

МІХУРОВИЙ ЗАМЕТ

Міхуровий замет (МЗ) вперше описаний Гіппократом близько 400 в.с. як «водянка матки». З цього моменту МЗ представляє клінічний і дослідницький інтерес.

Міхуровий замет входить до групи захворювань, класифікованих як гестаційна трофобластична хвороба (ГТХ).

На теперішній час розрізняють:

- Гестаційна трофобластична хвороба (ГТХ) — ураження, що обумовлені вагітністю та характеризується аномальною проліферацією трофобласту. Ця група захворювань складається з доброякісних, не неопластичних уражень, включаючи міхуровий замет (Hydatidiform mole), вузли та бляшки плацентарної ділянки (placental site nodule) та аномально збільшену плацентарну ділянку (exaggerated placental site).
- Гестаційна трофобластна неоплазія (ГТН) — включає групу справжніх пухлин. Це злякисні пухлини через можливість локальної інвазії та метастазування. На відміну від інших більш частих злякисних новоутворень, ГТН виліковні у 85-100% випадків, навіть при наявності поширеної хвороби. ГТН включають: хоріокарциному (choriocarcinoma), трофобластичну пухлину плацентарної ділянки (placental site trophoblastic tumor), епітеліоїдну трофобластичну пухлину (epithelioid trophoblastic tumor) та інвазивний замет (invasive mole). При відсутності матеріалу для гістотологічної діагностики, захворювання діагностоване в результаті стійкого підвищення хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) після евакуації молярної вагітності називається ГТН.

Більшість з цих пухлин виробляють бета-субодиницю ХГЛ, який використовується як пухлинний маркер та як скринінговий тест для контролю за ефективністю лікування.

Міхуровий замет є найбільш поширеною формою гестаційного трофобластичного захворювання (ГТД) — 80%.

Класифікація МЗ

МЗ може бути:

1. Повний (80%)
 2. Частковий (або неповний) (10%)
 3. Інвазивний (10%).
- ✓ Повні та часткові МЗ, хоча і є доброякісними, вважаються передпухлинними захворюваннями, оскільки вони можуть перетворюватися в злякисні новоутворення.
 - ✓ Розвиток злякисної гестаційної трофобластної неоплазії зазвичай виникає після повного МЗ (15-20%), а не часткового МЗ (1-5%) і складається з інвазивного молю — 75%, хоріокарциноми — 25%.
 - ✓ Інвазивний МЗ відноситься до ГТН і є злякисною пухлиною.

Генетика

Молярні вагітності мають дисбаланс або надмірний батьківський генетичний матеріал порівняно з материнським.

- ✓ Повні МЗ розвиваються через втрату генетичного матеріалу з яйцеклітини, яка потім запліднюється двома сперматозоїдами або одним сперматозоїдом, що дублює свої хромосоми. Тому повний моль найчастіше має 46, XX каріотип, з усіма хромосомами батьківського походження (також може бути 46ХУ).
- ✓ Рідко повні замети є двостатевими і пов'язані з аутосомно-рецесивним станом, схильним до молярної вагітності. В дуже рідких випадках повного МЗ зберігається материнська хромосома 11, що підтверджується фарбуванням р57, який є продуктом материнського експресуючого гену. Ці пацієнти мають дуже високий ризик рецидиву, а також підвищений ризик ГТН.
- ✓ Часткові МЗ розвиваються завдяки заплідненню яйцеклітини двома сперматозоїдами, що призводить до триплоїдії з вмістом батьківської до материнської ДНК 2:1 (каріотип 69XXX, 69XXУ або 69ХУУ).

Гени батьків мають більший контроль над ростом плаценти, у той час як материнські гени мають більший контроль над зростанням плода. Таким чином, при надлишку батьківських генів спостерігається надмірна плацентарна або трофобластична проліферація.

Гістопатологія

Міхуровий замет характеризується гідропічним набряком ворсин хоріону (пухирцево зміненими ворсинами — «гроно винограду») з гіперплазією трофобласту як результат надмірної експресії батьківських генів. Основна відмінність між двома типами молярної вагітності полягає в тому, що повні МЗ не містять тканини плода / ембріона, а часткові молі містять.

Диференціація часткового моля від немольного викидня може бути проблематичною. Наявність лише гідропічної ворсинки не є діагностикою молярної вагітності, оскільки трофобластна проліферація є ключовою діагностичною ознакою.

Таким чином, опис гідропічної ворсинки окремо, не згадуючи про трофобластичну проліферацію, вказує на те, що це є самовільний аборт або завмерла немольна вагітність і не потребує подальшого спостереження.

Епідеміологія

Частота повного МЗ складає близько 1 на 1000 вагітностей, а захворюваність частковим МЗ становить 3 на 1000. Значно рідше МЗ зустрічається серед азіатів, латиноамериканців та негроїдної раси.

Основними факторами ризику для МЗ є:

- ✓ Попередня молярна вагітність. Ризик повторення молярної вагітності після першого МЗ становить від 1 до 1,5%.
- ✓ Екстремальний материнський вік — ризик повного МЗ найвищий у віці матері <18 і> 35 років.
- ✓ Ризик повного та часткового МЗ збільшується у жінок з самовільними викиднями в анамнезі та безпліддям.
- ✓ Ризик повного МЗ збільшується зі зменшенням споживання дієтичного каротину (попередника вітаміну А) та тваринного жиру.

Клініко-діагностичні критерії

Можливість МЗ повинна розглядатися у будь-якої жінки репродуктивного віку з аномальною вагінальною кровотечею або кровотечею на ранніх термінах вагітності. МЗ може бути запідозрений ґрунтуючись на незвично високому рівні ХГЧ (> 100 000 мМЕ / мл), результатах УЗД або тільки після ПГД порушеної вагітності.

Міхуровий замет — це гістологічний діагноз, заснований на результатах ПГД зразку евакуації матки. Повні та часткові МЗ диференціюються на основі гістопатології, каріотипу (повні МЗ диплоїдні, часткові — триплоїдні) та наявності плода (плід присутній лише у частковому МЗ), (таблиця 1).

Таблиця 1

Порівняльна характеристика повного та часткового МЗ

	Повний	Частковий
Фатальна чи ембріональна тканина	Відсутня	Наявна
Набряк ворсин хоріону	Дифузний	Фокальний
Гіперплазія трофобласту	Дифузна	Фокальна мінімальна
Каріотип	46, XX каріотип, з усіма хромосомами батьківського походження	69XXX, 69XXY або 69XYY, додатковий набір батьківських хромосом
Імуногістохімія	p57 — негативний	p57- позитивний
Симптоми / ознаки	Аномальні вагінальні кровотечі	Missed abortion
ХГЛ у сироватці	Виражене підвищення	Помірне підвищення
Ризик ГТН	15–20%	1–5%

Повний МЗ

- Якщо УЗ картина не точна, попередній діагноз повного МЗ може бути встановлений на основі ХГ71 > 100 000 мМЕ / мл.

