

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

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО.

Кафедра́льный руководи́тель

к.м.н., доц. Шапошникова Е. В.

Реферат

Многоплодная беременность.

Выполнила:клинический ординатор

Макеева Ю. В.

Красноярск, 2019г

КАФЕДРА Акушерства и гинекологии ИПО

Рецензия КМН кафедры Акушерства и гинекологии ИПО Шапашниковой Екатерины Викторовны на реферат ординатора первого года по специальности Акушерство и гинекология Макеевой Юлии Владимировны. По теме: «Многоплодная беременность»

В реферате на тему «многоплодная беременность» полностью раскрыта тема содержания. Реферат посвящен проблеме встречаемости, диагностики и грамотного ведения многоплодной беременности и родов.

В реферате сказано о современном представлении многоплодной беременности, ее проценте и роли в современном акушерстве. Прослеживается связь между увеличением количества многоплодных беременностей и развитием репродуктивных технологий. Затронуты передовые принципы ведения и методы обследования беременных женщин, критерии выявления и оценка степени риска подобных родов. Представлены новейшие методы лечения сопутствующей патологии и осложнений.

Материал грамотно изложен, логическая последовательность сохранена. Терминология точна и грамотно использована. Продемонстрировано умение работать с материалом, усвоение ранее изученных вопросов, касаемых данной темы.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Акушерство и гинекология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+ / -
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

НХСР

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:



План.

- 1. Введение.**
- 2. Клиническая классификация.**
- 3. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.**
- 4. Тактика лечения**
- 5. Тактика ведения родов**
- 6. Источники и литература**

Введение.

Актуальность проблемы многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности и родов, повышении удельного веса кесарева сечения, осложнений послеродового периода, повышенном уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки, высокой частоте неврологических нарушений у выживших детей.

Многоплодные беременности встречаются в 1,5–2,5% наблюдений, чаще в семьях, где мать или отец, или оба супруга родились в результате многоплодной беременности [1]. При этом наиболее значимую роль играет генотип матери. Нельзя не вспомнить известную формулу, согласно которой многоплодные беременности встречаются с частотой геометрической прогрессии, образующейся при возведении в степень числа 80: одна двойня встречается на 80 родов, тройня — на 80 родов в квадрате (6400), четверня — на 80 родов в кубе (512 000), пятерня — на 80 родов в четвертой степени (40 960 000).

Имевшийся еще с древних времен интерес к многоплодной беременности усилился в последние 15–20 лет в связи с лавинообразным ростом многоплодия, связанным с внедрением вспомогательных репродуктивных технологий.

Пациентки с многоплодной беременностью остаются в группе высокого риска перинатальных осложнений. Даже при современном развитии медицины перинатальная смертность при беременности двойней в 5 раз выше, чем при одноплодной беременности, внутриутробная гибель плода выше в 4 раза, неонатальная — в 6 раз, перинатальная — в 10 раз. Частота церебрального паралича у детей из двойни выше в 3–7 раз, при тройне — в 10 раз. Уровень ante- и интранатальных осложнений со стороны матери в 2–10 раз превышает таковой у пациенток с одноплодной беременностью.

Перинатальная заболеваемость и смертность при двойне зависят от хориальности. Согласно исследованиям Sebire, уровень перинатальной смертности, обусловленный в основном глубокой недоношенностью плодов при рождении, выше при монохориальной двойне, чем при дихориальной (5 и 2% соответственно). Частота преждевременных родов до 32 нед. при монохориальной беременности составляет 10% по сравнению с 5% при дихориальной двойне. Частота самопроизвольного прерывания

беременности в период с 11-й по 24-ю нед. при дихориальной двойне составляет 2%, при монохориальной — около 10%

Интересные данные получены группой авторов, изучавших ассоциированные с полом различия перинатальных осложнений у 16 045 беременных с двойнями. Было выявлено, что повышенный риск преэклампсии имели беременные с близнецами женского пола, однако после рождения эти близнецы имели более низкие показатели неонатальной и младенческой смертности, а также более низкий риск дыхательных заболеваний, чем близнецы мужского пола.

Определение зиготности до родоразрешения возможно только при исследовании ДНК у плодов, полученной в результате проведения амниоцентеза, биопсии хориона или кордоцентеза. Однако на основании зиготности нельзя судить о типе плацентации. Монозиготные двойни могут быть как монохориальными, так и бихориальными.

Определение хориальности плодов возможно при проведении УЗИ, во время которого устанавливают количество плацент, пол плодов, наличие амниотической перегородки. Оптимальный срок для диагностики хориальности — 6–9 нед. беременности. При наличии дихориальной двойни определяются два плодных яйца, разделенных утолщенной перегородкой 2 мм и более. Использование данного критерия позволяет диагностировать моно- и бихориальные двойни с точностью до 85% и 92,3% соответственно.

