

Клинический случай №18
Фето-фетальный трансфузионный синдром.
O43.0

Введение

Беременная **32 лет** поступила в клинику на **21 неделе** беременности **двумя плодами**.

- Беременность первая.
- Окружность живота превышает ожидаемую на 21 неделе.
- Высота дна матки соответствует примерно 34-36 неделе беременности, части плодов не прощупываются.
- Уровень глюкозы и гормонов щитовидной железы в норме.
- Обследования на вирусные заболевания отрицательные.



Инструментальное исследование (УЗИ)

- УЗИ на **14 неделе** показало наличие **монохориальной диамниотической двойни** с единственной плацентой по задней стенке матки.
- Существенной **разницы в весе** плодов обнаружено **не было**.
- УЗИ повторили при поступлении в клинику на **21 неделе** беременности.
- По результатам - **первый плод** (плод А) нормальной массы, движения в норме.
- **Второй плод** (плод В) расположен у задней стенки матки, фиксирован, не двигался в течение 45-минутного периода наблюдения.
- Наблюдались **несоответствия в росте и весе плодов**: плод А соответствовал 22 неделям 3 дням беременности, вес приблизительно 486 г, индекс амниотической жидкости составил приблизительно 30,9 см, плод В соответствовал 19 неделям 5 дням беременности, вес приблизительно 323 г, объем амниотической жидкости практически равен нулю.

Инструментальное исследование (УЗИ)

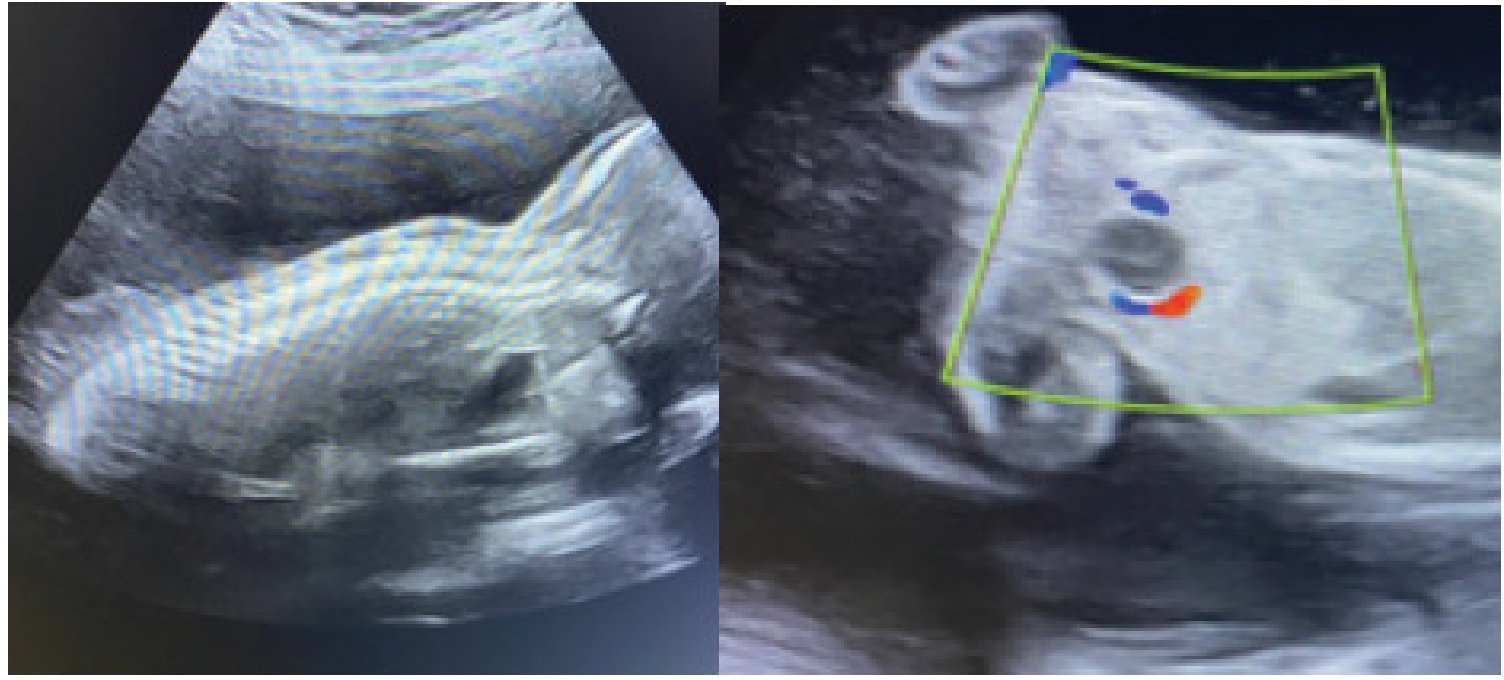
- Плод А имеет нормальные морфологические признаки, мочевой пузырь растянут. Асцит, плевральный выпот не наблюдается, однако пуповина выглядит отечной.
- Мочевой пузырь плода В не визуализируется на протяжении всего исследования. Ультразвуковая доплерометрия пупочной артерии в норме.
- Выявлена короткая шейка матки (длина – 2 см).

