

Перша в Україні рання – у 16,5 тижнів вагітності – оперативна фетоскопія при синдромі міжблизнюкового перетікання III ст. тяжкості

Олексій Соловійов, Яна Гончарова

«Невдача – якої ніхто не шукає, кожен боїться і жоден не може ігнорувати, – це примара, що тінно переслідує будь-яку спробу відкриття. Утім, без болючих уколів невдачі, які спонукають нас переглядати та переоцінювати свої спроби, прогрес був би неможливим. У наш час важливість невдачі визначається чимдалі більше. Вчителі та вихователі допомагають дітям учитися спокійно приймати провали. Бізнес-школи навчають на прикладах невдач. Психологи досліджують те, як ми долаємо свої промахи, зазвичай, щоб збільшити шанси на успіх. Саме англійське слово *success* (успіх) походить від латинського *succedere* – «йти слідом за», тобто так, слідом за невдачею. Одне без другого існувати не може. Океанограф Роберт Баллард, ветеран ста тридцяти підводних експедицій, людина, що знайшла затонулий «Тітанік», називає це діалектикою – «ніч і ян» успіху та невдачі. Навіть найприкріші провали дають нам інформацію, яка допоможе вибрати інший шлях наступного разу» (цитата зі статті Ганні Блох «Право на невдачу / Що було би з нами без невдач?», *National Geographic Україна, вересень 2013, с. 112*). Даруйте за розлогу цитату, але вона вчасно й точно передає сутність процесу розвитку будь-чого, включно з медициною взагалі та медициною плода зокрема, як у цілому світі, так і у нашій нещасній країні.

Шановний читачу, доки Вам не набридла ця стаття своїм можливим позірним песимізмом, поспішу сповістити, що вона насправді не є прикладом невдачі, і перша в Україні рання оперативна фетоскопія з лазерним заварюванням спільних судин у 16,5 тижнів вагітності завершилася благополучно народженням живих і здорових діточок, які вже виписані додому й радують своїх батьків (рис. 1). Сенс цього повідомлення полягає у позитивному прикладі окремих успішних звершень на тлі наразі не вирішуваних організаційних, системних негараздів надання сучасної медичної допомоги у нашій країні та у закликку спільно борюватися перешкоди, розвивати та покращувати перинатальний підхід до ведення вагітностей взагалі та до медицини плода зокрема. Без так званої команд-

ної роботи, «відчуття плеча» між батьками ненароджених дітей, лікарями жіночих консультацій чи сімейними лікарями, фахівцями з пренатальної діагностики та медицини плода, лікарями стаціонарів перинатальних центрів, медичними генетиками, неонатологами та педіатрами, без критичного осмислення наших спільних успіхів та невдач годі й сподіватися на поступ у дійсному розвитку сучасної перинатології в Україні.

Тож, про наш випадок. Пацієнтка К., 33 роки, звернулася до нас на початку квітня 2013 року зі своєю 2-ю природною вагітністю двійнею у віці вагітності 16,5 тижнів (тиж.). Анамнез пацієнтки та родинний анамнез не були обтяженими. Перша вагітність закінчилася вчасними пологами природним шляхом і народженням здорової дитини. Під час планового ультразвукового дослідження (УЗД) у 12 тиж. визначено однайцеву (*monozygotic*) одноторочкову (*monochorionic*) двохоплідну (*diamniotic*) двійню, відповідно до чого наступне УЗД було правильно призначене вже на 16 тиж. І у 16 тиж. виявлено ультразвукові ознаки, підозрілі на синдром міжблизнюкового перетікання (*Twin-to-Twin Transfusion Syndrom, TTTS* чи *Fetus-to-Fetus Transfusion Syndrome, FFTS*). Для подальшої діагностики та можливого лікування родина звернулася до клініки «Надія», що спеціалізується на медицині плода, включно з внутрішньоматковими діагностико-лікувальними втручаннями, перша оперативна фетоскопія в якій була здійснена ще у серпні 2009 р. УЗД показало, що: обидві дитини мають жіночі зовнішні статеві органи; розміри одного з плодів у середньому відповідали очікуваному віку вагітності 16,5 тиж., натомість другого – 15,5 тиж.; сечовий міхур більшої дитини був стало переповнений після частих часткових спорожнень при одночасно цілком порожньому сечовому міхурі меншої дитини (рис. 2); відповідно, у більшої дитини спостерігалася значне багатоводдя з показником оплодневої рідини (ГІОР) у 25,5 см та висотою найбільшої вільної кишені понад 8 см та одночасно майже *ahydramnion* меншої дитини з єдиною наявною кишенею вільної рідини у 0,9 см (рис. 3, 4); через майже відсутню оплоднєву рідину рухи меншого плода

