

© Н. Г. Павлова

ФГБУ НИИАГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКРИНИНГ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Широкое распространение вспомогательных репродуктивных технологий привело к росту числа многоплодий в популяции до 2,5%. Поскольку частота многоплодной беременности как следствия экстракорпорального оплодотворения имеет тенденцию к снижению в связи с уменьшением числа переносимых в полость матки эмбрионов, то основной ее неконтролируемой причиной остается индукция овуляции. Кроме того, на частоту наступления многоплодной беременности оказывают влияние наследственные факторы, возраст, национальная и расовая принадлежность матери.

Ультразвуковой скрининг при многоплодии имеет особенности, поскольку частота перинатальных потерь зависит от зиготности плодов и типа плацентации. Частота пороков развития при дизиготной двойне не превышает таковую при одноплодной беременности, но в 2–3 раза выше при монозиготной двойне. В четверти случаев монохориального многоплодия развивается синдром фето-фетальной трансфузии (СФФТ), являющийся уже с 10-й до 24-й недели беременности причиной потерь 12% плодов по сравнению с 2,5% потерь в эти сроки при дихориальном многоплодии.

При выявлении многоплодия в первом триместре определяют число развивающихся плодов, в сроки первого скрининга — тип хориальности и амниональности, выявляют маркеры хромосомных заболеваний, учитывая тот факт, что увеличенная толщина воротникового пространства у плода при монохориальном многоплодии может быть маркером раннего развития СФФТ. Установить хориальность плодов помогает исследование плацент, амниотической перегородки между ними, а также, в отдельных случаях, установление их пола. При большом числе плодов для улучшения перинатальных исходов в I триместре проводят редукцию их числа, как правило, до двух.

Дальнейшая тактика наблюдения и ведения многоплодной беременности зависит от типа хо-

риальности. Монохориальное диамниотическое многоплодие является показанием к выполнению частых повторных УЗ-исследований во II триместре, поскольку является фактором риска развития СФФТ, гибели плода, при которой прогноз для жизни и здоровья выжившего плода зависит от числа сосудистых анастомозов между ними. Современным патогенетическим методом лечения СФФТ является лазерная коагуляция внутриплацентарных анастомозов, позволяющая достаточно часто сохранять жизнь одному или обоим плодам.

Еще одним специфическим осложнением монохориального многоплодия является синдром обратной артериальной перфузии (ОАП), при котором нежизнеспособный плод с акардией кровоснабжается за счет анатомически полноценного плода-донора. Неблагоприятный перинатальный исход наблюдается в том случае, если масса плода-акардиакуса превышает 30–50% массы нормально развитого плода. В таком случае проводят внутриутробную окклюзию пуповины плода-акардиакуса.

Высочайший перинатальный риск сопровождает также монохориальную моноамниотическую беременность, прежде всего, из-за высокого риска сплетения или сдавления пуповин. Профилактика неблагоприятных перинатальных исходов заключается в постоянном ультразвуковом и кардиотокографическом мониторинге, а также досрочном оперативном родоразрешении по достижении 32–34 недель беременности.

Высокая частота акушерских осложнений, развивающихся у матери, неблагоприятные перинатальные исходы как следствие преждевременных родов, гипотрофии одного или нескольких плодов, специфических осложнений монохориального многоплодия позволяют отнести многоплодную беременность к патологической как в отношении матери, так и плодов.