

ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

РЕФЕРАТ

Многоплодная беременность.

Выполнила: ординатор 1-го года
обучения

Кафедры Акушерства и гинекологии ИПО

Глухих Татьяна Александровна

КРАСНОЯРСК 2020

Оглавление

1.Актуальность темы	3
2. Понятие многоплодной беременности.....	3
3.Эпидемиология.....	3
4.Этиология и патогенез	3
5. Особенности кодирования по МКБ-10	4
6.Клиническая классификация.....	5
7. Диагностика состояния.....	5
8. Ведение беременности.....	9
9.Осложнения многоплодной беременности.....	10
10. Лечение осложнений при многоплодной беременности.	11
11. Течение и ведение родов	14
12.Выводы	18
13.Список литературы	18

1.Актуальность темы

Начиная с 1970-х годов во всем мире значительно увеличилась частота наступления многоплодной беременности в связи с широким внедрением в практику методов ВРТ, поздним возрастом матерей, наступлением беременности после отмены оральных контрацептивов. Многоплодие относится к беременности высокого риска в связи с значительным риском развития осложнений как со стороны матери (ранние репродуктивные потери, преждевременные роды, гипертензивные расстройства, анемия, ГСД, кровотечение, оперативное родоразрешение, осложнения послеродового периода), так и со стороны плодов (замедление темпов роста, преждевременные роды, врожденные аномалии развития).

2. Понятие многоплодной беременности

Многоплодной называется беременность, при которой в организме женщины развиваются два плода и более. В зависимости от числа плодов при многоплодной беременности говорят о двойне, тройне, четверне и т.д. Роды двумя плодами и более называются многоплодными.

Многоплодной беременности способствуют возраст матери старше 30-35 лет, наследственный фактор (по материнской линии), высокий паритет, аномалии развития матки (удвоение), наступление беременности сразу после прекращения использования оральных контрацептивов, при применении средств для стимуляции овуляции, при ЭКО.

3.Эпидемиология

В последние десятилетия частота многоплодия значительно увеличилась и варьирует от 3 до 40 случаев на 1000 родов в зависимости от региона мира, преобладающей расы населения, распространенности методов ВРТ и регулирования количества переносимых эмбрионов в циклах ЭКО.

Для спонтанного многоплодия (без ВРТ) действует правило Хеллина (Hellin's law): частота двойни — 1:89, тройни — $1:89^2 = 1:7910$, четверни — $1:89^3 = 1:704969$ и т.д. Естественное наступление беременности тройней возникает в 1 случае на 7000–10000 родов, четырьмя плодами — 1 на 700000 родов. Моноамниотическая двойня встречается достаточно редко — 1 на 10000 беременностей. Неразделившиеся (сиамские) близнецы характерны только для МХМА двойни, частота встречаемости составляет 1 на 200 МХМА (1 на 50000 беременностей).

4.Этиология и патогенез

Дизиготная многоплодная беременность – результат оплодотворения двух и более яйцеклеток, созревающих в течение одного менструального цикла; у каждого эмбриона формируются отдельная плацента и амниотическая полость. Частота дизиготной двойни достигает 70% всех

многоплодных беременностей, её вероятность зависит от наследственности, возраста и паритета, использования ВРТ, количества переносимых эмбрионов в циклах ЭКО. Дизиготные близнецы могут быть одного (в 75% случаев) или разного пола.

Монозиготная многоплодная беременность – результат оплодотворения одной яйцеклетки и её последующего деления. Примерно 30% монозиготных двоен — дихориальные, 70% — монохориальные. При разделении на стадии морулы (0–3 день после оплодотворения) формируется дихориальная диамниотическая (ДХДА) двойня, на стадии бластоцисты (4–8 день после оплодотворения) — монохориальная диамниотическая (МХДА) двойня. При разделении бластоцисты (на 9–12 день после оплодотворения) оба зародыша развиваются в одном зародышевом мешке, т.е. имеют общую хориальную и амниальную оболочки – монохориальная моноамниотическая (МХМА) двойня (1–5% от всех монозиготных близнецов). В редких случаях разделение происходит после 13 дня, тогда развиваются неразделившиеся (сиамские) близнецы.

Монозиготные близнецы генетически идентичны, одного пола и часто похожи фенотипически; аномалии развития у них встречаются в 2 раза чаще, чем у дизиготных двоен.

