**«СОГЛАСОВАНО» «УТВЕРЖДАЮ»**

**На общеврачебной Директор РПЦ конференции \_\_\_\_\_\_\_\_\_Любчич А.С.**

**ПРОТОКОЛ**

**МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.**

**МНОГОПЛОДНЫЕ РОДЫ**

**Шифр 030**

**Шифр 084.0**

 Многоплодной называют беременность, при которой в организме развивается два плода и более. Рождение двух и более детей называют многоплодными родами.

 Факторы, способствующие многоплодной беременности:

* Возраст матери >30-35 лет;
* Наследственный фактор (по материнской линии);
* Высокий паритет;
* Удвоение матки;
* На фоне стимуляции овуляции (ЭКО);
* Беременность сразу после отмены оральных контрацептивов;

**КЛАССИФИКАЦИЯ:**

 В зависимости от количества плодов при многоплодной беременности может быть двойня, тройня, четверня и т.д.

**Двойня:**

 Двуяйцевая (дизиготная) рождаются двойняшки.

Однояйцевая двойня-рождаются близнецы.

Двуяйцевая двояня-результат оплодотворения 2-х яйцеклеток созревающих как правило в течении одного менструального цикла.

 У каждого плода своя плацента и свой амнион и хориальные оболочки (межплодовая оболочка состоит из 4-х слоёв).

 Двуяйцевая двойня-бихориальная и биамниотическая. Дети могут быть разнополыми.

 Однояйцевая двойня- оплодотворяется одна яйцеклетка, число плацент при этом зависит от срока деления оплодотворённой яйцеклетки. Дети однополые.

 Если деление происходит в течении первых 3-х суток, то формируется 2 эмбриона, 2 амниона, два хориона (плаценты). Такую однояйцевую двойню называют бихориальной, биамниотической. (межплодовая перегородка состоит из 4-х слоёв).

 Если деление происходит в интервале 3-8 суток после оплодотворения, то формируется: 2 эмбриона, 2амниона и один хорион.

Многоплодовая перегородка состоит из 2-х слоёв амниона.

 Такой тип однояйцевой двойни называют монохориальной, биамниотической .

 При делении яйцеклетки происходит в интервале 8-13 дней формируется один хорион , один амнион межплодовая оболочка отсутствует это монохориальная, моноамниотическая двойня.

**Таким образом:**

Бихориальной может быть как двуяйцевая, так и однояйцевая двойня.

Монохориальной только однояйцевая.

Деление яйцеклетки после 13-го дня (когда уже сформированы эмбриональные диски приводит к сращению плодов).

**Диагностика:**

1. Контроль за гравидограммой.
2. Осмотр УЗИ-это основная диагностика при многоплодной беременности.

Хориальность определяет течение беременности и её исход.

 При многоплодной беременности на УЗД проводят контроль за физиологическом развитии плодов, их расположением для выбора метода родоразрешения.

 Многоплодная беременность- серьёзное испытание для организма женщины: все органы и системы работают с большим напряжением.

 Материнская заболеваемость и МС возрастают в 3-7 раз по сравнению с одноплодной. Частота развития преэклампсий возрастает до 45% (связано с гиперплацентозом), а также с увеличением внутрисосудистого объёма.

 Течение многоплодной беременности нередко осложняется задержкой роста одного из плодов и составляет при монохориальной двойни 34% и при бихориальной двойне 23%.

 Более выраженная зависимость от типа плацентации: частота роста обоих плодов: 7,5% при монохориальной и 1,7% при бихориальной.

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ:**

* Пациентки с многоплодием должны посещать врача чаще чем при одноплодной беременности ;
* Необходимо беременной получать сбалансированное полноценное питание;
* Контроль за гемоглобином;
* Ограничение физических нагрузок;
* УЗИ контроль.

Для прогнозирования преждевременных родов необходимо исследовать состояние шейки матки: путём проведения трансвагинальной цервикографии. При этом оценить длину шейки матки ≤ 34мм, в 22-24 недели беременности повышен риск преждевременных родов до 36 недель.

При длине ≤ 27 мм риск ПР в 32-35недель;

При длине ≤ 19мм риск ПР до 32-х недель.

Для выработки тактики ведения беременности и родов помимо фетометрии большое значение имеет оценка состояния плода, наличие пороков развития, и оценка количества околоплодных вод.

**Специфические осложнения многоплодной беременности.**

1. СФФГ- синдром фетофетальной гемотрансфузии.
2. Многоводие.
3. Обратная артериальная перфузия.
4. Внутриутробная гибель одного из плодов.
5. ВПР одного из плодов.
6. Развитие ЗВУР.
7. Прерывание беременности до 20-ти недель;
8. Преждевременные роды.

