

Зайвий привід для «дистресу»

Віктор Ошовський

Так буває завжди: навіть довгоочікуване, ставши рутинною, здається неповноцінним. Цей закон безжальний до стосунків, учинків та істин. Ось чому іноді хочеться вдихнути трохи життя в звичні речі, поглянувши на свою садибу з іншого берега. Як влучно зазначив Ейнштейн: «Неможливо вирішити проблему, міркуючи на рівні її формулювання».

А були часи, коли ми несамолюбиво раділи Наказу №900 МОЗ України від 27.12.2006. Революційний для свого часу, він стверджував: «Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і виправданим методом лікування дистресу плода є своєчасне оперативне розродження (А)». Минала ера тримісячних госпіталізацій з діагнозом «дистрес», фантастичних за об'ємом терапій «препаратів», що покращують матково-плацентарний кровообіг, хибних надій, необґрунтовано приспаної клінічної настроєженості. Рішучим законодавчим кроком зареєстровано очевидне: потопельника не врятувати, поки той під водою.

Хоча особливо стійкі продовжують «ефективно» лікувати «фето-плацентарну недостатність», при цьому апелюючи до «сучасних» даних, переважно російського походження. Безумовно, у російської медичної науки свій шлях, яскраву характеристику якого є обов'язкова відмінність від «західних підходів». Це певна політична і світоглядна позиція, котра іноді викликає щирий подив. Але що робити нам – мешканцям країни, де своєї науки не існує? З одного боку шевченківське «буде все, як німець скаже», з іншого – сумнівне братнє піклування. Відповіді немає і, мабуть, поки що бути не може. Все, що лишається – освіта, роздуми, сумніви. І вийти з крейдяного кола провінційності допоможе зовсім не власне аутентичне бачення, а припинення сприйняття будь-якого досвіду як універсального. Власне про це і хотілося б поговорити в межах даного матеріалу.

Отже, «революційний» 900-ий наказ дійсно був схвально сприйнятий багатьма лікарями, які побачили у ньому зародок принципово нового для нашої країни підходу. Він мав усі перспективи згодом перетворитися на стежку до формування прогресивного світогляду. Однак,

як це часто буває з революційними думками, справа не пішла далі знищення старого режиму. За цей час злетіла вгору неонатологія, ультразвукова діагностика, кардіотокографія, але свинцеві черевички «дистресного» протоколу примушують міцно триматися ґрунту.

Дозвольте процитувати: «показаннями для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину після 30 тижнів вагітності є: критичні зміни кровоплину в артеріях пуповини (нульовий та реверсний); гострий дистрес плода (патологічні брадикардія та децелерації ЧСС) незалежно від типу кровоплину (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності; патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки».

Відсутність діастолічного компонента або реверсний кровотік дійсно пов'язані з перинатальними втратами: згідно з даними Британського королівського коледжу акушерства та гінекології (RCOG Guideline No. 31) співвідношення шансів загибелі плода складає 4,0 та 10,6 відповідно (I). Однак, те саме керівництво наголошує: «при появі нульового або реверсного кровотоку рекомендовані стероїди та розродження у випадку порушень у венозному доплері чи патологічному біофізичному профілі». Тобто, сама лише відсутність діастолічного компонента не є приводом одразу бігти в операційну, якщо відсутні зміни в актограмі, нормальна кількість амніотичної рідини, кровоплин у середній мозковій артерії та венозній протоці залишається незмінним, а серцевий ритм демонструє задовільну варіабельність.

Чи поширеною є подібна ситуація? Погодьтесь, доволі. Наскільки важливою є спроба пролонгування вагітності у терміні функціональної незрілості, продемонструвало дослідження GRIT, результати якого були надруковані у журна-

лі *Lancet* ще у 2004 році. Проводилося порівняння перинатальних результатів плодів зі ЗРП з порушенням кровоплину в артеріях пуповини в залежності від негайного чи відстроченого (під контролем КТГ, БФП, доплерографії) розродження.

Первинні результати підтверджують очевидне: мертвородження реєстрували у 3% плодів з групи спостереження та лише у 0,7% з групи активних дій. Однак, уже порівняння неврологічних уражень демонструє показники 4,1% та 7,7% відповідно з формуванням подальшої інвалідності в 4% та 7% випадків. У цілому перинатальна смертність склала 72,2‰ у групі відстроченого розродження та 84,4‰ у групі негайного. Тобто, рятуючи плодів від «дистресу», ми кидаємо їх на поталу недоношеності.

Виходячи з даних досліджень, клінічного досвіду та здорового глузду, намагаєшся відповісти на питання: чи варто «гратися» з плодами, що мають знижений чи нульовий діастолічний кровотік? Чи варто відкладати розродження, а якщо чекати, то скільки?

