

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.5

Клинический случай

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ С ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКОЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

И. А. Салов — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, профессор, доктор медицинских наук; **А. В. Паршин** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, кандидат медицинских наук; **М. А. Полиданов** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, студент; **Д. А. Тяпкина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, студентка; **И. Е. Кондрашкин** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, студент; **И. С. Блохин** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, студент; **Т. Е. Послед** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, студентка.

THE COURSE OF PREGNANCY IN A WOMAN WITH A TRANSPLANTED KIDNEY (CLINICAL CASE)

I. A. Salov — Saratov State Medical University, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Medicine, Professor, DSc; **A. V. Parshin** — Saratov State Medical University, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, PhD; **M. A. Polidanov** — Saratov State Medical University, Student; **D. A. Tyapkina** — Saratov State Medical University, Student; **I. E. Kondrashkin** — Saratov State Medical University, Student; **I. S. Blokhin** — Saratov State Medical University, Student; **T. E. Posled** — Saratov State Medical University, Student.

Дата поступления — 17.03.2022 г.

Дата принятия в печать — 27.05.2022 г.

Салов И. А., Паршин А. В., Полиданов М. А., Тяпкина Д. А., Кондрашкин И. Е., Блохин И. С., Послед Т. Е. Течение беременности у женщины с трансплантированной почкой (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал 2022; 18 (2): 185–189.

В статье представлен случай беременности у пациентки с трансплантированной почкой. Ведение беременности данной больной представляло определенные трудности: требовалось динамическое наблюдение смежных специалистов. Особенность случая обусловлена редкой встречаемостью и наличием осложнения — пиелонефрита трансплантата. Практическая значимость данного клинического случая заключается в особенностях ведения беременности пациентки с трансплантированной почкой, правильной тактике как консервативного, так и хирургического лечения для успешного родоразрешения и сохранения жизни матери и ребенка.

Ключевые слова: трансплантированная почка, ведение беременности у пациентки с трансплантированной почкой.

Salov IA, Parshin AV, Polidanov MA, Tyapkina DA, Kondrashkin IE, Blokhin IS, Posled TE. The course of pregnancy in a woman with a transplanted kidney (clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2022; 18 (2): 185–189.

The article presents a case of pregnancy in a patient with a transplanted kidney. Pregnancy management of this patient presented certain difficulties: dynamic supervision of related specialists was required. The peculiarity of the case is due to the rare occurrence and presence of a complication — pyelonephritis of the graft. The practical significance of this clinical case lies in the peculiarities of pregnancy management of a patient with a transplanted kidney, the correct tactics of both conservative and surgical treatment for successful delivery and preservation of the life of the mother and child.

Keywords: transplanted kidney, pregnancy management in a patient with a transplanted kidney.

Введение. Первый случай рождения ребенка у женщины с трансплантированной почкой датирован 10 марта 1958 г. Стоит отметить, что более 70 лет назад эта беременность была одной из самых подверженных риску осложнений. После трансплан-

тации и купирования терминальной стадии болезни почек вероятность наступления беременности возрастает. Однако, несмотря на большое количество беременностей у пациенток с трансплантированной почкой в период с 1958 г., точных статистических данных об исходах беременности получено не было. Опираясь на имеющиеся статистические данные, J. S. Gill и соавт. [1] в 2009 г. провели исследование, в котором приняли участие 16 194 женщин — реципи-

Ответственный автор — Паршин Алексей Владимирович
Тел.: +7 (902) 0411043
E-mail: maksim.polidanoff@yandex.ru

ентов почек в возрасте от 15 до 45 лет, перенесших трансплантацию почки в США не более чем за три года до наступления беременности (в период с 1990 по 2003 г.).

Цель — представить случай беременности пациентки с трансплантированной почкой.

На публикацию представляемых данных из истории болезни получено добровольное информированное согласие пациентки.

Описание клинического случая. У пациентки В., 26 лет (дата рождения — 24.06.1995), проживающей в Саратовской области, в 2015 г. выявлен нефротический синдром. Выполнена нефробиопсия, установлен мезангиопролиферативный вариант нефрита. Пациентке назначили пульс-терапию глюкокортикоидными (Преднизолоном) с цитостатическим лекарственным препаратом (Циклофосфамидом) суммарной дозой 4 г.

