

Многоплодная беременность.

Выполнила- ст-ка Климок В.И.

Гр. МЛ-606

□ **Многоплодная беременность** - одновременное развитие двух или большего числа плодов.



□ Существует два вида близнецов:

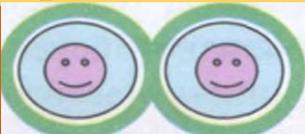
Однояйцовые(монозиготные)- развиваются из одной яйцеклетки, они имеют одинаковые пол, генотип, группу крови и похожи друг на друга.

Двужайцовые(дизиготные)-близнецы развиваются из разных яйцеклеток, оплодотворенных разными сперматозоидами. Они находятся в той же генетической зависимости, что и родные братья и сестры.

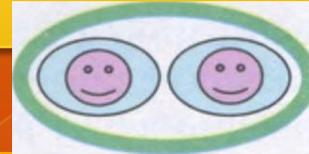
В зависимости от плацентарно-мембранных взаимоотношений многоплодная беременность бывает:

бихориальной биамниотической -

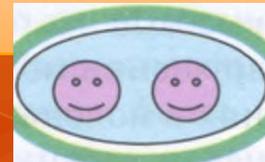
каждый плод имеет собственные хорион и амнион, перегородка между ними состоит из *четырех листков* - двух амнионов и лежащих между ними двух гладких хорионов, при этом плацента может быть *раздельная* или *слившаяся*



монохориальной биамниотической- оба амниона заключены в один общий хорион, перегородка между плодами состоит из *двух листков амниона*



монохориальной моноамниотической- амниотическая полость общая для двух плодов, перегородки нет



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Наследственность.
- Возраст беременной (от 35 лет и выше), чем старше, тем чаще встречается многоплодная беременность.
- Риск наступления многоплодной беременности увеличивается в течение первого месяца после отмены оральных контрацептивов, принимаемых не менее 6 мес.
- Вспомогательные репродуктивные технологии (ЛС, стимулирующие овуляцию, ЭКО, посадка эмбриона) значительно повышают этот риск.

Двухяйцовая двойня возникает:

- при оплодотворении одновременно двух созревших яйцеклеток в одном или обоих яичниках (в одном фолликуле могут созреть несколько яйцеклеток) сперматозоидами одного или разных мужчин;
- оплодотворении яйцеклетки, овулировавшей на фоне уже существующей беременности в пределах одного менструального цикла ;
- оплодотворении яйцеклетки, овулировавшей на фоне уже существующей беременности во время следующего менструального цикла.

Разнояйцовые близнецы могут быть одного (75%) или разного пола. Их генотип не идентичен.

Однояйцовая двойня возникает:

- при оплодотворении многоядерной яйцеклетки;
- атипичном дроблении концептуса (преэмбриона) - одна яйцеклетка, оплодотворенная одним сперматозоидом, превращается в два зародыша (полиэмбриония).

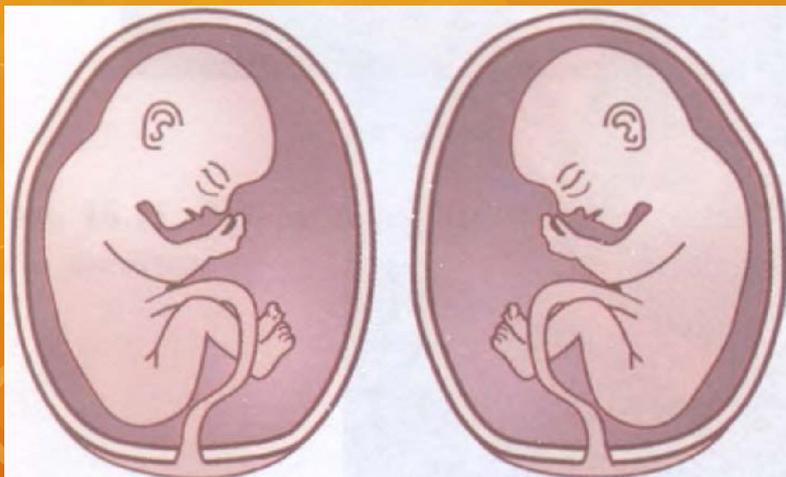
Однояйцовые двойни встречаются реже, чем двуяйцовые.

