

Важливо залишатися собою



В. І. Медведь

Відділення внутрішньої патології вагітних Всеукраїнського центру материнства та дитинства Національної академії медичних наук України, м. Київ

Мені вже не стати надавачем медичних послуг, залишаюся лікарем-клініцистом. Для мене, як і раніше, первинними залишаються інтереси хворих, які не перетворилися на клієнтів. Проте, реалії часу ігнорувати неможливо: пацієнти на власний розсуд обирають заклад і лікаря, гроші йдуть за пацієнтом, сплачується завершений епізод, тривало тримати в стаціонарі не вигідно і так далі. Тому себе треба активно рекламувати, голосно та регулярно піарити. Це необхідно, інакше тебе обійдуть спритніші, не матимеш клієнтів — не матимеш зарплатню, пастимеш задніх. Як усе це не схоже на ті уявлення про лікарів і медицину, які мені намагалися прищепити в Alma mater! Як не схожі сучасні піарні авторитети на моїх вчителів!

Якщо подивитися індивідуальні та групові медичні чати соціальних мереж, сайти закладів охорони здоров'я, медичних центрів, інститутів, кафедр тощо, складається стійке враження, що в нас щодня тільки те й роблять, що рятують. Рятують від унікальних хвороб, рятують унікальними методами, рятують завдяки унікальному досвіду, рятують в унікально складних умовах... Ну добре, що врятували, але цей порятунок має означати збереження життя на якийсь відносно тривалий час, а не на добу чи дві. Хочу сказати, що не можна трубити у переможні фанфари за кілька годин після операції або, навіть, наступного дня. Скільки вже було таких випадків, коли на усю країну через ЗМІ чи у соцмережах оголошували про надзвичайний успіх, а хворий не доживав до виписки! Врятували, але, виходить, на кілька днів! Звісно про смерть хворого вже ніхто голосно не повідомляє. Сором-

но, дуже соромно і сумно. Так не можна чинити, адже жоден лікар не має 100%-ї впевненості, що після успішної складної операції або успішних реанімаційних заходів небезпека минула назавжди.

У нашому відділенні майже щодня народжують пацієнтки, медична (а іноді й особиста) історія яких гідна докладної професійної (інколи людської також) розповіді. Це яскраві ілюстрації драматичної екстрагенітальної патології. Раніше на Фейсбуксторінці нашого відділення внутрішньої патології вагітних Інституту педіатрії, акушерства і гінекології (нині Всеукраїнський центр материнства та дитинства) НАМН України я розповідав про дуже тяжкі, складні, рідкісні клінічні випадки, але ніколи не робив цього до виписки, а найчастіше — до закінчення 6 тижнів після пологів. Описи призначалися лікарям, містили обговорення,

пояснення наших клінічних рішень, вони найменшою мірою не були рекламними, хоча я ніколи не приховував, що пишаюся результатами командної праці лікарів відділення. Коли з'ясувалося, що мої дописи читають не тільки лікарі, писати стало складніше, проте періодично, хай не дуже часто, я продовжував інформувати про наші випадки зацікавлених. Потім потужна хвиля піару, відвертої реклами звідусіль накрила мене, змусила припинити свої писання, бо зрозумів, що категорично не хочу брати участь у цих змаганнях. Сьогодні вирішив на сторінках улюбленого «Жіночого лікаря» написати для вас, колеги, клінічний нарис про два не дуже рідкісні випадки, де ми діяли абсолютно стандартно, але протилежно тому, як діяли б інші акушерські відділення. Втім, судіть самі.

Випадок 1. Першовагітна жінка 24 років, яка мешкає у крупному



і потужному університетському центрі, звернулася до місцевих лікарів ще на етапі планування вагітності, що в нас є радше винятком, а не правилом. Вона страждає на вроджену ваду серця, тому першим спеціалістом був кардіолог. В Обмінній карті є Консультативний висновок, де зазначено «Двостулковий аортальний клапан, аортальна недостатність помірна, невелика дилатація висхідної аорти (діаметр 36 мм), серцева недостатність 0–I ст. II функціональний клас NYHA. Артеріальна гіпертензія I стадії, 1 ступеня, низький кардіо-васкулярний ризик. Виношування вагітності не протипоказане, імовірність ускладнень низька, пологи відповідно до акушерської ситуації». Рекомендовано спостереження кардіолога, ехокардіографія (ЕхоКГ) в динаміці, контроль і медикаментозна корекція артеріального тиску (АТ).