С января 2016 г. Циклофосфамид заменен на Циклоспорин в связи с отсутствием эффекта. В том же году нефробиоптат был пересмотрен в Санкт-Петербурге и дано заключение: фокальный сегментарный гломерулосклероз. Несмотря на проводимую терапию, нефротический синдром прогрессировал, и в октябре 2018 г. выполнена кадаверная аллотрансплантация почки в правую подвздошную область. После чего пациентка стала отмечать периодическое повышение температуры тела до 38 °С, боль в области трансплантата. Самостоятельно принимала антибактериальную терапию, температура тела нормализовалась. В 2019 г. стала отмечать уменьшение количества мочи, обратилась за медицинской помощью. Назначена пульс-терапия метилпреднизолоном в связи с опасностью криза отторжения трансплантата. В это же время проведена диагностическая нефробиопсия, по результатам которой диагностирован пиелонефрит трансплантата. На основании чего пациентке проведена двухкомпонентная антибактериальная терапия. Однако отмечалось нарастание периферических отеков, в связи с чем проводилось несколько сеансов гемодиализа с ультрафильтрацией артериовенозной фистулой. В 2019 г. был повторно диагностирован пиелонефрит трансплантата и проведена антибактериальная терапия.

Далее с 24.06.2019 по 09.07.2019 из-за выраженной протеинурии (4,9 г/сутки) находилась на стационарном лечении ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В. И. Шумакова», где была проведена лапароскопическая билатеральная нефрэктомия, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. В период госпитализации проводилась антибактериальная терапия (эртапенемом), иммуносупрессивная терапия (такролимусом пролонгированным, микофеноловой кислотой, метилпреднизолоном), антисекреторная терапия (омепразолом), гипотензивная терапия (моксонидином, нифедипином), профилактика вирусных инфекций (валганцикловиrom), коррекция гипоальбуминемии.

16.07.2019 у пациентки отмечалось ухудшение состояния (фебрильная температура), проводилась антибактериальная терапия.

С 30.09.2019 по 31.10.2019 больная В. проходила стационарное лечение в НИИ урологии и радиологии им. Н. А. Лопаткина. 11.10.2019 была выполнена лапаротомия и сформирован уретероуретероанастомоз трансплантированной почки с нативным мочеточником.

С 18.05.2020 по 19.06.2020 пациентка проходила стационарное лечение в ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Минздрава России по поводу коронавирусной инфекции с субтотальным поражением легочной ткани до 64%, сатурация 80%. Проводилась антибактериальная, противовирусная, муколитическая терапия.

С 24.02.2021 по 09.03.2021 во время стационарного лечения в г. Саратове выявлен стеноз устья почечной артерии трансплантата 55–60%. Проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «НМИЦ ТИО им. акад. В. И. Шумакова» и рекомендована госпитализация 15.03.2021.

15.03.2021 стационарное лечение ФГБУ «НМИЦ ТИО им. акад. В. И. Шумакова» — стеноз артерии трансплантата не был подтвержден, в связи с чем пациентка госпитализирована в отделение терапии для проведения биопсии. Результаты биопсии от 15.03.2021 — нефросклероз трансплантата тяжелой степени выраженности.

Гинекологический анамнез пациентки: менархе в 13 лет, менструации длительностью по 7 дней, через 28 дней, цикл регулярный. Менструации безболезненные, умеренные. Первый день последней менструации 9 февраля 2021 г. Беременность 1-я — данная, желанная. Начало половой жизни с 18 лет. Методами контрацепции не пользуется. Гинекологические заболевания отрицает.

Соматические заболевания: ВИЧ, вирусные гепатиты, сифилис, болезнь Боткина, малярию и туберкулез отрицает. Переливания крови и препаратов крови у пациентки были неоднократно, без осложнений (во время предыдущих операций).

Объективный статус: рост — 164 см, вес до беременности — 47 кг.

Течение настоящей беременности. По ультразвуковому исследованию (УЗИ) в 1-м триместре беременности от 06.05.2021 — беременность 11,5 недели, патологии не выявлено (пульсационный индекс слева и справа — 1,12 и 1,2 соответственно; пульсационный индекс венозного протока — 0,75).

