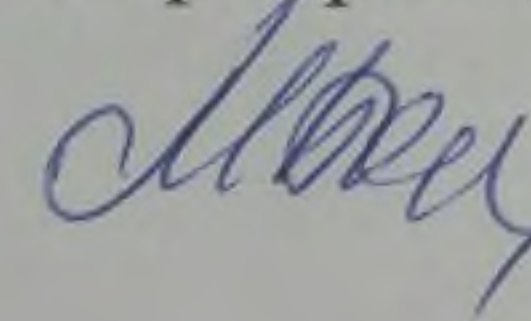


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

Многоплодная беременность

Выполнила:

клинический ординатор

Судраб К.В.

Красноярск, 2018

Рецензия

В реферате на тему: «Многоплодная беременность» полно раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности.

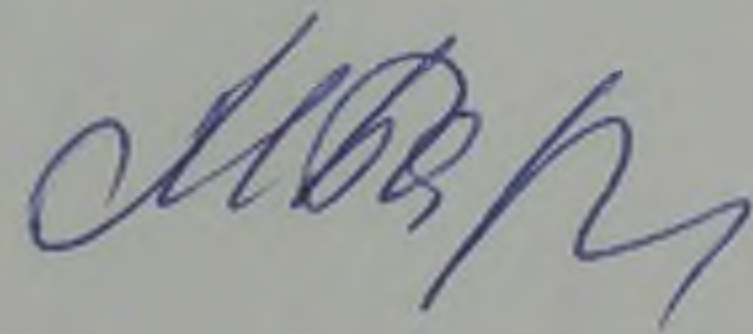
Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала.

Точно используется терминология. Показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации.

Продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов,

сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков.

Продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач. Продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы.



МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Многоплодной называется беременность, при которой в организме женщины одновременно развиваются два или большее число плодов. Роды двумя плодами и большим числом плодов называются многоплодными. Дети, родившиеся от многоплодной беременности, называются близнецами.

По статистическим данным, частота рождений близнецов колеблется от 0,4 до 1,6 %. Частоту многоплодной беременности можно определить (по Хейлину) следующим образом: двойни встречаются один раз на 80 родов, тройня — один раз на 80^2 .

Причины возникновения многоплодной беременности выяснены еще не полностью. В литературе опубликованы многочисленные наблюдения, указывающие на роль наследственного предрасположения. Среди причин многоплодной беременности известное значение имеет возраст матери; чаще она наблюдается у пожилых женщин. Имеются данные о частоте двойни при аномалиях развития матки, характеризующихся ее раздвоением (матка двурогая, имеющая в полости перегородку, и др.). Причиной полиэмбрионии может быть разъединение бластомеров (в ранних стадиях дробления), возникающее в результате гипоксии, охлаждения, нарушения кислотности и ионного состава среды, воздействия токсических и других факторов.

Многоплодная беременность может возникать: в результате оплодотворения двух или большего количества одновременно созревших яйцеклеток (*полиовулия*), а также при развитии двух или более эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки (*полиэмбриония*).

Близнецы, образовавшиеся из двух (трех и т. д.) яйцеклеток, называются двуяйцевыми (многояйцевыми), возникшие из одной — однойяйцевые.

Происхождение двуяйцевых двоен (многояйцевых близнецов):

возможно одновременное созревание (и овуляция) двух или более фолликулов в одном яичнике (*ovulatio uniovarialis*). Может быть созревание двух или более фолликулов и овуляция в обоих яичниках (*ovulatio biovarialis*). Возможен третий способ происхождения двуяйцевых (многояйцевых) близнецов — оплодотворение двух и более яйцеклеток, созревших в одном фолликуле (*ovulatio unifollicularis*).

Происхождение однойяйцевых близнецов:

· чаще всего возникновение однойяйцевых двоен бывает связано с оплодотворением яйцеклетки, имеющей два и более ядра.