Поставлен **диагноз**: фето-фетальный трансфузионный синдром (II стадия по Кинтеро) с плодом А в качестве реципиента и плодом В в качестве донора.

Классификация ФФТС по Quintero

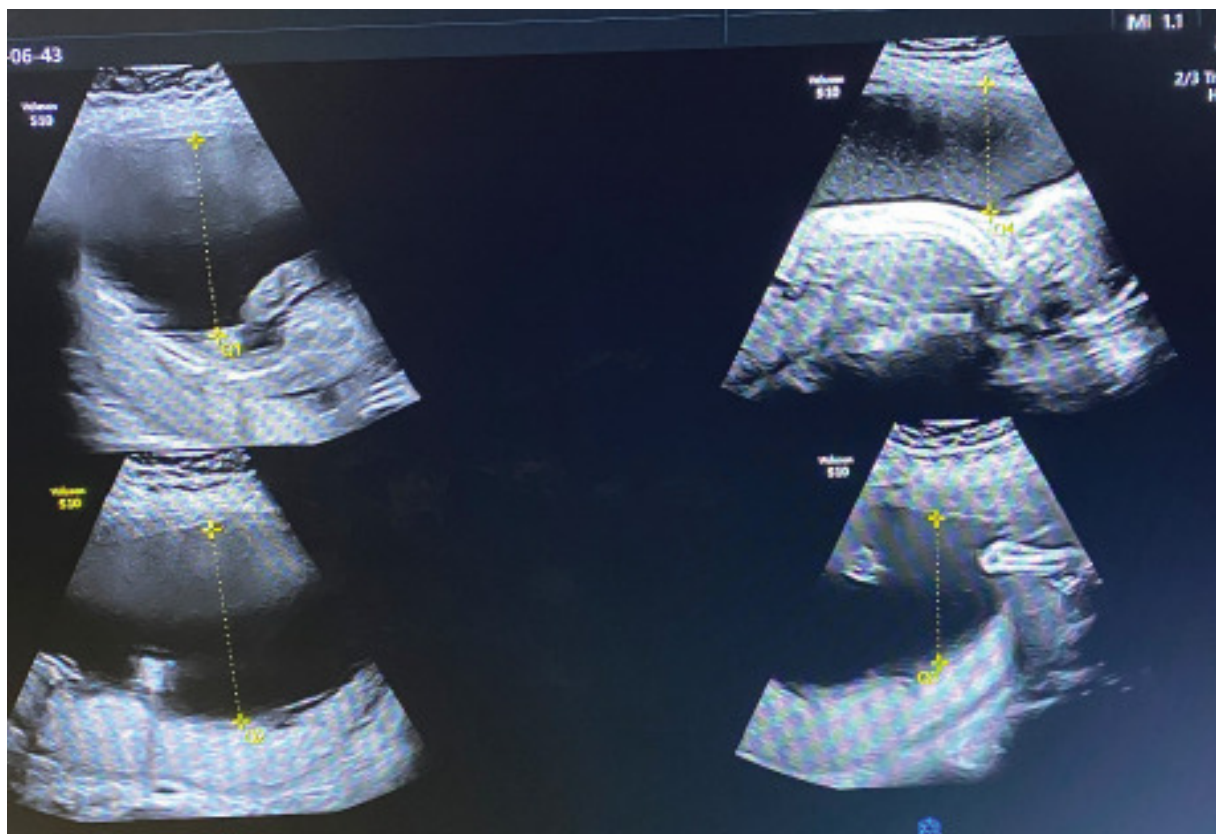
- **I стадия:** маловодие у плода-донора (максимальный вертикальный карман (МВК) менее 2 см) и многоводие у плода-реципиента (МВК более 8 см до 20 недель и более 10 см после 20 недель беременности) при сохраненной визуализации мочевого пузыря плода-донора.
- **II стадия:** признаки выраженной дискордантности количества амниотической жидкости без визуализации наполнения мочевого пузыря плода-донора.
- **III стадия:** на фоне выявленного многоводия/маловодия диагностируются нарушения кровотока у одного или обоих плодов: в артериях пуповины выявляются нулевой или реверсный диастолический компонент, реверсная А-волна в венозном протоке или пульсирующий спектр в вене пуповины (возможны различные комбинации нарушений кровотока, выявляемых при цветном доплеровском картировании (ЦДК)). Как правило, нарушения кровотока в артериях пуповины чаще выявляются у плода-донора, в то время как у плода-реципиента чаще определяют аномальный кровоток в венозном протоке или пульсирующий спектр в вене пуповины, что свидетельствует о развивающейся сердечной недостаточности.
- **IV стадия:** у плодов с ФФТС (чаще реципиента), возникает асцит, гидроперикард, плевральный выпот и отек подкожно-жировой клетчатки головы и туловища.
- **V стадия:** гибель одного или обоих плодов.