При **дизиготной двойне** оплодотворенные яйцеклетки развиваются независимо друг от друга. После имплантации у каждого эмбриона образуются свой амнион и свой хорион → каждый плод имеет свою плаценту, их системы кровообращения разделены. **Все дизиготные двойни являются бихориальными.**

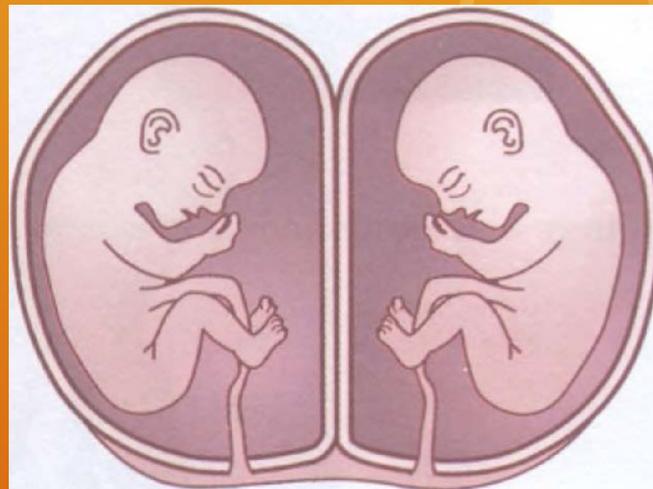
➤ Если имплантация эмбрионов произошла *на некотором расстоянии друг от друга*, их плаценты не соприкасаются.

➤ При имплантации *на близком расстоянии* эмбрионы имеют общую децидуальную оболочку, края плацент соприкасаются, перегородка между их плодовыми мешками состоит из четырех оболочек (двух хорионов и двух амнионов).

Каждая плацента имеет собственную сосудистую сеть, но иногда между сосудами плацент образуются *анастомозы*, что может быть причиной осложнений.