Ніби усе правильно: прогноз оцінено адекватно, вада серця невелика, про неї відомо з дитинства, вона не прогресує, не вимагає хірургічного лікування, серцева недостатність мінімальна. Але первинна артеріальна гіпертензія у віці 24 роки буває не так часто, а пошук причин вторинної (симптоматичної) гіпертензії не було запропоновано. У 34 тижні під час чергової третьої ЕхоКГ було вперше виявлено ще одну ваду серця — коарктацію аорти в типовому місці. Чому її не бачили раніше, питання риторичне, вада точно вроджена, значуща, градієнт тиску 41 мм рт. ст. Відразу стала зрозумілою природа артеріальної гіпертензії, вона симптоматична, гемодинамічна, обумовлена коарктацією. I вагітну, і її маму добряче налякали, паника почалася також у лікарів, які спостерігали жінку. ЕхоКГ повторили в інших закладах охорони здоров'я міста, наявність коарктації підтвердили усі. Нові консультації авторитетних кардіологів і кардіохірургів, план ведення пологів змінено на плановий кесарів розтин, про що зроблено офіційний запис в Обмінній карті.

Пацієнтку скерували до нашого відділення. Термін вже 37–38 тижнів, об'єктивно стан цілком задовільний, хоча відмічає певне посилення задишки при фізичному навантаженні порівняно з початком вагітності. Отримує метилдофу 750 мг/доб. і метопролол 25 мг/доб., чого вистачає для підтримання АТ $\leq 140/95$ мм рт. ст. Обстеження в клініці підтвердило кардіологічний діагноз «Поєднана вроджена вада серця — коарктація аорти в типовому місці (нижче місця відходження лівої підключичної артерії) з ДР 45 мм рт. ст.; двостулковий аортальний клапан з помірною недостатністю (регургітація 30 % виносного тракту лівого шлуночка), серцева недостатність I ст. зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (фракція викиду 69 %), II функціональний клас NYHA; гемодинамічна артеріальна гіпертензія II стадії, 1 ступеня». За даними ультразвукового дослідження фетометричні показники відповідають терміну вагітності, наочних вад розвитку немає, помірно маловоддя (амніотичний індекс 8,2), доплерометричні показники матково-плацентарного і плодового кровоотоків в нормі. Пологові шляхи незрілі (3 бали за шкалою Бішоп), як і мали бути у першороділлі в такому терміні вагітності.

Отже настав час обирати подальшу тактику ведення вагітності та план ведення пологів. Тактику ми, звісно, обрали вибірковою, показань пришвидшувати розродження ані з боку матері, ані з боку плода в нас не було; щодо способу, то керуємось чинним національним нормативним документом — Уніфікованим клінічним протоколом «Кесарів розтин» та Настановою Європейського товариства кардіологів-2025 «Ведення серцево-судинних хвороб у вагітних», оптимальним визнали прогнатовані вагінальні пологи.

Як ви розумієте, такий план викликав гостру негативну реак-

цію, причому більшою мірою не з боку вагітної жінки, а її мами. Можна зрозуміти: у їхньому рідному місті усі медичні авторитети були єдині в думці, що правильним способом розродження є винятково плановий кесарів розтин. Ми набралися терпіння і щодня наполегливо переконували пацієнтку та її маму в тому, що не можна робити кесарів розтин без показань, а показання не можна брати зі стелі. Слава Богу, сама вагітна досить скоро перейшла на наш бік, а мама змиралася чи зробила вигляд, що змиралася. У терміні 40 тижнів з'явилися умови для індукції пологів, що й було здійснено в плановому порядку. В зв'язку з необхідністю жорсткого контролю АТ, застосували епідуральну аналгезію. Пологи перебігали фізіологічно, від амніотомії до народження дитини тривали 7 годин 27 хвилин. Народився хлопчик 2750 г, 50 см, 8–9 балів за шкалою Апгар. Третій період вели активно, крововтрата склала 150 мл. Пологи проводила лікар вищої категорії, д. мед. н. Кирильчук М. Є. На 4-ту добу мама з дитиною виписані додому.

Ми нікого не рятували, ми сумлінно виконували свою роботу, діяли згідно з чинною нормативною базою. Але ми зберегли молодій жінці інтактну матку, можливість у майбутньому безпечно вагітніти та народжувати. Ми ще раз підтвердили, що хвора із коарктацією аорти може народжувати природним шляхом. Також сподіваюся, що ми певною мірою ускладнили любителям абдомінального розродження ухвалювати в майбутньому рішення про плановий кесарів розтин у такій клінічній ситуації, як описано вище.