Инструментальное исследование (УЗИ)



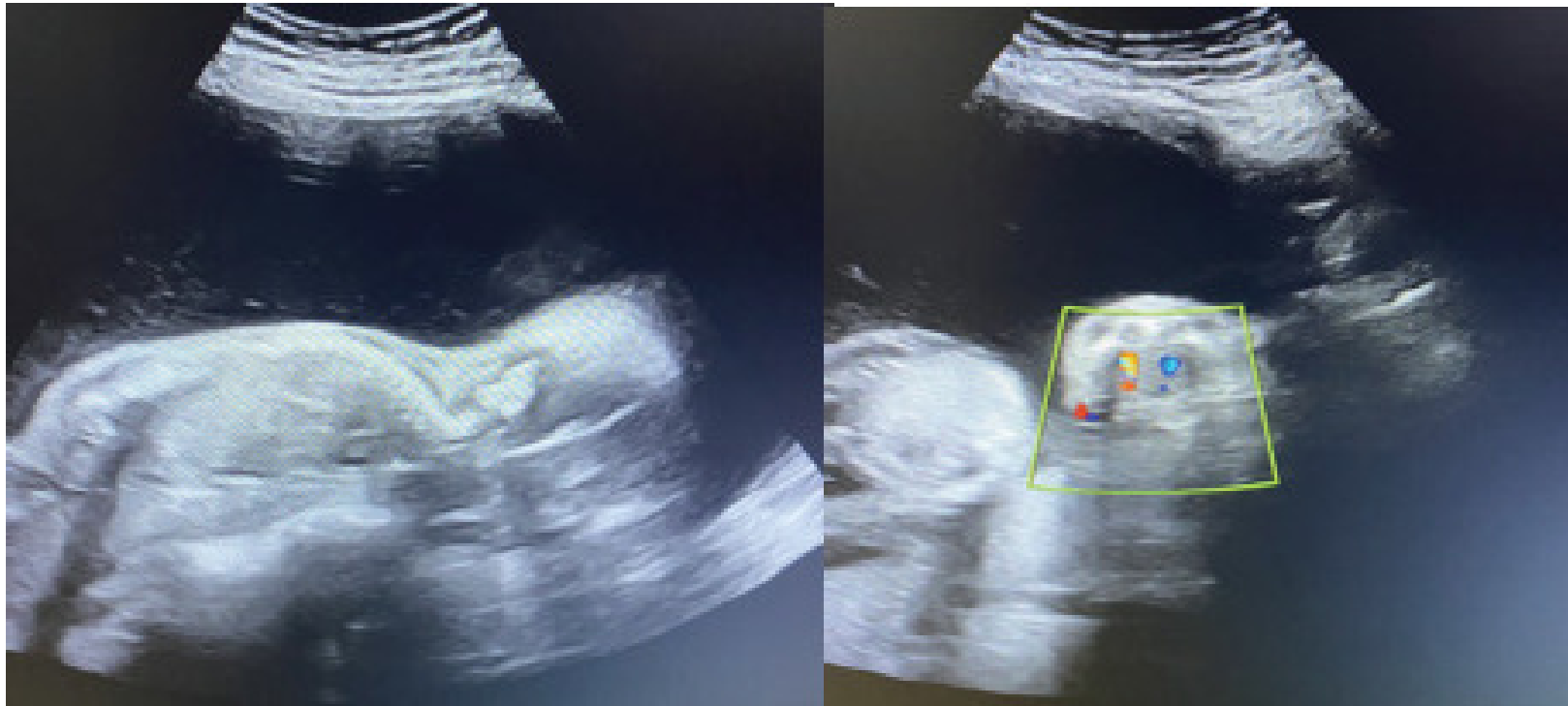
Плод-реципиент, соответствующий 22 неделям 3 дням беременности.
Хорошо визуализируется растянутый мочевой пузырь.