две плаценты, два хориона, два амниона



две слившиеся плаценты, два хориона, два амниона



одна плацента, один хорион, два амниона



одна плацента, один хорион, один амнион

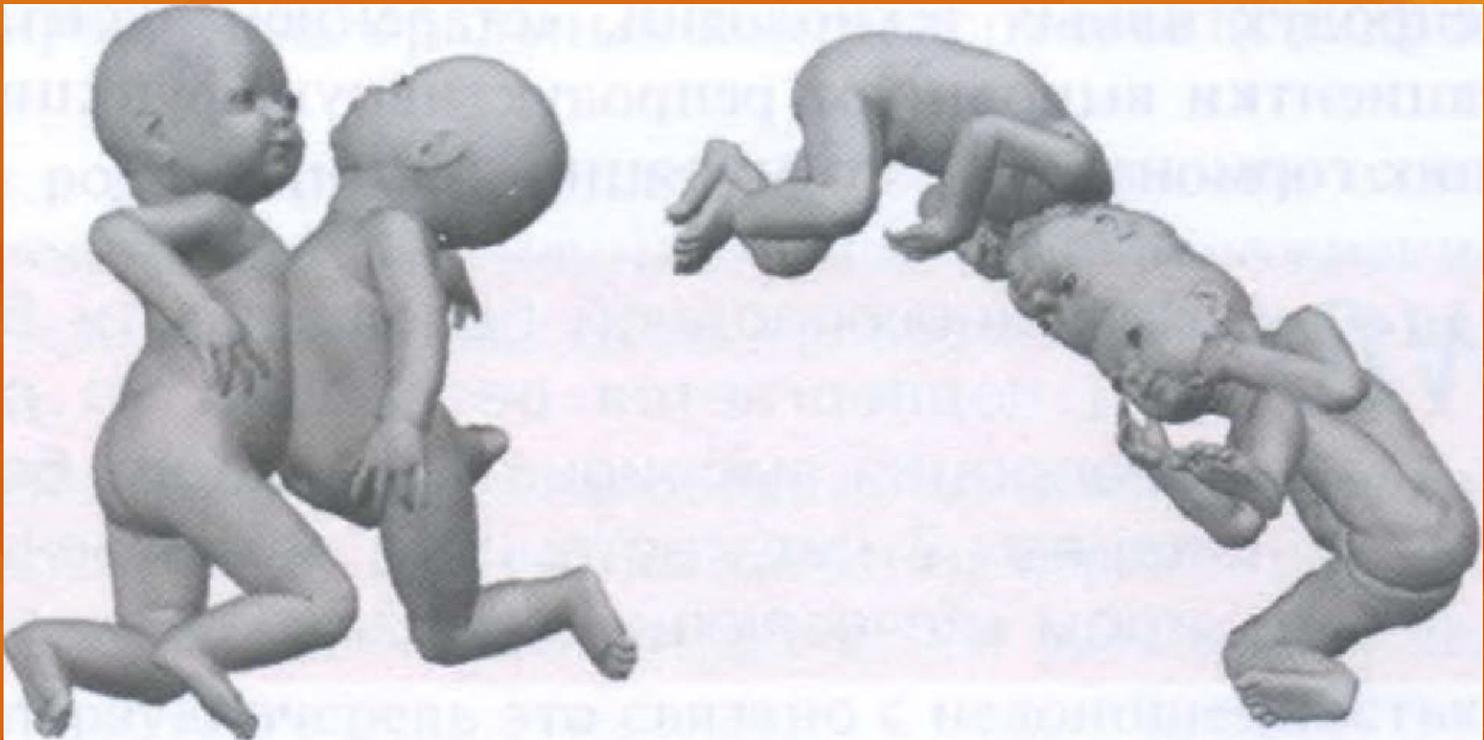
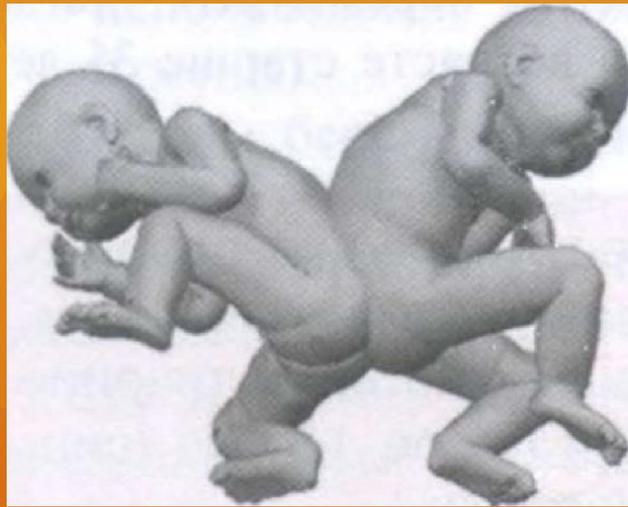
Вид плацентарно-мембранных взаимоотношений при монозиготной беременности зависит от времени, прошедшего от момента оплодотворения, до **разделения клеточной массы:**

- ▲ 3-4 дня (до формирования морулы и дифференциации трофобласта)-бихориально-биамниотическая.
- ▲ 5-8 дней (морула сформирована, клетки хориона дифференцированы, амнион не сформирован) -монохориально-биамниотическая.
- ▲ 8-12 дней -монохориально-моноамниотическая.
- ▲ 13 дней и более -возникают сращения плодов - незавершенная двойня («сиамские близнецы»).

Типы плацентарного комплекса влияют на течение и исход беременности: перинатальная смертность при *монохориальной беременности выше, чем при бихориальной*. При *моноамниотической* двойне пуповины обоих плодов прикрепляются к одной плаценте (близко друг от друга), что может привести к их перекручиванию и гибели обоих плодов. Есть риск формирования сросшихся (сиамских), близнецов.

Название сросшимся близнецам дают в зависимости от места их слияния: **краниопаги** (голова), **торакопаги** (грудной отдел), **омфалопаги** (брюшной отдел), **пигопаги** (ягодицы и нижние отделы позвоночника), также возможны их сочетания (торакоомфалопаги).

