



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ПОРЯДОК

надання медичної допомоги жінкам
з багатоплідною вагітністю

Наказ від 08 квітня 2015 року № 205

Цей документ створено у рамках діяльності україно-швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини», яка впроваджується Швейцарським інститутом охорони здоров'я та тропічної медицини спільно з Міністерством охорони здоров'я України. Розробка та друк цього документу здійснені завдяки фінансовій підтримці Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (донор Програми).

Експерти, які брали участь у розробці Порядку

Веропотвелян М.П.	головний лікар ОКЗ «Міжобласний центр медичної генетики і пренатальної діагностики»
Галич С.Р.	професор кафедри акушерства та гінекології Одеського НМУ
Голяновський О.В.	завідувач кафедрою акушерства та гінекології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Давидова Ю.В.	завідувач акушерським відділенням ДУ «ПАГ НАМН України», професор
Дудіна О.О.	завідувач відділом охорони здоров'я матері та дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень»
Жук С.І.	завідувач кафедри акушерства і гінекології та медицини плода Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, професор
Камінський В.В.	головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «акушерство і гінекологія», професор
Коломейчук В.М.	заступник директора департаменту реформ та розвитку медичної допомоги, начальник управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України; національний координатор Програми «Здоров'я матері та дитини»
Коньков Д.Г.	к.м.н., доцент кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова
Наритник Т.Т.	доцент кафедри акушерства і гінекології № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
Савченко С.Є.	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Соловійов О.І.	кандидат медичних наук, завідувач відділу медицини плода клініки «Надія», керівник "Фонду Медицини Плода, Україна"
Ткаченко А.В.	доцент кафедри акушерства та гінекології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Ткаченко Р.О.	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Чернов А.В.	асистент кафедри акушерства та гінекології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Чибісова І.В.	головний спеціаліст відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України
Шунько Є.Є.	головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності “неонатологія”, завідувач кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, професор

Затверджено наказом МОЗ України від 08 квітня 2015 року за № 205 та зареєстровано в Міністерстві юстиції України 06 травня 2015 року за №501/26946.

Відповідальність за зміст цього документу несе експертна група. Рекомендації та ідеї, викладені в цьому документі, можуть не відображати позицію донора Програми.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

N 205

м.Київ

08.04.2015

**Про затвердження Порядку надання медичної допомоги жінкам
з багатоплідною вагітністю**

Відповідно до статті 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я, підпункту 4 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України від 13 квітня 2011 року № 467, з метою уніфікації вимог до обсягів і якості надання акушерсько-гінекологічної допомоги, зниження рівня материнської та малюкової захворюваності та смертності при багатоплідній вагітності

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Порядок надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю, що додається.
2. Департаменту медичної допомоги (С. Хотіна) забезпечити подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України в установленому законодавством порядку.
3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра керівника апарату А. Терещенко.
4. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

Міністр

О. КВІТАШВІЛІ

I. Загальні положення

1. Цей Порядок регулює відносини між пацієнтами (жінками) та закладами охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які забезпечують надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю.

2. У цьому Порядку терміни вживаються в таких значеннях:

амніоредукція – видалення надлишку амніотичної рідини шляхом пункції амніотичної порожнини плода; може поєднуватися із септостомією;

багатоплідна вагітність (далі – БВ) – така вагітність, при якій в організмі жінки розвиваються одночасно два плоди або більше;

багатоплідні пологи (далі – БП) – народження двох та більшої кількості (незалежно живих чи мертвих) дітей від однієї вагітності;

вибірковий фетоцид – припинення життєдіяльності одного з плодів при БВ шляхом медичного втручання;

дихоріальна двійня (далі – ДХД) – двійня, за якої кожен плід має окрему плаценту (хоріон);

дихоріальна діамніотична трійня (далі – ДХДАТ) – трійня, за якої один плід має окрему плаценту та амніотичну порожнину, а два плоди мають одну спільну плаценту та спільну амніотичну порожнину;

дихоріальна триамніотична трійня (далі – ДХТАТ) – трійня, за якої один плід має окрему плаценту, а два плоди – одну спільну плаценту; кожен з плодів має окрему амніотичну порожнину;

діамніотична двійня (далі – ДАД) – двійня, за якої кожен з плодів знаходиться в окремій амніотичній порожнині. Дихоріальна двійня завжди діамніотична, монохоріальна двійня може бути діамніотична (у переважній більшості випадків) або моноамніотична;

зниклий близнюк – ембріон/плід, який загинув внутрішньоматково в I триместрі гестації (переважно до 10 тижнів вагітності) та згодом повністю або частково реабсорбувався материнським організмом;

комбіновані пологи – такі пологи, за яких Плід А народжується через природні пологові шляхи, а Плід Б – шляхом кесарева розтину (далі – КР);

моноамніотична двійня (далі – МАД) – двійня, за якої відсутня міжамніотична мембрана (перетинка) та обидва плоди знаходяться в одній амніотичній порожнині. Вона буває: природна – лише при монохоріальній двійні; ятрогенна – порушення цілості міжамніотичної мембрани внаслідок медичних втручань (септостомія, фетоскопічні операції);

монохоріальна двійня (далі – МХД) – двійня, за якої плоди мають одну спільну плаценту (хоріон);

монохоріальна діамніотична трійня (далі – МХДАТ) – трійня, за якої плоди мають одну спільну плаценту (хоріон), при цьому один плід має окрему амніотичну порожнину, а два інших плоди мають одну спільну амніотичну порожнину;

монохоріальна моноамніотична трійня (далі – МХМАТ) – трійня, за якої плоди мають одну спільну плаценту (хоріон) та одну спільну амніотичну порожнину;

монохоріальна триамніотична трійня (далі – МХТАТ) – трійня, за якої плоди мають одну спільну плаценту (хоріон), але кожен плід має свою окрему амніотичну порожнину;

невідповідний ріст плодів (далі – НРП) – це різниця між передбачуваними масами та розмірами плодів, виражена у відсотках;

паперовий плід – являє собою мацерацію плода після його ранньої (кінець I – початок II триместру вагітності) загибелі з наступною дегідратацією та частковою реабсорбцією компонентів плода та плаценти, що не розвивається;

плід-донор – один з плодів при СМП, від якого кров значною мірою перетікає у судинне русло іншого плода (реципієнта), при цьому в донора виникають гіповолемія, анемія, олігурія, маловоддя, затримка росту;

плід-реципієнт – один з плодів при СМП, до судинного русла якого кров перетікає від іншого плода (донора), при цьому в реципієнта виникають гіперволемія, поліцитемія, поліурія, багатоводдя, застійна серцева недостатність, набряки;

септостомія – формування штучного отвору у міжамніотичній мембрані; септостомія може виконуватись під час амніоредукції (під контролем ультразвукового дослідження (далі – УЗД));

синдром зворотної артеріальної перфузії – порушення розвитку одного з плодів при МХД внаслідок недостатнього кровопостачання до верхньої половини тулуба;

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

трихоріальна трійня (далі – ТХТ) – трійня, за якої кожен плід має окрему плаценту (хоріон) та окрему амніотичну порожнину.

3. Акушерська допомога жінкам з БВ має надаватися тільки лікарем- акушером-гінекологом.

4. Лікування ускладнень БВ має здійснюватись у закладах III рівня перинатальної допомоги.

5. Медична допомога у пологах вагітним з БВ надається:

1) у закладах II рівня надання перинатальної допомоги – з неускладненою дихоріальною діамніотичною двійнею;

2) у закладах III рівня надання перинатальної допомоги – з ускладненою дихоріальною діамніотичною двійнею, ДХД та трійнею.

6. Термінологія, яка стосується БВ та БП, повинна використовуватись лікарями-акушерами-гінекологами та акушерками (медсестрами) під час ведення відповідної медичної документації та формулювання діагнозу.

7. Статистичне звітування має здійснюватись згідно з кодами стану або захворювання (МКХ-10), що відносяться до багатоплідної вагітності (додаток 1).

8. Усім вагітним жінкам необхідно провести УЗД в терміні вагітності 11 тижнів + 1 день – 13 тижнів + 6 днів (КТР більшого плода – від 45 мм до 84 мм) з метою своєчасної діагностики БВ та визначення хоріальності (додаток 2), а також точного терміну вагітності та для розрахунку особистих ризиків можливого синдрому Дауна та інших хромосомних аномалій (трисомій 13, 18) шляхом здійснення просівних досліджень для пошуку можливого синдрому Дауна та трисомій 13, 18 (додаток 3).

При діагностиці БВ обов'язковим є визначення хоріальності.

9. Для пошуку можливих структурних аномалій плодів усім вагітним з БВ має бути проведено УЗД в терміні 20 тижнів + 0 днів – 20 тижнів + 6 днів. При БВ структурні аномалії плода (особливо вади серця) виникають частіше, ніж при одноплідній вагітності (далі – ОВ).

Для проведення УЗД з метою виявлення структурних аномалій при БВ слід виділяти не менше 45 хвилин.

10. Виявлення затримки росту та невідповідного (дискордантного) росту плода/плодів:

1) оцінка темпів росту плодів при БВ здійснюється за допомогою УЗД у динаміці. Для проведення УЗД з метою оцінки біометричних показників плодів при БВ слід виділяти не менше 30 хвилин.

Не використовують гравідограму для оцінки темпів росту плодів при БВ;

2) наявність затримки росту плода (плодів) (далі – 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;

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

Невідповідний ріст плодів (далі – 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; більше 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.

