

Перинатальная медицина: с заботой о ребенке

Времена, когда врачи-акушеры в большей мере концентрировали свое внимание на матери, а интересами плода часто пренебрегали, ушли в прошлое. Сначала от акушерства отделилось такое направление, как неонатология, а сегодня в интересах плода выделено еще одно направление – перинатология. 26-27 апреля в Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика прошел I Международный конгресс по перинатальной медицине, собравший ведущих перинатологов Украины, ближнего и дальнего зарубежья. Предлагаем читателям ознакомиться с наиболее интересными и актуальными докладами конференции.

Член правления Всемирной ассоциации перинатальной медицины, доктор медицинских наук, профессор медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета Антон Михайлов (Россия) рассказал об особенностях течения монохориальной многоплодной беременности.



– Многоплодие связано с необходимостью решения целого ряда медицинских, юридических и этических проблем как для врачей, так и для пациентов. Многоплодие – это исходно осложненная беременность.

Если посмотреть на структуру многоплодия, становится очевидным, что это беременности разные. Как известно, многоплодные беременности бывают близнецовые и монозиготные. Монозиготные многоплодные беременности могут быть моно- и дихориальные. Монохориальные беременности имеют наибольшее число осложнений. Частота детского церебрального паралича при монохориальной монозиготной беременности в 8 раз выше, чем при дихориальном многоплодии.

Пик увеличения потери плода приходится на 20–24-ю неделю беременности и связан с фетопатальным трансфузионным синдромом (ФФТС), который развивается у 10–20% монохориальных двоен. При отсутствии внутриутробной коррекции этого состояния в 80–100% случаев отмечается гибель одного или обоих плодов, особенно при раннем развитии данного синдрома.

ФФТС проявляется гемодинамическим дисбалансом между близнецами. Причиной этого является наличие плацентарных артериовенозных анастомозов, которые формируют общий круг кровообращения. Из-за градиента давления один плод становится донором крови, а другой реципиентом.

У реципиента развивается многоводие, гипертрофия, кардиомегалия, трикуспидальная регургитация, а в некоторых случаях – обструкция легочного ствола.

В классификации ФФТС выделяется пять стадий:

- I стадия: многоводие у плода-реципиента и выраженное маловодие у плода-донора. Мочевой пузырь донора визуализируется.

- II стадия: дальнейшее прогрессирование многоводия у плода-реципиента и англоамнион у плода-донора. Мочевой пузырь донора не визуализируется.

- III стадия: многоводие у плода-реципиента и выраженное маловодие у плода-донора в сочетании с критическим нарушением плодовой гемодинамики по данным доплерометрии. При этом мочевой пузырь донора может визуализироваться. Наблюдаются сердечно-сосудистые изменения у обоих плодов, проявляющиеся патологическими показателями доплерографии артерий пуповины и венозного протока.

- IV стадия: асцит и выраженный отек обоих плодов.

- V стадия: внутриутробная гибель одного или обоих плодов.

С целью коррекции ФФТС применяют фетоскопическую лазерную коагуляцию и амниоредукцию. Фетоскопическая лазерная коагуляция плацентарных анастомозов при ФФТС является наиболее эффективной процедурой и превосходит амниоредукцию. Лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты позволяет пролонгировать беременность как минимум на три недели. В этом случае можно говорить, что каждый день пребывания плода в полости матки равен неделе пребывания в палате интенсивной терапии.

Неонатальные исходы зависят от стадии ФФТС, на которой произведено вмешательство. Чем раньше проведена операция, тем лучшие ожидаются результаты, которые также зависят от расположения плаценты.

В случае гибели одного плода пациентка должна быть госпитализирована для наблюдения за состоянием второго близнеца в течение нескольких дней. Параллельно с КТГ-контролем проводится изучение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии (СМА) с целью исключения анемии плода и фетопатального кровоизлияния. Если же подтверждается анемия плода, выполняется кордоцентез с последующим внутриутробным переливанием крови.

Синдром обратной артериальной перфузии (СОАП) – менее редкое осложнение многоплодной беременности. На 1 млн 800 тыс. родов в РФ 54 беременности сопровождаются этой патологией. Перинатальная смертность акардиального плода при СОАП равняется 100%, плод-помпы – 50–80%, несмотря на оказание специализированной помощи.

СОАП связан с наличием артерио-артериальных и вено-венозных анастомозов сосудов пуповины близнецов. Считается, что нормальное развитие полостей сердца может быть только при нормальной периферическом сосудистом сопротивлении. Полагают, что появление дополнительных коллатералей приводит к уменьшению сосудистого сопротивления, что влечет за собой акардию.