· единый эмбриональный зачаток в стадии дробления разделяется на две части; из каждой части образуется зародыш (плод).

По данным И. Ф. Жорданиа, двуяйцовые двойни встречаются в 10 раз чаще однойяйцовых; по Г. Г. Гентеру, из 100 беременностей двойней двуяйцовые наблюдаются в 85% случаев, однойяйцовые — в 15 % случаев;

Двужайцевая двойня. Оплодотворенные яйцеклетки развиваются самостоятельно. После внедрения в слизистую оболочку у каждого зародыша развивается своя водная и ворсистая оболочки; в дальнейшем у каждого близнеца образуется своя плацента с самостоятельной сетью сосудов, каждое плодное яйцо, кроме хориона и амниона, имеет самостоятельную капсульную оболочку (*decidua capsularis*). В ряде случаев между сосудами самостоятельных плацент образуются анастомозы.

Двужайцовые двойни могут быть однополыми (оба мальчика или обе девочки) и разнополыми (мальчик и девочка). Группа крови у них может быть одинаковой и различной.

Однойяйцовая двойня. Однойяйцовая двойня имеет общую капсульную и ворсистую оболочки и общую плаценту; сосуды (как артериальные, так и венозные) обоих близнецов в плаценте сообщаются с помощью многочисленных анастомозов. Водная оболочка у каждого близнеца отдельная, перегородка между плодными мешками состоит из двух водных оболочек (биамниотическая двойня).

Однойяйцовые близнецы всегда принадлежат к одному полу (оба мальчика или обе девочки), похожи друг на друга, группа крови у них одинаковая.

При двужайцовой двойне оболочки в перегородке располагаются следующим образом: амнион — хорион, хорион — амнион; при однойяйцевой амнион—амнион.

Важными признаками для диагноза служат: группа крови (и другие факторы крови), цвет глаз, волос, кожный рельеф кончиков пальцев, форма и расположение зубов. У однойяйцевых близнецов эти признаки полностью совпадают. Разнояйцевые близнецы обладают признаками сходства в такой же степени, как обычные братья и сестры.

ТЕЧЕНИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

При многоплодной беременности к организму женщины предъявляются повышенные требования: сердечно-сосудистая система, легкие, печень, почки и другие органы функционируют с большим напряжением. В связи с этим многоплодная беременность протекает тяжелее одно плодной.

Беременные часто жалуются на утомляемость и одышку, которая усиливается к концу беременности. Причиной одышки является затруднение деятельности сердца в связи со значительным смещением диафрагмы дном матки, размер которой при многоплодной беременности больше, чем при одноплодной. Нередко возникает расширение вен нижних конечностей. К концу беременности часто отмечается учащение позывов на мочеиспускание вследствие давления большого плодовместилища на мочевой пузырь. Беременные нередко жалуются на изжогу и запоры.

При многоплодной беременности чаще, чем при одноплодной, возникают токсикозы: рвота, слюнотечение, отеки, нефропатия, эклампсия.

При двойнях нередко встречается многоводие одного из плодов, что ведет к резкому увеличению и перерастяжению матки, одышке, тахикардии и другим расстройствам. Многоводие чаще наблюдается у одного из одной-двойных близнецов. В некоторых случаях многоводию одного близнеца сопутствует маловодие другого плода.

Часто возникает преждевременное прерывание многоплодной беременности. При двойнях преждевременные роды наблюдаются не менее чем у 25% женщин. При тройнях преждевременное прерывание беременности происходит чаще, чем при двойнях. Чем больше число вынашиваемых плодов, тем чаще наблюдаются преждевременные роды.

Развитие близнецов, родившихся в срок, в большинстве случаев бывает нормальным. Однако масса их тела обычно меньше, чем у одиночных плодов. Нередко существует разница в массе тела близнецов на 200—300 г, а иногда и больше.