Для СФФГ характеры артериовенозные анастомозы расположенные в толще плаценты.

Выраженность СФФГ (лёгкая, средняя, тяжёлая) зависит от степени перераспределения крови через эти анастомозы, которые варьерируют в размерах, числе и направлении.

Основным фактором развития СФФГ служит патология развития плаценты одного из плодов который становится донором.

Данное осложнение наблюдается в 63-74% случаев при однояйцевой монозиготной двойни с монохориальным типом плацентации.

ЛЕЧЕНИЕ:

1. Лазерная коагуляция анастомозов в сосудах плаценты под эхографическим контролем.
2. Полиативная операция: дренирование избыточного количества ОВ из амниотической полости плода реципиента, что уменьшает внутриамниотическое заявление и улучшает состояние плода донора и реципиента.

 Обратная артериальная перфузия у двойни присуща только монохориальной беременности.

Развивается данное состояние вследствии наличия пупочных артерио-артериальных анастомозов.

При этом плод «донор» практически здоров, а «реципиент» всегда с множественными аномалиями.

Роды при многоплодной беременности имеет высокую частоту осложнений:

* Первичная и вторичная слабость родовой деятельности;
* Преждевременное излитие околоплодных вод;
* Выпадение петель пуповины и мелких частей плода;
* Дородовое излитие вод;
* Коллизия плодов при ягодичном предлежании 1-го плода и головном второго плода.
* Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде;
* ПОНРП первого или второго плода.

 - При многоплодных родх нередко наблюдается преждевременное и ранне излитие околоплодных вод (25-30%) первого плода. Несвоевременное нарушение целости плодного пузыря ведёт к замедлению процесса сглаживания шейки матки и раскрытия зева. Преждевременное и раннее излитие вод опасно в отношении проникновения микробов в полость матки и возникновения асфиксии плода.

 - Нередко наблюдается слабость родовых сил, связанная с тем, что перерастянутая мускулатура матки не способна к энергичным сокращениям. Перерастяжение стенок матки связано с наличием в ее полости двух плодов с плацентами и околоплодными водами; этому же способствует многоводие, которое довольно часто наблюдается при многоплодной беременности. Причиной слабости родовых сил может быть выключение из активных сокращений значительной области миометрия, где располагаются две плаценты или одна обширная плацента.

 - В связи со слабостью родовых сил период раскрытия бывает затяжным, роженица утомляется, что в свою очередь угнетает родовую деятельность. Нередко затягивается также период изгнания. Продолжительность родов при многоплодной беременности больше, чем при родах одним плодом.

- После рождения первого плода может наступить преждевременная отслойка плаценты как родившегося, так и еще неродившегося близнеца (или общей плаценты). При этом возникают сильное кровотечение, угрожающее здоровью роженицы, и асфиксия внутриутробного плода. Преждевременная отслойка плаценты после рождения первого плода происходит в 3 - 4 % (до 7 %) родов двойней.

- Нередко наблюдается запоздалый разрыв плодного пузыря второго плода. Если в таких случаях плодный пузырь не вскрывают искусственно, рождение второго плода затягивается на много часов.

 - После рождения первого плода процесс ретракции мышц может быть недостаточно активным, полость матки уменьшается не сразу; в связи с этим возникают условия, определяющие повышение подвижности плода и способствующие самоповороту его в полости матки. Плод, находившийся в поперечном положении, может перейти в продольное; наблюдается также переход из продольного положения в поперечное, при котором роды без применения акушерских операций невозможны.

- Очень редким и чрезвычайно тяжелым осложнением.является одновременное вступление в таз головок обоих близнецов, при котором возникает так называемая **коллюзия, или сцепление близнецов.** Это осложнение возникает, когда, первый ребенок рождается в тазовом предлежании, а второй - в головном; возможны и другие варианты сцепления. При сцеплении близнецов приходится прибегать к акушерским операциям.

 - При двойнях значительно выше мертворождаемость, чем при родах одним плодом. Это зависит от большей частоты преждевременных родов и функциональной незрелости недоношенных плодов, от осложнений, которые при двойнях возникают нередко и ведут к внутриутробной асфиксии; имеют значение и хирургические вмешательства.

 - В последовом периоде часто возникают кровотечения вследствие неполной отслойки плаценты или в связи с задержкой в матке отслоившейся плаценты. Нарушению процесса отслойки плаценты и выделения последа способствует пониженная сократительная деятельность матки.