В нашей клинике наблюдалось 12 женщин с СОАП, которым проводилась лазерная коагуляция плацентарных анастомозов. Выживаемость плода-помпы составила 75%. При этом следует учитывать, что на поздних сроках гестации в случае наличия живого плода-помпы какие-либо вмешательства противопоказаны. В данной ситуации необходим мониторинг гемодинамики плода с целью своевременной диагностики признаков сердечной недостаточности и проведения родоразрешения.

Принципиальным вопросом перинатологии остается тактика ведения беременности при гибели одного из плодов при монохориальной беременности. Известно, что гибель одного из плодов в 25% случаев приводит к гибели второго плода и в 15% случаев к ДЦП у выживших плодов. Тем не менее стремление к срочному родоразрешению себя не оправдало. Оказалось, что ключевым моментом в данной ситуации является период, необходимый для сокращения сосудов у умершего плода. Именно в это время в результате падения артериального давления происходит дренирование крови от живого плода и его анемизация. Увеличение максимальной систолической скорости в средней мозговой артерии, по нашему мнению,

является показанием к проведению переливания крови, так как достоверно прогнозирует анемию плода. Скудность клинического материала, к сожалению, не дает возможности сделать достоверные выводы об эффективности указанной тактики в целом. Отсутствие признаков анемии после смерти одного из плодов позволяет надеяться на благоприятный отдаленный прогноз у живого плода.

Доктор медицинских наук, профессор Владимир Федорович Кузин (Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, г. Москва) рассказал о проблемных моментах интерпретации данных кардиотокографического исследования (КТГ).



– С позиции современного акушерства КТГ и нестрессовый тест (НСТ) являются необходимыми и обязательными исследованиями, помогающими достичь благоприятного исхода для новорожденного.

На основе доказательной медицины в последние годы было установлено, что мониторинг за состоянием плода во время беременности и при родах в группе высокого риска перинатальной патологии является эффективным методом снижения перинатальной заболеваемости и смертности, однако применение КТГ в группе беременных низкого перинатального риска не снижает частоту гипоксических повреждений плода.

Однако на сегодня известно, что метод КТГ нередко приводит к ошибочной интерпретации данных и, соответственно, ошибочному принятию решений. Данная ситуация требует постоянного усовершенствования методики и пересмотра критериев оценки КТГ.

В рамках процесса усовершенствования обозначились некоторые ключевые положения, позволяющие избежать серьезных ошибок при использовании визуального метода оценки КТГ. Перинатальный комитет рекомендует при проведении КТГ с визуальным методом оценки соблюдать следующих стандартов: КТГ проводят только после 32-й недели и продолжительность записи длится не менее 60 мин.

В самом начале исследования, согласно рекомендациям, достаточной может считаться запись продолжительностью 20 мин, что будет называться НСТ. Оценка НСТ как реактивного теста позволяет не проводить каких-либо дальнейших исследований. Интерпретация ЧСС при НСТ проводится по следующим параметрам. Две акцелерации свидетельствуют о реактивном тесте, одна – о сомнительном, отсутствие акцелераций говорит о ареактивном НСТ. Ареактивный и сомнительный результат НСТ не свидетельствуют о нарушении его функционального состояния и не служат показанием к экстренному родоразрешению, а требуют продления наблюдения до 60 мин с целью исключения фазы сна плода.

За более чем 40-летний период накопилось большое количество разного рода схем и шкал, используемых для интерпретации кривой КТГ и оценки

функционального состояния плода. Большинство акушеров отдают предпочтение рекомендациям FIGO, согласно которым для стандартизации визуальных оценок данных КТГ предлагается деление полученных результатов на нормальные, подозрительные и патологические.

Нормальное КТГ имеет следующие характеристики:

- базальный ритм в пределах 110–150 уд/мин;
- амплитуда вариабельности 10–25 уд/мин;
- акцелераций 2 и более;
- децелерации отсутствуют или спорадические, неглубокие и короткие.

Следует отметить, что интерпретация данных КТГ зависит отнюдь не от классификаций, академических расчетов и приверженности к той или иной шкале, а от определения базальной линии, что, как показывает практика, является не простой задачей. В Российской Федерации активное внедрение в практику КТГ привело к необоснованному расширению показаний к оперативному родоразрешению в интересах плода, не изменив при этом частоты и структуры перинатальных потерь.