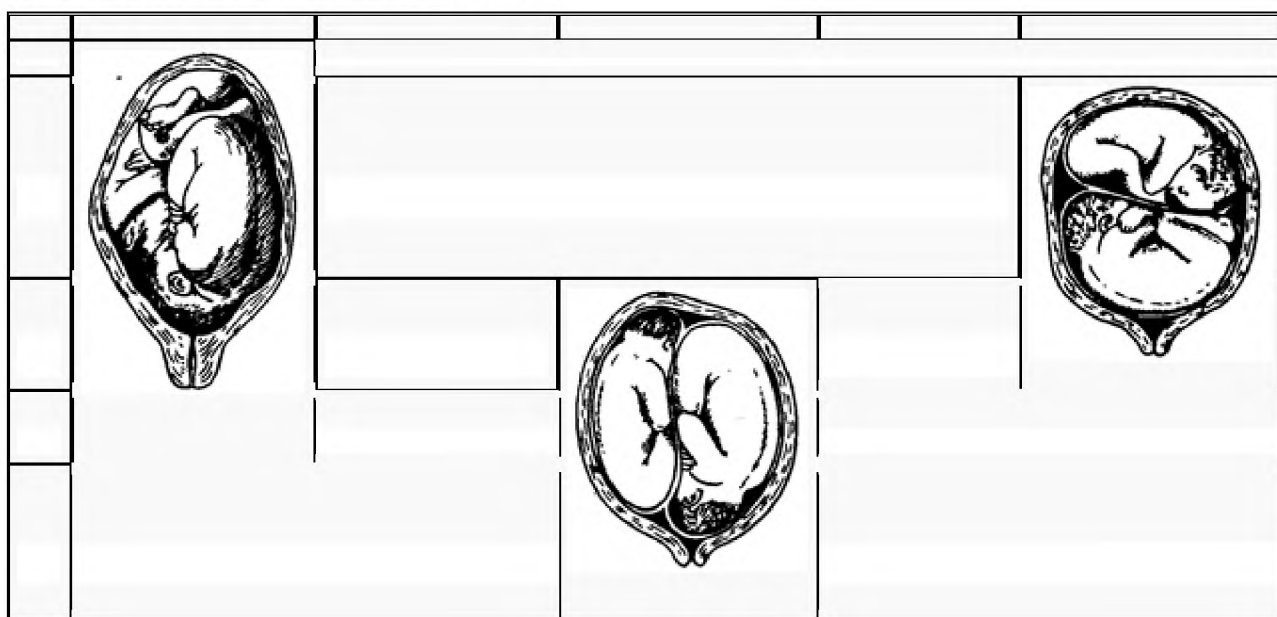
Неравномерное развитие близнецов связано с неодинаковым поступлением питательных веществ из единого плацентарного круга кровообращения. Нередко наблюдается разница не только в массе, но и в длине тела близнецов. В связи с этим была выдвинута теория сверхзарождения (*superfoetatio*). Сторонники этой гипотезы считают, что возможно оплодотворение яйцеклеток разных овуляционных периодов, т. е. наступление новой беременности при наличии уже существующей, ранее возникшей, беременности.

В связи с неравномерной доставкой питательных веществ и кислорода может наступить значительное нарушение развития и даже гибель одного из близнецов. Это чаще наблюдается при одной-двойных близнецах. Погибший плод сдавливается вторым, хорошо растущим плодом, околоплодные воды всасываются, плацента подвергается регрессу. Спрессованный мумифицированный плод («бумажный плод») выделяется из матки вместе с последом после рождения живого близнеца. Многоводие одного плода, возникающее при

многоплодной беременности, нередко также препятствует правильному развитию другого близнеца. При выраженном многоводии нередко наблюдаются те или иные аномалии развития плода, растущего при избытке околоплодных вод. Изредка рождаются сросшиеся двойни (срастание может быть в области головы, груди, живота, таза) и близнецы с другими пороками развития.