5. Особенности кодирования по МКБ-10

О30 - Многоплодная беременность

О30.0 - Беременность двойней

О30.1 - Беременность тройней

О30.2 - Беременность четырьмя плодами

О30.8 - Другие формы многоплодной беременности

О30.9 - Многоплодная беременность неуточнённая

О31 - Осложнения, характерные для многоплодной беременности

О31.0 - Бумажный плод

О31.1 - Продолжающаяся беременность после аборта одного или более чем одного плода

О31.2 - Продолжающаяся беременность после внутриутробной гибели одного или более чем одного плода

О31.8 - Другие осложнения, характерные для многоплодной беременности

О32.5 - Многоплодная беременность с неправильным предлежанием одного или нескольких плодов, требующая предоставления медицинской помощи матери

О33.7 - Другие аномалии плода, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери (сросшаяся двойня)

О43.0 - Синдромы плацентарной трансфузии

О63.2 - Задержка рождения второго плода из двойни, тройни и т.д.

O84 - Роды многоплодные
O84.0 - Роды многоплодные, полностью самопроизвольные
O84.1 - Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум-экстрактора
O84.2 - Роды многоплодные, полностью путём кесарева сечения
O84.8 - Другое родоразрешение при многоплодных родах
O84.9 - Роды многоплодные, неуточнённые
Z37 - Исход родов при многоплодной беременности
Z37.2 - Двойня, оба живорождённые
Z37.3 - Двойня, один живорождённый, другой мертворождённый
Z37.4 - Двойня, оба мертворождённые
Z37.5 - Другие многоплодные роды, все живорождённые
Z37.6 - Другие многоплодные роды, есть живорождённые и мертворождённые
Z37.7 - Другие многоплодные роды, все мертворождённые

6. Клиническая классификация

По зиготности:

- Монозиготные, идентичные, однайцевые (1/3 часть всех двоен). Имеют идентичный генотип, поэтому однополые. Сходство генетической «композиции» связано с ранним делением яйцеклетки, оплодотворенной одним сперматозоидом, на две клеточные массы, содержащие идентичную генетическую информацию.
- Дизиготные, двуяйцевые, неидентичные (2/3 всех двоен). Образуются при оплодотворении двух яйцеклеток двумя сперматозоидами, вследствие чего каждый эмбрион получает генетический материал отдельно как от матери, так и от отца.

По типу хориальности (плацентации) выделяют:

- Дихориальная - диамниотическую (две плаценты – 80%)
- Монохориальная (одна плацента – 20 %): – монохориальная, диамниотическая монохориальная, моноамниотическая.

7. Диагностика состояния

1.1. Жалобы и анамнез

Оценка жалоб и сбор общего и специального анамнеза у беременной с многоплодием выполняется аналогично как при одноплодной беременности.

1.2. Физикальное обследование

-Высота стояния дна матки на 4 см. и более превышает стандартный показатель, характерный для данного срока беременности; увеличение окружности живота.

- Пальпация частей плодов (определение большого количества мелких частей);
- Аускультация в двух и более местах сердцебиения плодов,
- Избыточная прибавка массы тела;

2.Лабораторные диагностические исследования

Определение уровня ХГЧ и АФП (превышает более чем в 4 раза показатели для данного срока беременности).

3.Инструментальные диагностические исследования

Рекомендовано направлять пациентку с многоплодной беременностью в 11-13⁶ недель беременности в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, с целью проведения комбинированного скрининга 1-го триместра с последующим программным расчетом индивидуального риска рождения детей с хромосомной патологией. При многоплодной беременности специалистом функциональной диагностики дополнительно устанавливается тип хориальности и амниальности (число хорионов и амниотических полостей). Число желточных мешков, как правило, соответствует числу амниотических полостей. При дихориальном типе плацентации характерно наличие λ-признака, при монохориальном - Т-признака. Отсутствие визуализации межамниотических оболочек между эмбрионами свидетельствует о наличии моноамниотического многоплодия. При помощи цветного доплеровского картирования (ЦДК) возможно диагностировать переплетение пуповин плодов, что является дополнительным подтверждением наличия монохориальной моноамниотической двойни. Диагноз неразделившихся близнецов также устанавливается во время 1-го ультразвукового исследования.

Для исключения анеуплоидии плода пациентке может быть дополнительно предложено проведение неинвазивного пренатального скрининга (НИПС) после 10 недель беременности.

При беременности тремя и более плодами пациентку рекомендовано направлять на проведение экспертного УЗИ в 11–13⁶ недель с оценкой анатомии плодов, маркеров хромосомных аномалий, толщины воротникового пространства (ТВП).

