

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (обзор литературы)

С.Ш. Исенова, А.А. Ли, Б.Ж. Сембаева

*НАО «Казахский Национальный Университет им С.Д. Асфендиярова»
г. Алматы, Казахстан*

Актуальность.

Многоплодной считается беременность двумя или большим количеством плодов. В настоящее время, по данным мировой статистики, частота встречаемости многоплодной беременности составляет 0,7-1,5% и отмечается тенденция к ее увеличению; около 80% многоплодных беременностей являются результатом терапии бесплодия, из них до 44% могут быть результатом ВРТ. Бесспорно, одной из основных причин наступления многоплодной беременности в программах экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) является перенос нескольких эмбрионов. Многочисленные исследования ясно продемонстрировали, что многоплодная беременность связана с повышенным перинатальным риском, включая смертность, преждевременные роды, врожденные аномалии, задержку роста плода и фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС). В Казахстане 10-14 % от всей перинатальной смертности приходится на многоплодные роды, что в 5-10 раз выше, чем при одноплодной беременности. Доля многоплодных родов в 2021 году по городу Алматы составляет 3,66 % всех рождений, по сравнению с 2,7% в 2014 году. Частота рождаемости двоен при этом в период с 2014 по 2021 годы колеблется от 98,5% до 98,8%. Невозможно переоценить огромные последствия недоношенности для общественного здравоохранения, которые напрямую связаны с количеством плодов. Частые обновления и изменения в исследованиях, связанных с многоплодной беременностью, влияют на рекомендации по ее ведению.

Цель исследования.

Обзор текущих международных клинических руководств, касающихся пренатального скрининга и ведения многоплодной беременности.

Материалы и методы.

Поиск статей в базе данных PubMed, UpToDate, Cochrane Library, опубликованных с использованием поисковых терминов «беременность», «многоплодная беременность», «двойня», «близнецы», «guideline». Статьи были ограничены английским языком и периодом с 1 января 2018 г. по 20 января 2023 г.

Опираясь на опыт FIGO, RCOG, NICE, ISUOG, мы рассмотрели и проанализировали сроки проведения пренатального скрининга, в частности определение хориональности, проведение доплерометрии, раннее выявление ФФТС, TAPS, ЗВУР, скрининг длины шейки матки, а также сроки родоразрешения многоплодной беременности.

Результаты.

Определение хориальности. Хориальность является одним из наиболее значимых параметров для прогноза при беременности двойней. По международным клиническим рекомендациям, а также, согласно отечественному протоколу, определение хориальности следует проводить до 14 недель срока гестации. Средний показатель срока – с 11 недель по 13 недель + 6 дней. Связано это с тем, что точность определения хориальности до 14 недель составляет 99%, так как амнион и хорион на этом этапе еще не слились, но снижается до 77% для монохориальной беременности после 14 недель.

Допплерометрия. Рекомендации, касающиеся рутинного включения доплерометрии разнятся. В одних руководствах упоминается обзор этого сканирования только в контексте диагностики и стадирования ФФТС (UK Committee). Другие указали, что эти сканирования следует выполнять только при подозрении на осложнения и беременность высокого риска (Отечественный протокол, FIGO, WNHS, Clinical Guideline of Canada, Review of International Clinical Guidelines USA). А также имеются руководства, где доплерометрия является рутинным методом (ISUOG, NVOG, RANZCOG, Germany, China). NICE не упоминает о данном методе скрининга.

ФФТС. По международным клиническим рекомендациям сроки выявления ФФТС разнятся с 14-16-20 недели по 24 неделю каждые 2-3 недели в зависимости от хориальности близнецов. При этом клинический протокол в РК устанавливает сроки с 24 недели каждые 3-4 недели для прогнозирования задержки внутриутробного развития плода/плодов, ФФТС.

