

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ – НЕ ПРИГОВОР ДЛЯ ВОЗМОЖНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Артюхина Людмила Юрьевна

к.м.н., заведующая 1-м нефрологическим отделением ГКБ № 52



ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №52

ХБП И БЕРЕМЕННОСТЬ В ГКБ №52

Беременность +	Беременность +	Беременность +
Патология почек с нормальной функцией	Нарушение функции почек/ЗПТ	Непочечные трансплантаты Патология почек
<ul style="list-style-type: none">• Гломерулонефрит<ul style="list-style-type: none">• Первичный• Вторичный• Пиелонефрити др.	<ul style="list-style-type: none">• ХБП(1-4ст)• Гемодиализ• АТП	<ul style="list-style-type: none">• Печень• Легкие

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ - ПРИОРИТЕТНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХБП

ВОЗМОЖНА ЛИ/ БЕЗОПАСНА ЛИ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ АТП?

-восстановление репродуктивной функции

После АТП

- нормализация почечной функции

Основное
заболевание
сохраняется

Васкулит, СКВ, АФС, ТМА, Сахарный диабет, ХГН



Иммуносупрессия: побочные эффекты Артериальная гипертензия

Инфекции: мочевых путей, пневмонии, вирусные: ЦМВ, EBV, гепатиты

Вероятность
наследования
заболеваний почек:

- Поликистоз почек
- Наследственные нефриты



Взвешенный
подход

Гетеротопическая
аллотрансплантация почки



ПЕРВОЕ ОПИСАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ



Эдит Хелм и Ванда Фостер

Эдит Хелм, 22г., (Бостон)

1956г - АТП от однояйцевого близнеца.

1958г - первая беременность после АТП.

Дочь - 1958г., сын - 1960г.

Прожила с ТП **55 лет** и умерла в 2011 г. в возрасте 76 лет



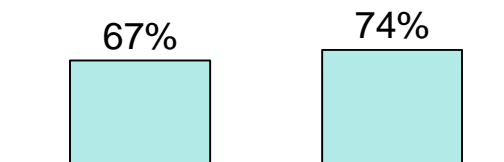
ПРОГНОЗ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ АТП

50 исследований из 25 стран: 4706 беременностей у 3570 пациенток с ТП

После АТП наступление беременности - у 5-12% женщин детородного возраста

БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ АТП ИМЕЮТ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД В 65—92% СЛУЧАЕВ

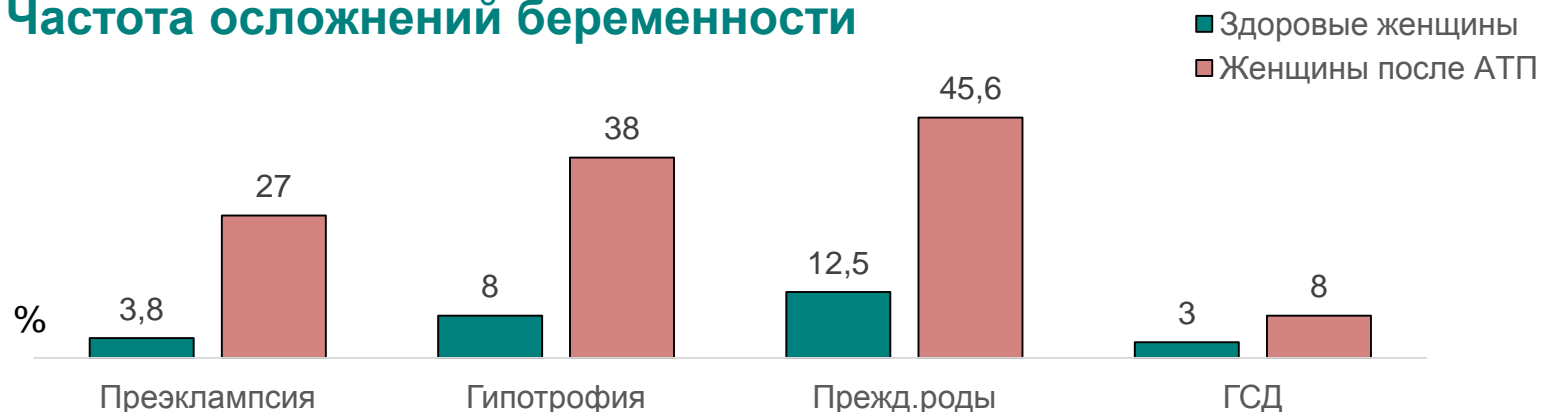
Успешная беременность у женщин с ТП **ВЫШЕ, чем в общей популяции**



Беременность не увеличивает риск отторжения ТП!

ПРЕОБЛАДАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У РЕЦИПИЕНТОК ТП

Частота осложнений беременности



Причины ухудшения функции ТП во время беременности

- Обструкция мочевых путей
- Пиелонефрит трансплантата
- Лекарственная токсичность
- Отторжение трансплантата(редко)

ПЛАНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У РЕЦИПИЕНТОК ПТ

Интервал между АТП и наступлением
беременности **не менее 2 и не более 7 лет**

Предикторы благоприятного течения беременности после АТП

- Уровень креатинина **не выше 0,15 ммоль/л**
- Суточная протеинурия **не более 0,5 г**
- АД **не выше 140/90 мм рт.ст**
- Минимальные дозы иммуносупрессантов:
 - преднизолон: менее 15 мг/сут,
 - концентрация CsA в крови : 100—150 нг/мл.
- Отсутствие отторжения ТП
- Отсутствие активных инфекций

Препарат	Неблагоприятные эффекты
Кортикостероиды	Не обладает тератогенной активностью в терапевтических дозах. Риск гестационной АГ и гестационного диабета.
Циклоспорин Такролимус	Увеличение числа абортов, IUGR, угнетение В-клеток; преждевременные роды, преходящее нарушение функции почек и риск гестационного СД и АГ.
Азатиоприн	Аборт, IUGR, IUFD, преходящая лейкопения, тромбоцитопения. Обычно разрешается на 1 год.
Микофенолат мофетил	Противопоказан при беременности; тератогенный эффект (23%),
Сиролимус Эверолимус	Противопоказано при беременности; нет данных о безопасности (супрессия VEGF)

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ



ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №52

Дисфункция трансплантата

- Усиление АГ
- Нарастание протеинурии
- Прогрессирующее снижение СКФ
- Неврологическая симптоматика
- Признаки ТМА:
- Тромбоцитопения
- Повыш.трансаминаз.
- Ухудшение МПК(УЗДГ)

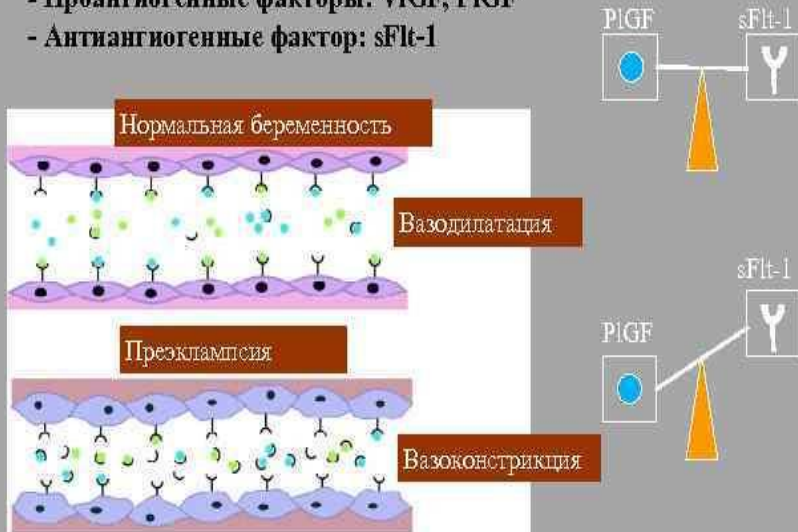
Преэклампсия

Совместное наблюдение акушеры + нефрологи !!!!!!!!!!!

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Преэклампсия: дисбаланс ангиогенных факторов

- Проангиогенные факторы: VEGF, PlGF
- Антиангиогенные фактор: sFlt-1



Соотношение факторов

sFlt/PlGF+sEng и **sFlt/PlGF**(1 раз в триместр)

Ангиогенные факторы:

