

Рекомендації Товариства медицини матері і плода «Синдром фето-фетальної трансфузії та анемії-поліцитемії близнюків»

Резюме

Монозиготні двійні складають 30 % всіх багатоплідних вагітностей, дві третини з них є монохоріальними, тобто мають спільну плаценту. Наявність спільної плаценти зі спільним міжплацентарним кровообігом є основною причиною розвитку унікальних для монохоріальних вагітностей ускладнень. У цьому документі розглядаються загальні дані та сучасні уявлення щодо синдромів фето-фетальної трансфузії й анемії-поліцитемії близнюків та надано рекомендації з тактики ведення пацієнток на основі наявних доказових даних.

Рекомендації Товариства медицини матері і плода:

- 1) рекомендоване рутинне сонографічне визначення хоріальності та амніотичності в першому триместрі вагітності (GRADE 1B);
- 2) для всіх вагітностей монохоріальною діагностичною двійнею рекомендовано розпочинати ультразвуковий контроль на предмет синдрому фето-фетальної трансфузії з 16 тижня, принаймні через кожні 2 тижні до настання пологів; при виникненні клінічних проблем спостереження має здійснюватися частіше (GRADE 1C);
- 3) рекомендований рутинний сонографічний скринінг синдрому фето-фетальної трансфузії мінімально має включати визначення об'ємів амніотичної рідини з обох боків міжамніотичної перегородки та оцінку наявності або відсутності наповнення сечових міхурів плодів, в ідеалі має застосовуватися доплерівське дослідження артерії пуповини (GRADE 1C);
- 4) як стандартне лікування синдрому фето-фетальної трансфузії II–IV стадії, який проявляється між 16 і 26 тижнями вагітності, рекомендована фетоскопічна лазерна хірургія (GRADE 1A);
- 5) за синдрому фето-фетальної трансфузії I стадії у безсимптомних вагітних рекомендовано застосовувати вибірковою тактику ведення з принаймні щотижневим контролем стану плода; слід розглянути можливість застосування фетоскопічного лазерного втручання між 16 та 26 тижнями вагітності у випадку, коли синдром фето-фетальної трансфузії ускладнений додатковими факторами, такими як багатоводдя (GRADE 1B);
- 6) рекомендується застосовувати індивідуальний підхід до лазерного лікування синдрому фето-фетальної трансфузії з раннім та пізнім початком (GRADE 1C);
- 7) всіх пацієнток із синдромом фето-фетальної трансфузії, яким показане лазерне втручання, рекомендується скеровувати до центру фетальної медицини для оцінки стану, консультування та лікування (найкраща практика);
- 8) після фетоскопічного лазерного втручання рекомендоване щотижневе спостереження протягом 6 тижнів, потім кожні два тижні за відсутності після втручання ознак синдрому фето-фетальної трансфузії, анемії-поліцитемії або затримки росту плода (GRADE 2C);
- 9) після лікування синдрому фето-фетальної трансфузії за допомогою фетоскопічної лазерної хірургії та за відсутності показань для раннього розродження, у випадку обох живих монохоріальних діагностичних близнюків пологи рекомендовано проводити на 34–36 тижні (GRADE 1C);
- 10) при загибелі одного з плодів після лікування синдрому фето-фетальної трансфузії, щоб уникнути ускладнень недоношеності плода, який вижив, рекомендовано розродження на 39 тижні, окрім випадків, за яких є показання до більш раннього розродження (GRADE 1C);
- 11) при виборі способу розродження, не варто керуватися фактом виконання фетоскопічної лазерної хірургії (найкраща практика);



Товариство медицини
матері і плода (SMFM)

Випуск № 72

Дата оприлюднення:
червень, 2024

Автори: Russell S. Miller, MD; Jena L. Miller, MD; Martha A. Monson, MD, MSCI; T. Flint Porter, MD, MPH; Sarah G. Obi-can, MD; Lynn L. Simpson, MD

Замінює Клінічну настанову SMFM № 5 «Синдром фето-фетальної трансфузії» та рекомендації SMFM № 24 «Важливість визначення хоріальності при багатоплідній вагітності»

Документ підтримано мережею закладів фетальної медицини Північної Америки