Напрошуються прості висновки: протистояти еволюції – марна справа. Ті плоди, що мають загинути – скоріше за все, загинуть. Антенатально чи у період новонародженості. Однак, для тих, хто має гарні перспективи, кожен внутрішньоутробний день – важить. І важить життєво. Дані свідчать: кожна доба перебування дитини в утробі матері до 32 тижнів вагітності зменшує ризик неврологічних ускладнень на 5–10%, у 32–34 тижні – на 1–2%.

Єдині, хто мав би право вирішити напевне, куди схилитись терезам – в ятрогенну незрілість чи антенатальну загибель, – є батьки, яких треба повноцінно інформувати про всі можливі ризики та переваги того чи іншого способу ведення. Подібне сумісне рішення здається гуманним, моральним, однак, малоприйнятним з точки зору простого лікаря, який змушений захиститися від нещадної статистики та каральної адміністративної машини. Адже немає нічого страшнішого за антенатальну загибель у стаціонарі, дарма, що шанси на подальше повноцінне життя прописані в історії побіжно.

Це типова історія плода зі ЗРП, особливо, якщо йому не поталанило бути плодом з монохоріальною двійні. У такому випадку нульовий і навіть реверсний кровоплин в артеріях пуповини може спостерігатися місяцями і зовсім не свідчити про наявність у плода ацидемії, а лише відображати тип прикріплення пуповини або особливості функціонування плацентарних анастомозів.

Так II клінічний тип за Gratacos (2007) при селективній ЗРП у монохоріаль-



ній двійні характеризується перманентною відсутністю діастолічного компонента кровоплину в артеріях пуповини. При ньому очікуємо прогресування ЗРП у понад 90% випадків, неврологічну захворюваність новонародженого ~10%, ризик перивентрикулярної лейкомаляції у більшого плода <5%. Середній термін розродження при цьому типі складає 30,7 (27–40) тижнів.

Однак, даний клінічний варіант є відносно стабільним. Так, ризик раптової загибелі (без попередніх ознак погіршення) у цілому низький і складає ~2% у порівнянні з 15,4% раптової загибелі при III клінічному типі селективної ЗРП (Gratacos), коли спостерігається переміжний кровотік у артеріях пуповини (чергування нормального, нульового чи реверсного). Останній клінічний варіант є підступним ще й тому, що в 19,7% спостерігається перивентрикулярна лейкомаляція у більшого плода з двійні.

Поглянемо з іншого боку. Чи свідчить гарний діастолічний компонент в артеріях пуповини про цілковитий добробут плода? Протягом останнього місяця в столиці розбиралися декілька випадків антенатальної та ранньої неонатальної загибелі. В усіх випадках дані доплерографії в артеріях пуповини, а також БФП, включаючи КТГ, були в межах норми. В усіх випадках причи-

ною втрат була внутрішньоутробна генералізована інфекція. Ідентична ситуація зустрічається при антенатальній загибелі плода від важкої гемолітичної анемії (резус-конфлікт, гостра В19-парвовірусна інфекція) – матково-плацентарний та фето-плацентарний кровоплини до останнього залишатимуться нормальними.

Таким чином, формулюючи покази до передчасного розродження, не варто покладатися винятково на доплерографію артерій пуповини, як і на будь-який інший метод окремо. Тільки сукупне урахування всіх доступних методів оцінки (актограма, гравідограма, біофізичний профіль, КТГ за критеріями Доуз–Редмана, дані доплерографії кровоплину в артеріях пуповини, середній мозковий артерії, венозній протоці) дозволить адекватно оцінити його стан та компенсаторний ресурс.

Тому вкотре дозволяйте нагадати, що термін «дистрес» не має чіткого визначення та єдиних критеріїв. Він свідчить про наявність клінічних ознак страждання плода, але не враховує ступінь важкості його стану. Починаючи з 1988 року, світова медична спільнота замінила термін «дистрес» на «сумнівний стан плода». Новий термін є описовим і повинен детально відображати всі клінічні знахідки.

Дозволю собі навести декілька прикладів із посібника «Ефективний антенатальний моніторинг» Україно-Швейцарського перинатального проекту.

Приклад діагнозу 1:

- Сумнівний стан плода: Знижена рухова активність плода. Ареактивний НСТ. Нормальний БПП (за шкалою Manning).

Приклад діагнозу 2:

- Сумнівний стан плода: МГВП. Ареактивний НСТ. Нормальний кровоплин в артеріях пуповини.

Приклад діагнозу 3:

- Сумнівний стан плода: ЗРП. Нульовий діастолічний кровоплин в артеріях пуповини. Маловоддя. Ареактивний НСТ.
- Усі три діагнози є «дистресами», згідно з нашими протоколами, але між першим та останнім – різниця у прогнозі та клінічних кроках. Погодьтеся, такий діагноз допоможе краще зорієнтуватися в ситуації, забезпечить адекватне наступництво.

Можна роками сидіти і чекати на «добробо царя», який прийде і наведе лад, а можна рухатися назустріч, створюючи локальні протоколи та примножуючи досвід роботи. А далі справа за малим: царі мудрішають, коли мудрішає народ.