Синдром анемии-полициемии (TAPS). В клинических рекомендациях взгляды на выявление TAPS неоднозначны; диагностику TAPS при рутинном скрининге совместно с ФФТС рекомендуют NICE, FIGO, ISUOG, RANZCOG, Review of clinical guidelines China. Некоторые страны в своих клинических протоколах не дают рекомендаций о выявлении TAPS или вообще не упоминают о нем (UK, Western Australia, Canada, Germany, Review of International Clinical Guidelines USA). По протоколу МЗ РК предлагают еженедельный ультразвуковой мониторинг TAPS с 16 недель гестации женщинам, беременность которых осложнена ФФТС и/или ЗВУР. Такого же мнения придерживаются в клинических рекомендациях NVOG с различием в сроках выявления – с 14 недель (NVOG).

Диагностика задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) является неотъемлемой частью наблюдения за течением беременности. Международные клинические рекомендации предлагают сроки выявления ЗВУР с 16 недели с мониторингом каждые 2 недели (FIGO, ISUOG, RANZCOG, Western Australia, Canada, Germany, Review of International Clinical Guidelines USA, Review of clinical guidelines China). По рекомендациям NICE диагностику ЗВУР проводят уже с 14 недели двухнедельным методом. Рекомендации NVOG выявление ЗВУР рассматривают в комплексе рутинного скрининга второго триместра. И лишь

в рекомендациях UK Committee и КП МЗ РК мониторинг ЗВУР проводится достаточно поздно – начиная с 22 и 24 недель соответственно.

В большинстве клинических рекомендаций **биохимический скрининг на хромосомные аномалии** рекомендуется проводить с 10 по 13 недель + 6 дней срока гестации. При этом в рекомендациях FIGO указано, что следует предлагать комбинированный тест (биохимический скрининг сыворотки и определение толщины воротникового пространства) или комбинацию анализа возраста матери, определение толщины воротникового пространства и тест на внеклеточную ДНК. Однако пациентка должна быть проинформирована о том, что тесты из сыворотки при беременности двойней менее точны, чем при одноплодной беременности. Наряду с этим в большинстве ресурсов также упоминались скрининги воротникового пространства, которые отмечали, что его несоответствие может быть интерпретировано как ранний признак ЗВУР и/или ФФТС, или отдаленные признаки хромосомных аномалий.

Скрининг длины шейки матки является предметом противоречий во многих клинических рекомендациях. В некоторых источниках сообщается, что универсальный скрининг следует проводить (ISUOG, Germany) примерно на 20-й неделе (Townsend R, Khalil A.). Другие рекомендовали не проводить всеобщий скрининг (NICE, NVOG), указывая на отсутствие доказательств эффективного вмешательства для предотвращения преждевременных родов у близнецов. Отечественный протокол ведения многоплодной беременности, в свою очередь, предлагает однократное измерение длины шейки матки в сроке 17-24 недель.

Сроки родоразрешения. Почти все гайдлайны сходятся во мнении, что при неосложненной дихориальной многоплодной беременности родоразрешение следует проводить не ранее 37 недель, а в клинических рекомендациях NVOG неосложненную дихориальную диамниотическую беременность ведут вплоть до 40 недель. В случае монохориальной двойни сроки родоразрешения – не ранее 32-33 недель + 6 дней в комплексе с РДС-профилактикой (курс глюкокортикостероидов). Стоит отметить что, если беременность проходит без осложнений, рекомендуется дождаться самопроизвольных родов, и при достаточном опыте акушера, проводить роды естественным путем.

Выводы.

Нами был проведен всесторонний поиск международных клинических руководств, касающихся ведения многоплодной беременности. Результаты анализа показали: 1. Рекомендовано раннее установление хориальности; 2. Проведение УЗИ раз в две недели, начиная примерно с 16-й недели гестации; 3. Рутинное наблюдение за ФФТС и TAPS необходимо начинать с 16 недель и проводить мониторинг двухнедельным методом. 4. Скрининг хромосомных аномалий плода/плодов выполняется не позднее 13 недель + 6 дней. 5. Выявление ЗВУР необходимо начинать не позднее 14-16 недель и продолжить наблюдение каждые 2 недели. 6. Решение о проведении плановых родов при неосложненной многоплодной беременности до 38

недель должно приниматься только после рассмотрения рисков неонатальной и материнской заболеваемости, при неосложненной монохориальной двойне продолжать беременность до 37 недель, а дихориальную двойню вести не менее 37 недель.