- Додатковими допоміжними ознаками є двобічні тека-лютеїнові кісти або гіпертиреоз без будь-якої іншої етіології, преєклампсія у терміні <20 тижнів.

Частковий МЗ є єдиним типом ГТХ, який асоціюється з наявністю плода, серцева діяльність плода також може бути присутня.

- Плід може бути присутнім, але може бути затримка росту або зменшення кількості амніотичної рідини.

- Висока частота самовільних викиднів та внутрішньоутробної загибелі, пов'язаної з триплоїдіями. У 90% пацієнтів з частковим МЗ відбувається викидень, частіше в кінці I — на початку II триместру.

- ХГЛ може бути вище очікуваного рівня, але якщо він <100 000 мМЕ / мл, це не є інформативним. Рівень hCG коливається при звичайній вагітності, і для кожного гестаційного віку не існує стандартного рівня.

- Т.ч., частковий МЗ часто неправильно діагностується як неповний аборт або завмерла вагітність, а правильний діагноз встановлюється лише після ПГД.

- При частковому МЗ рівень ХГЛ, як правило, нижче, ніж у повному МЗ, і, таким чином, менш імовірно, він буде супроводжуватися наслідками стимуляції ХЧГ.

Кюретаж матки може бути виконаний, якщо при відповідному рівні ХГЧ та гестаційному терміні серцебиття плода відсутнє. Для більш ранніх термінів вагітності слід

проводити серійне УЗД та дослідження рівня ХГЛ (наприклад, щотижня), доки нормальна вагітність не може бути виключена.

Вагінальні кровотечі. Найбільш частим симптомом МЗ є кров'янисті виділення з матки на ранніх термінах вагітності (84% пацієнтів), які виникають внаслідок відділення молярної ворсинки від decidua. При повному МЗ класичний вигляд крові характеризується як "сік чорносливу», що обумовлено накопиченням крові, яка зазнала окислення та зрідження, в порожнині матки.

Тазовий тиск або біль — є загальними, неспецифічними симптомами молярної вагітності через збільшення матки та / або збільшення кістозних яєчників.

Розмір матки більший за гестаційний вік. Бімануальне дослідження або УЗД може виявити розмір матки, більший за гестаційний вік (28% пацієнтів).

Збільшення матки більш ймовірно при повному МЗ, ніж при частковому МЗ. Незважаючи на те, що при повному МЗ немає плода, збільшення обумовлене великими обсягами молярної тканини, збереженою кров'ю, і, як правило, асоціюється з рівнями ХГЛ > 100 000 мМЕ / мл. Жінки з частковим МЗ можуть мати розмір матки малий для гестаційного віку, через затримку росту плода з триплоїдіями.

Надмірне блювання вагітних (hyperemesis gravidarum) — 8% пацієнтів. Нудота та блювота можуть розвинутися раніше, ніж при немольній вагітності та / або бути більш тяжкими. Проте ранні чи важкі симптоми можуть також виникати при звичайній вагітності, особливо при БВ.

Рідкісні або пізні ознаки

При повному МЗ, наслідки, пов'язані з високими рівнями ХГЛ, включають тека-лютеїнові кісти яєчників, гіпертиреоз та ранній початок прееклампсії. Для повного МЗ, діагностованому в I триместрі вагітності, ризик прееклампсії чи гіпертиреозу низький. Ці ускладнення виникають приблизно у 25% пацієнтів з розмірами матки більше 14-16 тижнів вагітності.

Рівні ХГЛ при частковому МЗ, як правило, набагато нижчі. Таким чином, частковий МЗ рідше асоціюється з наслідками стимуляції ХГЛ. Лише 6,7% пацієнтів мали концентрацію ХГЛ у сироватці крові > 100 000 мМЕ / мл. Крім того, в сучасній практиці частковий МЗ в основному евакуюється в 1-му триместрі в 10-12 тижнів гестації.

- Гіпертиреоз. Клінічний гіпертиреоз присутній при МЗ переважно у більш пізніх гестаційних термінах. Розвиток гіпертиреозу пов'язаний з підвищенням рівня ХГЛ > 100 000 мМЕ / мл протягом декількох тижнів. Ці пацієнти можуть мати тахікардію, теплу шкіру та тремор. Деякі дослідники припустили, що ХГЛ є стимулятором щитовидної залози через гомологію між ХГЛ та гормоном ТТГ. Також існують дослідження щодо наявності окремого хоріонічного тиреотропіну, але ця речовина все ще не була виділена.

- Тека-лютеїнові кісти — є формою гіперстимуляції яєчників внаслідок високих циркулюючих рівнів ХГ/1 та пролактину. Ці кісти часто двобічні та зникають через кілька тижнів або місяців після лікування МЗ. Тека-лютеїнові кісти може також розвинутися у пацієнтів з безпліддям, які отримують індукцію овуляції або у пацієнтів з БВ. У інших пацієнтів виявлення лютеїнових кіст повинно викликати високу підозру на ГТХ.

- Прееклампсія <20 тижнів вагітності — коли прееклампсія розвивається до 20 тижнів гестації, слід запідозрити повний МЗ.

Діагностика

1. Анамнез. Наявність МЗ, самовільних викиднів, завмерлих вагітностей, безпліддя в анамнезі.
2. Гінекологічне обстеження:
 - 2.1. При огляді піхви в дзеркалах слід досліджувати щодо метастазів.
 - 2.2. При бімануальному обстеженні матка у жінок з повним МЗ може бути більшою, ніж очікуваний гестаційний термін. Можуть визначати двобічні тека-лютеїнові кісти яєчників.
3. Якщо клінічна картина підтверджує діагноз МЗ, слід виключити злоякісне захворювання — гестаційну трофобластну неоплазію. Пацієнтів слід обстежити для виключення метастатичного захворювання. Найбільш часто зустрічаються метастази в легені (симптоми — задишка або біль у грудній клітині) та піхву (вагінальна кровотеча), може бути метастазування в центральну нервову систему або печінку.

Лабораторні та інструментальні дослідження

1. Кількісне вимірювання ХГ/1 у сироватці крові. При МЗ рівень ХГЛ значно вищий ($> 100\,000$ мМО / мл), ніж при нормальній вагітності. Однак, значно підвищені рівні ХГЛ частіше спостерігаються у пацієнтів з повним МЗ (40%) у порівнянні з частковим МЗ (6%). Концентрація ХГЛ при МЗ зазвичай вище, ніж при матковій або ектопічній вагітності того ж гестаційного терміну.

2. Трансвагінальне УЗД. Якщо початковий рівень ХГЛ є високим ($> 100\,000$ мМО / мл), слід провести трансвагінальний УЗД і, ймовірно, виявити молярне захворювання. Якщо рівень ХГЛ є високим, а УЗД показує, що вагітність, мабуть, нормальна маткова — слід повторити УЗД протягом одного тижня для виключення можливої БВ з нормальним плодом і співіснуючим МЗ.