Випадок 2. Пацієнтка 40 років, киянка, уперше звернулася до мене на консультацію у 22 тижні четвертої вагітності. Тричі народжувала у фізіологічному терміні здорових дітей. Тільки перша вагітність, яка була 10 років



тому, ускладнилась пізньою помірною прееклампсією, друга і третя перебігали без ускладнень. Півтора роки тому у жінки сталося гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) за типом субарахноїдально-паренхіматозного крововиливу. Як з'ясувалося в процесі обстеження, джерелом крововиливу є вроджена артеріо-венозна мальформація (АВМ) правої потиличної ділянки. Судинні нейрохірурги провели ендovasкулярну емболізацію АВМ, проте за пів року ангіографія показала що її виключено не повністю, тому емболізацію проведено вдруге. Наступне агіографічне дослідження у призначений термін не відбулося в зв'язку з настанням вагітності.

Отже, діагноз було сформульовано так: Вагітність IV, 22–23 тижні, обтяжений акушерський анамнез (прееклампсія за першої вагітності). Церебро-васкулярна хвороба: АВМ правої потиличної ділянки головного мозку, ГПМК за типом субарахноїдально-паренхіматозного крововиливу з формування інсульт-гематоми внаслідок розриву АВМ, стан після двократної емболізації з тотальним виключенням АВМ, стійкі залишкові явища ГПМК у вигляді лівобічної пірамідної недостатності, порушення полів зору, церебрас-тенічний синдром. Генералізований тривожно-депресивний розлад.

Основною причиною звернення пацієнтки на консультацію було питання, чи можна народжувати природним шляхом.

Відразу скажу, що показань до планового кесаревого розтину я не бачив, оскільки АВМ напевно виключена з мозкового кровообігу повністю, тож не може обумовлювати загрозу повторного інсульту, а інших вроджених аномалій мозкових судин під час неодноразових ангіографій не було виявлено. Важливо також підкреслити, що хвора тричі народжувала вагінально, і жодного разу дестабілізації вродженої церебральної мальформації не відбулося. Крововилив стався за майже 4 роки після останніх пологів без усяких зовнішніх причин. Проте, оскільки у вагітної були певні неврологічні скарги, зокрема на періодичні тимчасові втрати зору, я порекомендував провести нативну магнітно-резонансну томографію (МРТ) головного мозку, аби виключити найменші можливі ризики. Надалі також запланував спільну консультацію з судинним нейрохірургом, який працює у закладі, де хворій двічі надавали спеціалізовану допомогу, і має доступ до архіву медичних документів.

Не знаю чому, але невдовзі після описаної вище консультації пацієнтка опинилася в стаціонарі одного з акушерських закладів міста, де було організовано Перинатальний консилиум за участі сімох(!) спеціалістів високої кваліфікації, де зроблено однозначний висновок (цитую) «Пологи шляхом операції кесаревого розтину в плановому порядку в КНП (назва, адреса)». Підписи, печатка. Вирок остаточний і оскарженню не підлягає. Усе ясно, зрозуміло, і додаткове обстеження не потрібне.

Порівняно з цим Перинатальним консилиумом, надрукованим на бланку закладу, з сімома підписами і печаткою мій написаний від руки Консультативний висновок, звісно виглядав жалюгідним папірцем. Проте, вагітна чомусь продовжувала ходити до нас, згодом госпіталізувалася для допологової підготовки та розродження. На той час були вже явні ознаки гестаційної гіпертензії, пацієнтка отримувала раніше призначене нами гіпотензивне лікування, обсяг якого поступово збільшувався. Як і планувалося, був запрошений нейрохірург, він подивився диск МРТ, потім переглянув архівні дані попередніх візуалізаційних досліджень, переконався, що АВМ виключена повністю. Було остаточно ухвалено рішення щодо прогнатованих вагінальних пологів. У 39–40 тижнів після планової амніотомії відбулися стрімкі пологи, народилася дівчинка масою 3400 г, зростом 53 см, 8–9 балів за Апгар, загальна крововтрата 100 мл. Пологи проводила лікар вищої категорії, к. мед. н. Коваль С. Д.

Тут можна було б поставити крапку, але дозволю собі три риторичні запитання: а) чим керувалися шановні колеги, коли пропонували кесарів розтин після трьох вагінальних пологів; б) чи була б лапаротомна операція безпечнішою для здоров'я хворої, ніж пологи через природні шляхи; в) чи народили б природним шляхом дві описані вище пацієнтки у вашому пологовому будинку?

Надійшла: 18.05.2026

Відомості про автора

Володимир Ісаакович Медведь — д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України; Заслужений лікар України; завідувач відділення внутрішньої патології вагітних Всеукраїнського центру материнства та дитинства НАМН України

E-mail: vladimirmedved@ukr.net