При гибели одного из плодов после 10 недель беременности для скрининга хромосомных аномалий рекомендовано использовать только данные УЗИ плода с оценкой ТВП, так как уровни β-ХГЧ и РАРР-А не будут объективно отражать состояние живого плода.

При гибели одного из плодов до 10 недель беременности для скрининга хромосомных аномалий рекомендовано использовать комбинацию результата УЗИ плода и исследования сыворотки крови на β-ХГЧ и РАРР-А, так же как и при одноплодной беременности.

Беременным с многоплодием и высоким риском хромосомной патологии плодов по результатам комбинированного скрининга, с целью исключения генетических аномалий, рекомендовано консультирование генетиком и возможно проведение инвазивной пренатальной диагностики. В этом случае исследование рекомендовано проводить у обоих плодов вне зависимости от типа плацентации.

Риск потери беременности после проведения инвазивной пренатальной диагностики при многоплодной беременности выше, чем при одноплодной; после биопсии ворсин хориона при двойне он составляет 2-3,8%, после амниоцентеза – 1,5-3,1%.

При необходимости выполнения инвазивной пренатальной диагностики беременным с многоплодием рекомендовано проведение биопсии хориона/плаценты в 11–14 недель беременности, поскольку более ранняя диагностика хромосомной патологии позволяет выполнить прерывание беременности или селективную элиминацию плода с меньшим риском.

Во II триместре с целью проведения скрининга аномалий развития, беременным с многоплодием рекомендовано проводить УЗИ плодов в сроках 18–20⁺⁶ недели.

С целью своевременной диагностики осложнений, УЗИ и ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока рекомендовано проводить всем беременным с монохориальным многоплодием с 16 недель беременности – каждые 2 недели.

С целью своевременной диагностики осложнений рекомендовано проводить УЗИ плодов всем беременным с ди/три-хориальным многоплодием с 16 недель беременности – каждые 4 недели .

При дихориальной диамниотической двойне диагноз СЗРП рекомендовано верифицировать на основании УЗИ, при котором выявлено снижение предполагаемой массы одного или обоих плодов или при дискордантности ПМП плодов более 25%.

Беременность с СЗРП при дихориальном многоплодии может быть пролонгирована до доношенного срока только при нарушении кровотока в артериях пуповины с положительным диастолическим компонентом при наличии положительной динамики роста плода.

С целью диагностики ФФТС беременным с монохориальным многоплодием при проведении УЗИ рекомендовано основываться на наличие маловодия одного плода и многоводия другого, фетометрические параметры плодов при этом не используют.

Беременным с монохориальным многоплодием в случае диагностики нормального количества вод у одного близнеца и многоводия (МВК более 8-10см) или маловодия (МВК менее 2см) у другого, с целью своевременной диагностики ФФТС, рекомендован еженедельный динамический ультразвуковой контроль количества околоплодных вод, а также показателей ультразвуковой доплерографии плодов до 26 недель беременности.

Беременным с многоплодием, с целью своевременной диагностики осложнений, дискордантность ПМП рекомендовано документировать, начиная с 20 недель беременности.

Беременным с монохориальным многоплодием, с целью оценки селективной задержки роста плода, дискордантность ПМП рекомендовано вычислять по формуле: $(\text{масса большего плода} - \text{масса меньшего плода}) \times 100 / \text{масса большего плода}$.

Пациенткам с монохориальным многоплодием и разницей в предполагаемой массе плодов более 25%, с целью верификации диагноза ССЗРП, рекомендована консультация в медицинском учреждении, имеющем в своей структуре подразделения, оказывающие акушерскую высокотехнологичную медицинскую помощь.

При монохориальном многоплодии, осложненным ССЗРП, с целью улучшения перинатальных исходов, фетометрию рекомендовано проводить 1 раз в 2 недели, доплерографию маточно-плацентарного, фето-плацентарного и плодового кровотока — еженедельно.

Синдром анемии-полицитемии (САП) при монохориальном многоплодии рекомендовано диагностировать при появлении анемии одного плода и полицитемии другого при проведении доплерографического измерения МСК в СМА плодов 1 раз в две недели с 16 недель беременности.

Синдром обратной артериальной перфузии (СОАП) беременным монохориальным многоплодием рекомендовано диагностировать при проведении УЗИ и визуализации грубых аномалий развития одного из плодов (недоразвитие головы и верхней части тела, отёк мягких тканей, отсутствие функционирующего сердца при наличии движений плода, рудиментарное сердце), обратного направления тока крови в артерии пуповины при ЦДК у плода с аномалиями развития.

