

Клинический протокол: Многоплодная беременность

Определения заболевания или состояния:

Многоплодной называют беременность, при которой в организме женщины развиваются два или более плодов

Критерии установления диагноза: Многоплодная беременность диагностируется при визуализации двух и более жизнеспособных эмбрионов/плодов (определяется сердцебиение эмбрионов/плодов) в полости матки при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза и плодов.

Дифференциальная диагностика специфических акушерских синдромов при многоплодной беременности

Фето-фетальный трансфузионный синдром	Синдром селективной задержки роста плода	Синдром анемии-полицитемии
<p>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.</p> <p>II стадия: признаки выраженной дискордантности количества амниотической жидкости без визуализации наполнения мочевого пузыря плода-донора.</p> <p>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.</p> <p>IV стадия: у плодов с ФФТС (чаще реципиента), возникает асцит, гидроперикард, плевральный выпот и отёк подкожно-жировой клетчатки головы и туловища.</p> <p>V стадия: гибель одного или обоих плодов.</p>	<p>1 тип: положительный диастолический компонент кровотока в артерии пуповины плода с задержкой роста;</p> <p>2 тип: «нулевой» или «реверсный» кровоток в артерии пуповины;</p> <p>3 тип: интермитентный кровоток в артерии пуповины («нулевой» или «реверсный» кровоток в артерии пуповины, периодически сменяющийся положительным диастолическим).</p>	<p>1 стадия: увеличение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСК СМА) плода-донора более 1,5 MOM и уменьшение МСК СМА реципиента менее 1,0 MOM;</p> <p>2 стадия: увеличение МСК СМА плода-донора более 1,7 MOM и уменьшение МСК СМА реципиента менее 0,8 MOM;</p> <p>3 стадия: признаки сердечной недостаточности у плода-донора (нулевой или реверсный кровоток в артерии пуповины, пульсация кровотока в пупочной вене, повышение пульсационного индекса или реверсный ток крови в венозном протоке);</p> <p>4 стадия: водянка плода-донора;</p> <p>5 стадия: внутриутробная гибель одного или обоих плодов</p>

Лечение осложнений многоплодной беременности

Лечение фето-фетального трансфузионного синдрома	Лечение синдрома селективной задержки роста плода	Лечение синдрома анемии-полицитемии	Лечение синдрома обратной артериальной перфузии
<p>- Серийная амниоредукция (Метод применяют при I стадии ФФТС, диагностированном в сроке более 26 недель, а также при рецидиве синдрома после фетоскопической лазерной коагуляции анастомозов плаценты и при отсутствии технической возможности выполнить лазерную коагуляцию,</p> <p>- Беременным с ФФТС П-1У стадии в случае отсутствия противопоказаний в сроке беременности 16-26 недель рекомендовано проводить лазерную коагуляцию сосудистых анастомозов плаценты</p> <p>- Беременным с многоплодием селективный фетоцид (остановка сердечной деятельности) рекомендовано применять при наличии грубых аномалий развития одного из плодов, сочетания ФФТС с ССЗРП одного из плодов при дискордантности более 40% (до 22 недель беременности), при IV стадии ФФТС в случае отсутствия технической возможности выполнения лазерной коагуляции</p> <p>- Беременным в случае гибели одного из плодов после лечения с целью пролонгирования беременности рекомендовано продолжить выжидательную тактику ведения</p>	<p>- У беременных с монохориальным многоплодием, осложненным ССЗРП, декомпенсацию состояния плода с задержкой роста, визуализацию отрицательной А-волны в венозном протоке после 28 недель беременности рекомендовано считать показанием к досрочному оперативному родоразрешению после профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плодов (#бетаметазон, #дексаметазон* * в курсовой дозе 24мг (4мг через 8 часов №6, 12мг через 24 часа №2)</p> <p>- Беременным с монохориальным многоплодием, осложненным ССЗРП, в связи с высоким риском гибели плодов при I типе ССЗРП рекомендовано родоразрешение в 34-35 недель, при II и III типах - в сроке 30-32 недели беременности</p>	<p>- Беременным с монохориальным многоплодием, осложненным САП, при отсутствии признаков тяжелой анемии плода-донора беременность рекомендовано вести консервативно с регулярным УЗИ плодов не реже 1 раза в 2 недели</p> <p>- При обнаружении анемии плода тяжелой степени в сроках от 16 до 28 недель рекомендована фетоскопическая лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты</p> <p>- При невозможности фетоскопии и лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты у беременных с САП тяжелой степени в сроках от 16 до 32 недель рекомендовано хирургическое лечение в виде внутриутробного переливания крови плоду с анемией</p> <p>- Родоразрешение при монохориальной многоплодной беременности, осложненной САП, рекомендовано до 36 недель беременности</p>	<p>- Рекомендована выжидательная тактика ведения МХДА двойни, осложненной СОАП, при отсутствии признаков прогрессирования заболевания (отсутствие роста и кровотока у плода с акардией)</p> <p>- Беременным с монохориальным многоплодием и прогрессировании СОАП (нарастание массы плода с акардией; нарастание его размеров, превышающих 50% размеров плода-помпы; наличие кровотока в его сосудах; декомпенсация плодапомпы - наличие УЗ признаков кардиомиопатии и многоводия) рекомендовано внутриутробное хирургическое вмешательство, направленное на прекращение кровоснабжения плода с акардией</p> <p>- Беременным с монохориальным многоплодием, осложненным СОАП, рекомендована интерстициальная или фетоскопическая лазерная коагуляция сосудов пуповины акардиального плода под контролем УЗИ</p> <p>- При моноамниотической двойне с целью профилактики спутывания пуповин рекомендовано эндоскопическое отсечение пуповины плода с акардией</p>