УЗ ознаки повного МЗ:

- Відсутність ембріона чи плода.
- Відсутність амніотичної рідини.
- Гетерогенна маса з численними дискретними анехогенними порожнинами, що описано як «симптом снігової завірюхи».

Тека-лютеїнові кісти яєчників.

Ці ознаки можуть бути відсутні при УЗД міхурового замету в першому триместрі. Специфічність сонографічних знахідок при повному МЗ може бути збільшена шляхом кореляції рівня ХГ/1. Так, рівень ХГЛ $> 100\,000$ мМО / мл в першому триместрі повинен викликати підозру на молярну вагітність.

УЗ ознаки часткового МЗ

На підставі результатів ультразвуку, частковий МЗ діагностується як завмерла вагітність або неповний аборт у 15-60% випадків. Ці помилкові діагнози частіше зустрічаються при часткових МЗ, ніж при повних МЗ, оскільки лише при частковому МЗ візуалізується плід та амніотична рідина.

Сонографічні ознаки, що вказують на часткий МЗ (мал. 4):

- Плід може бути ідентифікований, він може бути життєздатним, але це часто супроводжується затримкою росту.
- Амніотична рідина присутня, але обсяг може бути зменшений.
- Тека-лютеїнові кісти, як правило, відсутні.

- Плацента з одним або кількома ненормальними виявленнями: збільшені кістозні простори («малюнок швейцарського сир'я») та / або підвищена ехогенність хоріонічної ворсинки.

- Підвищений поперечний діаметр плідного яйця (співвідношення поперечного до передньозаднього розміру гестаційного мішка $> 1,5$).

- При наявності 2 критеріїв: (1) кістозних просторів в плаценті та (2) співвідношення поперечного до передньозаднього розміру гестаційного мішка $> 1,5$ — прогноз часткового МЗ складає 87%.

3. Рентгенографія грудної клітини. У пацієнтів з МЗ, рентгенограма ОГК виконується лише у випадку, якщо пацієнт має легеневі симптоми, такі як задишка або біль у грудях.

4. Евакуація матки з наступним ПГД дослідженням матеріалу, цитогенетичне дослідження.

5. Визначення Rh-фактору та анти-Rh-антитіл. У жінок із кровотечею під час вагітності, які є Rh(0)-негативними, слід вводити анти-D-імуноглобулін.

Лікування

1. Хірургічна евакуація вмісту матки за допомогою кюретажу — є основним методом лікування МЗ.

Рекомендована евакуація вмісту матки за допомогою кюретажу, а не медикаментозні методи. Використання медикаментозних методів евакуації матки (мізопростол, міфепристон, окситоцин) є суперечливим щодо ефективності та безпечності, оскільки індукція скорочень матки утеротоніками (окситоцином, простагландінами) підвищить ризик трофобластичної емболізації легенів або метастазування. Крім того, достатньо важко отримати повний матеріал з матки при медикаментозному лікуванні, а гістологічне дослідження матеріалу має вирішальне значення для підтвердження діагнозу МЗ.

2. Гістеректомія.

- Гістеректомія рекомендується жінкам з МЗ з високим ризиком ГТН: при повному МЗ та рівні ХГЛ $> 700\ 000$ мМО / мл та віці > 40 років, якщо вони закінчили дітородження. Оскільки ГТН є найбільш ймовірною у цій віковій групі. ГТН розвивається приблизно у 40% жінок з повним МЗ у віці від 40 до 49 років.

- При консультуванні пацієнтів щодо варіантів лікування важливо інформувати про те, що гістеректомія усуває локальну інвазію та знижує ймовірність розвитку ГТН, але це не заважає всім випадкам метастатичного захворювання, спричиненого скритими метастазами. Жінки після гістеректомії все ще потребують моніторингу, включаючи серійні рівні ХГЛ. Метастатична ГТН розвивається у 4% пацієнтів після евакуації матки при повному МЗ.

- Під час гістеректомії яєчники можуть зберігатися, оскільки метастази в яєчники зустрічаються рідко.

3. Профілактична хіміотерапія (метотрексат та актиномізид D).

- Хіміотерапія рідко пропонується після евакуації повного МЗ у жінок підвищеного ризику ГТН.

- Хіміотерапію необхідно рекомендувати пацієнтам з повним МЗ із високим ризиком, коли моніторинг ХГЛ є недоступним або ненадійним (наприклад, при низькому рівні доходів).

- Ця рекомендація підтверджується даними, які постійно показують, що хіміотерапія може знизити ризик подальшої діагностики, прогресування ГТН (в середньому на 63%).

- Для жінок з низьким рівнем ризику не продовжуємо профілактичну хіміотерапію, а починаємо спостереження. (Див. нижче).

- Важливо, що хіміопрофілактика не впливає на майбутню фертильність.

4. Rh (D)-імуноглобулін. Пацієнти, які є Rh(D)-негативними, повинні отримувати анти-D-імуноглобулін під час лікування, оскільки Rh(D)-фактор впливає на трофобласт.

Б.Тека-лютеїнові кісти — звичайно регресують повільно через 2-4 місяці після евакуації зі зниженням рівня ХГЧ. Показаннями до лапароскопічного лікування тека-лютеїнових кіст є:

- перекрут яєчників;
- спонтанний розрив (зустрічається дуже рідко).

Наступне спостереження

Всіх пацієнти з МЗ після евакуації вмісту матки слід моніторити шляхом послідовного визначення ХГ/1 у сироватці крові до досягнення невизначеного рівня протягом декількох місяців, щоб оцінити ризик гестаційної трофобластичної неоплазії.

Протокол спостереження згідно рекомендацій Американської колегії акушерів-гінекологів:

- Визначення ХГЛ у сироватці кожного тижня, поки не буде виявлено 3 тижні, тоді
- Кожен місяць протягом 6 місяців.

Якщо ХГЛ залишається невизначеним протягом 6 місяців, пацієнтка може відновити спробу вагітності, якщо бажає.

Короткий термін спостереження.

- Кожного тижня, поки не буде виявлено 3 тижні, тоді
- Кожен місяць протягом 3 місяців.

Якщо ХГЛ залишається невизначуваною протягом 3 місяців, пацієнтка, якщо бажає, може відновити спробу вагітності.

Багато пацієнтів вважають, що шестимісячний період спостереження є складним для виконання. Жінки можуть почати спробувати планувати іншу вагітність раніше, особливо у віці старше 35 років. Більше того, щотижневі чи щомісячні тести на ХГЧ є провокацією тривоги для багатьох жінок, є дорогими та незручними.

Більш короткий період моніторингу ХГЛ також може бути розглянуто, оскільки ризик ГТН становить <1% після того, як досягнуто невизначуваного рівня ХГЛ, виходячи з даних декількох тисяч жінок з різних установ, включаючи лікарню Чаринг Крос, Південно-Західний Університет Техасу, Центр Трофобластичних захворювань Нової Англії (МЕТОС) та трофобластичні центри в Угорщині, Австралії, Бразилії та Нідерландах.

