

Features of the course of pregnancy and child birth in a patient with liver transplantation from a living donor

Gulnar Murzabekova¹, Karligash Togyzbaeva¹, Togzhan Payayeva¹, Aigerym Nurmanova¹, Arlan Rakhatayev¹.

¹Corporate fund «University Medical Center» National Research Center for Maternal and Child health, department of obstetrics and gynecology, Astana, Kazakhstan.

УДК 616.361:617.053



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

J CLIN MED KAZ 2017; 3(45 SUPPL 3):99-101

Автор для корреспонденции: Мурзабекова Гульнар Саркытказиевна, Корпоративный фонд «University Medical Center» Национальный научный центр материнства и детства, отделение акушерства и гинекологии, ул.Туран 32, Астана, Казахстан. Телефон номер: +77019999934, E-mail: gulnara.murzabekova.47@mail.ru

ABSTRACT

This paper describes a clinical case of pregnancy and delivery in patients with liver transplantation from a living donor. This case demonstrates the possibility of pregnancy in women who have undergone transplant rejection crisis and successful delivery. Liver transplantation is not an indication for surgical delivery.

ТІРІ ДОНОРДАН БАУЫР ТРАНСПЛАНТАЦИЯСЫ ЖАСАЛҒАН НАУҚАСТА ЖҮКТІЛІК ПЕН БОСАНУ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
Мурзабекова Г.С.¹, Тогызбаева К.Т.¹, Паяева Т.К.¹, Нурманова А.М.¹, Рахатаев А.М.¹.

¹Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы «University Medical Center» корпоративтік қоры, акушерлік және гинекология бөлімі, Астана, Қазақстан.

ТҰЖЫРЫМДАМА

Мақалада тірі донордан бауыр трансплантациясы жасалған науқастың жүктілігі мен босану ағымының клиникалық жағдайы сипатталған. Осы жағдай тасплантанты қабылдамау кризін өткерген әйелдерде жүктілікті және сәтті босану мүмкіндігін куәландырады. Бауыр трансплантациясы оперативті босануға көрсеткіш болып табылмайды.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА
Мурзабекова Г.С.¹, Тогызбаева К.Т.¹, Паяева Т.К.¹, Нурманова А.М.¹, Рахатаев А.М.¹.

¹Корпоративный фонд «University Medical Center» Национальный научный центр материнства и детства, отделение акушерства и гинекологии, Астана, Казахстан.

РЕЗЮМЕ

В статье описывается клинический случай течения беременности и родов у пациентки с трансплантацией печени от живого донора. Данный случай свидетельствует о возможности вынашивания беременности у женщин, перенесших криз отторжения трансплантата и успешного родоразрешения. Пересадка печени не является показанием к проведению оперативного родоразрешения.

Введение

В последние годы трансплантация печени активно развивается во всем мире. Женщины составляют треть всех реципиентов печени, при этом 75% из них находятся в репродуктивном возрасте[1]. Планирование беременности возможно после стабилизации состояния в течение года после трансплантации печени, когда риск отторжения трансплантата уменьшается и не зависит от беременности. Появление современных иммуносупрессантов, не обладающих тератогенными свойствами, позволяет вынашивать беременность до жизнеспособности плода. Кормление грудью при приеме таких препаратов противопоказано[2]. Основные риски беременности связаны с развитием таких осложнений как артериальная гипертензия, преэклампсия, почечная дисфункция, ятрогенный диабет, бактериальные и вирусные инфекции,

преждевременные роды, синдром задержки развития плода и, конечно, кровотечение в родах и послеродовом периоде. Возможны более частое развитие холестаза во время беременности и дисфункции печени. Все исследователи у пациенток с трансплантированной печенью указывают повышение показателей материнской смертности[3], венозную тромбозную эмболию отмечают высокий процент абдоминального родоразрешения. По данным отдела гастроэнтерологии Торонтского университета частота кесарева сечения у пациенток с предшествующей трансплантацией печени выше по сравнению с пациентами в общей популяции[4]. Ведение беременности и родов у пациенток с трансплантированной печенью является мультидисциплинарной проблемой.