Клинические рекомендации: Тазовое предлежание плода

Определение заболевания или состояния:

Тазовое предлежание (ТП) - клиническая ситуация, при которой предлежащей частью являются ягодицы и/или ножки/ножка плода.

Классификация:

1) Ягодичное предлежание:

-чистое

-смешанное

2) Ножное предлежание:

-неполное

-полное

-коленное предлежание.

Диагностика:

Диагностика тазового предлежания плода в 36 недель беременности в женской консультации → определение показаний к наружному акушерскому повороту, согласие пациентки на роды через естественные родовые пути → госпитализация в стационар → проведение наружного поворота → родоразрешение через естественные родовые пути (если нет противопоказаний).

Если имеются противопоказания или отказ от наружного акушерского поворота, то госпитализация в стационар в 40\0 недель, оценка предлежания плода, оценка рисков родов через естественные родовые пути, если имеются противопоказания и отказ пациентки, то плановое КС.

Критерии установления диагноза Диагноз устанавливается на основании определения положения головного и тазового конца плода.

Физикальное обследование: При ТП плода отмечается высокое стояние дна матки, плотная часть (голова) определяется в дне матки, свободно ballotирует, сердцебиение плода выслушивается на уровне пупка или выше. Клинически важно подтверждение ТП плода в 36 недель беременности

Инструментальные диагностические исследования :для подтверждения ТП плода после наружного исследования рекомендовано ультразвуковое исследование (УЗИ) плода. При УЗИ плода необходимо определить: вид ТП плода; массу плода; количество вод (амниотический индекс); локализацию плаценты; аномалии развития плода; наличие разгибания головки плода.

Лечение: В 36 недель рекомендовано ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в ТП плода, медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить этот риск, возможными методами родоразрешения и их осложнениями.

Рекомендовано предложить пациентке наружный поворот плода на головку (при отсутствии противопоказаний к естественным родам) для снижения вероятности кесарева сечения (КС). Наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить в срок >36 недель беременности у первородящих и >37 недель беременности у повторнородящих

Для изменения положения плода рекомендовано проводить наружный поворот плода на головку врачу акушеру-гинекологу, владеющему техникой наружного поворота, в акушерском стационаре 2-й или 3-й группы.

Несенсибилизированным резус-отрицательным пациенткам после наружного поворота плода на головку рекомендовано дополнительно назначить иммуноглобулин человека антирезус К_{Bo}[П]** в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно.

В случае успешного наружного поворота плода на головку рекомендовано вести беременность согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность», при спонтанном начале родовой деятельности роды вести через естественные родовые пути.

Плановое КС рекомендовано на сроке > 39^o недель беременности, что способствует оптимальному физиологическому созреванию плода, при отсутствии показаний для досрочного родоразрешения.

Роды через естественные родовые пути в ТП плода необходимо проводить в акушерском стационаре с наличием условий для экстренного КС, анестезиологической и неонатальной служб.

При ведении родов через естественные родовые пути с ТП плода необходимо учитывать следующие факторы, оказывающие благоприятное влияние на исход родов:

- отсутствие причин, препятствующих неосложненным естественным родам
- срок беременности >36 недель;
- отсутствие анатомического сужения таза;
- отсутствие ЗРП и признаков нарушений состояния плода;
- предполагаемая масса плода не менее 2500 г и не более 3600 г;
- ягодичное предлежание плода;-
- отсутствует разгибания головки и/или запрокидывания ручек;
- отсутствие аномалий развития плода, которые могут стать причиной затрудненных родов;
- отсутствие в анамнезе кесарева сечения;

Список литературы:

1. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода - М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. - 176 с.
2. Баскетт Т.Ф., Калдер Э.А., Арулкумаран С. Оперативное акушерство Манро Керра; под ред. Р. Элсивера, - М., 2015. - С. 199-214.
3. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1080 с. - (Серия "Национальные руководства").
4. Акушерство и гинекология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев [и др.]. -2-е изд., испр. и доп.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1040 с. – (Серия «Стандарты медицинской помощи»).
5. Breech Presentation, External Cephalic Version (ECV) and Breech Presentation in Labour. Clinical Guideline. Royal Cornwall Hospitals. NHS Trust service Equality and Diversity statement. 2015. -13 p.
6. Hutton EK, Hannah ME, Ross SJ. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: An international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2011;118:564-77.
7. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н.
8. Клинические рекомендации (протокол) «Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах». Письмо Минздрава России от 2 октября 2015 г. N 15-4/10/2-5803. - Москва, 2015. -