ДІАГНОСТИКА ГЕСТАЦІЙНОЇ ТРОФОБЛАСТИЧНОЇ НЕОПЛАЗІЇ

Діагноз постмолярної ГТН базується на критеріях Міжнародної федерації гінекологів та акушерства (FIGO):

- Рівень ХГ/1 плато (залишається в межах $\pm 10\%$ від попереднього результату) через чотири виміри протягом трьох тижнів (наприклад, днів 1, 7, 14 та 21).

- Рівень ХГ/1 збільшується $> 10\%$ за три значення протягом двох тижнів (наприклад, вимірювання в днях 1, 7 та 14, збільшення становить $> 10\%$ від першого дня до 14-го дня).

- Персистентність рівня ХГ/1 в сироватці крові протягом більше шести місяців після евакуації молярної вагітності.

КОНТРАЦЕПЦІЯ

Жінкам з молярною вагітністю рекомендується використовувати надійну контрацепцію протягом всього інтервалу моніторингу ХГЛ.

Нова вагітність в цей період ускладнить або унеможливить інтерпретацію результатів ХГЧ та ускладнить лікування.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ.

Через ризик рецидиву МЗ пацієнтам із попереднім МЗ рекомендовано:

- Провести УЗД першого триместру, щоб підтвердити нормальний гестаційний розвиток.
- Вимірювання рівня ХГЛ у сироватці крові через 6 тижнів після закінчення вагітності (наприклад, пологи в термін, спонтанний аборт, індукований аборт), щоб виключити хорсокарциному.
- Після передчасних або термінових пологів у пацієнтів з попередньою молярною вагітністю або ГТН плаценту слід ретельно оглянути та направляти на ПГД.
- Вміст матки після викиднів чи абортів слід досліджувати ПГД.

Багатоплідна вагітність

Багатоплідною називається вагітність двома або більшою кількістю плодів. Якщо жінка вагітна двома плодами йдеться про двійню, трьома плодами — про трійню. Діти, що народились від багатоплідної вагітності, називаються близнюками.

Багатоплідна вагітність (БВ) зустрічається у 0,7-1,5% випадків, у теперішній час спостерігається тенденція до збільшення частоти її настання у зв'язку з гіперстимуляцією овуляції у жінок, що страждають на безпліддя, при екстракорпоральному заплідненні.

Етіологія та патогенез

Причини багатопліддя різноманітні і вивчені недостатньо.

Певну роль у схильності до БВ відіграє спадковість. Багатоплідна вагітність частіше зустрічається у сім'ях, де мати чи батько, чи обидва подружжя походили з двійні чи більшої кількості плодів. При цьому більше значення має генотип матері.

Частота БВ збільшується з віком жінки та кількістю вагітностей.

У виникненні БВ велику роль відіграє підвищення рівня фолікулостимулюючого гормону, який сприяє дозріванню декількох яйцеклітин. Це може бути спадково детерміновано, а також наслідком медикаментозної дії:

- активне використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) (60— 70% всіх БВ);
- застосування стимуляторів овуляції;
- відміна естроген-гестагенних препаратів.

Багатоплідна вагітність може виникати: в результаті запліднення двох чи більшої кількості яйцеклітин, що дозріли одночасно — двояйцеві, чи дизиготні двійні; а також при розвитку двох чи більше ембріонів з однієї заплідненої яйцеклітини — однойцеві, чи монозиготні двійні.

Двояйцева (дизиготна) двійня

Серед усіх видів двоєнь двояйцеві двійні спостерігаються у 70%.

Формування двояйцевих двоєнь може бути у разі:

1. Одночасного дозрівання та овуляції двох та більше фолікулів в одному яєчнику.
2. Дозрівання та овуляції двох та більше фолікулів в обох яєчниках.
3. Запліднення двох та більше яйцеклітин, що дозріли в одному фолікулі.

Двояйцеві близнюки можуть бути як одно-, так і різностатевими, та знаходитися у тій же генетичній залежності, що і рідні брати та сестри.

Різниця у масі тіла у двояйцевих близнюків звичайно невелика і коливається у межах 200-300 г.

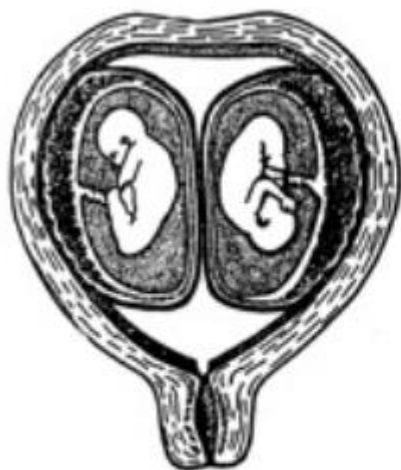
Дизиготні двійні завжди характеризуються біхоріальним, біомніотичним типом плаценталії. При цьому завжди будуть дві автономні плаценти,

які можуть щільно прилягати, але їх можна розділити. Кожна запліднена яйцеклітина, що проникає у відпадну оболонку, утворює власну амніотичну та хоріальну оболонки, з яких у подальшому утворюється своя плацента:

- Якщо яйцеклітини проникли у відпадну оболонку близько одна до одної, то краї обох плацент щільно прилягають, що створює враження єдиного утворення (мал. 1). В дійсності кожна плацента має свою судинну сітку, кожний плідний мішок має свою амніотичну та хоріальну оболонки. Перетинка між двома плідними мішками складається з чотирьох оболонок: двох амніотичних та двох хоріальних, а відпадна оболонка спільна (біхоріальні близнюки).

Якщо ж запліднені яйцеклітини проникли на значній відстані, то плаценти розвиваються окремими утвореннями, а кожне яйце має власну окрему відпадну оболонку.

Однояйцева (монозиготна) двійня



Мал.1 Двойяцева двійня.
Плаценти щільно прилягають
одна до одної



Мал.2 Двойяцева двійня.
Плаценти перебувають на певній
відстані одна від одної

Однояйцеві близнюки завжди одностатеві, мають одну групу крові, однаковий колір очей, волос, шкірний рельєф кінчиків пальців та дуже схожі один на одного. Вони, як правило, хворіють на одні і ті ж захворювання в один і той же час, мають однакову здатність до навчання.

Однозначної гіпотези щодо формування однояйцевих близнюків немає.

1. Очевидно, частіше всього виникнення однояйцевих двоїнь (тросень та ін.) буває пов'язано з заплідненням яйцеклітини, що має два та більше ядра. Кожне ядро з'єднується з ядерною речовиною сперматозоїда та утворюється зародок. Описані яйцеклітини з двома та трьома ядрами.