були значно обмеженими біля стінки матки (так звана ознака «приклеєного плода» [рис. 4]); доплерометричні показники кровоплину в артеріях пуповин більшого плода – у припустимих межах (рис. 5), натомість у меншого плода спостерігався нульовий діастолічний кровоплин (рис. 6). Перелічені ознаки відповідали синдрому міжблизнюкового перетікання III ст. тяжкості згідно класифікації *Quintero*. На щастя, шийка матки вкоротилася лише до 25 мм (рис. 7). Родині було надано усі необхідні пояснення і, враховуючи стрімкий розвиток синдрому міжблизнюкового перетікання та вже III ст. його тяжкості при одночасному вкороченні шийки матки, призначено оперативну фетоскопію з метою лазерного заварювання спільних судин на плодовій поверхні спільного ложиська (*placenta*) вже на наступний день. На пряме запитання родини щодо нашого досвіду виконання оперативних фетоскопій у такому ранньому віці вагітності ми відверто відповіли, що такого досвіду немає ані у нас, ані у будь-кого в Україні, а самі фетоскопії не гарантують виживання дітей при подібних станах – операції лише дають шанс на виживання. До того ж, ми маємо думку, що здійснювати оперативні фетоскопії слід виключно у тих випадках, коли сама родина вірить у успіх лікування і хоче надати дітям шанс на життя.

Наступного дня, за бажанням родини, було проведено оперативну фетоскопію з лазерним заварюванням спільних судин (рис. 8). У 20 тиж. під час планового УЗД виявлено: звичайну кількість оплодневої рідини в обох плодах із загальним ГІОР близько 14 см, відповідно, помірно наповнені сечові міхури й добрі доплерометричні показники в обох дітей та довжину шийки матки у 28 мм. Пологи відбулися у 34 тиж. природними родовими шляхами, діти народилися вагою 2190 г та 2100 г і на час підготовки цієї статті мали 1 місяць життя (рис. 1).

Добрими наслідками цього випадку, попри дуже ранній та стрімкий розвиток синдрому міжблизнюкового перетікання (СМП) і ранню оперативну фетоскопію (у 16,5 тиж.), маємо завдячувати: правильному визначенню виду багатоплодової вагітності у 1-му триместрі; початку контрольних оглядів від 16 тиж., що дозволило знайти ранній та стрім-



Рис. 1. Двійня віком майже 1 місяць, народжена у 34 тиж. після оперативної фетоскопії у 16,5 тиж.



Рис. 2. Праворуч – переповнений сечовий міхур реципієнта, ліворуч – порожній донора



Рис. 3. Значне багатоводдя для 16 тиж. у більшого плода



Рис. 4. Найбільша вільна кишенька більшого плода понад 8 см, єдина вільна кишенька 0,9 см меншого

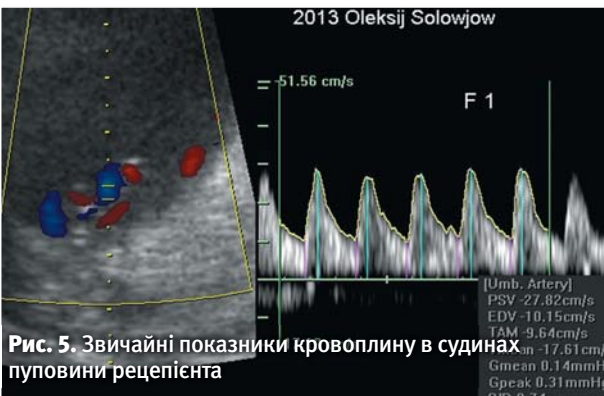


Рис. 5. Звичайні показники кровоплину в судинах пуповини реципієнта



Рис. 6. Нульовий діастолічний кровоплин в артеріях пуповини донора

кий розвиток СМП; негайному зверненню до медичного осередку, що спеціалізується на медицині плода; рішучості та вірі в успіх самої родини; вчасному здійсненню оперативної фетоскопії; правильному веденню вагітності в умовах жіночої консультації та стаціонару перинатального центру; фаховій неонатальній допомозі.

Для додаткового висвітлення правильного підходу до ведення описаного випадку наводимо два протилежні випадки, з якими довелося стикнутися останнім часом.

Випадок 1.

Пацієнтка Я. 34 років звернулася до нас невдовзі після описаної фетоскопії зі своєю 1-ю вагітністю також у 16 тиж. і теж

із природною одноторчковою двооплідною двійнею та попередньо виставленим діагнозом СМП III ст. тяжкості. Наше дослідження виявило замість СМП невідповідність розвитку плодів, який відрізняється від СМП відсутністю **одночасного** суттєвого багатоводдя більшого плода при значному маловодді меншого плода. В цьому ж випадку найбільша кишенька меншого плода сягала 4,5 см і в обох плодів спостерігалася помірне наповнення сечових міхурів. Оскільки при одноторчкових двійнях особливі ускладнення перебігу вагітностей можуть переходити з одного в інший (дивись статтю «Багатоплодова вагітності з точки зору медицини плода як складової перинатології» у 4(16) числі журналу «З турботою про Жінку» від травня–червня 2010 р.), ро-

дині було надано усі необхідні пояснення та рекомендовані контрольні УЗ-огляди щонайменше раз на 1–2 тижні та лікування шляхом оперативної фетоскопії в разі розвитку СМП або при суттєвому погіршенні стану меншого плода чи при появі ознак серцево-судинної недостатності якогось із плодів. Родина не дослухалася цих порад, і у терміні 22–23 тиж. внаслідок розвитку СМП з гострим багатоводдям вагітність перервалася; народилися дві живі дитини вагою у 640 г та 500 г, які невдовзі померли: більша дитина через 2 години після народження, менша – через 2 доби.