В Республике Казахстан с 2011 года реализуется программа по трансплантации печени от живого донора.

Описание случая

Ниже мы представляем случай успешного ведения беременности и родоразрешения пациентки с трансплантированной печенью от живого родственного донора.

Беременная С, 27 лет, поступила в АО ННЦМД с диагнозом: беременность 34 недели. Состояние после ортотопической трансплантации правой доли печени от родственного донора от 04.12.2013г. Умеренная анемия. Хронический пиелонефрит, ремиссия.

Из анамнеза: Росла и развивалась соответственно возрасту. Туберкулез, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает. Аутоиммунный гепатит выставлен в 2010 году. Получала глюкокортикостероиды. В 2013 году в ННМЦ (Астана) проведена трансплантация правой доли печени от родственного донора (брата).получала програф, преднизолон, селлсепт по схеме.

Аллергоанамнез не отягощен. Менструальная функция не нарушена. паритет: 1 беременность данная, не запланированная. На учете по беременности с 7-8 недель. В раннем сроке консультирована трансплантологом, даны рекомендации В сроке 14-15 недель получала стационарное лечение в ННМЦ с диагнозом: состояние после ортотопической трансплантации правой доли печени от родственного донора. Криз отторжения трансплантата. Беременность 14-15 недель. Хроническая ЖДА средней степени. Учитывая криз отторжения трансплантата беременной предложена прерывание беременности, от которого она категорически отказалась. Беременная неоднократно осмотрена гепатологом, трансплантологом. Проводилась коррекция лечения под контролем такролимуса. Доставлена в стационар по линии санавиации с диагнозом: Беременность 39 недель. Состояние после ортотопической трансплантации правой доли печени от родственного донора от 2013г. Умеренная анемия. Хронический пиелонефрит, ремиссия.

Беременная в стационаре полностью обследовалась: данные клинического- лабораторного обследования:

Группа крови О (I) первая, резус – положительный.

ОАК :лейкоциты – 9,20 тыс, Нв – 106 г/л, эритроциты – 3,90 тыс, тромбоциты – 127 тыс, Нт – 30,90 %.

Такролимус: 6,10 нг/мл. ;3,70 нг/мл.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 7,46 мкмоль/л, АЛТ – 7,19 ед/л, АСТ – 13,33 ед/л, ГГТП – 12,12 ед/л, ЩФ – 147,51 ед/л.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 11,92 мкмоль/л, АЛТ – 7,95 ед/л, АСТ – 16,93 ед/л, креатинин – 51,79 мкмоль/л, мочевины – 2,41 ммоль/л, прямой билирубин – 2,39 мкмоль/л, непрямого билирубин – 9,53 мкмоль/л, общий белок – 53,20 г/л.

Коагулограмма: МНО – 0,99, АЧТВ – 24,50 с, ТВ – 18,20 с, ПВ – 12,0 с, фибриноген – 2,1 г/л.

Оценка состояния плода:

УЗИ органов брюшной полости: Гепатоспленомегалия. Двухсторонний гидронефроз. Уплотнение стенок ЧЛС обеих почек. Микронефролитиаз.

УЗИ плода с доплерометрией: По фетометрии 38 недель + 2 дня. Головное предлежание плода. Нарушений МППК не выявлено.

КТГ плода: В пределах нормы.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧС 78 уд/мин. Нормальное ЭОС.

Терапевт: Состояние после трансплантации правой

доли печени. Хронический пиелонефрит, ремиссия. ХПНО.

Трансплантолог: Состояние после ортотопической трансплантации правой доли печени от родственного донора от 2013г. Беременность 39-40 недель.

Беременной на протяжении всей беременности проводилась иммуносупрессивная терапия прографом 4 мг/сут, метипреда 2 мг в зависимости от концентрации такролимуса в крови.