Анализ случаев ошибочных заключений существенно повлиял на одну из наиболее часто используемых для интерпретации КТГ шкал – шкалу Фишера, в которой три из четырех параметров были пересмотрены. Без изменения осталась лишь базальная частота. Такие параметры, как вариабельность и акцелерации, должны оцениваться с учетом возраста плода, а классификация децелераций на «дипы» возможна только при наличии регулярных схваток.

Несмотря на то что КТГ является операторзависимым методом, визуальная оценка продолжает оставаться основной в интерпретации кривой КТГ, требуя совершенных знаний физиологии плода и акушерства в целом, что позволит свести к минимуму количество случаев гипер- и гиподиагностики.

Тем не менее недостатками визуального метода оценки состояний плода по данным КТГ являются:

- субъективизм в интерпретации кривой КТГ;
- низкая чувствительность и специфичность метода, большое количество ложноотрицательных и ложноположительных заключений;
- трудоемкость и ошибочность при ручном расчете базальной линии, что приводит к ошибочному расчету всех остальных параметров;
- отсутствие возможности оценки параметра с учетом возраста плода;
- невозможность произвести полный расчет и оценку параметров КТГ в режиме реального времени;
- сложность оценки почасовой динамики изменений параметров КТГ в процессе родов.

С целью уменьшения субъективного компонента при оценке КТГ мировая наука сделала несколько успешных шагов. В конце 80-х годов ряд исследователей попытались компьютеризировать оценку КТГ. Девис и Редман из Оксфорда разработали программное обеспечение для кардиотокографа, не только регистрирующего саму КТГ, но и считающего ее основные параметры. Процессор, встроенный в прибор, дает информацию, на какой минуте КТГ соответствует критерию, названному впоследствии именем исследователей, и может считаться нормальным для данного срока беременности.

Более подробно определяют необходимую продолжительность записи КТГ те

же критерии Девиса-Редмана, которые, помимо упомянутых выше условий, включают:

- наличие минимум одного шевеления плода или трех акцелераций;
- отсутствие признаков синусоидального ритма;
- STV 3 мс или более;
- наличие либо акцелерации, либо эпизода высокой variability;
- отсутствие децелераций или ошибок в конце записи.

STV – это показатель разности между средними пульсовыми интервалами, зарегистрированными в течение предыдущего и последующего промежутка, равного 1/16 мин, отражающий степень тяжести метаболического ацидоза. В норме этот показатель колеблется между 5 и 10 мс и призван заменить собой показатель амплитуды мгновенных осцилляций, точный расчет которого был бы крайне труден ввиду большого количества мгновенных осцилляций, регистрируемых в ходе исследования. STV менее 5 мс необходимо интерпретировать как признак низкой variability, STV более 10 мс – аналогичен регистрации салтаторного типа variability.

Данная разработка позволила проводить мониторинг плода на более ранних сроках гестации. Качественно новая оценка антенатальной КТГ с 26-й недели выглядит следующим образом:

- критерии Девиса-Редмана соблюдены. В таком случае с достоверностью 95% можно утверждать об отсутствии признаков антенатального дистресса плода;
- критерии Девиса-Редмана не соблюдены, но STV >4 – антенатальный дистресс плода без гипоксии;
- критерии Девиса-Редмана не соблюдены, но STV <4 – антенатальный дистресс плода с гипоксией.

Заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, доктор медицинских наук, профессор Вера Ивановна Пирогова представила вниманию участников доклад, в котором рассматривались противоречивые аспекты инфекционного фактора потери беременности.



– Проблема инфекционного фактора в потере беременности в отечественном акушерстве имеет две крайности – либо чрезмерно гиперболизируется, либо чрезмерно приуменьшается. Объективный подход к данной проблеме возможен лишь при понимании процессов, происходящих в иммунной системе беременной женщины.

Необходимо учитывать, что беременность – это выраженный иммунологический компромисс между интересами матери и плода. Нарушение иммунологического компромисса подвергается многим факторам, в том числе и инфекционным. Но во время беременности плацента продуцирует цитокины, способные предотвратить прохождение микробных агентов к плоду. Данный факт меняет наше представление о беременности как об иммунодефицитном состоянии, которое можно считать несостоятельным.

Теоретически можно предположить ситуацию, когда супрессия материнского иммунитета, запускаемая плацентой для обеспечения выживания плода, снижает порог проникновения в организм матери потенциально опасных для плода микробов в количестве, способном прорвать линию защиты плаценты.