2. Існує також інший механізм походження однояйцевих близнюків — єдиний ембріональний зачаток у стадії дроблення поділяється на дві частини; з кожної частини утворюється плід:

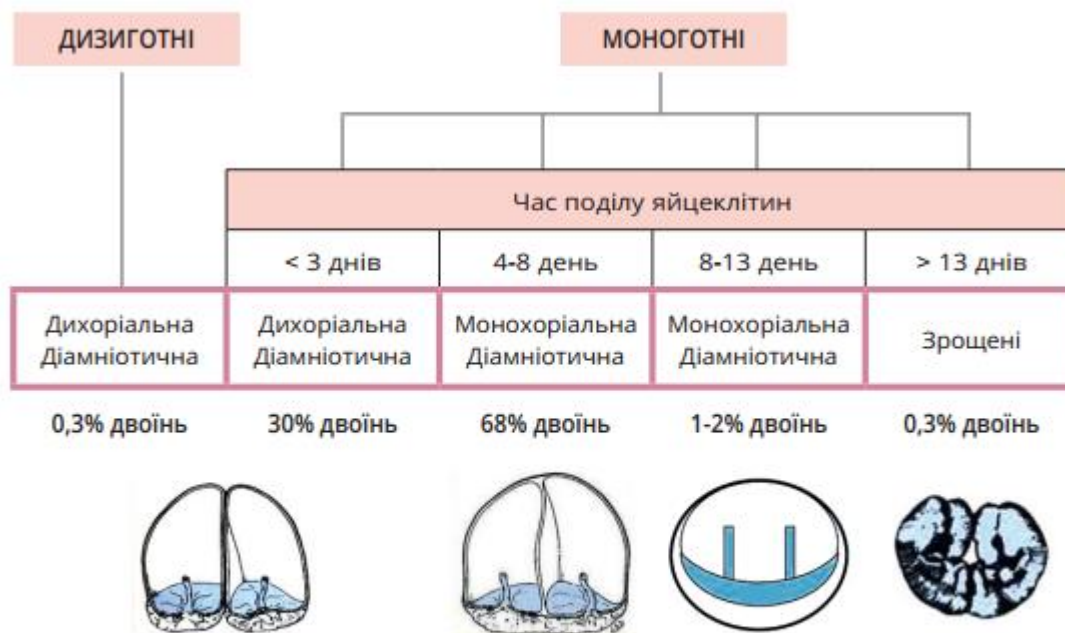
- При розділенні до формування внутрішнього шару клітин (у стадії морули) та перетворення зовнішнього шару клітин бластоцисти у елементи хоріону, що має місце у перші 72 години після запліднення, розвивається два амніотичних мішка та два хоріона. У результаті утворюється дихоріальна біамніотична монозиготна двійня.

- Якщо поділ відбувається на 4-8 добу після запліднення, по закінченні формування внутрішнього шару клітин та закладки хоріону із зовнішнього шару, але до закладки амніотичних клітин, тобто до появи плідного міхура, сформується два ембріона, кожний в окремому амніотичному мішку. Тобто розвивається монохоріальна біамніотична монозиготна двійня.

- Якщо до моменту розділення закладка амніону вже відбулася, що має місце на 8-13 добу після запліднення, то поділ приведе до формування двох ембріонів у одному амніотичному мішку, тобто монохоріальної моноамніотичної монозиготної двійні.

- Після 14-ї доби повний розподіл ембріональних зачатків неможливий і розвиваються зрощені близнюки.

У більшості випадків виникнення однайцевих близнюків розподіл зародкових листків відбувається до 8 дня (монохоріальна біамніотична монозиготна двійня).



Мал. 3. Типи розвитку двійні

Адаптовано з: Dodd JM, Evidence-based care of women with a multiple pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005

Особливості перебігу та ускладнення багатоплідної вагітності

Багатоплідна вагітність — серйозне випробовування для організму жінки. Материнська захворюваність та смертність при БВ збільшується у 3-7 разів.

Об'єм циркулюючої крові при багатоплідній вагітності підвищується на 50-60%, тоді як при одноплідній на 40-50%. Це обумовлює більш ранній та частий розвиток гемодинамічних порушень.

При БВ більш часто розвивається варикозна хвороба. Збільшена матка зміщує діафрагму, що затрудняє діяльність серця, в наслідок чого виникає задишка, тахікардія. А здавлення внутрішніх органів збільшеною маткою може супроводжуватись порушенням функції кишечника, печією, частим сечовипусканням.

Перебіг вагітності при монохоріальному типі більш несприятливий у порівнянні з дихоріальним.

При БВ значно зростає ризик наступних ускладнень:

- Передчасні пологи (у 30-60% випадків БВ).
- Самовільні викидні.
- Прееклампсія та еклампсія.
- Передчасний розрив плодових оболонок.
- Передчасне відшарування плаценти.
- Анемія, гестаційний діабет, пієлонефрит.
- Післяпологові кровотечі.

Крім того, можуть виникати:

- Синдром фето-фетальної трансфузії (СМФ).
- Дискордантний ріст плодів.
- Затримка розвитку плода (ЗРП).
- Загибель одного з плодів (у 7 разів вища, ніж при ОВ).
- Сіамські близнюки.

Перинатальна смертність при БВ у 3-4 рази вище, ніж при ОВ. Перинатальні втрати знаходяться у прямій залежності від маси тіла дітей, дорівнюючи у середньому 10%. Перинатальна смертність серед монозиготних дітей у 2,5% вище, ніж серед дизиготних двоїнь, та особливо велика при монохоріальних моноамніотичних двоїнях.

Ризик церебрального паралічу 4 рази вищий, ніж при ОВ.

При БВ вади розвитку плода в 2 рази частіше ніж при ОВ, особливо при монозиготній двоїні.

Діагностика багатоплідної вагітності

При зборі анамнезу у таких вагітних часто виявляється, що вагітна чи її чоловік є одним із двоїнь. Вказівкою на можливість розвитку БВ може бути інформація про те, що вагітність настала після застосування стимуляції овуляції або ДРТ.

У I триместрі вагітності необхідно звернути увагу на невідповідність розмірів матки терміну вагітності — ріст матки ніби випереджує термін вагітності. Особливо швидкий ріст матки відмічається в II триместрі вагітності.

У пізні терміни вагітності певне значення для встановлення діагнозу багатопліддя мають дані зовнішнього акушерського дослідження: окружність живота, висота стояння дна матки виявляються більшими, ніж повинні бути при даному терміні вагітності. Іноді вдається пропальпувати багато дрібних частин плода та дві і більше крупні частини (голівки та тазові кінці).

Аускультативними ознаками є виявлення в різних відділах матки двох фокусів виразного вислуховування серцевих тонів плодів, особливо якщо між ними є так звана зона мовчання (ділянка, де тони серця плода не чути). Про двоїню свідчить також різна частота серцевих тонів.

Певне значення в постановці діагнозу БВ мають біохімічні тести, при яких рівень хоріонічного гонадотропіну та плацентарного лактогену вище, ніж при ОВ. Підвищеним може бути також і рівень α -фетопротеїну.

Найбільш точним методом діагностики багатоплідної вагітності є ультразвукове дослідження.