 - В послеродовом периоде наблюдается замедление инволюции матки; послеродовые заболевания возникают несколько чаще, чем после родов одним плодом. Это зависит не только от замедления инволюции, но также от более значительной частоты осложнений и хирургических вмешательств во время родов.

**Ведение родов**

Частые осложнения в родах дают основание считать их при многоплодной беременности пограничными между физиологическими и патологическими. При многоплодии нередко приходится применять акушерские пособия, операции и лекарственные средства.

Ведение родов требует большого внимания и терпения. Необходимо тщательно наблюдать за состоянием матери и плодов, динамикой родов, вовремя кормить роженицу питательной, легкоусвояемой пищей, следить за функцией мочевого пузыря и кишечника, систематически производить туалет наружных половых органов.

При слабых схватках приходится прибегать к стимуляции родовой деятельности медикаментозными средствами. Другие вмешательства в период раскрытия обычно не требуются. Только при многоводии приходится прибегать к искусственному преждевременному разрыву плодного пузыря. После удаления избытка околоплодных вод чрезмерное растяжение матки исчезает и сократительная деятельность ее улучшается. Воды выпускают медленно, так как быстрое излитие вод может вызвать ряд неблагоприятных последствий: выпадение пуповины, ручки, преждевременную отслойку плаценты. Для этого плодный пузырь разрывают сбоку, руку из влагалища сразу не вынимают, сдерживая быстрое истечение вод.

Период изгнания также предоставляют естественному течению. К активным действиям прибегают только при возникновении осложнений, угрожающих благополучию матери и плода. При слабости потуг применяют средства, усиливающие родовую деятельность; проводят профилактику асфиксии плода.

После рождения первого плода тщательно перевязывают не только плодовый, но и материнский конец пуповины. Это необходимо потому, что после рождения первого плода невозможно определить, какая это двойня: однояйцевая или разнояйцевая. При однояйцевой двойне второй плод может погибнуть от кровопотери (через пуповину первого плода, если она не перевязана). После рождения первого плода производят наружное исследование и выясняют положение второго плода и характер его сердцебиения. При хорошем состоянии роженицы, продольном положении плода, отсутствии асфиксии и других осложнений роды продолжают вести выжидательно.

Если в течение 30 мин второй плод не родится, вскрывают плодный пузырь второго плода (воды выпускают медленно) и предоставляют роды естественному течению. Некоторые акушеры предлагают вскрывать плодный пузырь раньше (через 10-15 мин). Однако выжидание в течение 30 мин желательно в том отношении, что за это время матка сократится и ее моторная функция усилится. При поперечном положении второго плода производят поворот плода на ножку и извлечение его из родовых путей.

Если возникает асфиксия плода или кровотечение из родовых путей, немедленно производят поворот плода и извлечение его, если головка находится высоко; если она находится в полости или выходе таза, роды заканчивают наложением акушерских щипцов. При тазовом предлежании извлекают плод за ножку или паховый сгиб.

Третий период родов требует особого внимания. Необходимо внимательно следить за состоянием роженицы и количеством теряемой крови. В начале последового периода роженице вводят внутримышечно 2,0 мл окситоцина или (капельным способом) окситоцин с целью профилактики обильного кровотечения. При возникновении кровотечения немедленно принимают меры к удалению последа из полости матки.

При наличии признаков отделения последа его выделяют наружными приемами. Если послед не отделился, а кровотечение значительное, его выделяют и удаляют рукой, введенной в полость матки. Эту операцию производят под наркозом. Родившийся послед (последы) тщательно осматривают, чтобы убедиться в его целости и установить однояйцевое или двуяйцевое происхождение двойни.

**Вопрос о кесаревом-сечении может рассматриваться в следующих случаях:**

* Тазовое положение 1-го плода и головное второго;
* Поперечное положение второго плода- решение в зависимости от обстоятельств (крупный плод, перерастянутая матка, ОАА и т.д.);
* Монохориальная двойня (учитывая высокий риск острой интранатальной трансфузии, которая может оказаться фатальной для второго плода) (выраженная острая гиповолемия с последующим повреждением головного мозга, анемия, интранатальная гибель.
* Крупные дети при двойне;
* Роды 3-ми и более плодами при сроке >35-ти недель;

Возможно родоразрешение путём кесарево-сечения и только второго плода.

1. Выпадение ручек при головном предлежании.
2. Острая гипоксия.
3. Предлежание сдвоенным плодом второго плода.