По УЗИ во 2-м триместре беременности от 09.07.2021 — беременность 20,6 недели, маловесный для гестационного возраста плод (предполагаемая масса плода = 309 г), нарушений гемодинамики не выявлено (индекс резистентности (ИР) слева и справа — 0,52 и 0,54 соответственно, ИР артерии пуповины — 0,55).

По УЗИ во 2-м триместре беременности от 23.07.2021 — беременность 22,6 недели, нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А-степени (ИР слева и справа — 0,51 и 0,69 соответственно, ИР артерии пуповины — 0,60), маловесный для гестационного возраста плод (предполагаемая масса плода = 456 г).

С 23.07.2021 по 02.08.2021 находилась на стационарном лечении в «Акушерском наблюдательном отделении патологии беременных» с диагнозом: беременность 24 недели 2 дня, неустойчивое положение плода. Осложнения: ложные схватки до 37 недель беременности (купированы); хроническая внутриутробная гипоксия плода, нарушение гемодинамики 1А-степени, маловесный плод. Сопутствующие заболевания: хронический гломерулонефрит; трансплантация донорской почки в 2018 г.; хронический пиелонефрит трансплантата, вне обострения; хроническая нефропатия; стероидный остеопороз; анемия средней степени смешанного генеза; вторичная

гипертензия; хронический гастрит, вне обострения; киста правого яичника; фиброаденомы молочных желез; миопия слабой степени; осложненная катаракта обоих глаз.

В ходе данной госпитализации проведено клинико-лабораторное обследование. Общеклинический анализ крови от 30.07.2021: эритроциты — $2,50 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 70 г/л, лейкоциты — $11,8 \times 10^9/л$, СОЭ — 45 мм/час. Биохимический анализ крови от 01.08.2021: общий белок — 47,7 г/л, креатинин — 226 мкмоль/л, мочевина — 18,9 ммоль/л, сывороточное железо — 27,7 мкмоль/л, ферритин — 15,0 нг/мл, трансферрин — 3,0 г/л, С-реактивный белок — 3,2 нг/мл. Коагулограмма от 01.08.2021: фибриноген — 3,7 г/л, активированное частичное тромбопластиновое время — 27,5 сек, протромбиновое время — 10,7 сек, протромбиновый индекс — 124, международное нормализованное отношение — 0,91, агрегация тромбоцитов — 60%. Общий анализ мочи от 30.07.2021: белок 1,10 г/л. Проба Нечипоренко от 24.07.2021: патологии не выявлено. Суточная протеинурия от 25.07.2021: белок 13,0 г/сут. Мазок на флору от 01.08.2021: патология не выявлена. Кровь на ВИЧ, сифилис, на антиНСV, HBsAg — отрицательно. Мазок на онкоцитологию от 27.07.2021: небольшие группы клеток промежуточного эпителия. Посев из цервикального канала от 27.07.2021 — в разведении 10^3 обнаружены лактобактерии. Бактериологический посев мочи от 26.07.2021: микрофлора не обнаружена. Проба Зимницкого от 26.07.2021: удельный вес 1007–1012. Альфа-амилаза мочи от 26.07.2021 — 27 Е/л. Проба Реберга от 28.07.2021: суточный диурез 1500 мл, креатинин крови 248 мкмоль/л, креатинин мочи 8250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация — 36,5 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 97%. Консультативный прием врача-невролога: на момент осмотра данных, свидетельствующих об острой неврологической патологии, не выявлено.

В стационаре проведено лечение Адваграфом®, Метипредом, азатиоприном, омепразолом, Допегитом®, ацетилсалициловой кислотой, Мальтофером®, дротаверином, Утрожестаном®.

По УЗИ во 2-м триместре беременности от 02.08.2021 — беременность 24,2 недели, задержка роста плода I степени (предполагаемая масса плода = 503 г), гемодинамика не нарушена (ИР слева и справа — 0,53 и 0,55 соответственно, ИР артерии пуповины — 0,53).