Беременных с СОАП, с целью решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности, рекомендовано направлять на проведение эхокардиографического исследования сердца плода-помпы (кардиоторакальное соотношение, толщина стенки желудочка, кровотоки в венозном протоке) и измерения количества амниотической жидкости (нарастание степени многоводия) плода-помпы.

При монохориальной моноамниотической двойне, с целью своевременной диагностики осложнений, рекомендовано проводить динамический контроль состояния плодов с 30 недель беременности с использованием КТГ, ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока.

Наблюдение третьего триместра у пациенток с монохориальной моноамниотической двойней рекомендовано проводить в медицинском учреждении, оказывающем специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Диагностику внутриутробной гибели одного и более плодов при многоплодии, с целью исключения осложнений, рекомендовано проводить при УЗИ плодов.

После диагностики внутриутробной гибели одного из плодов при МХДА двойне рекомендовано проведение оценки состояния выжившего плода с использованием эхографии, КТГ, доплерографии с оценкой МСК в СМА для диагностики возможной анемии.

После диагностики внутриутробной гибели одного из плодов при МХДА двойне для исключения структурных повреждений головного мозга рекомендовано проведение нейросонографии плода, доплерографической оценки кровотока в СМА через 7 дней и в дальнейшем каждые 2 недели.

После диагностики внутриутробной гибели одного из плодов при МХДА двойне для исключения повреждения структур головного мозга рекомендовано рассмотреть возможность проведения магнитно-резонансной томографии головного мозга второго развивающегося плода после 32–34 недели беременности, но не ранее 4 недель после гибели первого плода.

4. Иные диагностические исследования

Беременным с многоплодием с целью своевременной диагностики осложнений, рекомендовано проведение консультации врача-акушера-гинеколога раз в 2 недели с 16 недель беременности (в том числе контроль артериального давления, прибавки массы тела, лабораторных показателей). Рекомендовано направлять пациентку с многоплодной беременностью к врачу-генетику на медико-генетическое консультирование при выявлении факторов риска рождения детей с хромосомной патологией.

8. Ведение беременности

Пациентки с многоплодием должны посещать женскую консультацию два раза в месяц до 28 нед. (когда выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам) и один раз в 7-10 дней после 28 нед. Терапевт должен осматривать женщину три раза в течение беременности.

Потребность в энергетических субстратах, белках, минералах, витаминах при многоплодной беременности повышена. В связи с этим беременную инструктируют о необходимости полноценного сбалансированного питания. При многоплодии масса тела увеличивается на 20-22 кг.

Беременным с многоплодием с 16-20 нед. назначают противоанемическую терапию (железосодержащие препараты 60-100 мг/сут. и фолиевую кислоту 1 мг/сут. в течение 3 мес.).

Для профилактики преждевременных родов беременным с многоплодием рекомендуют ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха (трижды по 1-2 ч). Показания к выдаче больничного листа расширяются.

Для прогнозирования преждевременных родов необходимо исследовать состояние шейки матки. Методом выбора является трансвагинальная цервикография, которая позволяет, помимо оценки длины шейки матки, определить состояние внутреннего зева, что невозможно при

мануальном исследовании. Сроки беременности с 22-24 до 25-27 нед. считают "критическими" при многоплодии в отношении прогнозирования преждевременных родов. При длине шейки матки менее 34 мм в 22-24 нед. повышен риск преждевременных родов до 36 нед.; критерием риска преждевременных родов в 32-35 нед. является длина шейки матки менее 27 мм, а критерием риска "ранних" преждевременных родов (до 32 нед.) - 19 мм.

Для ранней диагностики задержки роста плода/плодов необходим тщательный ультразвуковой мониторинг.

Помимо фетометрии, при многоплодии, как и при одноплодной беременности, большое значение имеет оценка состояния плодов (кардиотокография, доплерометрия кровотока в системе мать-плацента-плод, биофизический профиль). Существенное значение приобретает определение количества околоплодных вод (много- и маловодие) в обоих амнионах.

9. Осложнения многоплодной беременности

Для матери:

- 1) Анемия.
- 2) Гипертензия, индуцированная беременностью (14 – 20 %). Возникает в 3 раза чаще, чем при одноплодной беременности, протекает тяжелее.
- 3) Кровотечение во время беременности и в раннем послеродовом (20 %) периоде.
- 4) Многоводие наблюдается в 5 – 8 % при беременности двойней, особенно при моноамниотической двойне.
- 5) Преждевременный разрыв плодных оболочек (25%), вдвое превышает частоту одноплодной беременности.
- 6) Спонтанные аборт, частота вдвое выше, чем при одноплодной беременности. Более 50 % беременностей, где в первый триместр по данным УЗИ диагностирована многоплодная беременность, заканчивались родами одним плодом.
- 7) Тошнота, рвота беременных протекают тяжелее.
- 8) Нарушение толерантности к глюкозе.
- 9) Холестаз беременных.