Инфекции во время беременности могут приводить к известным осложнениям, в том числе и прерыванию беременности,

но нужно помнить о том, что роль инфекционного фактора в структуре причин невынашивания беременности на сегодняшний день не достаточно ясна.

Для большинства инфекций, представленных в группе TORCH, поражение плода возможно только при наличии вирусемии или бактериемии у матери. Поэтому с полной уверенностью можно утверждать, что TORCH-инфекции опасны для плода при первичном инфицировании женщины во время беременности.

Стадии иммунного ответа – это то, на чем должен базироваться принцип обследования женщин из группы риска. Но, к большому сожалению, в Украине лаборатории, которые исследуют avidность иммуноглобулинов G (IgG), единичны и столь же мало количество врачей, понимающих необходимость таких исследований.

Известно, что начало инфекционного процесса коррелирует с появлением иммуноглобулинов M (IgM), после которых начинается продукция IgG. Но на ранних стадиях инфекции последние являются низкоавидными. Высокоавидные IgG свидетельствуют о давности процесса, не имеющего отношения к текущему заболеванию.

О недавней инфекции можно говорить в трех случаях: при положительных IgM и отрицательных IgG; при положительных IgM и положительных низкоавидных IgG, а также при отсутствии IgM и положительных низкоавидных IgG.

Серологическая диагностика первичной инфекции имеет свои особенности. Avidность IgG, являющаяся косвенным подтверждением напряженности антитела, возрастает в первые недели после первоначальной инфекции. Низкоавидные IgG сохраняются вплоть до 20-й недели после первоначальной инфекции.

В настоящее время именно соотношение IgM и иммуноглобулинов G низкой avidности является универсальным для диагностики первичной инфицированности матери разными инфекционными агентами. На сегодняшний день практический интерес представляют следующие нозологии: краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, вирус простого герпеса, генитальный герпес.

Проблема краснухи актуальна исключительно для Украины в связи с отсутствием плановой иммунизации. Следует помнить, что во время беременности есть ложноположительные реакции, обусловленные совершенно другими иммунными механизмами. Поэтому женщины с сомнительным эпидемиологическим анамнезом и подозрением на перенесенную краснуху на ранних сроках беременности с выявленными IgM подлежат обследованию в специализированных лабораториях при помощи метода иммуноблот в связи с возможностью ложноположительных реакций.

Заблеваемость токсоплазмозом различна в разных регионах мира, а также внутри стран. Инфицированность токсоплазмами женщин репродуктивного возраста в Украине составляет около 50%. Женщины с наличием IgG не требуют мониторинга во время беременности и не подлежат лечению. Внимания заслуживают иммунологически реактивные женщины, которым желательна ежемесячная определение антител для своевременного выявления выража реакции и проведения лечения.

Инфицированность цитомегаловирусом женщин репродуктивного возраста составляет 80-90%. Большинство женщин до наступления беременности являются инфицированными. Угроза реактивации вируса во время беременности действительно возможна, но исключительно у иммунокомпрометированных лиц. Первично инфицируются во время беременности от 1 до 4% женщин, что в трети случаев приводит к инфицированию плода. Невозможность спрогнозировать последствия

для новорожденного предопределяет последующую тактику диагностики. Для подтверждения внутриутробного инфицирования плода либо прибегают к кордоцентезу, либо определяют IgM. В неонатальном периоде исследуют пуповинную кровь на наличие IgM и IgG.

Согласно литературным данным только 10-20% беременных не имеют иммунитета к вирусу простого герпеса, что делает плод уязвимым к вирусу во время беременности, родов, а также в период лактации. В наших лабораториях преимущественно определяют немоноклональные антитела, что затрудняет лечебные и профилактические мероприятия.

Генитальный герпес выявляется у 20-25% женщин. При этом инфицирование плода происходит в 0,1% случаев. К проблемным моментам данного заболевания относят бессимптомное выделение вируса. Эпизод бессимптомного выделения продолжается от 24 до 48 ч. На момент родов количество беременных с бессимптомным выделением не превышает 2%. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что метод ПЦР не должен применяться ко всем беременным с целью определения выделения вируса перед родами. В противном случае это приведет к необоснованному увеличению показаний к операции кесарева сечения. Метод ПЦР показан в случае наличия свежих рецидивных высыпаний после 36-й недели беременности, и тактика оперативного родоразрешения считается оправданной.

Президент Украинского общества перинатальной медицины, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Петрович Вдовиченко (Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика) представил доклад о партнерских родах как сдерживающем факторе акушерской агрессии.