11. Особливості надання антенатальної допомоги жінкам з БВ:

1) антенатальна допомога при БВ має бути направлена на мультидисциплінарній основі. Основна команда фахівців повинна включати лікаря-акушера-гінеколога, лікаря-неонатолога, лікаря пренатальної діагностики та акушерку, які мають необхідні знання, навички та досвід у веденні БВ;

2) програма антенатального догляду, зокрема кількість візитів у жіночу консультацію, а також частота проведення УЗД та перелік завдань під час кожного обстеження безпосередньо залежать від хоріальності.

12. Особливості надання антенатальної допомоги жінкам з БВ, а саме графік візитів вагітної до лікаря при різних типах БВ та основні завдання кожного візиту наведені в додатку 4 (таблиці 1 та 2) до цього Порядку.

13. За наявності монохоріального типу плацентации (двійня або трійня) у термін вагітності з 16 до 24 тижня УЗД має проводитись один раз на два тижні з метою своєчасного виявлення ознак СМП.

14. Направлення вагітної з БВ у заклад III рівня надання перинатальної допомоги має бути за наявності показань до направлення жінок з БВ на консультацію на III рівень надання перинатальної допомоги або до закладу охорони здоров'я, що має відповідних фахівців та технічні можливості, наведених у додатку 5 до цього Порядку.

15. У разі потреби у фетоскопічному втручанні вагітна має бути скерована у заклад, який має відповідних фахівців та технічні можливості для уточнення попереднього діагнозу, консультування родини та проведення подібних операцій.

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

1) має бути запропоновано вживання фолієвої кислоти в стандартному режимі для профілактики дефектів невральної трубки плода;

2) враховуючи підвищений ризик анемії в жінок з БВ, порівняно з

ОВ, слід рекомендувати проведення загального аналізу крові додатково в термін 20-24 тижнів для виявлення жінок, які потребують лікування. Контрольний аналіз крові слід проводити у 28 тижнів вагітності на рутинній основі;

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

17. Діагностика та профілактика преєклампсії жінкам з БВ проводяться такими способами:

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

2) 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;

преєклампсія в родині.

Найбільша профілактична ефективність аспірину спостерігається у разі початку прийому препарату до 16 тижнів вагітності та при вживанні добової дози перед сном.

18. Прогнозування передчасних пологів здійснюється:

1) методом динамічного спостереження за довжиною шийки матки шляхом черезпіхвової (трансвагінальної) ультразвукової цервікометрії (додаток 6);

2) імунохроматографічними тестами для виявлення в цервікальному слизі біохімічних маркерів передчасних пологів для прогнозування передчасного народження при БВ лише в комбінації з черезпіхвовою ультразвуковою цервікометрією.

19. Профілактика передчасних пологів при БВ:

1) 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;

2) шов на шийку матки або встановлення шийкового песарію не слід використовувати для профілактики передчасних пологів у всіх жінок з БВ. Ці заходи можуть бути застосовані до пацієнок за наявності відповідних клінічних показань та на підставі рішення консилиуму лікарів;

3) профілактичне призначення бета-міметиків (per os) та рутинне профілактичне призначення прогестерону (внутрішньом'язово чи інтравагінально) при БВ не рекомендуються.

20. Профілактика респіраторного дистрессиндрому (далі – РДС) плода при БВ проводиться кортикостероїдами за тими самими показаннями та за тією самою схемою (курсова та разова дози, кратність введення), що й при ОВ. Повторний курс кортикостероїдів є корисним у випадку, якщо від попереднього курсу минуло більше ніж 7 діб та тривають або знову з'явилися симптоми загрози передчасних пологів чи планується дострокове розродження. Не проводиться більше двох антенатальних курсів кортикостероїдів упродовж вагітності.

II. Розродження жінок з БВ

1. Вибір терміну розродження при неускладненому перебігу БВ:

1) двійня:

оптимальним терміном розродження неускладненої двійні є 37 тижнів вагітності, оскільки в цьому терміні вагітності ризики антенатальної загибелі плодів та ранньої неонатальної смерті є мінімальними і дорівнюють один одному;

враховуючи більш високий ризик внутрішньоутробної загибелі плода/плодів при МХД порівняно з ДХД, оптимальним терміном для розродження неускладненої двійні є:

монохоріальна діамніотична двійня – 36-37 тижнів;

ДХД – 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: враховуючи високий ризик внутрішньоутробної загибелі плода/плодів внаслідок порушення кровообігу при сплутуванні пуповин між собою, розродження МХМА двійні проводиться в термін повних 32 тижні вагітності шляхом операції КР після проведення курсу профілактики РДС кортикостероїдами;

2) трійня: якщо триамніотична вагітність не має ускладнень та пролонгується, оптимальний термін розродження – 35-36 тижнів гестації з урахуванням особливостей надання антенатальної допомоги жінкам з БВ, наведених у додатку 4 до цього Порядку.

2. Вибір способу розродження при БВ:

1) під час вирішення питання про спосіб розродження БВ слід враховувати такі фактори:

наявність/відсутність показань до КР;

положення та передлежання плодів;

термін вагітності;

передбачувана маса та розміри плодів;

хоріальність;

стан плодів (СМП, ЗРП тощо);

стан матері (наявність екстрагенітальної патології та/або ускладнень вагітності);

акушерський анамнез;

2) запланований КР не може бути рекомендований як рутинний метод розродження всіх двієнь;

3) показання до КР при БВ:

двійня монохоріальна моноамніотична;

трійня та більша кількість плодів;

зрощені близнюки;

поперечне положення першого плода;

тазове передлежання першого плода;
двійня у поєднанні з рубцем на матці;
ЗРП одного чи обох плодів та/або порушення кровоплину в артерії пуповини;
тазове передлежання другого плода при терміні вагітності 27-29 тижнів;
двійня дихоріальна діамніотична в терміні вагітності понад 38 тижнів (двійня монохоріальна діамніотична в терміні понад 37 тижнів) при незрілості шийки матки та невдалій спробі підготовки пологових шляхів;
невдала спроба зовнішньо-внутрішнього повороту другого плода при поперечному положенні після народження першого плода;
двійня внаслідок допоміжних репродуктивних технологій та відмова від вагінальних пологів;
інші акушерські показання;
4) вибір способу розродження залежно від положення плодів та передлежання:
варіант: «Плід А головне/Плід Б головне» – рекомендовані вагінальні пологи;
варіант «Плід А головне/Плід Б неголовне (тазове передлежання, косе або поперечне положення)» – можливі способи народження Плода Б:
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).
Вибір способу народження плода Б залежатиме від акушерської ситуації.

3. Особливості надання допомоги при БП:

1) загальні положення:
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. Показники записують у партограму;
другий та третій періоди пологів слід вести у присутності лікаря-анестезіолога та лікаря-неонатолога;
2) ведення I періоду пологів:
для спостереження за станом плодів обов'язково використовується електронний фетальний моніторинг (далі – ЕФМ) у періодичному або, за наявності показань, постійному режимі із записом на плівку;
вагінальні дослідження проводяться кожні 4 години, якщо немає показань до частіших оглядів;
у разі відсутності адекватної динаміки розкриття шийки матки в активну фазу першого періоду пологів (менше 1 см/год), слабкості скоротливої діяльності матки (менше 3 переймів упродовж 10 хвилин, тривалістю менше 40 секунд), при задовільному стані матері та плодів показана стимуляція пологової діяльності окситоцином за тією самою схемою, що й при ОВ, з контролем стану плодів за допомогою безперервного ЕФМ;
за відсутності ефекту від стимуляції (швидкість розкриття шийки матки менше ніж 1 см/год) через 2 години від її початку рекомендовано оперативне розродження.

4. Знеболення багатоплідних пологів призначається за бажанням жінки або за наявності відповідних показань. Проведення епідуральної аналгезії не протипоказане. Епідуральна анестезія здатна забезпечити адекватне знеболення у разі необхідності проведення:

зовнішнього повороту на голівку Плода Б;
зовнішньо-внутрішнього повороту та екстракції Плода Б за тазовий кінець;
КР.

5. Особливості ведення II періоду пологів при багатоплідній вагітності:

1) ведення періоду вигнання Плода А:

впродовж періоду вигнання плода А слід ретельно моніторити стан матері та обох плодів (безперервний ЕФМ);

прогрес пологів (перейми та просування передлеглої частини) оцінюється так, як і при одноплідних пологах;

у ранній фазі II періоду вертикальне положення роділлі може сприяти просуванню передлеглої частини Плода А;

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

у разі МХД пуповина Плода А має бути перетиснута одразу після народження для запобігання можливій втраті крові у Плода Б через існуючі судинні анастомози у плаценті;

після народження плід А необхідно обгорнути в теплу пелюшку, перетиснути та перерізати його пуповину і передати лікарю-неонатологу для здійснення повного медичного огляду;

2) ведення періоду вигнання Плода Б:

одразу після народження плода А необхідно зупинити інфузію окситоцину (якщо проводиться), доки не буде з'ясовано положення плода Б;

провести зовнішньо-внутрішнє акушерське обстеження для уточнення стану плодового міхура, положення Плода Б, передлежання та рівня стояння передлеглої частини відносно до входу в малий таз. Може бути використане УЗД, щоб отримати більш точні дані (особливо у жінок з ожирінням);

подальша тактика залежатиме від положення та передлежання Плода Б.

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 переймів;

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

Плід Б у косому або поперечному положенні:

вибір варіанта 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.