Для плода: 1) Высокая перинатальная смертность - 15%, что в 10 раз выше, чем при одноплодной беременности. Увеличивается прямо пропорционально количеству плодов, обусловлена высокой частотой преждевременных родов (до 50 %), и следующими осложнениями у новорожденных:

- Малой массой тела при рождении (55% масса менее 2500.0г.) – Синдром дыхательных расстройств
 - Внутрочерепным кровоизлиянием
 - Сепсисом
 - Некротическим энтероколитом
- Частота и перинатальная смертность зависит от типа плацентации. При монозиготной двойне показатели в 2 – 3 раза выше, чем у dizиготных.

- 2) Врожденные пороки развития - 2 – 10%.
- 3) Соединенные близнецы: частота 1:900 беременностей двойней. Патология пуповины и плаценты.
- 4) Предлежание плаценты.
- 5) Отслойка плаценты (чаще во II периоде родов).
- 6) Оболочечное прикрепление пуповины (1% при одноплодной, 7% при двойне).
- 7) Предлежание пуповины (1,1% при одноплодной, 8,7% при двойне).
- 8) Выпадение петель пуповины в родах.
- 9) Фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС) - до 15%,
- 10) Неправильное положение плода во время родов (50%)
- 11) Задержка внутриутробного развития плода - 70%.
- 12) Неврологические расстройства: детский паралич, микроцефалия, энцефаломалиция.
- 13) Внутриутробная гибель одного из плодов

10. Лечение осложнений при многоплодной беременности.

Лечение фето-фетального трансфузионного синдрома

- Лечение беременных с ФФТС проводится в медицинских организациях, оказывающих акушерскую высокотехнологичную медицинскую помощь, обладающих возможностями и материально-технической базой для проведения фетоскопических операций.
- Беременным с ФФТС рекомендованы следующие методы лечения: серийная амниоредукция; лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты II–IV стадии (селективная/ неселективная/ тактика Соломона), селективная элиминация плода; консервативное ведение на I стадии ФФТС.
- Беременным с ФФТС II–IV стадии в случае отсутствия противопоказаний, в сроке беременности 16–26 недель, рекомендовано проводить лазерную коагуляцию анастомозов плаценты.
- Беременным с ФФТС фетоскопическую лазерную коагуляцию сосудистых анастомозов плаценты рекомендовано проводить трансабдоминальным доступом под внутривенной, местной или регионарной анестезией, на фоне антибиотикопрофилактики (предпочтительны цефалоспорины II–III поколения) и токолиза (выбор препаратов осуществляется индивидуально). Операцию завершают амниоредукцией до достижения нормального количества околоплодных вод (МВК 4–6см).
- Беременным с многоплодием селективную элиминацию плода (остановка сердечной деятельности) рекомендовано применять при наличии грубых аномалий развития одного из плодов, сочетания ФФТС с селективной задержкой роста одного из плодов при дискордантности более

40% (до 22 недель беременности), при IV стадии ФФТС в случае отсутствия технической возможности выполнения лазерной коагуляции. Проводят коагуляцию сосудов пуповины одного из плодов фетоскопическим или пункционным доступом.

- Беременным в случае внутриутробной гибели одного из плодов после проведения внутриутробного лечения, с целью пролонгирования беременности, рекомендовано продолжить выжидательную тактику ведения.

Лечение синдрома селективной задержки роста плода

- Ведение монохориальной многоплодной беременности, осложненной ССЗРП, с целью минимизации перинатальных потерь, рекомендовано в перинатальном центре, оказывающем акушерскую высокотехнологичную медицинскую помощь.

- Беременным 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 проведения профилактики РДС плодов.

Вопрос о сроках родоразрешения решают индивидуально, после проведения профилактики РДС плодов (кортикостероиды назначают после проведения врачебной комиссии, предварительно необходимо взять согласие пациентки на применение препарата off-label), в связи с длительным изменением кровотока плода с задержкой роста (ухудшение его состояния констатируют при уменьшении количества околоплодных вод, определении патологического кровотока в венозном протоке).

