ДИСКОРДАНТНЫЙ РОСТ ПЛОДОВ ПРИ ДВОЙНЕ: КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Семенчук В.Л. ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»

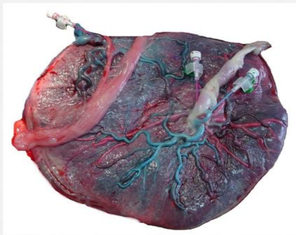
МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

- Значительное число осложнений во время беременности и во время родов
- Повышение удельного веса кесарева сечения
- Осложнения послеродового периода
- Повышенный уровень антенатальных потерь
- Высокая частота неврологических нарушений у выживших детей



СИНДРОМ СЕЛЕКТИВНОЙ ЗАДЕРЖКИ ПЛОДА

- Осложнение, характеризующееся ЗРП – предполагаемая масса плода (ниже 10-го перцентиля) и разницей ПМП более 20%
- Патогенез: Неравномерное распределение плаценты между близнецами
- Артерио-артериальные анастомозы
- Осложнения: антенатальная гибель одного/обоих близнецов 15-20%
- Неврологические осложнения 20-30%
- ТИПЫ:
- 1 положительный диастолический компонент кровотока в АП
- 2 нулевой или реверсный кровоток в АП
- 3 интермитентный кровоток в АП



МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПЕРВЫЙ ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ

- УЗИ матки и плода (скрининг) в 10 недель 5 дней – 13 недель 6 дней (75 – 97 дней) беременности
- количество плодов
- типа плацентации и амниальности
- характер развития плодов
- измерение толщины воротникового пространства (ВП), копчиково-теменных размеров (КТР).
- маркеры хромосомных аномалий и врожденных пороков развития
- установление группы риска по развитию осложнений

Основные УЗ-критерии МХ двойни I триместр:

- единая плацента
- одинаковый пол плодов
- отсутствие ткани хориона между амниотическими перегородками близнецов (отсутствие «лямбда-признака») и тонкая (менее 2 мм) межамниотическая мембрана
- Разница КТР плодов более 20% предиктор ЗРП
- толщина воротникового пространства (ТВП) более 95 пертинциля у плода с большим копчико-теменным размером (КТР) может являться ультразвуковым маркером фето-фетального трансфузионного синдрома (ФФТС).



РНПЦ «Мать и дитя»

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

«О31.8 ДРУГИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ» КП №17

- С 16 по 26 неделю беременности каждые 2 недели УЗИ:
- биометрия плодов
- размеры мочевых пузырей
- допплерометрия в артерии пуповины, срединной мозговой артерии, венозном протоке,
- оценка максимального вертикального пакета околоплодных вод обоих плодов и состояния плацент
- Задачи II и III триместра:
- установление срока гестации, зрелости и жизнеспособности плодов
- типа плацентации и количества амниотических полостей, пола плодов
- оценка характера роста плодов
- определение количества околоплодных вод
- измерение пиковой систолической скорости кровотока в срединной мозговой артерии плодов для диагностики анемии
- диагностика врожденных пороков развития и антенатальных осложнений

I ТИП

- Положительный диастолический компонент кровотока в АП с СЗРП
- Благоприятный перинатальный прогноз
- Внутриутробная гибель плода – 2%
- Неврологическая патология менее 5%
- Ведение:
- Консервативная тактика
- Контроль показателей ДПМ каждые 2 недели
- С 30 недель ДПМ еженедельно, КТГ
- Профилактика РДС в 32 недели и по показаниям
- Родоразрешение в 36 недель

II ТИП

Нулевой или реверсный кровоток в АП с СЗРП
Неблагоприятный перинатальный прогноз
Внутриутробная гибель плода с ЗРП – 60%, второго плода до 40%
Неврологическая патология менее 13,5%
Ведение:
Консервативная тактика/фетоскопия
Контроль показателей ДПМ каждые 2 недели
С 27/28 недель ДПМ еженедельно, КТГ
Профилактика РДС в 29/30 недели и по показаниям
Родоразрешение в 30/32 недели

III ТИП

- Чередование нормального и нулевого кровоток в АП с СЗРП
- непредсказуемый перинатальный прогноз
- Внутриутробная гибель плода с ЗРП – 15-20%
- Неврологическая патология 15-30%
- Ведение:
- Консервативная тактика/фетоскопия
- Контроль показателей ДПМ каждые 2 недели
- С 30 недель ДПМ еженедельно, КТГ
- Профилактика РДС в 29/30 недели и по показаниям
- Родоразрешение в 32/34 недели

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ СЗРП

- Консервативная
- Активная
- Лазерная коагуляция сосудистых анастомозов
- Селективный фетоцид: срок до 22 недель, Декомпенсированное состояние у одного из плодов

НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

- Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.06.2026 № 73 «Об утверждении клинического протокола»
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 19.02.2018 № 17 «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»
- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 01.06.2017 № 44 КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение осложнений многоплодной беременности: фето-фетального трансфузионного синдрома, диссоциированного развития плодов и персистенции критического кровотока в артерии пуповины у одного из плодов, синдрома обратной артериальной перфузии, монохориальной моноамниотической двойни, врожденных пороков развития одного из плодов и медицинская профилактика отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде»

НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 27.10.2025 № 170 «О вопросах применения вспомогательных репродуктивных технологий» (приложение №4)
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.01.2012 № 8 «О совершенствовании организации проведения пренатальных ультразвуковых исследований по выявлению пороков развития и хромосомной патологии у плода в Республике Беларусь» 3
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь 09.08.2019 № 966 «Об утверждении Инструкции по организации разноуровневой системы акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в Республике Беларусь»
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь 22.12.2022 № 1368 «О вопросах государственного учреждения Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь»

ВЫВОДЫ

- Нормативно-правовые акты (протоколы), ресурсы (оборудование, кадры, отделение)
- При ведении при МХ беременности необходимо учитывать высокую вероятность развития осложнений (ФФТС, САП, СЗРП, СОАП), а также возможности современной инструментальной диагностики и внутриутробных методов коррекции патологии.
- Диагностику и лечение внутриутробных осложнений, а также родоразрешение женщин при осложненной беременности двойней целесообразно проводить в перинатальных центрах III и IV уровней, оснащенных необходимым оборудованием.