Пациентка находилась на стационарном лечении в ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы» с 09.08.2021 по 16.08.2021 в акушерском отделении патологии беременности и на двое суток была переведена в отделение реанимации (для инфузии двух эритроцитарных масс в связи с анемией тяжелой степени). Диагноз при поступлении — основной диагноз: «Беременность 25,6 недели; хронический гломерулонефрит нефротического типа (фокально-сегментарный гломерулосклероз) с исходом в терминальную почечную недостаточность; программный гемодиализ с 04.2017 по 10.2018; аллотрансплантация почки от 12.10.2018 билатеральная нефрэктомия от 04.07.2019; операция по формированию уретероуретероанастомоза трансплантированной почки с нативным мочеточником 10.2019; хронический пиелонефрит трансплантата вне обострения; анемия легкой степени».

Диагноз при выписке — основной диагноз: «Беременность 26 недель 3 дня, головное предлежание, плацентарная недостаточность, компенсированная форма, задержка роста плода I степени». Сопутствующие заболевания: хронический гломерулонефрит нефротического типа (фокально-сегментарный гломерулосклероз) с исходом в терминальную почечную недостаточность; программный гемодиализ с 04.2017 по 10.2018; аллотрансплантация почки от 12.10.2018 билатеральная нефрэктомия от 04.07.2019; дисфункция почечного трансплантата (биопсия от 17.03.2021 — тяжелый нефросклероз за счет тубулоинтерстициального компонента); операция по формированию уретероуретероанастомоза трансплантированной почки с нативным мочеточником от 10.2019; тяжелая анемия смешанного генеза (анемия хронических состояний, ренальная); хронический пиелонефрит, латентное течение.

По УЗИ от 09.08.2021 — менструальный срок беременности 25–26 недель, размеры плода соответствуют сроку беременности 23–24 недели — задержка роста плода I степени, симметричная форма; головное предлежание, нарушения маточно-плацентарного кровотока нет. По УЗИ почек от 09.08.2021 — выраженное усиление сосудистого рисунка почки, чашечно-лоханочная система расширена. По УЗИ органов брюшной полости от 12.08.2021 — патологии не выявлено. По данным эзофагогастродуоденоскопии от 12.08.2021 — единичные геморрагические эрозии желудка, очаговый антрум-гастрит.

Консультация врача-хирурга от 11.08.2021: острой хирургической патологии не выявлено, хроническая болезнь почек, хроническая анемия, обусловленная угнетением эритропоэза. Была проведена консультация нефролога и даны соответствующие рекомендации (анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность — после результатов которых решить вопрос о назначении антибактериальной терапии; добавить к лечению Эритропоэтин; выполнить эхокардиографию; проводить антикоагулянтную терапию; гемодиализ под контролем уровня мочевины; продолжить антигипертензивную терапию; контроль анализов крови и мочи в динамике; плановый анализ на маркеры преэклампсии).

Во время указанной госпитализации был проведен консилиум (09.08.2021), согласно которому рекомендовано досрочное родоразрешение. Тем не менее пациентка категорически отказалась, в связи с чем ей был рекомендован гемодиализ. Прогноз в отношении беременности и функции трансплантата неблагоприятный. Рекомендовано лечение (над-ропарин кальция, дексаметазон, метилдопа). В результате данной госпитализации была переведена в нефрологическое отделение.

Пациентка находилась на стационарном лечении в ГБУЗ г. Москвы «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения г. Москвы» с 16.08.2021 по 20.08.2021 в нефрологическом отделении с диагнозом — основное заболевание: «Хронический гломерулонефрит нефротического типа (морфологически — фокально-сегментарный гломерулосклероз) с исходом в терминальную почечную недостаточность; программный гемодиализ с 04.2017 по 10.2018; аллотрансплантация почки 12.10.2018; билатеральная нефрэктомия 04.07.2019; операция по формированию уретероуретероанастомоза трансплантированной почки с нативным мочеточником 10.2019; дисфункция почечного трансплантата (биопсия от 17.03.2021 — тяжелый нефросклероз за счет

тубуло-интерстициального компонента); тяжелая анемия смешанного генеза (анемия хронических состояний, ренальная); хронический пиелонефрит, вне обострения». Сопутствующие заболевания: беременность 27 недель 3 дня; головное предлежание; плацентарная недостаточность, компенсированная форма задержка роста плода I степени.