VEGF-A сосудистый эндотелиальный фактор роста

PlGF- плацентарный фактор роста

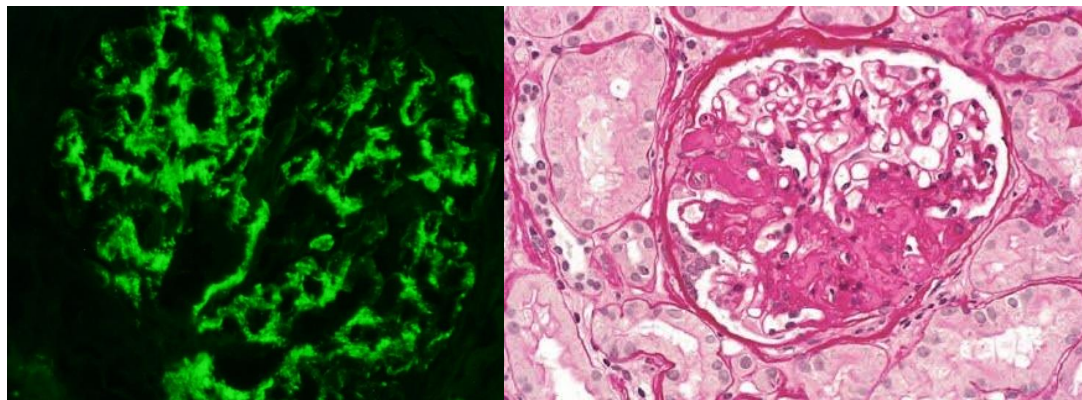
Антиангиогенные факторы:

sFlt-1 fms-подобная тирозинкиназа

sEng –растворимы эндоглин

- Нарушение ремоделирования спиральных артерий матки
- Нарушение адекватного притока крови к плаценте. Снижение перфузии плаценты
- Повышение циркулирующего sFlt1. Снижение PlGF и VEGF. Повышение s-Eng
- Системная сосудистая дисфункция материнского эндотелия.
- Вазоконстрикция и ишемией органов-мишеней

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ПАЦИЕНТКА С., 31 г.



Терапия:

- Пульс-терапия
- МР 1500мг
- ПЗ 4таб.
- с эффектом

ПАЦИЕНТКА С., 31г.

Планирование беременности

отмена и-АПФ,
ММФ: замена
на азатиоприн

дек. 2017 г.

Беременность
Наблюдение в ЖК
с 10-11 нед.

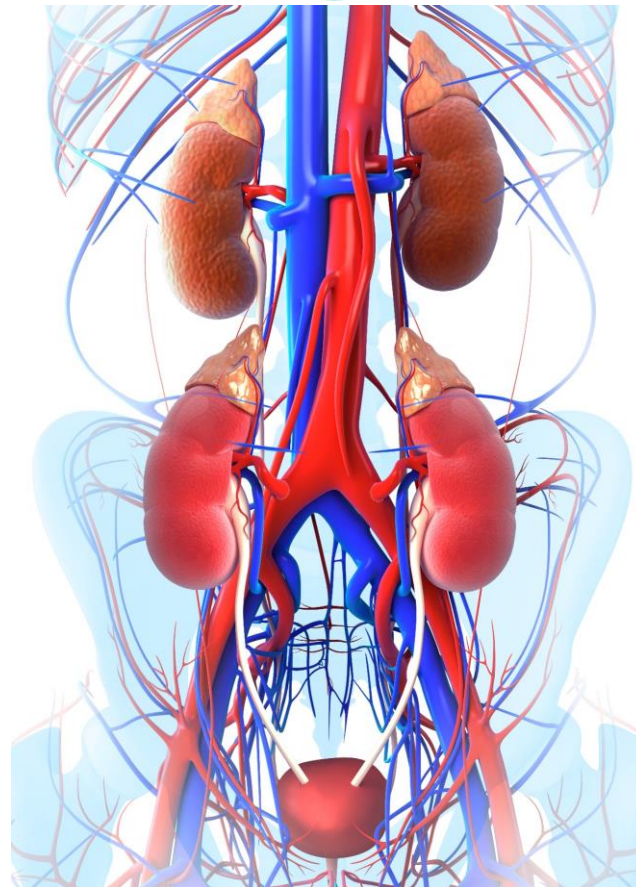
январь 2018 г.

август 2018 г.