Випадок 2.

Пацієнтка Т. 38 років звернулася з 2-ю природною вагітністю одноторчковою



Рис. 7. Довжина шийки матки до фетоскопії 25 мм



Рис. 8. Ендоскопічний вигляд зварювання спільних судин лазером



Рис. 9. Гостре багатоводдя реципієнта



Рис. 10. Шийка матки вкорочена до 4 мм

двійнею, що ускладнилася СМП, у терміні 26 тиж., для лікування шляхом оперативної фетоскопії. Анамнез не був обтяженим, перша вагітність закінчилася фізіологічними пологами. Наприкінці 1-го триместру вагітності правильно визначили вид багатоплодової вагітності, відповідно, від 16 тиж. правильно здійснювали контрольні УЗ-огляди, але після планового УЗД у 20 тиж. пацієнтку було заспокоєно, що надалі вже все має бути добре і контрольні УЗ-огляди непотрібні. Відповідно, для наступного УЗД пацієнтка звернулася сама лише у 25–26 тиж., оскільки її стурбував надмірно великий живіт. У цьому віці вагітності визначили СМП і порадили звернутися до нас для лікування шляхом оперативної фетоскопії. Але під час огляду в нашій клініці виявлено гостре багатоводдя з ПОР уже 60 см і висотою найбільшої кишені вільної рідини у 18 см (рис. 9) та вкороченням шийки матки до 4 мм (рис. 10); при цьому пацієнтку вже турбували такі болі, які можна було розцінювати як передвісники передчасних пологів. У такому стані й у такому віці вагітності виконання оперативної фетоскопії вже втрачало свій сенс, відповідно, родина відмовилася від лікування й поспішила додому, де в умовах перинатального центру через день і сталися передчасні пологи з народженням мертвих плодів.

Висновки

1. Переважна більшість (близько 80%) двієнь, включно з однойцевими (*monozygotic*) одноторчковими (*monochorionic*) двоохплідними (*diamniotic*), розвивається без суттєвих ускладнень і закінчується народженням живих та здорових дітей.

2. Відповідно, не слід радити ще у 1-му триместрі, як тільки визначено одноторчкової (*monochorionic*) тип багатоплодової вагітності, переривання цієї вагітності лише на підставі того, що ускладнення можуть бути! Вони дійсно «можуть бути», але всього у близько 20% такого виду вагітностей.

3. Тип багатоплодової вагітності обов'язково слід визначити ще у 1-му триместрі, оскільки зробити це пізніше іноді буває вже неможливим. У разі виявлення одноторчкової двійні батькам треба докладно пояснити, що перебіг більшості таких вагітностей є добрим і закінчується народженням здорових дітей. І навіть, якщо їх родина потрапить у ті 20%, що можуть бути ускладненими, 2/3 випадків таких ускладнених вагітностей також можуть закінчитися народженням здорових дітей – після надання необхідної медичної допомоги.

4. З метою вчасного виявлення особливих ускладнень одноторчкових двієнь, до яких належать синдром міжблизню-

кового перетікання, невідповідність розвитку плодів, стан анемії-поліцитемії, вади розвитку одного з плодів, синдром зворотної артеріальної перфузії/акардії, від 15–16 тижнів слід робити короткі (так звані контрольні) УЗ-огляди щонайменше раз на 2 тижні з метою пошуку УЗ-ознак цих можливих ускладнень, оскільки такі особливі хворобливі стани можуть раптово з'явитися у будь-який час і розвиватися іноді дуже стрімко. За відсутності патологічних ознак повноцінні планові УЗО таких двієнь достатньо здійснювати в 11–13, 20–21 та 27–28 тижнів.

5. У разі знаходження ознак, підозрілих щодо особливих ускладнень одноторчкових двієнь, слід спокійно, не лякаючи родини, пояснити свої підозри та скерувати пацієнтку до спеціалізованого осередку з медицини плода для додаткового огляду та ймовірного лікування.

Запорукою вчасного виявлення та успішного лікування особливих ускладнень однойцевих (*monozygotic*) одноторчкових (*monochorionic*) двієнь є тісна співпраця (за принципом прямого та зворотного зв'язку!) між самою родиною та лікарями жіночих консультацій чи сімейними лікарями, фахівцями з пренатальної діагностики і медицини плода, лікарями стаціонарів перинатальних центрів, неонатологами. Оскільки у цій справі «один у полі – не воїн».