Одна треть сросшихся близнецов рождаются мертвыми или умирает в 1-е сутки жизни. В зависимости от места и степени сращения возможно хирургическое разделение.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

Клинические признаки многоплодной беременности во II и в III триместрах беременности:

- опережающее увеличение размеров матки по сравнению с предполагаемым сроком беременности(используют гравидограмму);
- в поздние сроки -выявление при наружном акушерском исследовании трех крупных частей плодов и более;
- прослушивание сердцебиения плода в двух точках и более, с зонами молчания между ними.

УЗИ позволяет дифференцировать многоплодную беременность от многоводия, пузырного заноса, опухоли матки (миома), крупного плода.

«Золотым стандартом» диагностики многоплодной беременности остается **УЗИ**, которое позволяет с помощью трансвагинального датчика визуализировать несколько плодных яиц в полости матки при задержке менструации на несколько дней.

В ранние сроки иногда рекомендуют определять содержание ХГ в моче или крови беременной. При многоплодной беременности уровень ХГ будет выше, чем при одноплодной в этом же сроке гестации.



ОСЛОЖНЕНИЯ

Со стороны матери связаны с адаптацией организма к беременности несколькими плодами. Из-за большой нагрузки на организм отмечают повышенную утомляемость, одышку, нарушение мочеиспускания, запор. Перинатальная смертность при многоплодных родах в 3-4 раза выше, чем при одноплодных.

В 1 триместре наиболее частое осложнение- угроза прерывания и рвота беременных.

Во 2 триместре-из-за выраженной гиперволемии (за счет физиологической гемодилюции) частота анемии в 2-3 раза выше, выше риск гестационного диабета: при двойне частота 7%, при тройне -9%, при четверне -11%. В 1,5 раза увеличивается реализация инфекции мочевых путей. Часто варикозное расширение вен и повышается риск тромбообразования. ПЭ в 4 раза чаще. В большинстве случаев многоплодие сопровождается многоводием.

◆ **Феномен «исчезнувшего близнеца»** -редукция одного эмбриона- в I триместре беременности. В поздние сроки может быть антенатальная гибель одного из плодов, в результате один плод мумифицируется, а второй развивается нормально и рождается в срок. Если антенатальная гибель до срока 22 нед, используют термин «**несостоявшаяся двойня**».

◆ **Фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС)**- между сосудами кровеносных систем близнецов формируются анастомозы, градиент давления в сосудах, один плод донор, другой- реципиент. Метод диагностики ФФТС - УЗИ, критерии развития ФФТС:-у плода-реципиента: многоводие, водянка (подкожный отек более 5 мм, плевральный, перикардальный выпот, асцит); -у плода-донора: маловодие, задержка роста.



Разница в массе плодов может достигать 20% и более. Такие близнецы называют дискордантными. Вспомогательный метод диагностики - цветное доплеровское картирование.

Способы лечения ФФТС:

- амниоредукция** - серия амниоцентезов, снижающих внутриамниотическое давление у плода-реципиента;
- септостомия** - перфорация амниотической перегородки, околоплодные воды циркулируют между двумя амниотическими полостями.
- селективная эктаназия плода** - не очень приемлемый способ лечения. Однако он имеет право на существование, если гибель одного из плодов неизбежна;
- эндоскопическая лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты** - патогенетически оправданный метод («золотой стандарт»). С помощью комбинированной (эндоскопической и эхографической) визуализации.

◆ **Обратная артериальная перфузия** (акардиальный монстр, ацефальная акардия)

Патогенез не ясен, но возникающие на ранних этапах эмбриогенеза анастомозы между артериями пуповин приводят к ретроградной циркуляции крови в артериях одного из плодов (реципиента) и вторичным нарушениям морфогенеза. Кровь от плаценты течет к реципиенту не по пупочной вене, а по артериям, всл. чего кровоснабжение верхней половины туловища плода-реципиента становится недостаточным (такой плод нежизнеспособен). У реципиента-аномалии развития в любом органе (отсутствие головного мозга, конечностей, грудной клетки, сердца, легких, пищевода, печени). Плод-донор морфологически здоров, но в рез. перегрузки сердца- водянка, гипотрофия, кардиомегалия, гепатоспленомегалия. Смертность плодов-реципиентов составляет 100%, плодов-доноров - 50%

Выбор времени и метода родоразрешения.