6. 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 незалежним фактором, який підвищує ризик таких несприятливих ускладнень для Плода Б як КР, 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 родові шляхи. У разі незадовільного прогресу пологів (слабкість пологової/потужної діяльності, повільне або відсутнє просування передлеглої частини) слід перейти до оперативного розродження залежно від акушерської ситуації (КР для Плода Б, екстракція плода за тазовий кінець, вакуум-екстракція, акушерські щипці).

7. Медикаментозне розслаблення матки/шийки матки може бути потрібним після народження Плода А, якщо:

необхідно виконати поворот плода Б, а матка скоротилась;

відбулося защемлення шийкою матки послідувочої голівки Плода Б.

З метою розслаблення матки/шийки матки використовують нітрогліцерин сублінгвально (спрей) або внутрішньовенно в разовій дозі 200-400 мкг (загалом не більше 600 мкг). Дія препарату при сублінгвальному введенні (спрей) починається через 40-50 секунд. Маркером початку дії препарату є поява або збільшення тахікардії в роділлі.

Нітрогліцерин повинен використовуватись за відсутності протипоказань до його застосування та під контролем гемодинаміки роділлі (артеріальний тиск (далі – АТ), пульс).

8. Комбінованими називають такі пологи, за яких Плід А народжується через природні родові шляхи, а плід Б – шляхом КР.

Для комбінованих пологів характерні високі показники неонатальної захворюваності та смертності для Плода Б, тому медичний персонал повинен бути готовим до надання реанімаційної допомоги новонародженому (Плоду Б).

9. Показання до КР для Плода Б:

відсутність прогресу у просуванні передлеглої частини внаслідок слабкості пологової діяльності, що не піддається медикаментозній корекції;

невдала спроба зовнішнього повороту на голівку або зовнішньо-внутрішнього повороту на ніжку чи екстракції за тазовий кінець ізольовано або в поєднанні з:

дистресом плода;

випадінням пуповини або дрібних частин плода;

матковою кровотечею.

10. 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 слід 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) (додаток 2).

11. Ведення раннього післяпологового періоду здійснюється у такому самому порядку, як і для одноплідної вагітності (далі – ОВ).

III. Специфічні ускладнення багатоплідної вагітності

1. СМП (синдром фето-фетальної трансфузії, Twin-to-Twin Transfusion Syndrome) або синдром фето-фетальної трансфузії є скидом 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 (на частоту виявлення СМП суттєво впливає якість діагностики – навченість спеціалістів УЗД, критерії, що використовуються для встановлення діагнозу, тощо) та має такі ознаки:

1) клінічна картина СМП розвивається від 16 до 24 тижнів вагітності. У плода-донора утворюється анемія, гіповолемія та, як наслідок цього, відбувається зменшення продукції сечі нирками, внаслідок чого об'єм оплодневої (амніотичної) рідини поступово зменшується (оліго-/агідрамніон). У плода-реципієнта виникають гіперволемія та поліурія, що призводить до багатоводдя. Оскільки при цьому не відбувається втрат білка та формених елементів крові, виникають поліцитемія та гіперосмолярність. Гіперволемія та поліцитемія призводять до серцевої недостатності та набряків у плода-реципієнта.

Багатоводдя у плода-реципієнта супроводжується підвищенням тиску в його опліді (амніотичній порожнині) з одночасним притисненням до стінки матки плода-донора та судин його пуповини через брак оплодневої рідини. За рахунок цього ще більше знижується надходження крові до плода-донора. Такий стан має назву «стиснутий (або приклеєний) близнюк».

Зменшення кількості оплодневої рідини плода-донора призводить до того, що міжамніотична мембрана щільно обгортає плода-донора. Тому під час УЗД, особливо якщо вагітна звернулася запізно до жіночої консультації з тяжким СМП, може скластися помилкове враження, що двійня є моноамніотичною;

2) СМП призводить до:

загибелі одного чи обох плодів;

викидня/передчасних пологів;

відшарування плаценти;

неврологічних порушень у плода, що вижив;

респіраторного та абдомінального дискомфорту у вагітної, парестезії, задухи;

3) діагностика СМП ґрунтується на ультразвуковому дослідженні. СМП виникає тільки у МХД, за якою плоди мають однакову стать. Для своєчасного виявлення СМП усім жінкам з багатоплідною вагітністю, які мають монохоріальний тип плацентації (при двійні або при трійні), проводяться контрольні УЗД щонайменше один раз на два тижні від 16 до 24 тижнів вагітності.

Основною ознакою СМП є багатоводдя у плода-«реципієнта» (висота найбільшої вільної кишені (далі – ВНК) оплодневої рідини ≥ 80 мм) при одночасному маловодді плода-донора (ВНК оплодневої рідини ≤ 20 мм). Ця ознака відповідно до класифікації СМП за ступенем тяжкості (додаток 7) присутня на будь-якій стадії захворювання.

Різниця розмірів та, відповідно, уявних мас плодів (невідповідність чи дискордантність) і наявність ЗРП одного чи обох плодів враховуються як клінічно важливі показники, але не вважаються діагностичними критеріями СМП.

Слід проводити диференційну діагностику СМП з іншими причинами багатоводдя (атрезія стравоходу плода, дефекти невральної трубки тощо) та маловоддя (передчасний розрив плодових оболонок, атрезія сечовивідних шляхів, агенезія нирок тощо);

4) СМП не розвивається миттєво. Протягом певного періоду часу основна ознака синдрому (маловоддя та багатоводдя) може ще не досягати порогових діагностичних значень (20 мм та 80 мм), хоча різниця кількості оплодневої рідини в обох амніотичних порожнинах (оплідах) уже буде помітною (тенденція до маловоддя в одного з плодів та до багатоводдя в іншого). Це може свідчити про патологічний процес, що вже розпочався й розвивається. Виявлення ознак СМП або підозра на наявність СМП є показанням для скерування вагітної на III рівень надання перинатальної допомоги;

5) при лікуванні СМП слід враховувати, що перинатальна смертність у разі нелікованого СМП може сягати 80-100 %, особливо у разі появи ознак СМП до 20-го тижня вагітності.

Очікувальна тактика може використовуватися лише у випадках, якщо:

інші методи лікування недоступні;

вагітна (члени її родини) не бажають здійснювати внутрішньоматкові втручання;

СМП не погіршується або погіршується повільно та налагоджено ретельний моніторинг стану плода (доплер та, за потреби, біофізичний профіль плода (БФП) – щонайменше двічі на тиждень);

термін вагітності понад 26 тижнів, оскільки наслідки для плодів у такому терміні є подібними, незалежно від способу ведення (очікувальна тактика чи здійснення оперативної фетоскопії);

планується дострокове розродження та потрібен час на проведення профілактики РДС.

Для лікування СМП не рекомендується використання медикаментозної терапії (дигоксин, індометацин).

Амніоредукція як метод лікування полягає у видаленні надлишків оплодневої (амніотичної) рідини через голку, введену до опліду (амніотичної порожнини) плода-реципієнта.

Проведення амніоредукцій та аміноредукції із септостомією (додаток 8) має переваги над очікувальною тактикою. При цьому кількість необхідних амніоредукцій, їх частота та об'єм рідини, що виводиться, залежать від ступеня важкості багатоводдя та клінічних проявів матері.

Ендоскопічна лазерна коагуляція судинних анастомозів є методом вибору («золотий стандарт») для лікування СМП, оскільки не лише усуває причину захворювання, але й достовірно покращує перинатальні наслідки. Лазерна коагуляція проводиться згідно з показами та умовами, наведеними у додатку 9 до цього Порядку.

Вибірковий фетоцид – це вибіркоче умертвіння одного з плодів (донора чи реципієнта) шляхом внутрішньоутробного заварювання його пуповини (лазером, шляхом коагуляції за допомогою двополюсного чи однополюсного електрода) з метою збереження життя іншого плода. Головним показанням до заварювання пуповини є наявність термінального стану одного з плодів при МХД;

б) моніторинг стану плода/плодів після лікувальних втручань (амніоредукція, лазерна коагуляція анастомозів, фетоцид) здійснюється, оскільки плоди/плід потребують/потребує ретельного догляду. Раціональний мінімальний стандарт моніторингу проводиться впродовж першого місяця після фетоскопічного втручання, а потім – залежно від стану плодів. Доплерометрична оцінка кровоплину, визначення кількості оплодневої (амніотичної) рідини та БФП (за потреби у III триместрі) проводиться 2 рази на тиждень. Фетометрія плода для визначення відповідності розмірів очікуваному віку вагітності проводиться один раз на 2 тижні;

7) 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).

При цьому умовами для розродження при СМП є: перебування вагітної у перинатальному центрі III рівня надання медичної допомоги; проведення курсу профілактики РДС; поінформування вагітної та членів родини про стан плодів та прогноз для дітей; підписання вагітною та членами її родини інформованої згоди на розродження.

Вибір способу розродження потребує всебічної оцінки акушерської ситуації, стану матері та плодів (плановий кесарів розтин у більшості випадків обґрунтований тяжким станом плода/плодів; вагінальні пологи не протипоказані).

2. Внутрішньоутробна загибель одного з плодів (далі – ВЗОП) – специфічне ускладнення багатоплідної вагітності. Зустрічається в середньому в 6 % випадків (від 1,1 % до 12,0 %). На тактику ведення і наслідки впливає хоріальність, час установлення діагнозу, термін вагітності при ВЗОП, специфічні акушерські ускладнення і стан материнського організму, емоціональний фон пацієнтів, їх психологічний стан тощо. Частота ВЗОП збільшується пропорційно кількості плодів. ВЗОП може зустрічатися як при ДХД, так і при МХД. При монохоріальному типі плацентации частота ВЗОП може бути в 6 разів вище, ніж за наявності 2 окремих плацент.