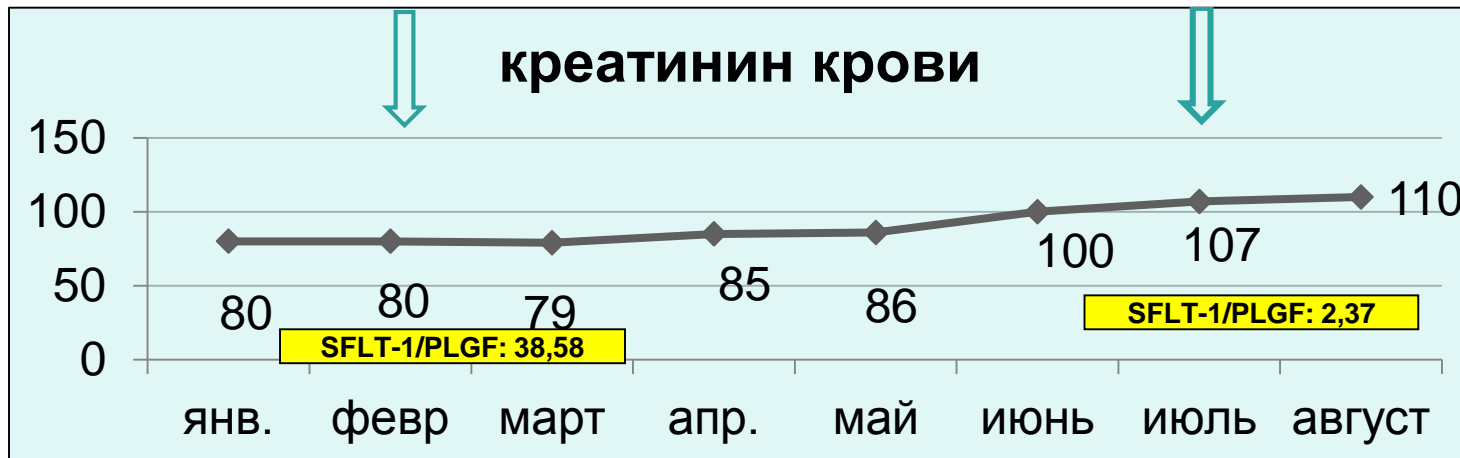
136	НВ	119
379000	ТР.	310000
0,14	СПУ	0,15
5	ЭР-УРИЯ	2

Диагноз:

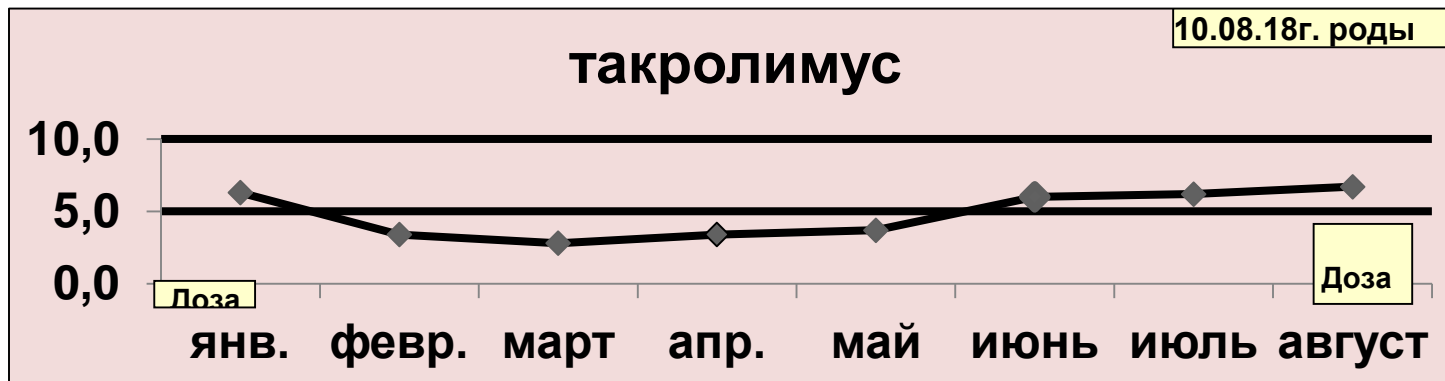
Геморрагический васкулит с поражением почек, кожи, ЖКТ.
Быстро прогрессирующий гломерулонефрит. ТХПН.
АТП от 2010г. Возврат ГН, рецидив ТХПН.
Повторная АТП от 2014г.
Возврат ГН в трансплантате (IgA-нефропатия).
Фон: Беременность 10-11 недель



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С., 31 г.



Нестабильность концентрации иммуносупрессантов



ПАЦИЕНТКА С., 31г.

Госпитализация: 38-39 недель

10.08.18г. в 10:43 – роды (кесарево сечение)

Родоразрешение совместно: акушеры + урологи

Родился доношенный мальчик без видимых травм и пороков развития. М-2730 гр., рост 49 см

Оценка по шкале Апгар: **7-9 баллов**

Мама и малыш находились на совместном пребывании
в послеродовом отделении

Ноябрь 2018г:

Креатинин крови - 80мкмоль/л

Анализ мочи - без патологии

КОМАНДНАЯ РАБОТА СПЕЦИАЛИСТОВ

+ комплаентность пациентки

**Беременность
после АТП – УСПЕШНА!**