Госпитализацию в родоразрешительное отделение осуществляют за 2 нед до срока родов (в 36 нед) для обследования беременной и определения срока и метода родоразрешения. При трех плодах и более стационарное наблюдение рекомендовано с 26 нед до срока родоразрешения.

70% многоплодных беременностей заканчиваются преждевременными родами, которым предшествует несвоевременное излитие вод.

Тяжелые осложнения беременности со стороны матери (тяжелая ПЭ, декомпенсация экстрагенит. забол.), со стороны плодов (декомпенсиров. плацентарная недостаточность, приводящая к задержке роста, острая гипоксия плодов, ФФТС), требуют **экстренного родоразрешения**.

При отсутствии экстренных показаний выбор **метода планового родоразрешения** зависит от положения и предлежания первого плода, предполагаемой массы и состояния плодов, гестационного срока.

Показания к плановому оперативному родоразрешению:

- моноамниотическая двойня;
- три плода и более;
- тазовое предлежание или неправильное положение первого плода (поперечное, косое).

Поворот плода на ножку с последующим извлечением или кесарево сечение - методы выбора при необходимости **экстренного родоразрешения**.

Роды при многоплодной беременности - преждевременные, поэтому при оперативном родоразрешении рекомендуется извлекать новорожденных в плодном пузыре

Индукцируют роды при двойне не позднее 38 нед беременности. Перинатальная смертность и неонатальная забол. наименьшие в «идеальный» срок родоразрешения: при двойне - 36-37 нед, при тройне - 34-35 нед

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ

При дородовом излитии вод, во время латентной фазы (раскрытие зева менее 4 см) преждевременных родов при сроке менее 34 нед- начинают токолитическую терапию (нифедипин, Вадреномиметики, ингибиторы окситоциновых рецепторов), чтобы отсрочить роды на 24-48 ч.

В это время проводят профилактику РДС дексаметазоном и госпитализируют пациентку в акушерский стационар.

Показание к токолитической терапии в активной фазе родов - профилактика быстрых и стремительных родов, а также «внутриутробная реанимация».

Дородовое излитие вод при недоношенной беременности требует назначения АБ терап.- профилактика хориоамнионита и неонатальной инфекции.

«Золотой стандарт»
обезболивания родов - ЭДА со
строго индивидуальным
подходом.

Осложнения многоплодных родов:

- выпадение мелких частей плода и пуповины при неконтролируемом излитии околоплодных вод;
- неправильные положения плодов;
- слабость родовой деятельности;
- гипоксия плодов;
- ПОНРП после рождения первого плода.

В связи с высоким риском развития острой гипоксии плодов роды необходимо вести под постоянным **кардиомониторным контролем**. Т.к. высока частота аномалий родовой деятельности - *регистрируют сократительную активность матки с помощью монитора и раскрытие маточного зева в первом периоде родов (необходимо ведение партограммы).*

Во втором периоде родов возникает слабость потуг, для профилактики слабости родовой деятельности в периоде изгнания вводят Окситоцин в/в кап. со скоростью 0,0002 МЕ/кг в минуту. После рождения 1 плода- пережимают пуповину и производят влагалищное исследование. При головном предлежании 2 плода- вскрывают плодный пузырь, сокращение перерастянутой матки, что является профилактикой преждевременной отслойки плаценты.