3. До виникнення ВЗОП призводять стани, які уражають лише одного плода: аномалії розвитку, порушення формування чи відшарування однієї з плацент, тромбоз вени пуповини (особливо у разі крайового та оболонкового прикріплення пуповини) тощо. У подібних випадках дія чинника завершується після загибелі одного плода та не впливає на стан іншого (живого) плода.

Стани, які можуть вразити обидва плоди: важка прееклампсія, хоріоамніоніт, діабет тощо. У подібних випадках ушкоджуючий чинник залишається і може становити загрозу для іншого (живого) плода.

4. ВЗОП може статися в результаті певного стану, пов'язаного із синдромами, специфічними для двієнь, такими, як синдром фето-фетальної трансфузії (СФФТ) та зворотна артеріальна перфузія. У таких випадках міжблизнюкові анастомози складають загрозу для живого плода.

5. За терміном виникнення розрізняють такі форми ВЗОП:

феномен “зниклий близнюк” – на початку та в середині I триместру;
феномен “паперовий плід” – наприкінці I та на початку II триместру;
ВЗОП, що може статися наприкінці II та у III триместрі.

При цьому причинами феномену “зниклий близнюк” може бути неадекватна плацентация, тяжкі аномалії розвитку (пов'язані з повною відсутністю певних внутрішніх органів), летальні хромосомні аномалії та інші причини, а при феномені “паперовий плід” (fetus papraceous) – плід, що загинув, стискається амніотичним міхуром живого плода, відбуваються дегідратація та часткова реабсорбція тканин плода, пуповини плаценти.

Найбільш важливим фактором, який безпосередньо впливає на подальші наслідки для живого плода та його виживання, є хоріальність.

6. Наслідки ВЗОП при ДХД та МХД достовірно відрізняються, а саме:

неврологічні ускладнення у тих дітей, хто вижив, – МХД – 18 %, ДХД – 1 %;
передчасне народження – МХД – 68 %, ДХД – 57 %;
загибель другого плода – МХД – 26 %, ДХД – 2,4 %.

Результатом вказаних процесів при МХД є ішемічне та/або геморагічне ураження органів живого плода, у першу чергу головного мозку.

Період, протягом якого розвиваються ураження головного мозку живого плода, є невідомим. Гіпотензія, гіперфузія і гостра анемія, які спричиняють гіпоксично-ішемічне ураження живого плода, можуть виникати безпосередньо в момент загибелі іншого близнюка або навіть до загибелі в період вираженої брадикардії та гіпотонії у плода, який знаходиться в термінальному стані. Тому швидке розродження МХД після настання ВЗОП не показано, оскільки ураження головного мозку напевно вже відбулося.

Від некрозу мозкової тканини до появи ознак мультикистозної енцефаломаліяції та церебральної атрофії за даними УЗД та МРТ проходить ≥ 2 тижні.

Обидва методи (УЗД, МРТ) можуть діагностувати ураження мозку лише на стадії енцефаломаліяції; допомагають визначити приблизний час загибелі: якщо час загибелі одного з плодів при МХД невідомий, а у живого плода виявлено енцефаломаліяцію, загибель сталася > 2 тижнів тому.

7. Ймовірні екстрацеребральні ураження живого плода при МХД:

- атрезія тонкого кишківника;
- гастрошизис;
- гідроторакс;
- аплазія шкіри;
- аплазія мозкового шару нирок;
- ампутація кінцівок.

Іноді всі перелічені ураження можуть зустрічатися і в обох живих плодів, а також після здійснення оперативних фетоскопій.

8. Надання медичної допомоги при ВЗОП включає таке:

- для прийняття рішення відносно надання медичної допомоги у кожному окремому випадку ВЗОП при багатоплідній вагітності лікарю необхідно зібрати таку інформацію (додаток 10):
- встановлення точного терміну гестації;
- визначення хоріальності;
- виключення тяжкої акушерської та соматичної патології з боку матері;
- встановлення причини ВЗОП (якщо можливо);
- визначення стану плода, який вижив;
- визначення приблизного терміну загибелі плода.

Необхідність негайного розродження у більшості випадків зумовлена станом матері та/або живого плода.

Необхідність пролонгування вагітності у більшості випадків зумовлена малим терміном гестації та ризиком неонатальних ускладнень, які пов'язані з недоношеністю.

Якщо немає протипоказань до виношування, вагітність продовжується до:

- якомога більшого терміну вагітності;
- появи показань до розродження з боку матері та/або плода.

9. При здійсненні оцінки стану живого плода необхідно враховувати, що загибель одного з плодів може свідчити про небезпечний стан його близнюка. Тому важливо впевнитися, що плід, який вижив, добре почувається (in utero), перш ніж розглядати альтернативу очікувального ведення вагітності, якщо тільки стан плода не є настільки тяжким, що можливо прийняти рішення ним пожертвувати. Для з'ясування стану плода, що вижив, з урахуванням хоріальності двійні необхідно оцінити його основні показники (додаток 11). Визначення пікової систолічної швидкості кровоплину (далі – ПСШК) у середній мозковій артерії (далі – СМА) плода є неінвазивним методом, який дозволяє оцінити у плода наявність анемії та ступінь її тяжкості. У разі МХД анемія у живого плода свідчить про перетікання крові в судинне русло мертвого плода. Анемію у плода визначають таким чином:

вимірюється ПСШК – СМА (см/сек);

отримане значення ПСШК та термін гестації вводять в on-line- калькулятор: <http://www.perinatology.com/calculators/MCA.htm>;

калькулятор визначає, наскільки отримане значення ПСШК відхиляється від середнього (медіана) для даного терміну гестації (MoM, Multiples of Median);

якщо відхилення – 1,5 раза та більше ($\geq 1,5$ MoM), це свідчить про наявність середньотяжкої або тяжкої анемії у плода.

Чим більше значення MoM, тим менше рівень гемоглобіну у плода.

За наявності анемії в живого плода з монохоріальною двійнею слід розглянути питання внутрішньоутробного переливання крові в умовах закладу охорони здоров'я, який має відповідне обладнання та навчений персонал для виконання цієї операції.

ВЗОП при ДХД сама по собі не є показанням до розродження. Після виключення материнських чинників ВЗОП та визначення задовільного стану живого плода в терміні < 34 тижнів показана очікувальна тактика.

10. Тактика при ВЗОП при МХД:

у разі смерті плода на початку другого триместру існує значний ризик пошкодження плода, що вижив, а тому з вагітною та членами її родини необхідно обговорити альтернативу переривання вагітності та звернути її (їх) увагу на потенційну перевагу раннього (у 15-16 тижнів) всебічного ультразвукового дослідження (+ подвійний біохімічний тест з розрахунком ризику наявності у плода хромосомної і деякої розповсюдженої вродженої патології), оскільки аномалії розвитку живого плода, візуалізовані під час УЗД, можуть бути вирішальним фактором «за» чи «проти» переривання вагітності;

у разі загибелі плода після досягнення зрілості 25-27 тижнів, але задовго до терміну пологів, а плід, що вижив, виглядає неураженим за даними УЗД, необхідно утриматись від втручань, оскільки реальний ризик від ускладнень у зв'язку з недоношеністю перевищує потенційний ризик неврологічних ускладнень та загибелі іншого плода. УЗД необхідне для виключення структурних аномалій живого плода;

якщо розглядається питання розродження, то використання кортикостероїдів у вигляді стандартного курсу (24 мг протягом 2 діб) дозволить достовірно зменшити ризик внутрішньошлуночкових крововиливів ВШК та некротизуючого ентероколіту і зменшить потребу у сурфактанті в неонатальному періоді;

у разі загибелі плода після досягнення зрілості, але раніше фізіологічного терміну пологів (28-34 тижні):

коли стан плода, що вижив, не порушений, немає підстав у передчасному розродженні, особливо коли час, який пройшов після смерті іншого плода, невідомий;

якщо розглядається питання розродження, є необхідним проведення курсу профілактики респіраторного дистрессиндрому кортикостероїдами;

у разі загибелі плода після 34 тижнів або близько до терміну пологів, у тому числі, коли етіологія смерті плода невідома, клініцист може обрати розродження замість продовження вагітності. Спосіб розродження повинен визначатися акушерською ситуацією.

11. Спостереження за станом вагітної та плода у разі очікувальної тактики при ВЗОП включає базовий моніторинг стану матері та плода у разі ВЗОП, а саме:

стан матері:

вихідні показники: загальний аналіз крові, група крові, Rh-фактор, загальний аналіз сечі, аналіз виділень;

моніторинг стану матері та плода відповідно до рекомендацій стандартного антенатального догляду – у разі нормальних показників;

моніторинг стану матері та плода відповідно до чинних клінічних настанов – у разі патології;

контроль коагулограми:

за нормальних показників – 1 раз на 7-10 днів;

у разі виявлення патології – щодня;

контроль АТ, набряків, температури тіла – щодня;

стан плода:

доплер та БПП: ДХД – двічі на тиждень; МХД – двічі на тиждень; біометрія (ПМП, ОЖ) – кожні 2 тижні; ознаки енцефаломалії в живого плода (при МХД) – щотижня.

Можлива індивідуалізація підходів до спостереження залежно від акушерської ситуації.

Вибір способу розродження у разі ВЗОП повинен визначатися станом пацієнтки, а також станом, положенням та передлежанням живого плода.

Після розродження необхідно встановити/підтвердити етіологію ВЗОП шляхом аутопсії плода, що загинув, та патогістологічного дослідження плаценти.