- Беременным с монохориальным многоплодием осложненным ССЗРП, в связи с высоким риском внутриутробной гибели плодов, при I типе ССЗРП рекомендовано родоразрешение в 34-35 недель, при II и III типах – в сроке 30-32 недели беременности.

Лечение синдрома анемии-полицитемии

- Беременным с монохориальным многоплодием осложненным САП, при отсутствии признаков тяжелой анемии плода-донора (МСК в СМА менее 1,6 МОМ, отсутствие водянки), беременность рекомендовано вести консервативно, с регулярным проведением эхографического обследования 1 раз в 7 дней.

- При диагностировании анемии плода тяжелой степени в сроках от 16 до 26 недель рекомендовано выполнение фетоскопической лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты.

- При невозможности выполнения фетоскопии и лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты у беременных с САП тяжёлой степени в сроках от 16 до 32 недель, рекомендовано выполнение симптоматического внутриутробного хирургического лечения (переливание эритроцитной массы обеднённой лейкоцитами и тромбоцитами плоду с анемией).
- Родоразрешение монохориальной многоплодной беременности, осложненной САП рекомендовано проводить в 32-35 недель, после проведения профилактики РДС плодов в медицинском учреждении, оказывающем акушерскую высокотехнологичную медицинскую помощь (кортикостероиды назначают после проведения врачебной комиссии, предварительно необходимо взять согласие пациентки на применение препарата off-label).

Лечение синдрома обратной артериальной перфузии

- Рекомендована выжидательная тактика ведения монохориальной диамниотической двойни, осложнённой СОАП при отсутствии признаков прогрессирования заболевания (отсутствие роста и кровотока у плода с акардией), проведение УЗИ с доплерографией 1 раз в 14 дней с 16 до 26 недели; затем беременность ведут как одноплодную.
- При прогрессировании СОАП (диагностика нарастания массы плода с акардией; его размера, превышающего 50% плода-помпы; наличие кровотока в его сосудах; декомпенсации плода-помпы — эхопризнаков кардиомиопатии и многоводия), а также у беременных с монохориальной моноамниотической двойней, рекомендовано выполнение внутриутробного хирургического вмешательства, направленного на прекращение кровоснабжения плода с акардией.
- Беременным с монохориальным многоплодием, осложненным СОАП, рекомендовано выполнение интерстициальной или фетоскопической лазерной коагуляции сосудов пуповины акардиального плода под контролем УЗИ; при моноамниотической двойне с целью профилактики спутывания пуповин — эндоскопическое лазерное или биполярное отсечение пуповины плода с акардией.

Лечение при внутриутробной гибели одного и более плодов

- Беременным с монохориальным многоплодием и гибелью одного плода, с целью профилактики перинатальных и ранних неонатальных осложнений, не рекомендовано экстренное родоразрешение при отсутствии других акушерских показаний и данных о нарушении состояния второго плода.

При гибели одного плода из монохориальной двойни беременную рекомендовано наблюдать в стационаре в течение 7–14 дней под строгим контролем клинико-лабораторных показателей (клинический анализ крови,

С-реактивный белок, показатели свертывающей системы крови), состояния плода. При отсутствии признаков воспаления (лейкоцитоза, повышения уровня С-реактивного белка) проведение антибактериальной терапии не рекомендован. Затем у врача акушер-гинеколога, контроль УЗИ плода проводят 1 раз в 2 недели.

- При гибели одного плода из монохориальной двойни родоразрешение беременной рекомендовано проводить в 34–36 недель после проведения профилактики РДС плода.

- При гибели одного плода из дихориальной двойни, в случае отсутствия других акушерских показаний и данных о нарушении состояния второго плода, беременность рекомендовано вести выжидательно под строгим контролем состояния плода по данным УЗИ и показателей лабораторного обследования беременной.

Беременную рекомендовано наблюдать в условиях стационара в течение 7–14 дней, проводить контроль клинико-лабораторных показателей (клинический анализ крови, С-реактивный белок, показатели свертывающей системы крови), состояния плода. Затем у врача акушер-гинеколога, контроль УЗИ плода проводят 1 раз в 4 недели. При отсутствии лейкоцитоза, повышения уровня С-реактивного белка проведение антибактериальной терапии не показано. Пролонгирование беременности возможно до доношенного срока¹. Гибель одного из плодов при дихориальной двойне, как правило, не представляет угрозы для выжившего так как при дихориальном типе плацентации отсутствуют сосудистые анастомозы между системами гемокрикуляции плодов.

- При гибели одного плода из дихориальной двойни пролонгирование беременности возможно до доношенного.