Положение плодов в полости матки в большинстве случаев (около 90 %) бывает нормальным. При продольном положении наблюдаются разные варианты предлежания: оба плода предлежат головкой, оба — тазовым концом, один — головкой, а другой — тазовым концом. При продольном предлежании один плод может находиться позади другого, что затрудняет диагностику. Реже наблюдается продольное положение одного плода и поперечное положение другого. Наиболее редко встречается поперечное положение обоих близнецов.

Положение близнецов в матке



оба плода предлежат головкой один плод предлежит головкой оба плода в поперечном другой – тазовым концом положении

При многоплодной беременности женщин берут на особый учет и тщательно за ними наблюдают. При появлении самых ранних признаков осложнений беременную направляют в отделение патологии беременности родильного дома. Учитывая частое возникновение преждевременных родов, беременную

двойней (тройней) рекомендуется направлять в родильный дом за 2 — 3 нед до родов даже при отсутствии осложнений.

РАСПОЗНАВАНИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Диагностика многоплодной беременности нередко представляет значительные затруднения, особенно в первой ее половине. Во второй половине, ближе к концу беременности, распознавание двойни (тройни) облегчается. Однако диагностические ошибки бывают при исследовании в конце беременности и даже во время родов.

При распознавании многоплодной беременности учитываются следующие признаки.

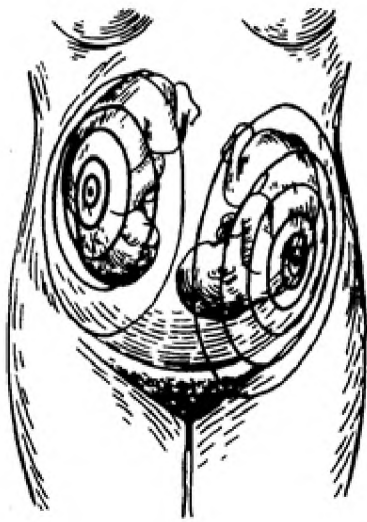
Увеличение матки при многоплодии происходит быстрее, чем при беременности одним плодом, поэтому величина матки не соответствует сроку беременности. Дно матки обычно стоит высоко, особенно в конце беременности, окружность живота в этот период достигает 100—110 см и более.

Непостоянны и недостаточно достоверны следующие признаки: а) углубление области дна матки (седловидная матка), образование которого связано с выпячиванием углов матки крупными частями плодов; б) наличие продольного углубления на передней стенке матки, образующееся в результате прилегания друг к другу плодов, находящихся в продольном положении; в) наличие горизонтальной борозды на передней стенке матки при поперечном положении плодов.

Небольшие размеры предлежащей головки при значительном объеме беременной матки и высоком стоянии ее дна также позволяют заподозрить многоплодную беременность. Наличие этого признака объясняется тем, что при исследовании определяется головка одного и тазовый конец (в дне матки) другого плода, лежащего несколько выше.

Ощущение движения плода в разных местах и прощупывание частей плода в различных отделах живота (как справа, так и слева) также указывают на многоплодие.

Важное диагностическое значение имеет отчетливое определение в матке при акушерском исследовании трех и более крупных частей плода (двух головок и одного тазового конца или двух тазовых концов и одной головки). Отчетливое прощупывание двух головок или двух тазовых концов убедительно говорит о двойне.



Такое же большое значение имеет наличие в разных местах матки двух пунктов отчетливого сердцебиения. Этот признак становится достоверным, если между этими пунктами имеется участок (зона, полоса), где сердечные тоны не прослушиваются или сердцебиение в двух пунктах имеет неодинаковую частоту. Опыт показывает, что только при разнице 10 ударов в минуту этот симптом свидетельствует о двойне.

Достоверные признаки многоплодной беременности выявляются при ультразвуковом исследовании, позволяющем определить многоплодную беременность, начиная с первой ее половины. Для диагностики многоплодной беременности применяют фоноэлектрокардиографию, при помощи которой можно зарегистрировать сердечные тоны близнецов не только в последние месяцы беременности, но также в срок 20—22 нед и ранее.