**Литература:**

1. Сигинава Л.Г., Панина О.Б., Калашников С.А., Висаитова М.Б. Ультразвуковая диагностика в тактике ведения беременности и родов при многоплодии // Акуш. и гинек. 2001. —№6.-С.18-23.
2. Сигинава Л.Г., Панина О.Б., Калашников С.А. и др. Многоплодие: диагностика и тактика ведения беременности и родов // Вопр. гинек., акуш. и перинатол. 2003. — том 1,2. — С. 19-24
3. Сигинава Л.Г., Панина О.Б., Калашников С.А. и др. Монохориальная двойня: особенности течения беременности и родов, перинатальные исходы // Акуш. и гинек., 2003. —№2.-С. 14-19.
4. Сигинава Л.Г., Панина О.Б., Герасимова А.А. Значение ультразвукового монит : в шейки матки в прогнозировании преждевременных родов при многоплодной беремен;-:: Вопр. гинек., акуш. и перинатол., 2005. — № 1. — С. 11-14.
5. Фёдорова М.В., Смирнова B.C. Современное представление о многоплодной бере: сти // Вестник Росс. асс. акуш.-гинек., 1998. — № 1. — С. 98-105.
6. Andersen H.F. Transabdominal and transvaginal sonography of the uterine cervix during pregnancy. J.Clin.Ultrasound 1991; — 19. — P. 77-82

 7.Arabin B. et al. Sonographic diagnosis of cervical incompetence in twin pregnancies. Ultrasond Rev. 2001; -1. - P. 340.

 8. Bergelin I., Valentin L. Cervical changes in twin pregnancies observed by transvaginal ultrasound during the latter half of pregnancy: a longitudinal observational study. Ultrasound Obstet. Gynecolog/ 2003; -21. - P. 556-563.

 9. Danskin F„ Nielson J. Twin-to-twin transfusion syndrome; what are appropriate diagnostic ти­па? // Amer. J. Obstet. Gynecol., 1989. — Vol. 161. — P. 365-369.

 10. Deprest J., Evrard V., VanSchoubroeck D., Vandenberghe K. Endoscopic cord ligation in se'erjw\*1 feticide. // Lancet. — 1996. — Vol. 348. — P. 890-891.

Finberg H. The «twin peak» sign: reliable evidence of dichorionic twinning. — J. Ultras: esi Med. - 1992. - Vol. 11. - P. 571-577.

 11. Multifetal pregnancy. Williams Obstetrics, 18th edition, 1998. — P. 503-522.

 12. Multiple pregnancy. Epidemiology, gestation, perinatal outcome. Second edition. Ed.: I.Blickr; L.Keith. Parthenon Group, 2005

 13.Nicolaides K., Sebire N., Snijders R. Multiple pregnancy. In: The 11-13 scan. The diagnose of fetal abnormalities, 1999. — P. 149-175.

 14. Ville Y„ Hecker K., Ogg D. et al. Successful outcome after Nd:YAG laser separation of chi rioangiopagus twins under sonoendoscopy controle, Ultrasound Obstet. Gynecol., 1992 - Vol. 2. - P. 429-431.

 15. Национальное руководство по акушерству. Россия 2009г. Стр.339

 16. Chowdhury S. Hussain M.A. Maternal complications in twin pregnancies. Mymensingh Med J 2011;

 17.Cunningham F.G., Gam N.F., Leveno K.J. et al., eds. Multifetalpregnancy. In: Williams obstetrics, 21st edn. New York: McGraw-Hill; 2001:

 18.Dodd J., Crowther C., Ha&Jam R. et al. Timing of birth for women with a twin pregnancy at term: a randomised controlled trial. BMC Pregnancy And Childbirth [serial online], 2010;

 19. Markovitz J., HershlagA. Multiple births resulting from assisted reproductive technologies in the United States, 1997-2001. In Blickstein I, Kei{h L, eds. Multiple pregnancy: epidemiology, gestation, and perinatal outcome. Abingdon: Taylor and Francis; 2005:

 20. Martin J.A., Hamilton B.E., Sutton P.D. et al. Births: final data for 2002. Natl Vital Stat Rep 2003;

 21. Rao A., Sairam S., Shehata.H. Obstetric complications of twin pregnancies. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2004;

 22. Sazonova A., KaIIen K., Thurin-Kjellberg A. et al. Obstetric outcome after in vitro fertilization with single or double embryo transfer. Hum Reprod 2011, f

 23. Wilcox L.S, KileyJ.L, Melvin C.L. et al. Assisted reproductive technologies: estimates of their contribution to multiple births and newborn hospital cf|ys in the United States. Ferti! Steril 1996;