3. УЗД багатоплідної вагітності в ранні терміни базується на візуалізації у порожнині матки декількох плідних яєць, а з 5-6 тижня вагітності — двох та більше ембріонів.

4. УЗД в терміні 10-13 тижнів вагітності для визначення:

- Життєздатності
- Кількості плодів (одноплідна чи багатоплідна)
- Товщини комірцевого простору (анеуплоїдія)
- Вроджених вад розвитку
- Точного терміну гестації
- Визначення хоріальності. Точність визначення хоріальності вище до 14 тижня вагітності, ніж після.

5. УЗД в 20-22 тижні (структурні аномалії).

6. УЗД на більш пізніх термінах:

- Цервікометрія.
- Фетометрія (прогнозування ЗРП, дискордантного росту).
- Доплерометрія кровотока в судинах.

Особливості ведення багатоплідної вагітності

1. Відвідування ЖК

- Вагітні без ускладнень:

1 раз на місяць до 28 тижнів.

2рази на місяць до 34 тижнів.

1 раз у 7-10 днів з 34 тижня.

- Загальна кількість відвідувань протягом вагітності — 15-17.

• У вагітних з БВ високого ризику частота відвідувань ЖК має вирішуватися індивідуально.

2. УЗД

№1-10-13 тижнів + розрахунок особистих ризиків можливих трисомій 13,18, 21 (на підставі УЗД та показників ХГЧ та РАРР-А).

№ 2-20-22 тижня (структурні аномалії)

- При дихоріальній двійні — УЗД в 24, 28, 32, 36 тижнів:

Виявлення ЗРП, дискордантного росту Цервікометрія

• При монохоріальній двійні — у разі неускладненого перебігу вагітності — УЗД має проводитись кожні 2-3 тижня, починаючи з 16 тижня вагітності:

УЗД між 1 б і 24 тижнями спрямовано на виявлення СМП Після 24 тижнів вагітності, коли рідко трапляються перші ознаки СМП, основна мета — виявити ЗРП та дискордантний ріст.

3. Жінкам з БВ слід надавати рекомендації стосовно способу життя та харчування:

- має бути запропоновано вживання фолієвої кислоти в стандартному режимі для профілактики дефектів невральної трубки плода (400 мкг);

- збагачення раціону препаратами заліза слід обов'язково рекомендувати вагітній у разі її поганого харчування або дотримання вагітною вегетаріанської дієти.

4. Діагностика та профілактика прееклампсії жінкам з БВ проводяться такими способами:

- вимірювання АТ та дослідження сечі на наявність протеїнурії (клінічний аналіз сечі або експрес-тест-смужка) під час кожного візиту до жіночої консультації;

- надання рекомендацій щодо приймання 75-150 мг аспірину щодня, починаючи з 12 тижнів вагітності до розродження, якщо жінка має один або більше з таких факторів ризику:

перша вагітність;

вік — 40 років або більше;

інтервал між вагітностями понад 10 років;

ІМТ — 35 кг/м² або більше при першому візиті в жіночу консультацію; прееклампсія в родині.

5. Прогнозування передчасних пологів (ПП) здійснюється методом динамічного спостереження за довжиною шийки матки шляхом трансвагінальної (TV) УЗ цервікометрії.

6. Профілактика передчасних пологів при БВ.

- Всім жінкам з БВ при першому відвідуванні та в подальшому (за показами) має бути проведено бактеріоскопічне дослідження вмісту піхви та, у разі виявлення, лікування бактеріального вагінозу, трихомоніазу та кандидозу. Бактеріоскопічне дослідження вмісту піхви при БВ проводиться у будь-який термін вагітності за наявності відповідних показань.

- Шов на шийку матки або встановлення шийкового песарію не слід використовувати для профілактики ПП у всіх жінок з БВ. Вказані заходи можуть бути виправдані у пацієток за наявності клінічних показань та на підставі рішення консилиуму лікарів.

- Довжина шийки матки менше 25 мм є показанням для накладання шва на шийку матки (до 22 тижнів) або встановлення шийкового песарію (після 22 тижнів) та призначення натурального прогестерону в терапевтичній дозі.

7. Призначення антенатальних кортикостероїдів.

- При призначенні антенатальних кортикостероїдів знижується смертність новонароджених, частота РДС, ВШК, НЕК у новонароджених, а також суттєво знижується тривалість підтримки неонатальної дихальної системи без збільшення материнської чи неонатальної інфекції. Середнє зменшення ризику цих ускладнень коливається від 30 до 60%.

- Проводиться кортикостероїдами за тими самими показаннями та за тією самою схемою (курсова та разова дози, кратність введення), що й при ОВ.

- Повторний курс антенатальних кортикостероїдів може бути рекомендований (однак не призначається рутинно) за умови збереження скоротливої діяльності матки (не раніше, чим через 7 днів від першого курсу).

- Перший курс антенатальних кортикостероїдів в терміні 35-37 тижнів може бути рекомендований, якщо пологи неминучі або заплановано кесарів розтин.

- Не проводиться більше двох антенатальних курсів кортикостероїдів упродовж вагітності.

Особливості розродження при багатоплідній вагітності

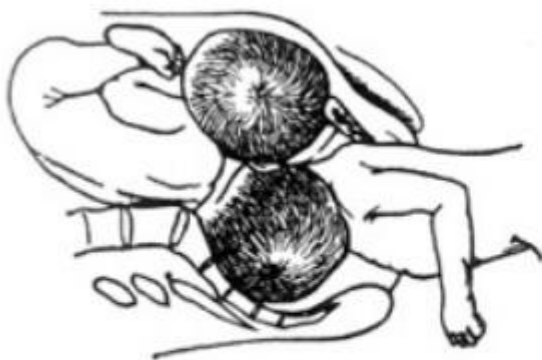
Ускладнення перебігу пологів:

- ПРПО, при цьому можливе випадіння петель пуповини, мілких частин плода.
- Внаслідок перерозтягнення матки пологи часто бувають тривалими через слабкість пологової діяльності.

- ПРПО, затягування пологів підвищує ризик післяпологових гнійно-септичних ускладнень у матері та дистресу плода.

- Передчасне відшарування плаценти. Причиною цього є швидке зменшення об'єму матки та зниження внутрішньоматкового тиску після народження першого плода.

- Дуже рідким, але вкрай важким ускладненням періоду вигнання при багатоплідній вагітності є колізія близнят. Можливі різні варіанти зчеплення плодів. Найчастіше зчіплюються голівка одного плода з передлежачою голівкою другого (мал.7). Це відбувається у тих випадках, коли перший близнюк народжується у тазовому передлежанні, а другий — у головному (мал.7) або перший — у тазовому передлежанні, а другий — у поперечному положенні (мал. 8).



Мал. 7. Зчеплення голівок плодів при двійні. Перший близнюк народжується у тазовому передлежанні, а другий - у головному.



Мал. 8. Зчеплення голівок плодів при двійні. Перший близнюк народжується у тазовому передлежанні, а другий - у поперечному положенні.