Состояние при поступлении: рост — 164 см, масса тела — 52 кг (прибавка во время беременности — 5 кг), индекс массы тела = 19,3 кг/м². Общее состояние средней степени тяжести. Отеки у пациентки отсутствовали. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст., частота пульса 78 уд. в мин. Патологии при объективном осмотре не выявлено.

При УЗИ от 17.08.2021 — фетометрические параметры плода соответствуют 24–25 неделям беременности, головное предлежание, задержка роста плода I степени (симметричная форма). По УЗИ почек от 17.08.2021 — трансплантат почки, расширение чашечно-лоханочной системы.

По общему анализу мочи от 17.07.2021 — белок количественный анализ = 1,54 г/л. По другим параметрам патологии не выявлено. По общему клиническому анализу крови от 17.08.2021 обнаружены следующие отклонения: скорость оседания эритроцитов — 22 мм/ч, относительное количество лимфоцитов — 17,2%, абсолютное количество базофилов — $0,06 \times 10^9$ /л, абсолютное количество моноцитов — $0,93 \times 10^9$ /л, гематокрит — 25,0%, гемоглобин — 84 г/л, количество эритроцитов — $2,89 \times 10^{12}$ /л, количество лейкоцитов — $12,0 \times 10^9$ /л. По биохимическому анализу крови от 17.08.2021 установлена следующая патология: общий белок — 49,0 г/л, альбумины — 32,0 г/л, мочевина — 16,4 ммоль/л, креатинин — 231,0 мкмоль/л, общий билирубин — 3,0 мкмоль/л, активированное частичное тромбопластиновое время — 24,3 с, Д-димер — 754,0 нг/мл.

Проведены несколько процедур гемодиализа (16.08.2021, 18.08.2021, 20.08.2021) — без осложнений. Пациентка также получала медикаментозное лечение (фраксипарином, Допегитом®, Метипредом, азатиоприном, Адваграфом®, эритропозитом) и была проведена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (дексаметазоном).

За время госпитализации стабилизированы цифры гемоглобина (84 г/л). Начата терапия препаратами эритропозитина (Эральфоном® 2000 ЕД п/к №3), антикоагулянтная терапия. Начата терапия протективным гемодиализом через артериовенозную фистулу (проведены 3 сеанса). Состояние пациентки — с положительной динамикой, переносимость гемодиализа удовлетворительная, показатели свертывающей системы крови — с положительной динамикой. Артериальное давление стабильно нормальное, периферических отеков нет. По данным УЗИ плода нарушений маточно-плацентарного кровотока нет, сохраняются признаки задержки роста плода, однако имеется прирост массы плода. По данным ангиогенного коэффициента — признаков развития преэклампсии нет. Признаков активной мочевой инфекции нет. От проведения антибактериальной терапии решено воздержаться. Достигнут максимальный терапевтический эффект от проводимой терапии. О возможных рисках пролонгирования беременности (полная утрата функции трансплантата, развитие преэклампсии, преждевременные роды, рождение маловесного ребенка, летальный исход как для матери, так и для плода) пациентка предупреждена. Больная отказалась от преждевременного заверше-

ния беременности. Пациентка выписалась под наблюдение акушера-гинеколога, нефролога, терапевта по месту жительства с рекомендациями.

По УЗИ в 3-м триместре беременности — беременность 30,5 недели, головное предлежание, гемодинамика не нарушена (ИР слева и справа — 0,56 и 0,60 соответственно, ИР артерии пуповины — 0,67), задержка внутриутробного роста плода I–II степеней (масса плода предполагаемая = 1135 г).