Консультації жінки та/або членів її родини, її психологічна підтримка проводяться відповідними фахівцями закладу охорони здоров'я, оскільки кожен випадок ВЗОП супроводжується значним психоемоційним стресом. Вагітній жінці та/або членам її родини повинна бути забезпечена максимальна психологічна підтримка із залученням психолога. Під час оцінки стану жінки і живого плода необхідно детально інформувати вагітну та/або членів її родини відносно результатів обстеження.

Рішення щодо подальшої тактики ведення вагітної повинно прийматися разом з жінкою (обома батьками) з оформленням інформованої згоди.

Директор Департаменту

С. Хотіна

**Коди стану або захворювання (МКХ-10), що відносяться
до багатоплідної вагітності**

Код МКХ-10	Назва діагнозу
O30	Багатоплідна вагітність
O30.0	Вагітність двійнею
O30.1	Вагітність трійнею
O30.2	Вагітність четвернею
O30.8	Інша багатоплідна вагітність
O30.9	Багатоплідна вагітність, не уточнена
O31	Ускладнення, специфічні для багатоплідної вагітності
O31.0	Муміфікований плід
O31.1	Вагітність, що продовжується після викидня одного чи декількох плодів
O31.2	Вагітність, що продовжується після внутрішньоутробної загибелі одного чи
O31.8	декількох плодів
	Інші ускладнення, специфічні для багатоплідної вагітності
O32	Допомога матері при відомому чи передбачуваному неправильному передлежанні плода
O32.5	Допомога матері при багатоплідній вагітності з неправильним передлежан- ням одного чи кількох плодів
O36	Допомога матері при інших відомих чи передбачуваних патологічних станах плода
O36.4	Допомога матері при внутрішньоутробній загибелі плода
O43	Патологічні стани плаценти
O43.0	Синдром плацентарної трансфузії фето-фетальної; плодово-материнської; материнсько-плодової
P.01.5	Ураження плода та новонародженого, обумовлене багатоплідною вагітністю
P02	Ураження плода та новонародженого, обумовлені ускладненнями з боку плаценти, пуповини та оболонок
P02.3	Ураження плода та новонародженого, обумовлені синдромом плацентарної трансфузії
P50	Втрата крові у плода
P.50.3	Кровотеча в другого близнюка при однойцевих двійнятах
O84	Багатоплідні пологи
O84.0	Багатоплідні пологи, повністю мимовільні
O84.1	Багатоплідні пологи із застосуванням щипців та вакуум-екстрактора
O84.2	Багатоплідні пологи повністю шляхом кесарева розтину
O84.8	Багатоплідні пологи з іншим методом розродження
O84.9	Багатоплідні пологи, не уточнені
Z37	Наслідки пологів
Z37.2	Двійнята, обидва живонароджені
Z37.3	Двійнята, один живонароджений і один мертвонароджений
Z37.4	Двійнята, обидва мертвонароджені
Z37.5	Інші багатоплідні пологи, усі живонароджені
Z37.6	Інші багатоплідні пологи, є живонароджені і мертвонароджені
Z37.7	Інші багатоплідні пологи, усі мертвонароджені
Z37.9	Наслідки пологів, не уточнені

Діагностика багатоплідної вагітності та визначення хоріальності

1. Діагностика багатоплідної вагітності (далі – БВ) включає:

проведення ультразвукового дослідження (далі – УЗД) у терміні вагітності не пізніше 11 тижнів + 0 день - 13 тижнів + 6 днів (КТР більшого плода від 45 мм до 84 мм);
визначення терміну вагітності та її виду (хоріальність), а також здійснення розрахунку особистих ризиків можливого синдрому Дауна та інших хромосомних аномалій (трисомії 13, 18) (оптимальним є виконання всіх поставлених завдань під час одного УЗД);
необхідність використання для визначення терміну вагітності у випадку двійні або трійні КТР більшого плода. Це дозволить уникнути помилок оцінки терміну вагітності у випадках ранньої затримки росту одного з плодів;
зазначення у протоколі УЗД двійні чи трійні розміщення плодів (наприклад, верхній та нижній або правий та лівий) для узгоджень трактування подальших знахідок упродовж вагітності.

2. Визначення хоріальності включає:

вжиття всіх необхідних заходів для точного визначення хоріальності, оскільки саме вона обумовлює перебіг БВ, її результати, тактику ведення, перинатальну захворюваність та смертність, а також визначає програму антенатального догляду, яку слід запропонувати жінці з БВ (частота відвідувань жіночої консультації, частота проведення УЗД тощо).

При цьому, якщо хоріальність точно визначити не вдається, УЗД має бути проведене більш досвідченим фахівцем або консиліумом, а якщо візуалізацію під час трансабдомінального УЗД ускладнено відхиленням матки (ретрофлексія) чи ожирінням жінки, для визначення хоріальності слід використовувати трансвагінальне ультразвукове дослідження.

Ознаки монохоріального та дихоріального типу плацентазії наведені в таблиці 1.

Наявність двох окремо розташованих плацент та міжамніотичної мембрани товщиною понад 2 мм є достовірною ознакою дихоріальної двійні.

При виявленні єдиної «плацентарної маси» потрібно відрізнити «єдину плаценту» (монохоріальна двійня) від двох плацент, що розташовані щільно одна до одної (дихоріальна двійня, так звана «злита форма»). Для цього шукають наявність ультразвукових Т- і λ-ознак, що утворюються біля основи міжамніотичної мембрани (у місці її відходження від плацентарної поверхні).

Ці ознаки з високим ступенем достовірності дозволяють відрізнити дихоріальну двійню від монохоріальної у разі виявлення єдиної «плацентарної маси»:

λ-ознака свідчить про зливу форму дихоріального типу плацентазії;

Т-ознака вказує на монохоріальний тип плацентазії;

наявність так званої «чорної» або «порожньої» λ-ознаки, коли окремі амніотичні оболонки кожного близнюка ще не зійшлися разом настільки щільно, щоб створити одну спільну оболонку, і між поверхнею плаценти та оболонками помітна трикутна порожнина, заповнена рідиною, вказує на монохоріальний тип плацентазії.

Варто враховувати, що після 14 тижня вагітності λ- та Т-ознаки стають менш доступними для дослідження і тоді допоміжним критерієм діагностики хоріальності є визначення статі близнюків (різностатеві близнюки – дихоріальна двійня, одностатеві близнюки – монохоріальна або дихоріальна двійня).

На більш пізніх строках вагітності (II-III триместри) точна діагностика хоріальності можлива тільки за наявності двох окремо розташованих плацент. За наявності єдиної плацентарної маси (одна плацента або плаценти, що злилися) та одностатевих плодів при сонографії часто відбувається гіпердіагностика монохоріального типу плацентації.

Таблиця 1. Діагностика хоріальності

Ознака	Монохоріальна діамніотична двійня	Дихоріальна двійня
Визначення λ- та Т-ознак	Т-ознака або так звана «чорна» чи «порожня» λ-ознака	λ-ознака
Підрахунок плацент	1 плацента	2 плаценти розташовані окремо або щільно одна до одної (начебто 1 плацента)
Оцінка вигляду статевих органів	Подібні статеві органи	Різні статеві органи або подібні статеві органи
Визначення товщини міжамніотичної мембрани	< 2 мм (2 шари, обидва амніотичні)	> 2 мм (4 шари: 2 хоріальні, 2 амніотичні)

Відсутність візуалізації міжамніотичної мембрани в поєднанні з єдиною плацентарною масою під час УЗД в ранні терміни вагітності може свідчити про монохоріальну моноамніотичну двійню.

Якщо хоріальність під час вагітності не була точно визначеною, це необхідно зробити після розродження (див. таблицю 2).

Таблиця 2. Діагностика хоріальності після народження посліду

Дихоріальна діамніотична двійня	Монохоріальна діамніотична двійня
<p>Два окремих плацентарних диски або Два плацентарних диски, що є злитими, або Один плацентарний диск</p>	Один плацентарний диск
<p>Під час розшарування міжамніотичної мембрани вдається чітко розрізнити дві безсудинні амніотичні оболонки, між якими знаходиться хоріальна оболонка.</p> <p>Розшарування амніотичних оболонок до поверхні плаценти дозволить побачити, що кожна оболонка переходить на плодову поверхню відповідної плаценти.</p> <p>Хоріальна оболонка складається також з двох шарів. За наявності двох окремих плацентарних дисків два шари чітко виражені.</p>	<p>Під час розшарування міжамніотичної мембрани вдається чітко розрізнити дві безсудинні амніотичні оболонки, між якими хоріальна оболонка відсутня.</p> <p>Розшарування амніотичних оболонок до плаценти дозволить побачити, що кожна оболонка переходить на плодову поверхню відповідної плаценти та виявляється єдина хоріальна пластина</p>

Продовження додатка 2.
Таблиця 2. Діагностика хоріальності
після народження посліду

<p>За наявності одного плацентарного диска два шари можуть бути зрощені один з одним і розшарувати їх не завжди вдається. Розшарування хоріальних оболонок до плаценти (якщо вдається це зробити) дозволить побачити, що подальше розшарування супроводжуватиметься проникненням у тканину плаценти з порушенням її цілісності</p>	
<p>У разі зливої форми дихоріальної плацентації (єдиний плацентарний диск) судини, що починаються в басейні одного з плодів, не перетинають умовну лінію відходження амніотичної перетинки та не анастомозують із судинами іншого плода</p>	<p>Наявність поверхневих судинних анастомозів на плодовій поверхні плаценти, що починаються в судинному басейні одного з плодів, перетинають умовну лінію відходження амніотичної перетинки та сполучаються із судинами іншого плода</p>