• Після народження 1-го близнюка II-ий може зайняти поперечне положення навіть у тому разі, коли до початку пологів він перебував у повздовжньому, що також може бути причиною різних ускладнень.

- Рання гіпотонічна кровотеча через перерозтягнення матки.
- У післяпологовому періоді можлива також субінволюція матки.

Оптимальний термін для розродження неускладненої БВ

Оптимальний термін для розродження неускладненої двійні є:

- Монохоріальна діамніотична двійня — 36-37 тижнів;
- Дихоріальна діамніотична двійня — 37-38 тижнів.

У разі подальшого пролонгування вагітності двійнею після 38 тижнів вагітності спостерігається зростання показників мертвонароджуваності та ранньої неонатальної смертності.

Не допускається пролонгування вагітності двійнею до 40 тижнів гестації, оскільки це супроводжується різким підвищенням показника мертвонароджуваності.

Монохоріальна моноамніотична двійня — розродження проводиться в термін 32-34 тижні вагітності шляхом операції КР після проведення курсу профілактики РДС кортикостероїдами.

Оптимальний термін для розродження неускладненої трійні є 35-36 тижнів гестації.

При досягненні оптимального терміну розродження і зрілості пологових шляхів (за шкалою Бішопа — більше 6 балів) — індукція пологів окситоцином.

При досягненні оптимального терміну розродження і незрілості пологових шляхів (за шкалою Бішопа — менше 6 балів) — розродження шляхом кесаревого розтину.

Вибір способу розродження при БВ залежить від:

- наявності/відсутності показань до КР;
- положення та передлежання плодів;
- терміну вагітності;
- передбачуваної маси та розміру плодів;
- хоріальності;
- стану плодів (СМП, ЗРП тощо);
- стану матері (наявність екстрагенітальної патології та/або ускладнень вагітності);
- акушерського анамнезу.

Вибір способу народження плода Б залежатиме від акушерської ситуації.

Особливості надання допомоги при багатоплідних пологах.

• При поступленні роділлі з БВ у пологове відділення необхідне проведення УЗД для визначення способу розродження.

• На початку пологів жінці обов'язково проводиться катетеризація периферичної вени катетером великого діаметра (14-18 G).

• Проводиться ретельний моніторинг стану матері, плодів та прогресу пологів із записом у партограму.

• II та III періоди пологів слід вести у присутності лікаря-анестезіолога та лікаря-неонатолога.

1. Ведення I періоду пологів:

• Для спостереження за станом плодів обов'язково використовується електронний фетальний моніторинг (ЕФМ) у періодичному або, за наявності показань, постійному режимі з записом на плівку.

• Вагінальні дослідження проводяться кожні 4 години, якщо не має показань до більш частих оглядів.

- У разі відсутності адекватної динаміки розкриття шийки матки в активну фазу I періоду пологів (менше 1 см/годину), слабкості скоротливої діяльності матки (менше 3 перейми впродовж 10 хвилин, тривалістю менше 40 секунд), при задовільному стані матері та плодів, показана стимуляція пологової діяльності окситоцином за тією ж схемою, що й при ОВ, з контролем стану плодів за допомогою безперервного ЕФМ.

- За відсутності ефекту від стимуляції (швидкість розкриття шийки матки менш ніж 1 см/годину) через 2 години від її початку рекомендовано оперативне розродження.

- Знеболення багатоплідних пологів призначається за бажанням жінки або за наявності показань.

2. Особливості ведення II періоду пологів при багатоплідній вагітності.

Ведення періоду вигнання Плода А:

- Впродовж періоду вигнання плода А слід ретельно моніторувати стан матері та обох плодів (безперервний ЕФМ).

- Прогрес пологів (перейми та просування передлеглої частини) оцінюються так, як й при одноплідних пологах.

- У ранній фазі II періоду вертикальне положення роділлі може сприяти просуванню передлеглої частини Плода А.

- Пологопосилення окситоцином, епізіотомія, акушерські щипці, вакуум-екстракція плода проводяться за відповідними показаннями, як і при ОВ.

- У разі монохоріальної двійні пуповина Плода А має бути перетиснута одразу після народження для запобігання можливої втрати крові у Плода Б через існуючі судинні анастомози у плаценті.

- Після народження плід А обгорнути у теплу пелюшку, перетиснути та перерізати його пуповину та передати лікарю-неонатологу для здійснення повного медичного огляду.

Ведення періоду вигнання Плода Б:

Одразу після народження плода А провести зовнішньо-внутрішнє акушерське обстеження для уточнення стану плодового міхура, положення Плода Б, передлежання та рівня стояння передлеглої частини по відношенню до входу в малий таз. Може бути використане УЗД для допомоги отримати більш точні дані (особливо у жінок з ожирінням).

Вибір способу народження плода Б залежатиме від акушерської ситуації.

Плід Б у поздовжньому положенні:

- Якщо передлегла частина (голівка або сідниці) притиснуті до входу в малий таз слід провести амніотомію.

- Якщо плід знаходиться у поздовжньому положенні, але передлегла частина не притиснута до входу в малий таз, слід зачекати 1-3 перейми доки передлегла частина не притиснеться до входу в малий таз, і після цього зробити амніотомію; проводити безперервний ЕФМ.

- Якщо раніше проводилась інфузія окситоцину відновити її.

- Якщо інфузія окситоцину не проводилась необхідно зачекати появи спонтанних перейм.

- Якщо протягом 10 хвилин після народження плода А спонтанні перейми не з'явилися слід розпочати внутрішньовенну інфузію окситоцину.

Плід Б у косому або поперечном у положенні:

Вибір варіанту повороту (на голівку чи на тазовий кінець) залежатиме від того, яка частина — голівка чи тазовий кінець — знаходиться ближче до входу в малий таз та акушерської ситуації.

• У разі виконання повороту Плода Б на ніжку проведення амніотомії не рекомендується. Необхідно розпочати пошук відповідної ніжки з цілим плодовим міхуром. Головною метою подібної тактики є запобігання скороченню матки після амніотомії та фіксації плода у поперечному/косому положенні; під час виконання того чи іншого повороту плода необхідно проводити безперервний ЕФМ, бути готовим до екстреного КР та надання реанімаційної допомоги новонародженому.

Можливі способи народження Плода Б:

- спонтанні вагінальні пологи у головному передлежанні;
- спонтанні вагінальні пологи у тазовому передлежанні (якщо положення плода Б після народження плода А є поздовжнім);
- зовнішньо-внутрішній поворот на ніжку / екстракція плода за тазовий кінець; зовнішній поворот на голівку з наступними вагінальними пологами;
- екстрений КР для плода Б (комбіновані пологи).

Комбінованими називають такі пологи за яких Плід А народжується через природні пологові шляхи, а плід Б — шляхом КР.

Допустимий інтервал між народженням плодів:

- Інтервал між народженням плодів з двійні до 30 хвилин є оптимальним; збільшення інтервалу між народженням плодів понад 30 хвилин є фактором, який підвищує ризик таких несприятливих ускладнень для Плода Б як кесарів розтин, ацидоз, перинатальна смертність, асфіксія, РДС, пологова травма, неонатальна інфекція.