12.09.2021 больная поступила в ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области». 12.09.2021 пациентка прошла экстренное родоразрешение оперативным путем (операция кесарева сечения). Установлен основной диагноз: «Роды 1-е преждевременные при сроке гестации 30,5 недели, головное предлежание, преэклампсия тяжелая, хроническая гипоксия плода на фоне фетоплацентарной недостаточности, нарушение маточно-плацентарного кровотока III степени, задержка внутриутробного роста плода I–II степеней». Сопутствующие заболевания: хронический гломерулонефрит (фокально-сегментарный гломерулосклероз), хроническая болезнь почек, 5-я стадия; программный гемодиализ с 04.2017 по 10.2018; трансплантация почки от кадаверного донора в правую подвздошную область от 12.10.2018; пункционная нефробиопсия почечного трансплантата от 04.2019; стентирование мочеточника трансплантата от 03.05.2019; билатеральная нефрэктомия от 04.07.2019; операция: формирование уретероуретероанастомоза трансплантированной почки с нативным мочеточником от 11.10.2019; нейрогенная дисфункция мочевого пузыря; детрузорно-сфинктерная диссинергия; пиелонефрит трансплантата; биопсия трансплантата от 17.03.2021 — тяжелый нефросклероз за счет тубулоинтерстициального компонента; возобновление программного гемодиализа через артериовенозную фистулу правого предплечья с 16.08.2021; посттрансплантационная нефропатия; дисфункция почечного трансплантата; хроническая почечная недостаточность II стадии; стероидный остеопороз; вторичная гипертензия; хронический гастрит; фиброаденома молочных желез; миопия слабой степени; осложненная катаракта обоих глаз; киста правого яичника. Операция: «Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом». Родился недоношенный плод, который в дальнейшем находился в отделении реанимации недоношенных детей в Областном перинатальном центре Саратовской области.

На 2-е послеоперационные послеродовые сутки (14.09.2021) проведено телеконсультирование заочно с ГУЗ «Областная клиническая больница» и даны следующие рекомендации: показаний к гемодиализу нет на данный момент, грудное вскармливание не показано. Пациентка выписана на 10-е сутки после операции. После стабилизации витальных функций и достижения гестационного возраста ребенок был выписан. В настоящее время женщина наблюдается у нефролога в Областной клинической больнице, у терапевта и гинеколога — по месту жительства.

Обсуждение. Представленный клинический случай демонстрирует редкий случай течения беременности у женщины с трансплантированной почкой. Согласно данным литературы, исследователи определили частоту наступления беременности и коэффициент рождаемости у данного контингента пациенток. Частота наступления беременности у женщин с трансплантированной почкой составила 59 на 1000 в 1990 г. и снизилась до 20 на 1000 в 2000 г., тогда

как в обычной популяции те же показатели составляли 71 и 65 на 1000 соответственно. Доля беременностей, осложнившихся ее прерыванием, на разных сроках гестации оставалась постоянной (45,6%), что указывает на увеличение числа самопроизвольных абортов. Уменьшение количества беременностей, завершившихся рождением живых детей, в период с 1990 по 2000 г. у данного контингента пациенток, вероятно, было следствием развития осложнений в период гестации. Число этих осложнений росло и коррелировало с увеличивающейся с годами долей новых иммуностатических препаратов в схемах лечения [2, 3]. Пациенткам с трансплантированной почкой обязательно назначается иммуносупрессивная терапия препаратами, не имеющими тератогенного эффекта, подобное лечение назначалось и больной в рассмотренном нами случае. При подозрении на отторжение трансплантата рекомендуется назначение глюкокортикоидов, в нашем случае была проведена пульс-терапия. Пациентке была назначена антигипертензивная терапия, что соответствует тактике лечения, описанной в литературе [13].

Стоит отметить, что любая имеющаяся у женщины патология почек является независимым фактором риска развития преэклампсии, преждевременных родов и рождения ребенка с низкой массой тела [2, 3]. В целях определения риска для плода стоит делать особый акцент на длительность гестации, состояние здоровья матери, трансмиссию инфекций и влияние иммуносупрессантов на органогенез и развитие плода. Согласно данным научных статей, одно из самых нежелательных последствий среди патологий матери — преждевременные роды (50–64%) [4, 5]. Помимо преждевременного излития околоплодных вод, у пациенток с трансплантированной почкой чаще отмечаются пиелонефрит и острое отторжение трансплантата [6]. Преэклампсия развивается примерно у 1/3 беременных с трансплантированной почкой [7]. Диагностика преэклампсии — сложная задача, так как уровень артериального давления у данного контингента пациенток часто увеличивается после 20-й недели беременности на фоне уже существующей протеинурии [8].

Пациентки с трансплантированной почкой чаще всего имеют следующие осложнения: хроническая артериальная гипертензия, развившаяся до беременности, имеется в 36% случаев, тогда как артериальная гипертензия, присоединившаяся во время беременности, — в 47% случаев [9, 11]. Среди осложнений также встречается гестационный пиелонефрит — в 19–40% случаев [10], анемия — в 44% случаев. Пиелонефрит трансплантата наблюдается в 50% случаев [12]. У нашей пациентки также фиксированы пиелонефрит трансплантата, анемия и преэклампсия, что соответствует данным из анализируемой литературы.