Просівні дослідження для пошуку можливого синдрому Дауна та трисомій 13, 18

При одноплідній вагітності (далі – ОВ) та при багатоплідній вагітності (далі – БВ) батькам пояснюють, що:

єдиним способом точного підтвердження або спростування хромосомних анеуплоїдій (ХА) у дитини є дослідження її каріотипу;

при БВ слід вивчати каріотип кожної дитини окремо, оскільки навіть у однойцевих близнюків бувають розбіжні хромосомні набори, хоча і вкрай рідко;

розрахунки особистих ризиків пацієнтки щодо можливих хромосомних анеуплоїдій, як і неінвазивні пренатальні дослідження позаклітинного ДНК чи РНК плода, призначені лише для створення груп підвищеного ризику, а не для діагностики;

усі дослідження плодів та самих вагітних жінок, включно з розрахунками особистих ризиків щодо можливих ХА, виконуються лише за власним бажанням пацієнтки і в будь-який час вона може їх припинити;

розрахунки особистих ризиків у I триместрі є точнішими порівняно з розрахунками ризиків у II триместрі;

розрахунки особистих ризиків здійснюються за допомогою спеціальних програм на підставі особистих даних матері щодо її віку, етнічної приналежності, індексу маси тіла, паління; на підставі даних про вагітність щодо її точного терміну, виду (природна чи внаслідок допоміжних репродуктивних технологій); на підставі даних ультразвукового та біохімічного досліджень;

розраховуються ризики лише трьох найпоширеніших ХА – трисомій 21, 13 та 18 хромосом.

При БВ необхідно ще у I триместрі визначити її тип (хоріальність), оскільки це є однією з основних вимог правильного розрахунку ризиків можливих ХА. У разі невизначеного чи неправильно визначеного типу БВ розрахунки ризиків будуть хибними.

Перед проведенням розрахунків ризиків можливих ХА фахівці, які виконують обстеження, надають вагітній інформацію щодо:

підвищеного ризику при БВ синдрому Дауна та інших можливих ХА;

ймовірності хибно-позитивних та хибно-негативних результатів розрахунку ризиків, що є вищими при БВ; тобто точність розрахунків особистого ризику можливих ХА при БВ є меншою порівняно з одноплодовими вагітностями;

ймовірної потреби в інвазивних діагностичних втручаннях, яка також є вищою при БВ, оскільки слід досліджувати каріотип кожної дитини окремо;

підвищеного ризику ускладнень діагностичних втручань при БВ, оскільки відсоток можливих ускладнень БВ сам по собі (без діагностичних втручань) є на порядок вищим порівняно з ОВ.

Фахівці, які розраховують особисті ризики при двійні, повинні:

вказати розміщення плодів (наприклад: верхній та нижній або правий та лівий) для узгодження трактування подальших виявлень;

для розрахунку ризиків синдрому Дауна і трисомій 13 та 18 хромосом використовувати поєднані дослідження (ультразвукові та біохімічні), якщо куприко-тім'яний розмір (КТР) більшого плода становить від 45 мм до 84 мм (тобто у терміні вагітності від 11 тижнів + 0 днів до 13 тижнів +

6 днів);

при монохоріальній двійні розраховувати ризик синдрому Дауна на вагітність;

при дихоріальній двійні розраховувати ризик синдрому Дауна для кожного плода.

Фахівці, які розраховують особисті ризики при трійні, повинні:

вказати розміщення (наприклад: верхній та нижній або правий та лівий) для узгодження трактування подальших виявлень;

для розрахунку ризиків синдрому Дауна враховувати вік жінки та комірцевий простір, коли куприко-тім'яний розмір (КТР) більшого плода становить від 45 мм до 84 мм (тобто у терміні вагітності від 11 тижнів + 0 днів до 13 тижнів + 6 днів);

пояснити вагітній та/або членам її родини, що точність розрахунків особистого ризику можливих ХА при трійні є ще меншою, ніж при двійнях;

при монохоріальній трійні розраховувати ризик синдрому Дауна на вагітність;

при дихоріальній трійні та трихоріальній трійні розраховувати ризик синдрому Дауна для кожного плода.

Якщо при БВ розрахунки ризику можливих ХА не були здійснені в першому триместрі (наприклад, жінка звернулась до жіночої консультації в пізнішому терміні вагітності), відповідно у I триместрі не був визначений тип БВ (хоріальності), слід пояснити вагітній та/або членам її родини низьку точність розрахунків ризиків у II триместрі. Відповідно у II триместрі оцінка ризиків можливих ХА має ґрунтуватися переважно на пошуку ультразвукових ознак таких аномалій.

При трійнях використовувати дослідження біохімічних маркерів II триместру для розрахунків ризику синдрому Дауна не слід. Відповідно, у II триместрі оцінка ризиків можливих ХА має ґрунтуватися переважно на пошуку ультразвукових ознак таких аномалій.

Вагітних з двійнею або трійнею, які мають підвищений ризик синдрому Дауна (порогове значення 1:150 відповідно до рекомендацій NHS Fetal Anomaly Screening Programme [FASP]), необхідно скеровувати у заклад III рівня надання перинатальної допомоги або до іншого закладу охорони здоров'я, що має відповідних фахівців та технічні можливості, незалежно від його форми власності.

Особливості надання антенатальної допомоги жінкам з БВ

*Таблиця 1. Графік візитів вагітної до лікаря
при різних типах БВ*

Тижні з 6 по 19

Тип вагітності	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Дихоріальна діамніотична двійня	Перший візит та постановка на облік					Візит + розрахунок особистих ризиків можливих трисомій 13,18, 21 (на підставі УЗД та показників ХГЧ та РАРР-А)					Візит (без УЗД)			
Монохоріальна діамніотична двійня												Візит + УЗД з метою пошуку ознак СМП*	Візит + УЗД з метою пошуку ознак СМП*	
Монохоріальна моноамніотична двійня														
Монохоріальна триамніотична та дихоріальна триамніотична трійня														
Трихоріальна триамніотична трійня												Візит (без УЗД)		

* СМП – синдром міжблизнюкового перетікання (синдром фето-фетальної трансфузії)

20-29 тижнів

Тип вагітності	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
	Друге УЗД (20+0 до 20+6 тижнів) для виявлення структурних аномалій									
	Оцінка наявності затримки росту плода (плодів) та невідповідного росту плода (плодів), а також трансвагінальна цервікометрія під час кожного УЗД починаючи з 20 тижнів.									
Дихоріальна діамніотична двійня	Візит + УЗД				Візит + УЗД				Візит + УЗД	
Монохоріальна діамніотична двійня	Візит + УЗД (з метою пошуку ознак СМП)		Візит + УЗД (з метою пошуку ознак СМП)		Візит + УЗД (з метою пошуку ознак СМП)		Візит + УЗД		Візит + УЗД	
Монохоріальна моноамніотична двійня										Візит + УЗД
Монохоріальна триамніотична та дихоріальна триамніотична трійня										Візит + УЗД
Трихоріальна триамніотична трійня	Візит + УЗД				Візит + УЗД				Візит + УЗД	

30-37 тижнів

Тип вагітності	30	31	32	33	34	35	36	37
	Оцінка наявності затримки росту плода (плодів) та невідповідного росту плода (плодів), а також трансвагінальна цервікометрія під час кожного УЗД починаючи з 20 тижнів.							
Дихоріальна діамніотична двійня			Візит + УЗД		Візит (без УЗД)		Візит + УЗД	Розродження
Монохоріальна діамніотична двійня			Візит + УЗД		Візит + УЗД		Розродження	
Монохоріальна моноамніотична двійня	Візит + УЗД		Розродження					
Монохоріальна триамніотична та дихоріальна триамніотична трійня	Візит + УЗД		Візит + УЗД		Візит + УЗД	Розродження		
Трихоріальна триамніотична трійня			Візит + УЗД		Візит + УЗД	Розродження		

Таблиця 2. Антенатальна допомога при різних типах БВ

Термін вагітності, тижні	Дихоріальна діамніотична двійня	Монохоріальна діамніотична двійня	Монохоріальна моноамніотична двійня	Монохоріальна триамніотична та дихоріальна триамніотична трійня	Трихоріальна триамніотична трійня
Перший візит	Проводиться клініко-лабораторне обстеження як при одноплідній вагітності. При застосуванні ДРТ та встановленні БВ з кількістю плодів більше двох слід обговорити з вагітною та її родиною необхідність проведення ембріоредукції. Надати рекомендації щодо вживання фолієвої кислоти до 12 тижнів				
11 тижнів + 0 днів – 13 тижнів + 6 днів	Під час першого УЗД, якщо КТР більшого плода становить 45 – 84 мм, необхідно: діагностувати БВ; підтвердити життєздатність; встановити термін вагітності; визначити хоріальність; провести розрахунки особистих ризиків синдрому Дауна та трисомії 13,18; Необхідно призначення аспірину з метою профілактики преєклампсії вагітним групи ризику.				
16 тижнів	Оцінка та обговорення результатів попередніх обстежень з вагітною. Виявлення вагітних, які потребують додаткової допомоги. Стандартний клінічний огляд вагітної: вимірювання артеріального тиску, вимірювання пульсу (частота, ритмічність), температури тіла. Лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка.				
	Якщо при двійні просівні дослідження I триместру не були проведені, слід запропонувати дослідження біохімічних маркерів II триместру	УЗД з метою виявлення ознак СМП. Якщо при двійні просівні дослідження I триместру не були проведені, слід запропонувати дослідження біохімічних маркерів II триместру	УЗД з метою виявлення ознак СМП. Якщо при двійні просівні дослідження I триместру не були проведені, слід запропонувати дослідження біохімічних маркерів II триместру	УЗД з метою виявлення ознак СМП. Не слід рекомендувати подвійний тест II триместру для скринінгу на наявність синдрому Дауна	Візит без УЗД