Клиническая классификация

По зиготности:

- Монозиготные, идентичные, однайцевые (1/3 часть всех двоен). Имеют идентичный генотип, поэтому однополые. Сходство гентической «композиции» связано с ранним делением яйцеклетки, оплодотворенной одним сперматозоидом, на две клеточные массы, содержащие идентичную генетическую информацию.
- Дизиготные, двуйцевые, 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:

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

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

- Основные лабораторные исследования при неосложненной многоплодной беременности согласно протокола ведения физиологической беременности
- Скрининговое (стандартное) УЗИ в 10-14, 20–22, 30-32 недели беременности для исключения аномалий развития.

- Динамическая ультразвуковая фетометрия (для прогнозирования задержки внутриутробного развития плода/плодов, ФФТС со срока гестации 24 недели, каждые 3-4 недели)
- Допплерометрия кровотока сосудов в системе мать-плацента-плод.
- ЦДК сосудов плаценты при монохориальном типе плацентации (при наличии условий для коагуляции анастомозов при ФФТС с 20-22 недель).
- При наличии ЗВУР одного из плодов - еженедельная оценка биофизического профиля, индекса амниотической жидкости, еженедельная КТГ и доплерометрия МППК.

Диагностические критерии

По данным УЗИ тип хориальности необходимо определять до 14 недель беременности.

Признаки ФФТС по данным УЗИ:

- Разность количества околоплодных вод у плодов (многоводие/маловодие)
- Различие размеров мочевого пузыря (малые размеры/отсутствие у плода донора с маловодием и большие размеры мочевого пузыря с многоводием у плода реципиента)
- Водянка, асцит одного из плодов
- Различие массы плодов (более 20%). Опасность представляет, если разница в массе более 25-30%

Жалобы и анамнез:

- Анамнез ЭКО, стимуляции овуляции гонадотропинами, кломифеном
- Семейный анамнез
- Жалобы в зависимости от течения беременности и осложнений

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;

Лабораторные исследования: определение уровня ХГЧ и АФП (превышает более чем в 4 раза показатели для данного срока беременности).

Инструментальные исследования:

- Ультразвуковое исследование (не ранее 10 недель)

Точное определение зиготности и хориальности определяет тактику ведения беременности!

- Допплерометрия маточно – плодово – плацентарного кровотока
- КТГ плодов

Показания для консультации специалистов: нет.

Дифференциальный диагноз: проводится с многоводием, крупным плодом.

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
- Внутричерепным кровоизлиянием
- Сепсисом
- Некротическим энтероколитом

Частота и перинатальная смертность зависит от типа плацентации. При монозиготной двойне показатели в 2 – 3 раза выше, чем у дизиготных.

- 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.

Тактика лечения

1. В настоящее время недостаточно данных в пользу рутинной госпитализации женщин для соблюдения постельного режима. Постельный режим не снижает риск преждевременных родов и не снижает перинатальную смертность. При неосложненной беременности госпитализация увеличивает риск ранних преждевременных родов (Кокрановское руководство: беременность и роды, 2010г).
2. Родоразрешение при неосложненном течении беременности: дихориальная диамниотическая -38 недель. Недостаточно данных в пользу electiveного родоразрешения в более ранние сроки (Кокрановское руководство: беременность и роды, 2010г). Монохориальная диамниотическая двойня госпитализация в 36-37 недель, монохориальная моноамниотическая-33-34 недель, тройня-35-36 недель;
3. При антенатальной гибели одного из плодов при глубоко недоношенной беременности (до 34 недель), беременность пролонгировать. При монохориальной двойне при гибели одного из плодов очень часто развивается острая кровопотеря второго плода, что невозможно предотвратить даже срочным родоразрешением путем операции кесарева сечения. Поэтому при малых сроках гестации беременность также пролонгируется до 34 недель.
4. При наличии резус-отрицательного фактора крови, при антенатальной гибели одного из плодов показано введение анти -Д резусного иммуноглобулина.

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 (см. схему введения окситоцина - протокол «Индукция родов»);
 - 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: активное ведение.

Послеродовой период:

Немедикаментозное лечение:

- режим, диета;
- наблюдение;
- динамическая оценка состояния плодов.

Медикаментозное лечение:

- окситоцин в родах и послеродовом периоде;
- карбетоцин в послеродовом периоде;
- дексаметазон по показаниям;
- нифедипин (токолиз) по показаниям;
- 1% тетрациклиновая или эритромициновая глазная мазь - новорожденному после родов.

Другие виды лечения

Амниоредукция – терапевтический амниоцентез при ФФТС (выраженное многоводие у одного из плодов).

Эндоскопическая лазерная коагуляция анастомозирующих сосудов плаценты под эхографическим контролем («соноэндоскопическая» техника с 20-22 недель беременности).

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! Кокрановское руководство: беременность и роды, 2010 г).

Профилактические мероприятия: ограничение числа переносимых эмбрионов в программах ЭКО.

Дальнейшее ведение: реабилитация в условиях женской консультации.

Источники и литература

1. Протоколы заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, 2014г
2. Приказ МЗ РК № 239 от 7.04.2010г. «Об утверждении протоколов диагностики лечения»
3. «Руководство по эффективной помощи при беременности и рождения ребенка». - 2007 год.
4. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. Издание «ГЭОСТАР-МЕД», 2015г