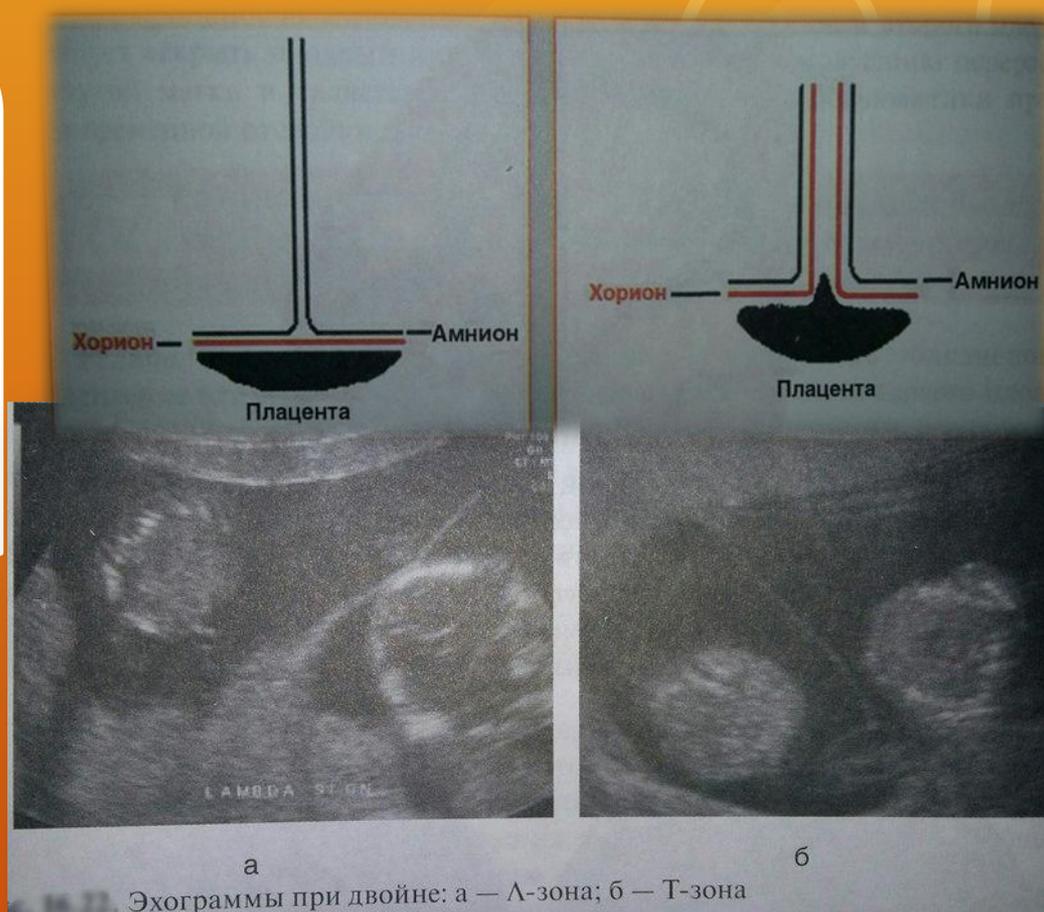
Сцепление близнецов- редкое осложнение, при тазовом предлежании 1 плода и головном 2 плода. Роды протекают без осложнений до рождения туловища 1 плода, головка 1 плода- над входом в малый таз и не может родиться, т.к. между его головкой и телом вклинивается головка 2 плода. При этом требуется экстренное КС, головки расцепляют, 2 плод извлекают, а 1 рождается через естественные пути

Особенно опасны третий период родов и ранний послеродовой период из-за **развития гипотонического кровотечения.** Для профилактики кровотечения используют введение утеротонических препаратов в течение 2 ч после родов и внимательно наблюдают за состоянием родильницы.

После рождения последа-его осматривают для выяснения целостности долек и оболочек, подтверждения хориальности и определения зиготности близнецов.

Рождение разнополых детей-двуяйцовая беременность. При рождении однополых детей при бихориальной беременности зиготность не установлена до генетического исследования. После родов при осмотре последа необходимо подтвердить вид многоплодной беременности. При одной плаценте и двух листках в перегородке можно говорить о монохориальной биамниотической двойне, при четырех- о бихориальной двойне при слившихся плацентах.

На УЗИ осматривают место слияния перегородки и плаценты. Соединение перегородки и плаценты в форме буквы «Т» (Т-зона) свидетельствует о монохориальной беременности, в форме буквы «Λ» - ламбда (Λ-зона) - о бихориальной беременности



Сцепление близнецов

