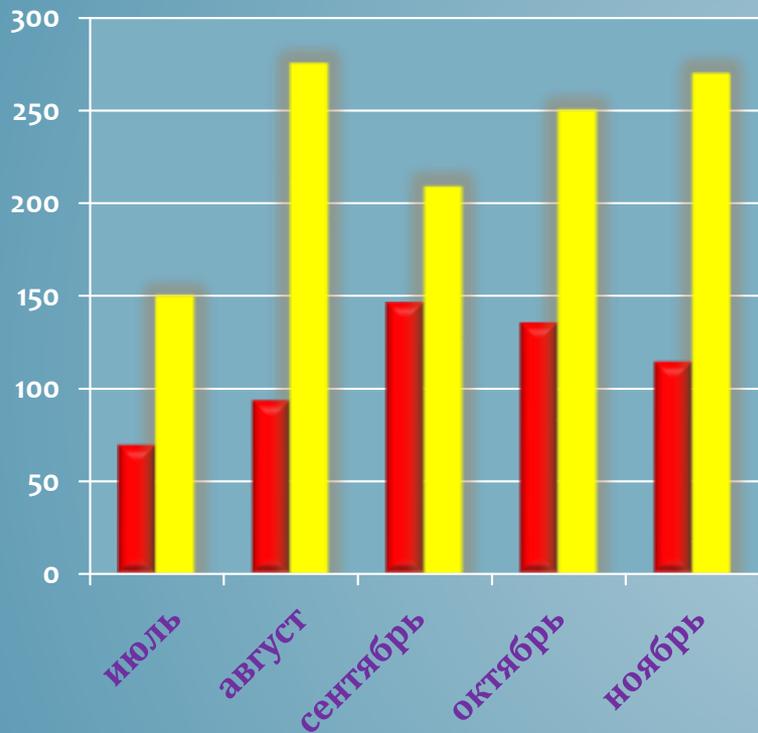
Адекватность гемодиализа – понятие, не поддающееся строгому и жесткому математическому описанию – сложная мультипараметрическая задача. Многие параметры, определяющие адекватность гемодиализа, являются мультипараметрическими.

Адекватность гемодиализа – понятие, не поддающееся строгому и жесткому математическому описанию – сложная мультипараметрическая задача. Многие параметры, определяющие адекватность гемодиализа, являются мультипараметрическими.



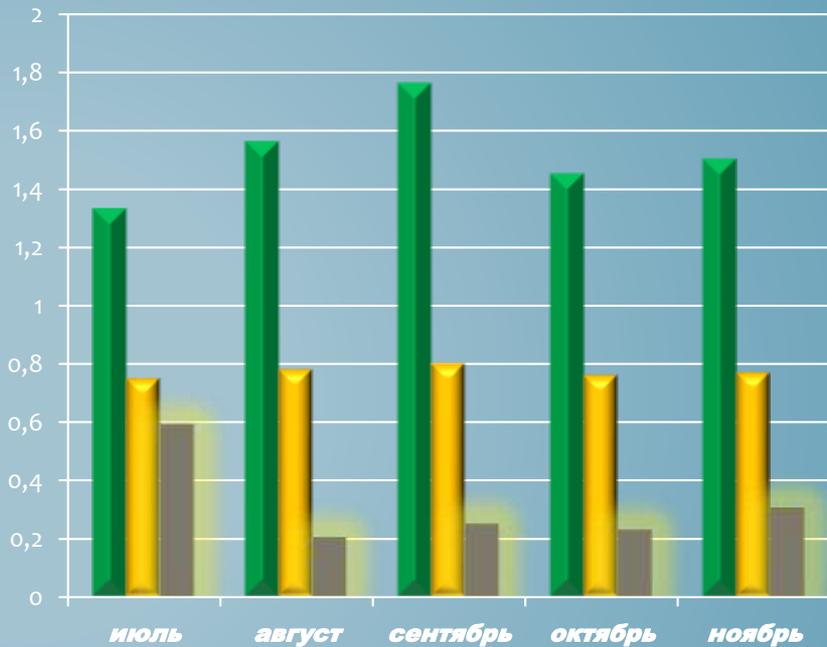
И.Гиатрас, Д.П. Леви, Ф.М. Малок, Жанин А. Карлсон, П. Юнгерс
Беременность во время диализа: описание случая и рекомендации по ведению
Нефрология и диализ Т7, №2/2005г

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ АДЕКВАТНОСТИ ДИАЛИЗНОЙ ДОЗЫ И ОСНОВНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ



■ Гемоглобин, Г/Л

■ Тромбоциты, *10 9/l



■ KT/V

■ URR, %

■ креатинин, ммоль/л



ДИНАМИКА ДРУГИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ

Ферритин (03.08.17): **287,80 нг/мл** VIT (03.08.17): D **45 нг/мл**, B₁₂ **310 пг/мл**