Термін вагітності, тижні	Дихоріальна діамніотична двійня	Монохоріальна діамніотична двійня	Монохоріальна моноамніотична двійня	Монохоріальна триамніотична та дихоріальна триамніотична трійня	Трихоріальна триамніотична трійня
18 тижнів		Стандартний клінічний огляд вагітної. УЗД з метою виявлення ознак СМП та структурних аномалій	Стандартний клінічний огляд вагітної. УЗД з метою виявлення ознак СМП та структурних аномалій	Стандартний клінічний огляд вагітної. УЗД з метою виявлення ознак СМП та структурних аномалій	
20 тижнів	Стандартний клінічний огляд вагітної. УЗД для виявлення структурних аномалій плодів (20+0 – 20+6 тижнів)	Стандартний клінічний огляд вагітної. УЗД для виявлення структурних аномалій плодів (20+0 – 20+6 тижнів), а також ознак СМП	Стандартний клінічний огляд вагітної. УЗД для виявлення структурних аномалій плодів (20+0 – 20+6 тижнів), а також ознак СМП	Стандартний клінічний огляд вагітної. УЗД для виявлення структурних аномалій плодів (20+0 – 20+6 тижнів), а також ознак СМП	Стандартний клінічний огляд вагітної. УЗД для виявлення структурних аномалій плодів (20+0 – 20+6 тижнів)
22 тижні		УЗД з метою виявлення ознак СМП, НРП та ЗРП	УЗД з метою виявлення ознак СМП, НРП та ЗРП	УЗД з метою виявлення ознак СМП, НРП та ЗРП	
24 тижні	Клінічний огляд вагітної: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнурії. Другий загальний аналіз крові. Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менше ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою необхідність збагачення раціону препаратами заліза. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП	Клінічний огляд вагітної: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнурії. Другий загальний аналіз крові. Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менше ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою необхідність збагачення раціону препаратами заліза. УЗД з метою виявлення ознак СМП, НРП та ЗРП	Клінічний огляд вагітної: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнурії. Другий загальний аналіз крові. Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менше ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою необхідність збагачення раціону препаратами заліза. УЗД з метою виявлення ознак СМП, НРП та ЗРП	Клінічний огляд вагітної: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнурії. Другий загальний аналіз крові. Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менше ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою необхідність збагачення раціону препаратами заліза. УЗД з метою виявлення ознак СМП, НРП та ЗРП	Клінічний огляд вагітної: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнурії. Другий загальний аналіз крові. Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менше ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою необхідність збагачення раціону препаратами заліза. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП
26 тижнів			Стандартний клінічний огляд вагітної. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП, а також оцінки кровоплину в судинах пуповини	Стандартний клінічний огляд вагітної. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП	

Термін вагітності, тижні	Дихоріальна діамніотична двійня	Монохоріальна діамніотична двійня	Монохоріальна моноамніотична двійня	Монохоріальна триамніотична та дихоріальна триамніотична трійня	Трихоріальна триамніотична трійня
28 тижнів	Клінічний огляд вагітної: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. Призначення анти-резус-імуноглобуліну RhD-негативним жінкам за показами УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП	Клінічний огляд вагітної: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. Призначення анти-резус-імуноглобуліну RhD-негативним жінкам за показами УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП	Клінічний огляд вагітної: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. Призначення анти-резус-імуноглобуліну RhD-негативним жінкам за показами УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП, а також оцінки кровоплину в судинах пуповини	Клінічний огляд вагітної: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. Призначення анти-резус-імуноглобуліну RhD-негативним жінкам за показами УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП	Клінічний огляд вагітної: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. Призначення анти-резус-імуноглобуліну RhD-негативним жінкам за показами УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП
30 тижнів			Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП, а також оцінки кровоплину в судинах пуповини	Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП	
32 тижні	Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП	Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП	Госпіталізація у перинатальний центр. Курс профілактики РДС плода кортикостероїдами. Розродження шляхом операції кесарів розтин	Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП	Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП
34 тижні	Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП	Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП		Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП. Направлення для розродження у перинатальний центр	Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнуриї. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП. Направлення для розродження у перинатальний центр

Термін вагітності, тижні	Дихоріальна діамніотична двійня	Монохоріальна діамніотична двійня	Монохоріальна моноамніотична двійня	Монохоріальна триамніотична та дихоріальна триамніотична трійня	Трихоріальна триамніотична трійня
35 тижнів		Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнурії. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП. Обговорення технік грудного вигодовування та догляду за новонародженим. Направлення для розродження у перинатальний центр		Госпіталізація у перинатальний центр та розродження	Госпіталізація у перинатальний центр та розродження
36 тижнів	Клінічний огляд: вимірювання АТ та аналіз сечі на наявність протеїнурії. УЗД з метою виявлення ознак НРП та ЗРП. Госпіталізація для розродження: у перинатальний центр – за наявності ускладнень; у заклади II рівня – у разі неускладненого перебігу	Госпіталізація у перинатальний центр та розродження			
37 тижнів	Розродження. Вагітним, які відмовляються від розродження, призначають щотижневе УЗД з оцінкою біофізичного профілю та доплерометричних показників				
38 тижнів					

Показання до направлення жінок з БВ на консультацію на III рівень надання перинатальної допомоги або до закладу охорони здоров'я, що має відповідних фахівців та технічні можливості

Монохоріальна моноамніотична двійня.

Монохоріальна моноамніотична трійня.

Монохоріальна діамніотична трійня.

Дихоріальна діамніотична трійня.

Будь-яка БВ, що ускладнена:

- невідповідним (дискордантним) ростом плодів;
- порушенням кількості оплідної рідини одного чи обох плодів;
- вкороченням шийки матки менше 25 мм та/або іншими ознаками загрози;
- передчасними пологами в терміні до 34 тижнів вагітності;
- вадами розвитку плода/плодів;
- загибеллю одного з плодів;
- синдромом міжблизнюкового перетікання (СМП).

Черезпіхвова (трансвагінальна) ультразвукова цервікометрія

Вкорочення шийки матки супроводжується підвищенням ризику передчасних пологів.

Вкорочення шийки матки в терміні 20-24 тижнів є провісником спонтанних передчасних пологів у безсимптомних вагітних з багатоплідною вагітністю (далі – БВ).

Довжина шийки матки ≥ 35 мм під час трансвагінальної цервікометрії у терміні 24-26 тижнів при БВ свідчить про низький ступінь ризику пологів до 35 тижнів вагітності (близько 4 %).

Довжина шийки матки < 25 мм при БВ супроводжується збільшенням ризику мимовільних передчасних пологів до 32 тижнів вагітності у 6,9 – 9,6 раза.

Трансвагінальна ультразвукова цервікометрія сама по собі не знижує частоту передчасних пологів, але дає можливість своєчасно скерувати вагітну у належний заклад для проведення профілактичних заходів, проведення курсу профілактики РДС та/або розродження.

Проведення трансвагінальної ультразвукової цервікометрії у жінок з БВ, які не мають симптомів загрози передчасних пологів, є обов'язковим у терміні 20-24 тижні, оскільки дозволяє визначити вірогідність спонтанних передчасних пологів.

Враховуючи високий ризик передчасних пологів при БВ, вимірювання довжини шийки матки проводиться під час кожного УЗД.

Способи та методика

Черезпіхвова ехографія є найкращим способом для вимірювання довжини шийки.

Не рекомендується проводити вимірювання довжини шийки матки шляхом черевної ехографії (трансабдомінально).

Промежинно шийку також можна досліджувати, приклавши лінійно-викривлений (convex) датчик між великими губами. Таким чином шийка може бути оглянута адекватно у майже 80 % пацієнтів, а розміри довжини шийки, одержані в такий спосіб, є дуже подібними до тих, що отримані шляхом черезпіхвової ехографії. Проте у близько 20 % випадків шийку або взагалі неможливо побачити, або її зовнішнє чи внутрішнє вічка є затемненими. Ці перешкоди не вдається усунути ані вертикальними рухами датчика, ані його боковими зсувами чи обертаннями.

При вимірюванні довжини шийки матки шляхом черезпіхвової ехографії:

жінку зі звільненим сечовим міхуром кладуть у задню літотомічну позицію;

ультразвуковий датчик вводять у піхву, скеровуючи до переднього склепіння; не слід при цьому тиснути на шийку, аби не спричинити цим її штучного подовження;

після одержання сагітального розрізу шийки слід використати ехогенну слизову ендочервікса для визначення внутрішнього вічка, щоби не сплутати шийку з нижнім сегментом матки;

для вимірювання лінійної довжини шийки бігунці розміщують на трикутній ехогенній ділянці зовнішнього вічка та V-подібній виїмці внутрішнього вічка.

Кожне обстеження має тривати 2-3 хвилини, оскільки довжина шийки у близько 1 % випадків може мінятися внаслідок скорочень матки, і тоді до уваги береться найкоротший розмір.

Черезпіхвове вимірювання довжини шийки є легко відтворюваним, і в 95 % випадків різниця між двома розмірами того самого виконавця або двох різних виконавців не перевищує 4 мм.