Инструментальное исследование (УЗИ)



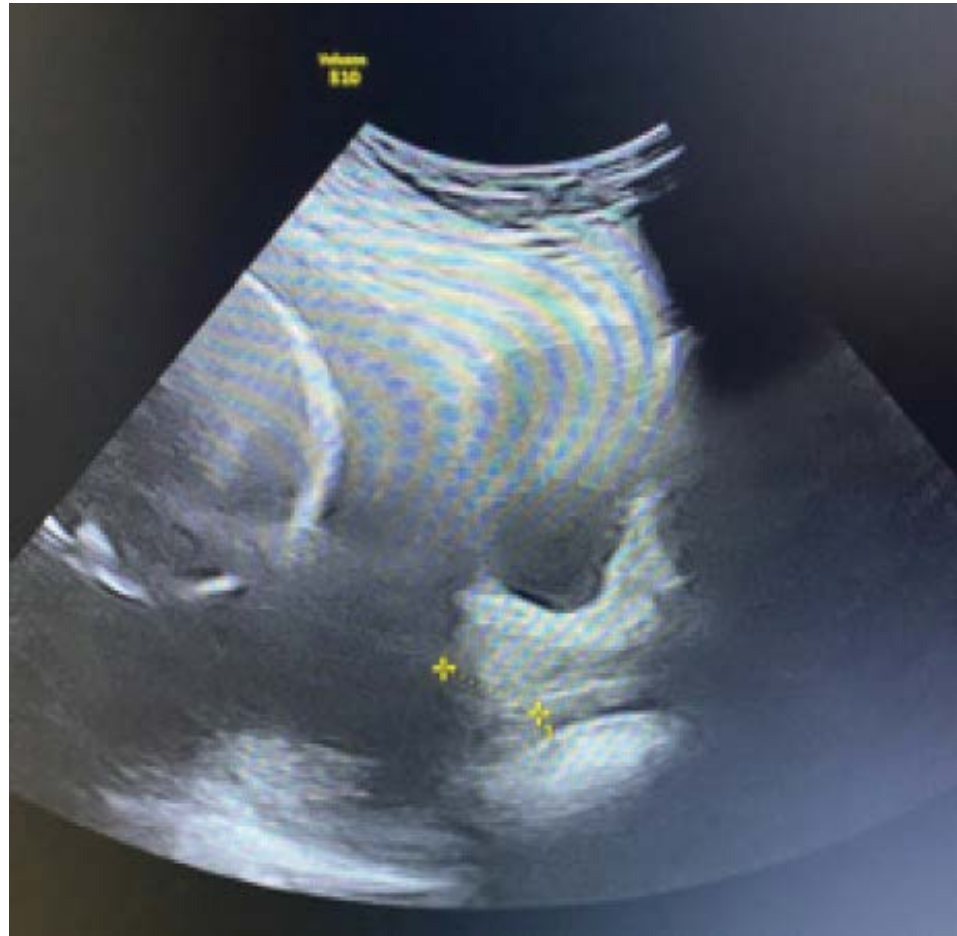
Многоводие у плода-реципиента, максимальный вертикальный карман >8 см, ИАЖ приблизительно равен 30,9 см.