– Акушерская агрессия – это ятрогенные действия, обоснованные материальным фактором или профессиональной некомпетентностью, которые способствуют увеличению частоты осложнений беременности и родов, росту перинатальной и материнской патологии.

На сегодняшний день можно с уверенностью говорить о том, что большинство проблемных моментов в акушерстве связано с акушерской агрессией. Кровотечение третьего периода родов, высокий процент кесаревых сечений являются примером акушерской агрессии. В современном акушерстве одним из сдерживающих факторов этой агрессии являются партнерские роды.

Основоположником партнерских родов в мире принято считать американского акушера-гинеколога Роберта Брэдли, сформулировавшего в 1965 году принципы партнерских родов в своей книге «Роды под руководством мужа». Главная идея Брэдли состояла в том, что муж должен не просто присутствовать на родах, а принимать в них активное участие, оказывая помощь жене в релаксации и следовании «инструкциям», исходящим от ее тела. Однако, по мнению новатора, роль инструктора во время родов подходит не всем мужчинам, и пользы от их присутствия бывает мало.

В 90-х годах в мире начали появляться профессиональные ассистенты рожениц – doula. Это женщины, исполняющие функцию инструктора по подготовке беременной к родам. Они призваны быть посредниками между роженицей и ее супругом, с одной стороны, и обслуживающим персоналом – с другой.

Существующий институт doula, или другими словами институт профессиональных ассистентов при родах, не исключает участия в родах супруга или близких людей. Для большинства женщин профессиональный ассистент – это самый оптимальный вариант, ведь такой ассистент может выступить в роли дипломата и адвоката роженицы. Он помогает объяснять родственникам предложения специалистов, правильно формулировать вопросы, получать необходимую информацию и активно участвовать в принятии решений.

Метаанализ многих исследований показал, что партнерские роды существенно сокращают продолжительность родов, использование анальгезии, агрессию при влагалищном родоразрешении, а также уменьшают частоту кесаревых сечений.

В течение шести недель после родоразрешения большинство doula-поддерживаемых женщин кормили грудью, отмечали повышение чувства собственного достоинства, имели меньше депрессивных состояний и более нежно относились к своим младенцам. При совместном пребывании матери и отца ребенок колонизируется преимущественно их микрофлорой (74%).

На сегодняшний день научные данные позволяют нам трезво смотреть на перспективы партнерских родов и ориентируются на дифференцированный и обдуманный подход к их проведению.

Согласно этим данным 95% женщин выразили удовлетворение от присутствия супруга и его психологической поддержки, 58% отметили облегчение ощущения боли, 26% констатировали реальную физическую помощь, 19% выразили уверенность в защищенности себя и ребенка. Однако 85% пациенток указали на психологический дискомфорт из-за своего внешнего вида и поведения при родах, 23% отметили жалость к супругу из-за его растерянности и беспомощности, 10% выразили раздражение по поводу бездействия мужа, а 6% даже констатировали ненависть к нему как источнику страданий. Что касается мужчин, то согласно проведенным опросам 100% мужчин отметили чувство эмпатии, 88% – радость первого знакомства с ребенком, 66% – рост уважения к супруге за ее терпеливость и волевые качества, 14% выразили удовлетворение чувством уверенности в «неподменности» ребенка, 10% посчитали, что их помощь была значимой для женщины. В то же время все без исключения мужчины констатировали ощущение беспомощности, 76% сознались в чувстве страха за здоровье жены и ребенка, 38% испытали в родзале брезгливость, у 14% мужчин сыровидная смазка, слизь и внешний вид ребенка вызвали разочарование, 9% сожалели о своем согласии присутствовать на родах, 5% сознались, что опасаются изменений в дальнейших сексуальных отношениях. В целом же отдаленные результаты партнерских родов оказались довольно успешными. 82% женщин и 87% присутствовавших при родах партнеров полностью удовлетворены взаимным присутствием. У 78% мужчин и 84% женщин сексуальные отношения остались прежними или улучшились. Частота послеродовых осложнений при партнерских родах уменьшилась в 4 раза, количество эпизиотомий – в 1,6 раза.

Таким образом, партнерские роды имеют достаточно высокую популярность среди населения и могут рассматриваться как один из вариантов борьбы с акушерской агрессией. Однако ориентирование на партнерские роды должно быть взвешенным и продуманным. Для успешной реализации данного проекта необходим социальный, психологический и медицинский отбор женщин и их партнеров, а также соответствующая подготовка врачей, медперсонала и лечебных учреждений.

Подготовила **Наталья Карпенко**

3