Довжина та структурні зміни

Нормальна шийка

У нормі довжина шийки протягом II-го триместру майже не змінюється та зазвичай в середньому складає 35-36 мм. Розширення внутрішнього вічка відсутнє.

Результат трансвагінального ультразвукового вимірювання шийки матки > 35 мм на 24 - 26 тижні двоплодової вагітності може визначити пацієнтів з низьким ступенем ризику пологів раніше 34 тижнів вагітності. Чутливість, специфічність, а також прогностична цінність позитивного результату й негативного результату, довжини шийки матки > 35 мм для прогнозування пологів ≥ 34 тижнів вагітності – 49 %, 94 %, 97 %, і 31 %, відповідно.

Вкорочена шийка

Ризик мимовільних передчасних пологів обернено пропорційний довжині шийки і підвищується експоненціально при довжині шийки, меншій за 15 мм.

Оцінка передбачуваної довжини шийки матки в підгрупі жінок, вагітних двійнею, показала, що довжина шийки матки менше 25 мм пов'язана з мимовільними передчасними пологами до 32 тижнів вагітності (відношення шансів (ВШ) 6.9; 95 % довірчий інтервал ДІ 2.0-24.2), до 35 тижнів (ВШ 3.2; 95% ДІ 1.3-7.9) і до 37 тижнів (ВШ 2.8; 95 % ДІ 1.1-7.7).

Вигнута шийка

Часто шийка буває вигнутою. У таких випадках вимірювання її довжини просто між зовнішнім та внутрішнім вічками неминуче дасть коротший розмір, ніж той, що одержаний вздовж шийкової протоки. З клінічної точки зору спосіб вимірювання не є значущим, оскільки вкорочена шийка завжди буде прямою.

Ознака воронкоподібного проникнення

Розширення внутрішнього вічка, яке ехографічно виглядає як воронкоподібне проникнення, є наслідком процесу вкорочення шийки, що зрештою призведе до передчасних пологів. Мало не всі жінки із короткою шийкою спочатку мають ознаку воронкоподібного проникнення у внутрішньому вічку.

У жінок із довгою шийкою та ознакою воронкоподібного проникнення ризик передчасних пологів не є підвищеним.

**Класифікація СМП за ступенем тяжкості
(Ruben Quintero, 1999)**

Стадія	Ознаки
I	Маловоддя одного плода (ВНВК ≤ 20 мм) при одночасному багатоводді іншого (ВНВК ≥ 80 мм). Сечовий міхур плода-донора помітний при УЗД. Показники пуповинного кровоплину звичайні
II	Маловоддя одного плода (ВНВК ≤ 20 мм) при одночасному багатоводді іншого (ВНВК ≥ 80 мм). Сечовий міхур донора НЕ визначається впродовж УЗД. Опір пуповинному кровоплину підвищений, але не є загрозливим (нетермінальний).
III	Маловоддя одного плода (ВНВК ≤ 20 мм) при одночасному багатоводді в іншого (ВНВК ≥ 80 мм). Сечовий міхур донора не визначається впродовж УЗД. Загрозливий (термінальний) кровоплин у судинах пуповини будь-якого плода. Наявність хоча б одного з переліченого: відсутній чи зворотний діастолічний кровоплин в артерії пуповини; зворотний кровоплин у жильній протоці (ductus venosus) чи пульсуючий кровоплин в абдомінальній ділянці вени пуповини.
IV	Все вищеперелічене плюс набряк м'яких тканин голівки, асцит чи накопичення рідини у двох чи більше порожнинах (гідроперикард, гідроторакс) у будь-якого з плодів (частіше у реципієнта).
V	Загибель одного чи обох плодів.

АМНІОРЕДУКЦІЯ та амніоредукція із септостомією

Метою видалення частини оплодневої рідини є:

зменшення внутрішньоматкового тиску та зниження ризику передчасних пологів, 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-венозних анастомозів низького тиску).

Амніоредукція є симптоматичним лікуванням і не припиняє дії патогенетичних механізмів СМП. Середній час пролонгування вагітності після амніоредукції становить 2-3 тижні. Перинатальне виживання після амніоредукцій становить від 18 до 70 %.

Загальна ефективність лікування залежить від ступеня тяжкості СМП на час початку лікування, швидкості розвитку захворювання, важкості багатоводдя та терміну вагітності.

Амніоредукція із септостомією. Септостомія - це створення штучного отвору у міжамніотичній мембрані. Виконується під контролем УЗД тією самою голкою, якою здійснюється амніоцентез. 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 перинатальних наслідках між ізольованою амніоредукцією та амніоредукцією в поєднанні із септостомією немає, але септостомія може знижувати потребу повторних амніоредукцій на 18 %. Септостомія не обов'язкова складова амніоредукції. Можливим ускладненням септостомії може бути спонтанне збільшення діаметра отвору з наступним перекручуванням пуповин (виникає у 3 % септостомій). збільшення діаметра отвору, з наступним перекручуванням пуповин (виникає у 3 % септостомій).

Покази та умови лазерної коагуляції

Лазерна коагуляція судинних анастомозів порівняно з амніоредукцією (із септостомією чи без) супроводжується достовірним зниженням:

- частоти загибелі обох плодів на 50 %;
- перинатальної смерті – на 40 %;
- ранньої неонатальної смерті – на 70 % ;
- кількості дітей з неврологічними ускладненнями до 6 місяців на 66 % більше.

Показання до ендоскопічної лазерної коагуляції шляхом оперативної фетоскопії:

II та вища стадії тяжкості СМП за класифікацією Quintero;
потенційні переваги для матері та плодів/плода перевищують можливі ризики;
усвідомлене бажання родини, ознайомленої з імовірними негативними наслідками та ускладненнями.

Умови виконання ендоскопічної лазерної коагуляції:

- термін вагітності від 16 до 25 тижнів включно;
- наявність необхідного устаткування;
- наявність лікарів із досвідом як пренатальної ультразвукової діагностики, так і ендоскопічних операцій.

**Інформація, яку необхідно зібрати лікарю-акушеру-гінекологу
для прийняття рішення щодо надання медичної допомоги в кожному
конкретному випадку внутрішньоутробної загибелі одного з плодів (ВЗОП)
при багатоплідній вагітності**

Клінічний показник	Продовження вагітності	Завершення вагітності
Термін гестації	ВЗОП відбулася в терміні < 34 тижнів	ВЗОП відбулася в терміні > 34 тижнів (абсолютне показання до розродження!). ВЗОП при МХ двійні до 22 тижнів вагітності: у зв'язку зі значним ризиком ураження іншого плода обговорити з батьками можливість переривання вагітності
Хоріальність	Будь-який тип хоріальності Монохоріальна двійня сама по собі не є показанням до негайного розродження	Загроза ВЗОП у терміні, коли ризики, пов'язані з недоношеністю після народження, менші, ніж ризики, пов'язані з продовженням внутрішньоутробного перебування плодів
Акушерська та/або соматична патологія	Показань до розродження з боку матері немає	Будь-яка акушерська та/або екстрагенітальна патологія, за якої подальше пролонгування вагітності протипоказане або супроводжуватиметься надмірним ризиком для здоров'я/життя матері
Причина ВЗОП	Причина закінчила свою дію (вада розвитку, тромбоз судин пуповини при її оболонковому прикріпленні тощо)	Причина продовжує свою дію та не може бути усунута консервативними або хірургічними малоінвазивними заходами (пreekлампсія, хороамніоніт)

Клінічний показник	Продовження вагітності	Завершення вагітності
Стан живого плода	<p>Під час первинної оцінки: кровоплин в артеріях пуповини нетермінальний; біофізичний профіль нормальний або сумнівний; нестресовий тест (КТГ) – не критичні показники.</p> <p>Відсутність погіршення стану плода в динаміці за даними біофізичних тестів.</p> <p>Загроза ВЗОП на фоні СМП за наявної можливості інвазивних фетальних процедур (лазерна коагуляція анастомозів, селективний фетоцид, внутрішньоутробна гемотрансфузія) у терміні < 34 тижнів</p>	<p>Відносні показання (необхідно враховувати термін гестації!): анемія у живого плода з МХД за даними ПСШК-СМА (альтернативою розродженню може бути внутрішньоутробна гемотрансфузія);</p> <p>загроза ВЗОП на фоні СМП за відсутності можливості інвазивних фетальних процедур (лазерна коагуляція анастомозів, фетоцид, внутрішньоутробна гемотрансфузія);</p> <p>ВЗОП на фоні СМП;</p> <p>термінальний кровоплин у живого плода за даними доплерометрії, особливо у поєднанні з патологічним БПП (або за КТГ), або погіршення стану плода в динаміці;</p> <p>тяжкі вроджені вади розвитку в обох плодів та/або у живого плода у II триместрі вагітності (до 22 тижнів);</p> <p>ознаки енцефаломаліяції у живого плода у II триместрі вагітності (до 22 тижнів)</p>
Приблизний термін загибелі плода	Будь-який період з моменту загибелі плода, за умови відсутності інших показань до розродження	

Оцінка стану живого плода при ВЗОП з урахуванням хоріальності

Загальні тести для двійні	Специфічні тести для монохоріальної двійні
Ретельна анатомічна оцінка та пошук можливих структурних аномалій.	Оцінка стану головного мозку плода – пошук ознак лейкомаляції.
Оцінка відповідності розмірів плода терміну гестації.	Оцінка наявності ознак СМП.
Біофізичні тести (доплерометрія, БПП).	При проведенні доплерометрії оцінка пікової систолічної швидкості кровоплину (ПСШК) в середній мозковій артерії (СМА) та оцінка наявності анемії у живого плода. .