Инструментальное исследование (УЗИ)



Плод-донор, соответствующий 19 неделям 5 дням беременности, фиксирован к задней стенке матки, маловодие (ИАЖ практически равен нулю), пустой мочевой пузырь.

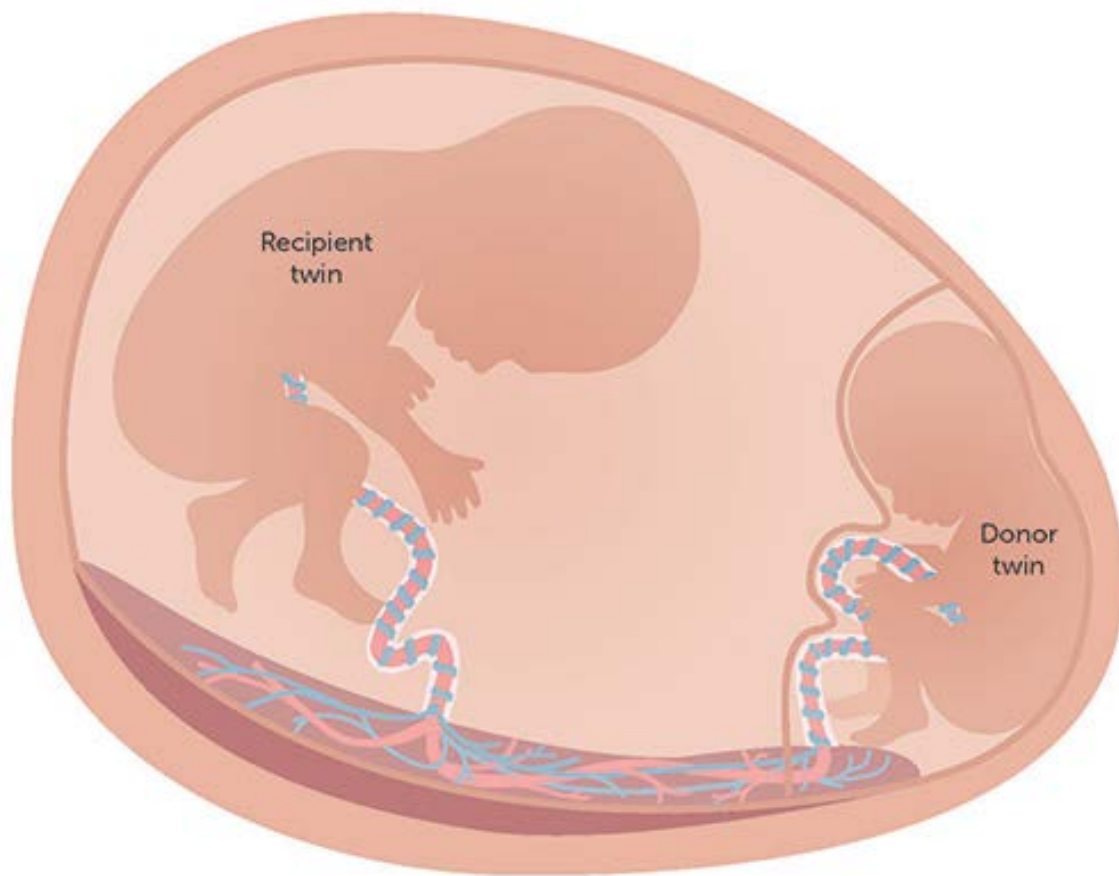
Инструментальное исследование (УЗИ)