Фосфорно - кальциевый обмен за период наблюдения

Ca*P	26.07.2018	07.08.2017	20.10.2017
Кальций, ммоль/л	2,29	2,21	2,2
Фосфор, ммоль/л	1,57	1,4	1,05

Паратиреоидный гормон (03.08.17): **13,0 пг/мл.**

Еженедельный скрининг гемостаза:

Показатель	Результат				
	31.08.17	13.10.17	31.10.17	07.11.17	16.11.17
Протромбиновое время, сек	11,2	11,2	10,5	11,4	11,3
Протромбиновый показатель в %	88,3	88,3	95,3	86,5	87,4
МНО	1,02	1,02	0,95	1,04	1,03
Фибриноген	3,072	4,2	4,2	5,3	4,2
АПТВ/АЧТВ	42,5	43,4	40,0	42,1	48,0

ПОДГОТОВКА К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ:

19.10.17 Антенатальная компьютерная кардиотокография (КТГ) - Беременность 32 нед. Длительность наблюдения: 42 мин.

Параметры нестрессового теста (0-60 мин):

- Базальная ЧСС: **120-137 уд/мин**
- Размах ЧСС: **44 уд/мин.**
- Количество акцелераций: **16**
- Амплитуда акцелераций
- Средняя **13 уд/мин** Максимальная **22 уд/мин**
- Количество быстрых децелераций **3**
- Количество медленных децелераций **0**

Макс.амплитуда медл.децелераций

- Движений **339**. Икотопод: **52**. Индекс реактивности **0,15**

ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА (ПСП) 0,59

- Поправка на сон **0,59**



Осмотр акушера - гинеколога :

Беременность 31-32 нед. ОАА. Хр.гломерулонефрит с исходом в нефросклероз. ХПН. ЗПТ гемодиализом (ежедневно). Нефрогенная анемия. Артериальная гипертензия 3, риск 4. Рекомендации: КТГ 2, УЗИ доплерометрия. МППК через 2-3 дня. Лечение в нефрологии ККБ. Родоразрешение по показаниям.



ПОДГОТОВКА К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ:

- Решением консилиума от **01.11. 2017г**, в связи угрозой прогрессирования гипоксии плода, вследствие нарушения маточно – плацентарного – плодового кровотока (МППК) 1 степени запланировано родоразрешение операцией Кесарева сечения на **08.11.17г.**
- С целью антенатальной профилактики РДС плода назначен курс Дексаметазона: 4 дозы по 6 мг Дексаметазона в/м через 12 ч



ЗПТ ГЕМОДИАЛИЗОМ ПРОДОЛЖЕНО В ПРЕЖНЕМ РЕЖИМЕ, КРАЙНИЙ СЕАНС НА 06.11.17Г - ЗА ДВОЕ СУТОК ДО ОПЕРАЦИИ

08 ноября 2017г

- Операция Кесарево сечение – 11 часов 00 минут извлечен плод женского пола

Масса **1680г**

Оценка по шкале Апгар **4 балла**, через 5 минут **6 баллов**

Общая кровопотеря составила **650 мл.**

В раннем п/о периоде, в течение последующих 12 часов больная находилась под наблюдением в ОАР. Лабораторно компенсирована.

- **С 10.11.17г (спустя 96 часов)** возобновлена программа ЗПТ гемодиализом.

11.11.17г повторный сеанс – без технических осложнений.

П/о период протекал «гладко», без осложнений.

17.11.18г – пациентка переведена в ПЦ по уходу за ребенком. ЗПТ амбулаторно

- Ребенок находился в ОАР II КГБУЗ «Перинатальный центр». Состояние его до средней степени тяжести за счет умеренной дыхательной недостаточности.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- Беременность на ГД сопряжена с высоким риском осложнений как для матери, так и для плода
- Если беременность достигла II триместра, при этом
 - у матери благополучный коморбидный фон,
 - у плода не выявлено аномалий и отклонений в развитии, а
 - и женщина настаивает на сохранении такой беременности,

Беременность можно пролонгировать.

Однако необходимо «трезво» оценивать возможности своего стационара (включая отделение гемодиализа) .

- Только слаженная работа акушерской и нефрологической службы позволяет достичь положительного, благоприятного результата.
- Интенсификация ЗПТ - важнейший ключ к успеху.
- Приказ МЗ РФ №736 требует внесения поправок или полного его пересмотра в отношении категории нозологий под литерой «N»



01.01.2018 год
Г. Комсомольск – на - Амуре



15.01.2018 год
ОниД ККБ№1 г.Хабаровск



Девочка наблюдается участковым педиатром по месту жительства. Отклонений в психосоматическом развитии не выявлено. Привита по календарю.

Спасибо за внимание!!!

4 мес. 5300г.



3 мес. 4600г.



9 мес. 7450 г.



10 мес. 7930 г.