Якщо після народження Плода А пройшло 30 хвилин, а Плід Б ще не народився, слід ретельно оцінити акушерську ситуацію та прийняти рішення щодо подальшої тактики ведення пологів: за наявності прогресуючого просування передлеглої частини, при задовільному стані матері та плода пологи можна продовжити вести через природні пологові шляхи. У разі незадовільного прогресу пологів (слабкість пологової/потужної діяльності, повільне або відсутнє просування передлеглої частини) слід перейти до оперативного розродження в залежності від акушерської ситуації (КР для Плода Б, екстракція плода за тазовий кінець, вакуум-екстракція, акушерські щипці).

3. Ведення III періоду пологів:

• Враховуючи високий ризик післяпологової атонічної кровотечі при БВ застосовують активне ведення третього періоду пологів з обов'язковим введенням утеротоніку (окситоцин), але без проведення тракцій за пуповину (пуповини).

• Після народження посліду провести ретельну оцінку його будови для визначення/уточнення хоріальності та амніальності, а також пошук структурно-функціональних причин деяких ускладнень вагітності (СМП, ЗРП та/або загибель плода внаслідок крайового/оболонкового прикріплення пуповини, тощо).

Показання до розродження шляхом кесаревого розтину при багатоплідній вагітності:

1. двійня монохоріальна моноамніотична;
2. трійня та більша кількість плодів;
3. зрощені близнюки;
4. поперечне положення першого плода;
5. тазове передлежання першого плода;
6. двійня у поєднанні з рубцем на матці;
7. ЗРП одного чи обох плодів та порушення кровоплину в артерії пуповини;
8. необхідність розродження при терміні вагітності 26-32 тижні;

9. двійня дихоріальна діамніотична в терміні вагітності понад 38 тижнів (двійня монохоріальна діамніотична в терміні понад 37 тижнів) при незрілості шийки матки;
10. передчасний розрив плодових оболонок в терміні вагітності більше 34 тижнів та незріла шийка матки при безводному проміжку 24 години, в терміні вагітності до 34 — при безводному проміжку 48 годин;
11. невдала спроба зовнішньо — внутрішнього повороту II-го плода при поперечному положенні після народження 1-го плода;
12. двійня внаслідок ДРТ та відмова від вагінальних пологів;
13. інші акушерські показання.

Специфічні ускладнення багатоплідної вагітності

Синдром міжблизнькового перетікання (або синдром фето-фетальної трансфузії, далі СМП) — це скид крові від одного плода (донора) до іншого (реципієнта) внаслідок незбалансованості плацентарно-плодового та внутрішньоплацентарного кровообігу за наявності у плаценті крупних артеріо-венозних анастомозів між судинними руслами обох плодів при монохоріальному типі плацентації. Зустрічається виключно при монохоріальному типі плацентації незалежно від кількості плодів.

Наслідки такого анастомозу можуть бути дуже серйозними. Якщо в судинній системі плаценти кров'яний тиск симетричний, обидва близнюки опиняються в однакових умовах харчування та розвитку. Однак при однойцевих двійнях ця рівновага може бути порушена внаслідок асиметричного плацентарного кровообігу і тоді один плід отримує більше крові (реципієнт), ніж інший (донор). Останній не отримує достатнього харчування та опиняється у гірших умовах для свого розвитку, це може бути причиною затримки внутрішньоутробного розвитку плода. При різкому порушенні рівноваги в системі плацентарного кровообігу один з близнюків (донор) поступово виснажується, помирає та муміфікується, перетворюючись в "паперовий" плід (*fetus papiraceus*). Нерідко у близнюка-реципієнта розвиваються багатоводдя та водянка, які обумовлені серцевою недостатністю.

Методи лікування СМП

1. Амніоредукція.

Амніоредукція є симптоматичним лікуванням і не припиняє дії патогенетичних механізмів СМП.

Метою видалення частини оплодневої рідини є:

- зменшення внутрішньоматкового тиску та зниження ризику ПП, що пов'язаний з багатоводдям;
- зниження тиску на судини пуповини плода-«донора» та покращення плодово-плацентарного кровотоку;
- зменшення тиску на плодову поверхню плаценти та покращення внутрішньо-плацентарної гемодинаміки (відкриття компенсаторних вено-ве-нозних анастомозів низького тиску).

2. Амніоредукція з септостомією. Септостомія — це створення штучного отвору у міжамніотичній мембрані. Виконується під контролем УЗД голкою для амніоцентезу. Через зроблений отвір амніотична рідина від плода — «реципієнта» внаслідок різниці тиску потрапляє до амніотичної порожнини плода — «донора», що призводить до штучної нормалізації об'ємів оплодневої (амніотичної) рідини. Достовірної різниці у перина-тальних наслідках між ізольованою амніоредукцією та амніоредукцією в поєднанні з септостомією немає, але септостомія може знижувати потребу повторних амніоредукцій на 18%. Септостомія не обов'язкова складова амніоредукції.

3. Лазерна коагуляція судинних анастомозів.

Показаннями до розродження у разі СМП є:

- термін вагітності понад 26 тижнів;
- відсутність доступних способів лікування або протипоказання до їх застосування;
- погіршення СМП (на тлі лікування чи очікувальної тактики);
- загроза загибелі одного з плодів за неможливості заварювання його пуповини

(фетоцид).

Виявлення невідповідного (дискордантного) росту плодів — НРП

- Оцінка темпів росту плодів при БВ здійснюється за допомогою УЗД в динаміці.

• Наявність затримки росту плода (плодів) (ЗРП) виявляють шляхом порівняння біометричних показників (поперечний розмір мозочка, міжтім'яний розмір та обвід голівки, обвід животика, довжина стегна) зі значенням 10-ї перцентилі для визначеного терміну вагітності (від умовного 1-го дня останніх місячних). ЗРП — плід, розміри якого менше значення 10-ї перцентилі для визначеного терміну вагітності.

• Невідповідність (дискордантність) передбачуваних мас плодів слід оцінювати за допомогою двох або більше біометричних параметрів під час кожного УЗД (оцінка різниці у рості плодів).

НРП оцінюють за формулою:

$$\text{НРП} = \frac{\text{Передбачувана маса більшого плода} - \text{Передбачувана маса меншого плода}}{\text{Передбачувана маса більшого плода}} \times 100\%$$

Інтерпретація показника НРП:

менше 10% — плоди відповідні (конкордантні);

10-20% — фізіологічна невідповідність;

більш 20% — невідповідність, що має клінічне значення (патологічна невідповідність).

• Наявність НРП більше 20% є провісником можливої затримки росту меншого плода.

• У разі виявлення НРП більше 20% вагітна має бути скерована у заклад III рівня надання перинатальної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, що має відповідних фахівців та технічні можливості, незалежно від його форми власності.