11. Течение и ведение родов

- С пациентками беременными двойней или тройней рекомендовано обсуждать сроки родов и возможные способы родоразрешения в начале третьего триместра.

- При неосложнённой беременности монохориальной двойней рекомендовано родоразрешение в 36–37 недель, дихориальной двойней в 37–38 недель, тройней в 35–36 недель. Элективное родоразрешение монохориальной двойни с 36 недель 0 дней, дихориальной двойни с 37 недель 0 дней и тройни с 35 недель 0 дней сопряжено с наименьшими рисками осложнений. Пролонгирование неосложненной беременности двойней свыше 38 недель повышает риск внутриутробной гибели плода. У беременных с тройней риски повышаются после 36 недель

беременности². Пациенткам, отказавшимся от elective родоразрешения в рекомендуемые сроки, рекомендовано провести консультирование о рисках, получить информированный отказ от вмешательства и назначить еженедельные явки к врачу акушеру-гинекологу с проведением УЗИ и оценки состояния плодов.

- При неосложнённой беременности монохориальной моноамниотической двойней рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения в 32–34 недели.

Способ родоразрешения

Для выбора метода родоразрешения необходимо учитывать следующие факторы:

- срок беременности;
 - количество плодов;
 - хориальность и амниальность;
 - положение и предлежание плодов;
 - предполагаемые массы плодов;
 - наличие осложнений;
 - состояние матери (наличие экстрагенитальных заболеваний и/или осложнений беременности);
 - акушерский анамнез (возраст, паритет, бесплодие);
 - наличие информированного добровольного согласия пациентки.
- При сроке беременности 32 недели и более, при наличии головного предлежания 1 плода пациентку рекомендовано информировать, что вагинальные роды не связаны с риском увеличения осложнений для матери и новорождённых.
При неосложнённом течении беременности вагинальные роды двойней при головном предлежании первого плода, в сроке беременности 32–38 недель не увеличивают риски перинатальных осложнений. При планировании вагинальных родов в 32 недели и более, частота их завершения через естественные родовые пути составляет 65%–75%; вероятность кесарева сечения для извлечения второго плода после вагинальных родов зависит от опыта персонала и колеблется от 3% до 10%. По результатам консультирования в карте беременной оформляется решение врачебного консилиума с планом родоразрешения и подписью пациентки. Вагинальные роды двойней относятся к родам высокого риска, и пациентка должна быть об этом информирована.
 - Пациентке с многоплодием рекомендовано рассмотреть возможность проведения отсроченных родов второго плода при рождении первого до

28 недели беременности. При тщательном отборе пациенток, выживаемость второго плода при отсроченном его рождении более 24 часов может существенно улучшить его перинатальные исходы. Учитывая определённый риск возможных осложнений в отношении, как матери, так и второго плода (связанные в основном с вероятностью инфекционных осложнений), отсроченные роды второго плода возможны только в учреждении 3 группы³, на фоне антибактериальной терапии, при условии организации междисциплинарного консилиума и получения информированного добровольного согласия пациентки.

- С целью улучшения перинатальных исходов и снижения рисков травматизации плодов в родах, при удовлетворительном состоянии плодов по данным функциональных методов обследования и предполагаемой массе менее 1500г пациенткам с двойней рекомендовано выполнить кесарево сечение.

Показания к операции кесарево сечение: моноамниотические двойни; неразделившиеся близнецы при любом сроке беременности; неголовное предлежание первого плода; три и более плода; стандартные показания для одноплодной беременности.

На сегодня отсутствуют достоверные данные о безопасности и возможном успехе вагинальных родов после предыдущего кесарева сечения у беременных с двойней. Частота разрыва при наличии рубца в нижнем сегменте матки при многоплодии не выше, чем при одноплодной беременности, поэтому вопрос о методе родоразрешения решается в каждом случае индивидуально. При желании женщины рожать через естественные родовые пути необходимо провести консультирование о рисках, получить информированное добровольное согласие.

- Не рекомендовано рассматривать кесарево сечение методом выбора при родоразрешении неосложненной монохориальной диамниотической двойни.
- Подготовку мягких родовых путей к родам при многоплодной беременности рекомендовано осуществлять механическими (трансцервикальный катетер, гигроскопические расширители) и медикаментозными методами (модулятор прогестероновых рецепторов, простагландины).