Заключение. Таким образом, ведение женщин с трансплантированной почкой представляет достаточные трудности для врачей различных специальностей (врача — акушера-гинеколога, врача-нефролога, врача-терапевта и других специалистов в соответствии с соматическим заболеванием) и требует динамического наблюдения. Данная экстрагенитальная патология у беременной может

привести к опасности жизни женщины, неблагоприятному течению и исходу беременности. Стоит отметить, что беременным пациенткам с почечным трансплантатом требуется прегравидарная подготовка и решение вопроса о возможности пролонгирования беременности. Кроме того, в период беременности у больных с почечным трансплантатом могут возникать специфические осложнения, включающие анемию, вирусно-бактериальные инфекции, гипертензивные нарушения. Поздняя или неправильно подобранная терапия может не только повлиять на течение беременности, но и усугубить состояние трансплантированной почки. Исходя из этого лечение таких пациенток должно осуществляться высококвалифицированными опытными специалистами. Результатом правильно проведенной диагностики, наблюдения и рационального лечения пациенток становится благоприятное завершение гестационного процесса и рождение детей.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Gill JS, Zalunardo N, Rose C, et al. The pregnancy rate and live birth rate in kidney transplant recipients *Am J Transplant* 2009; 9 (7): 1541–9.
2. Irgens HU, Reisaeter L, Irgens LM, et al. Long-term mortality of mothers and fathers after pre-eclampsia: population-based cohort study. *BMJ* 2001; 323 (7323): 1213–7.
3. Wolf M, Hubel CA, Lam C, et al. Preeclampsia and future cardiovascular disease: potential role of altered angiogenesis and insulin resistance. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89 (12): 6239–43.
4. Vikse BE, Irgens LM, Leivestad T, et al. Preeclampsia and the risk of end-stage renal disease *N Engl J Med* 2008; 359 (8): 800–9.
5. Villar J, Abalos E, Nardin JM, et al. Strategies to prevent and treat preeclampsia: evidence from randomized controlled trials *Semin. Nephrol* 2004; 24 (6): 607–15.
6. Villar J, Abdel-Aleem H, Meriardi M, et al. World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194 (3): 639–49.
7. Davison JM. The effect of pregnancy on kidney function in renal allograft recipients. *Kidney Int* 2001; 27 (1): 74–9.
8. First MR, Combs CA, Weiskittel P, et al. Lack of effect of pregnancy on renal allograft survival or function. *Transplantation* 2000; 59 (4): 472–6.
9. Stratta P, Canavese C, Giacchino F. Pregnancy in kidney transplantation: satisfactory outcomes and harsh realities. *J Nephrol* 2003; 16 (6): 792–806.
10. Thompson BC, Kingdon EJ, Tuck SM, et al. Pregnancy in renal transplant recipients: the Royal Free Hospital experience. *QJM* 2003; 96 (11): 837–44.
11. Kulakov VI, Murashko LE, Moisyuk Ya G, et al. Pregnancy and childbirth in women with a transplanted kidney. *Obstetrics and Gynecology* 2004; (92): 27–32. Russian (Кулаков В. И., Мурашко Л. Е., Мойсюк Я. Г. и др. Беременность и роды у женщин с пересаженной почкой. *Акушерство и гинекология* 2004; (92): 27–32).
12. Murashko LE, Candidova IE, Sukhoi GT. Kidney diseases in pregnant women and pregnancy after kidney transplantation. Moscow: Author's Academy, 2012; 202 p. Russian (Мурашко Л. Е., Кандидова И. Е., Сухих Г. Т. Заболевания почек у беременных и беременность после трансплантации почки. М.: Авторская Академия, 2012; 202 с.).
13. Kravchenko NF, Candidova IE. Pregnancy in women with a transplanted kidney. *Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training* 2016; 12 (2): 77–81. Russian (Кравченко Н. Ф., Кандидова И. Е. Беременность у женщин с трансплантированной почкой. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение* 2016; 12 (2): 77–81).