В большинстве случаев распознавание многоплодной беременности возможно при тщательном исследовании общедоступными клиническими методами. Для диагностики важно наличие нескольких признаков многоплодной беременности, из которых наиболее важное значение имеют данные пальпации (три крупные части) и аускультации (сердцебиение двух плодов).

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Течение родов может быть нормальным. Происходит раскрытие зева, разрыв одного плодного пузыря и рождение первого плода. После рождения первого плода в родовой деятельности наступает пауза продолжительностью от 15 мин до 1 ч (но бывает и больше часа). В это время усиливается ретракция мышц и матка приспособляется к своему уменьшенному размеру. Затем родовая деятельность возобновляется, разрывается второй плодный пузырь и рождается второй плод. Промежуток времени между рождением первого и второго близнеца в большинстве случаев составляет 20—30 мин. После рождения второго плода оба последа отделяются от стенки матки и одновременно изгоняются из родовых путей.

Однако такое благополучное течение родов наблюдается не всегда. Во время родов довольно часто возникают **осложнения**.

1. Прежде всего следует отметить, что нередко преждевременные роды, при которых осложнения отмечаются значительно чаще (несвоевременное отхождение вод, неправильное положение плода, аномалии родовых сил, кровотечения и др.), чем при родах, наступивших в срок.

2. При многоплодных родах нередко наблюдается преждевременное и раннее излитие околоплодных вод (25 — 30 %) первого плода. Несвоевременное нарушение целостности плодного пузыря ведет 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.

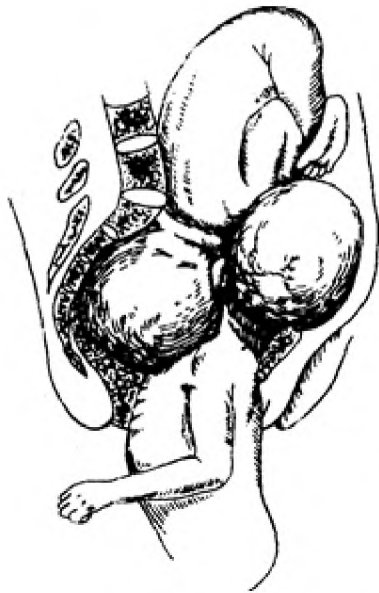
3. Нередко наблюдается слабость родовых сил, связанная с тем, что перерастянутая мускулатура матки не способна к энергичным сокращениям. Перерастяжение стенок матки связано с наличием в ее полости двух плодов с плацентами и околоплодными водами; этому же способствует многоводие, которое довольно часто 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.

4. 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.

5. 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.

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

7. 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.



8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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: однайцевая или разнояйцевая. При однайцевой 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 1 мл питуитрина или внутривенно (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 целостности и установить однойяйцевое или двуяйцевое происхождение двойни.

В первые часы после родов нужно следить за состоянием роженицы, сокращением матки и количеством крови, выделившейся из половых путей. При вялом сокращении матки вводят окситоцин (повторно), метилэргометрин и другие средства, сокращающие матку, на живот кладут пузырь со льдом; при необходимости применяют массаж матки и другие меры борьбы с кровотечением.

В послеродовом периоде при многоплодной беременности инволюция матки происходит медленнее, чем после родов одним плодом. Поэтому необходимо наблюдать за характером выделений (лохии), сокращением матки и общим состоянием роженицы. При необходимости назначают средства, сокращающие матку. Таким роженицам полезны гимнастические упражнения, укрепляющие мышцы брюшной стенки и тазового дна.

Используемая литература

1. Акушерство. Национальное руководство под ред. Айламазян Геотар-Медиа 2015 год
2. Акушерство. Под ред. Савельевой Геотар-Медиа 2015 год