Такролимус–макролид, получаемый из стрептомицетов, широко используется после трансплантации печени. При его применении у беременных, по сравнению с циклоспорином, реже развиваются реакция отторжения трансплантата и гестационная гипертензия, но часто диагностируются гестационный диабет и гиперкалиемия, а также нарушение функции почек у новорожденных

В 39 недель беременности, принимая во внимание отсутствие признаков портальной гипертензии на основании данных УЗИ брюшной полости, нормальные показатели лабораторных данных и хорошее состояние трансплантированной печени без нарушений ее функций, стабильное состояние беременной, внутриутробного плода, срок гестации- рекомендованы роды через естественные родовые пути. При присоединении угрожающего состояния плода - кесарево сечение.

В сроке 41 недель, учитывая срок гестации, экстрагенитальную патологию (состояние после ортотопической трансплантации печени) решением консилиума врачей :рекомендовано индукция родов. Беременная была информирована, получено согласие. Учитывая «незрелые» родовые пути, решено произвести индукцию мизопростолом по схеме: по 25 мкг каждые 6 часов в задний свод влагалища под кардиомониторным наблюдением плода, после введения 2-й дозы мизопростола, по данным КТГ диагностировано: угрожающее состояние плода, связи с чем решено родоразрешить путем операции кесарево сечение. Произведена лапаротомия по Джоел-Кохену. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Родился живой доношенный плод мужского пола, массой 3658 грамм, длиной 54 см с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, передан неонатологу. Операция прошла без технических осложнений. Объем кровопотери составил 500,0 мл. Неонатальный период протекал без осложнений.

В послеродовом периоде проводили исследования контролю гемостаза, определено концентрация такролимуса, биохимических анализов крови.

Проведена антибиотикотерапия в профилактическом режиме цефозалином 2,0гр х 2 раза в сутки, продолжена иммуносупрессия прографом по 4 мг 2 раза в сутки, метипредом 2 мг в сутки.

Послеродовый период протекал без осложнений, выписана на 5-е сутки с ребенком в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение

Данное клиническое наблюдение, можно, свидетельствует о следующем:

При нормальной функции трансплантированной печени у беременных женщин роды возможно вести консервативно.

Кесарево сечение показано при акушерских осложнениях.

Выводы

Успех ведения таких беременных основан на междисциплинарном взаимодействии акушеров-гинекологов, трансплантологов и гепатологов.

Литература:

1. Armenti VT , Radomski JS , Moritz MJ , Gaughan WJ , Hecker WP , Lavelanet A . Report from the National Transplantation Pregnancy Registry (NTPR): outcomes of pregnancy after transplantation. *ClinTranspl.* 2004; 2(6):103-14.
2. Bonanno C , Dove,L .Pregnancy after liver transplantation. *Semin Perinatol.* 2007; 31(6):348-53.
3. BurraP , De Bona M . Quality of life following organ transplantation. *Liver Transplantation* 2010; 16(1):56–63.
4. Cannesson A , Boleslawski E , Declerck N , Mathurin P , Pruvot FR , Dharancy S Daily life, pregnancy, and quality of life after liver transplantation. *PresseMed.* 2009; 38(9):1319-24.
5. Carla S. Coffin, Abdel Aziz M. Shaheen, Kelly W. Burak, Robert P. Myers. Pregnancy outcomes among liver transplant recipients in the United States: A nationwide case-control analysis. *Liver Transplantation* 2006; 12(7):1138–1143.
6. Christopher M Estes Response to Surti et al. Pregnancy and liver transplantation. *Liver Int.* 2009; 29(3): 475.
7. RinellaME . Pregnancy after liver transplantation. *Ann Hepatol.* 2006; 5(3):212-5.
8. SibandaN , Briggs JD , Davison JM , Johnson RJ , Rudge CJ . Pregnancy after organ transplantation: a report from the UK Transplant pregnancy registry. *Transplantation.* 2007; 27(83-10):1301-7.
9. SurtiB , Tan J , Saab S . Pregnancy and liver transplantation. *LiverInt.* 2008; 28(9):1200-6.