Тактика ведения родов:

I период родов:

– При головном затылочном предлежании, роды самостоятельные, как при одноплодной беременности с использованием партограммы;

- Постоянное кардиомониторное наблюдение за состоянием плодов желательно специально предназначенным аппаратом КТГ;

II период родов:

- Пережатие пуповины после рождения первого плода (ребёнка обсушить, надеть шапочку, выложить на грудь матери).
- Наложите зажим на материнский конец пуповины.
- После рождения 1 плода наружным акушерским осмотром и вагинальным исследованием уточнение положения 2 плода.
- При продольном положении плода, его удовлетворительном состоянии по данным КТГ продолжить консервативное ведение родов в течение 30 минут.
- При поперечном положении 2 плода, при отсутствии противопоказаний, наружный поворот плода. При удавшемся повороте - продолжить консервативное ведение родов.
- При неудачной попытке поворота - амниотомия с последующим проведением наружно - внутреннего поворота плода на ножку с последующей экстракцией за тазовый конец, при адекватном обезболивании.
- Если после рождения первого ребенка схватки неадекватны или отсутствуют в течение 30 минут - амниотомия с последующим в/в введением окситоцина
- Если частота сердцебиений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту), завершите роды путем наложения вакуум-экстрактора или извлечения плода за тазовый конец.
- Если влагалищные роды невозможны (неудачная попытка поворота плода, угрожаемое состояние внутриутробного плода) показано кесарево сечение.

III период родов:

- После рождения второго плода обязательным является введение окситоцина.
- Рекомендовано активное ведение III периода родов.
- В раннем послеродовом периоде целесообразно дополнительное применение утеротоников (продлённая инфузия окситоцина** 2,5 ЕД/ч 2 часа), так как частота кровотечений при многоплодной беременности в среднем в 3 раза выше, чем при родах одним плодом.

Ведение раннего послеродового периода:

- Осмотр шейки матки в зеркалах, осмотр влагалища, ушивание разрывов.
- Тщательный контроль тонуса матки, количества выделений, пульса, АД, цвета кожи и жалоб пациентки.
- Совместное пребывание матери и детей.
- Раннее прикладывание к груди.
- Обучение матери приёмам вскармливания двоих и более детей.

Хирургическое вмешательство:

Показания для проведения планового кесарево сечения:

- Поперечное положение первого плода, или обоих плодов;
- Тазовое предлежание первого плода у первородящей;
- Сросшиеся близнецы;
- Тройня и большее количества плодов (в 35-36 недель беременности);
- Монохориальная, моноамниотическая двойня (в 33-34 недель беременности).
- Рождение второго близнеца при отсутствии головного предлежания путем операции кесарево сечение сопряжено с повышенной частотой септических состояний у матери; При этом не выявлено улучшения исходов для новорожденных!

12.Выводы

Таким образом, многоплодная беременность является фактором высокого риска осложнений как у матери, так и у плодов, в связи с чем, при ведении женщин с многоплодием необходим тщательный ультразвуковой мониторинг с ранних сроков беременности и профилактика наиболее характерных для пациенток с многоплодием осложнений, что, несомненно, позволит осуществлять дифференцированный подход к ведению беременности и родов при многоплодии, способствуя снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

13.Список литературы

1. 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»).
2. 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").
3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 4-е изд., перераб. и доп. / под ред. Г.М. Савельевой, В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1024 с. : ил.
4. Лекарственное обеспечение клинических протоколов. Акушерство и гинекология / под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 288 с.- (Серия «Лекарственное обеспечение клинических протоколов»).
5. Михайлов А.В., Романовский А.Н., Каштанова Т.А. Опыт применения лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты при фетофетальном трансфузионном синдроме. Вестник Российской военномедицинской академии. 2016; 3(55):47-50.
6. Михайлов А.В., Романовский А.Н., Каштанова Т.А. Применение лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты при фето-фетальном трансфузионном синдроме. Таврический медико-биологический вестник.

- 2016; 19 (2):167-17 о-фетальном трансфузионном синдроме I стадии/ Михайлов А.В.// Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2017. -1 (57). - с.82-84. 1.
7. Михайлов А.В., Романовский А.Н., Каштанова Т.А.. Применение амниоредукции при фет
8. Михайлов А.В., Романовский А.Н., Шлыкова А.В. Некоторые специфические осложнения монохориального многоплодия. В кн: Плод и новорожденный как пациенты. СПб.: ИД “Петрополис”, 2015: 922-931.
9. Михайлов А.В., Романовский А.Н., Шлыкова А.В.. Гибель одного из плодов при многоплодии/ В кн: Плод и новорожденный как пациенты. СПб.: ИД “Петрополис”, 2015: 931-935.
10. Клинические рекомендации «Многоплодная беременность» МЗ РК