



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65797 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 8/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ АНТЕНАТАЛЬНОГО ДОГЛЯДУ ПРИ МОНОХОРИАЛЬНІЙ ДВІЙНІ

1

2

(21) u201108112

(22) 29.06.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл.№ 23, 2011 р.

(72) ТКАЧЕНКО АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) ТКАЧЕНКО АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(57) Спосіб антенатального догляду при монохоріальній двійні, який полягає в тому, що жінці із діагностованою багатоплідною вагітністю здійснюють ультразвукову оцінку стану плодів кожні 2-3 тижні, починаючи з 16 тижня вагітності, у 34-35 тижнів формують тактику ведення пологів та планують розродження на 36-37 тижні.

Корисна модель належить до медицини, стосується способу антенатального догляду при монохоріальній вагітності.

Якщо запліднена яйцеклітина розділяється на дві подільні клітини, утворюються монозиготні, або однойцеві, ідентичні близнюки. Якщо під час овуляції звільнюються дві яйцеклітини і обидві запліднюються, утворюються дизиготні, споріднені близнята [1]. У випадках, коли розділення заплідненої яйцеклітини навпіл відбувається після 7 доби після запліднення - розвиваються монохоріальні двійні (МХ).

Візуальний огляд посліду з урахуванням статі немовлят, також, в певному відсотку спостережень дозволяє встановити тип зиготності (монохоріальна двійня завжди монозиготна, різностатева двійня завжди дизиготна). Однак, і тут існують складнощі при диференціальній діагностиці однієї спільної і двох злитих плацент. Практично неможливо при народженні визначити тип зиготності дихоріальних діамніотичних одностватевих близнюків, тому що вони можуть бути як моно-, так і дизиготними. В цих випадках потрібно проведення гістологічного дослідження амніотичної перетинки.

На пологи вагітна з багатоплідністю повинна надходити в лікувальні заклади III рівня, якщо діагностується ускладнення (фетальне або материнське) - потрібна госпіталізація в спеціалізований перинатальний центр. В окремих установах II-го рівня можна проводити розродження вагітних із дихоріальною двійнею за наявності умов (персонал, інфраструктура, устаткування) для надання екстреної допомоги матері й дітям. Усі вагітні з діагностованою монохоріальною двійнею повинні скеровуватись на пологи в лікувальні заклади III рівня або перинатальні центри.

Методики формування груп ризику серед вагітних в даний час є предметом наукових дискусій. Бальна система оцінки не виправдала себе: наголошується, що і в групах з низьким ступенем перинатального ризику несприятливі перинатальні результати зустрічаються досить часто. Вважається, що принаймні 15 % вагітних в ante- або інтранатальному періоді мають серйозні ускладнення, навіть при хорошому здоров'ї і повноцінному допологовому спостереженні. Потреба в створенні системного підходу, при монохоріальній багатоплідній вагітності, що зміг би забезпечити вирішення основних завдань на етапах спостереження за вагітною незалежно від місця її мешкання (місто або сільська місцевість), стала завданням запропонованої корисної моделі [2].

В основу корисної моделі поставлена задача - створити спосіб антенатального догляду при монохоріальній двійні.

Поставлена задача вирішується тим, що жінці із діагностованою монохоріальною двійнею здійснюють ультразвукову оцінку стану плодів кожні 2-3 тижні, починаючи з 16 тижня вагітності, у 34-35 тижнів формують тактику ведення пологів та планують розродження на 36-37 тижні.

Спосіб антенатального догляду при монохоріальній двійні здійснюють наступним чином. Вагітній жінці із багатоплідною вагітністю проводять комплексне обстеження та збирають анамнез і визначають точний термін гестації. Після здійснення ультразвукового сканування експертного рівня в термінах гестації 10-13 тижнів, під час якого встановлюють хоріальність і діагностують наявність монохоріальної двійні, проводять ультразвукову оцінку стану плодів кожні 2-3 тижні, починаючи з 16 тижня вагітності, у 34-35 тижнів

(19) UA (11) 65797 (13) U

формують тактику ведення пологів та планують розродження на 36-37 тижні.

При відсутності будь-яких явних доказів економичної ефективності, рекомендується режим відвідувань - кожні 2-3 тижні при неускладненій монохоріальній двоплідній вагітності. Дані відвідування повинні включати в себе, як мінімум, вимірювання окружності живота, ехограму головного мозку кожного із плодів, з або без вимірювання окружності голови, вимір максимального вертикального кармана амніотичної рідини, дослідження параметрів кровообігу пуповинної артерії (після 24 тижнів). Варто приділити особливу увагу визначенню розділювальної мембрани й переконатися, що кожна пуповина була досліджена окремо. Оптимальне виконання описаних процедур може бути забезпечене під спостереженням висококваліфікованого фахівця. При МХ двійні прийняття націлитися на вагінальне розродження, якщо немає загальноприйнятих, специфічних клінічних показань до кесаревого розтину, таких як сиднічне передлежання одного із плодів, тривала неплідність та використання допоміжних репродуктивних технологій, термін вагітності, менший за 34 тижні, або попередні розродження шляхом кесаревого розтину. Пологи варто спланувати на 36-37 тижні вагітності, якщо немає показань до більш раннього розродження. При неускладненій монохоріальній діамніотичній двійні (без затримки розвитку плода або СФФТ), може існувати більш високий ризик антенатальної загибелі плода, незважаючи на інтенсивне спостереження за станом плода.

Ультразвукове дослідження проводять в 10-13 тижнів для встановлення хоріальності та точного терміну вагітності, з 16 по 24 тиждень - з метою виявлення синдрому близнюкового перетікання (фето-фетальної трансфузії), з 24 тижня - з метою виявлення вповільненого росту плода(ів), дискордантності та затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР); протягом усього терміну - з метою ви-

значення довжини шийки матки та профілактики передчасних пологів. Розродження планують на 36-37 тижні вагітності (якщо нема показань для більш раннього розродження).

Приклад.

Згідно з запропонованим способом було проведено 78 монохоріальних двійнят. Вагітним із багатоплідною вагітністю проведено комплексне обстеження, визначено термін гестації при УЗД експертного рівня в терміні 10-13 тижнів вагітності, здійснювалось динамічне ультразвукове спостереження та оцінка стану плодів кожні 2-3 тижні, починаючи з 16 тижня вагітності, у 34-35 тижнів сформовано тактику ведення пологів та сплановано розродження в термін 36-37 тижні.

Середній термін розродження для монохоріальних двійнят склав $37 \pm 0,6$ тижнів. В 3 випадках (3,8 %) відбулась внутрішньоутробна загибель плодів (на тлі важкої форми синдрому близнюкового перетікання і відмови жінки від оперативного втручання, а також в 1 випадку внутрішньоутробною загибеллю одного з плодів ускладнилась оперативна фетоскопія). Пологи раніше 36 тижнів закінчились 12 вагітностей (15,4 %), що майже на 20 % нижче частоти цього ускладнення при стандартному антенатальному спостереженні. Перинатальної летальності серед цих пацієнток не спостерігалось.

Спосіб є простим, доступним і може бути широко використаним в практиці лікарів.

Джерела інформації:

1. Ткаченко А.В. Особливості плацентації при багатоплідності різного генезу / А.В. Ткаченко // Репродуктивное здоровье женщины.-2005.-4 (24). - С. 83-92.

2.Consensus views arising from the 50th Study Group:Multiple Pregnancy.RCOG, 2006,MANAGEMENT OF MONOCHORIONIC TWIN PREGNANCY.RCOG, Green-top Guideline No.51. December 2008.