Шейка матки (2 см)

Родоразрешение

- На основании результатов УЗИ пациентке было предложено лечение, однако вечером того же дня у пациентки начались **самопроизвольные роды**.
- Родились однополые близнецы с единственной плацентой.
- Родители отказались от дальнейшего лечения, и **оба плода не были реанимированы**.



Обсуждение

- ФФТС является результатом **трансплацентарного шунтирования крови** от одного близнеца к другому через глубокие артериовенозные анастомозы.
- ФФТС встречается примерно в 15% беременностей с монохориальной многоплодной беременностью.
- Для диагностики ФФТС требуются **два критерия**: (1) наличие монохориальной диамниотической двойни и (2) наличие маловодия (определяется как максимальный вертикальный карман < 2 см) у одного плода и многоводия (максимальный вертикальный карман > 8 см) у другого плода.
- Степень ФФТС определяется внутриутробно с помощью ультразвукового исследования с использованием предложенной Кинтеро сонографической классификации.

Обсуждение

- **Близнец-реципиент** обычно соответствует по размеру сроку беременности, при ультразвуковом исследовании обнаруживается увеличение мочевого пузыря, на эхокардиограмме плода могут проявляться признаки сердечной перегрузки, а в наиболее тяжелых случаях может развиваться водянка плода.
- **Близнец-донор** отстает в росте, анемичен и имеет плохие результаты доплерографии пупочной артерии.
- **Осложнениями ФФТС** являются преждевременные роды из-за разрыва плодных оболочек; дефекты строения органов дыхания, пищеварения, сердца или головного мозга у близнеца-реципиента из-за избытка жидкости, у близнеца-донора развивается анемия, может произойти гибель плода.
- Основными **вариантами лечения** являются амниоредукция и фетоскопическая лазерная фотокоагуляция сосудистых анастомозов плаценты.

АВТОРЫ

Pooja Agrawal - Department of Radiology, Norvic International Hospital, Thapathali, Kathmandu, Nepal.

Achala Vaidya - Department of Obstetrics and Gynecology, Norvic International Hospital, Thapathali, Kathmandu, Nepal.

Anshu Vaidya - Department of Obstetrics and Gynecology, Norvic International Hospital, Thapathali, Kathmandu, Nepal.

Subash Phuyal - Department of Radiology, Grande International Hospital, Tokha, Kathmandu, Nepal.

Asmita Pandey - Department of Obstetrics and Gynecology, Norvic International Hospital, Thapathali, Kathmandu, Nepal.

ИСТОЧНИК: Agrawal P, Vaidya A, Vaidya A, Phuyal S, Pandey A. Twin to Twin Transfusion Syndrome: A Case Report. JNMA J Nepal Med Assoc. 2022;60(256):1056-1058. Published 2022 Dec 1.
doi:10.31729/jnma.5574