|  |
| --- |
| **Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение**  **«ЧЕЛЯБИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»** |

**Учебно-методическое пособие**

Для практического занятия

для студентов

ПМ01Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному и семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода.

МДК 01.01 Раздел: Физиологическое акушерство.

специальность 34.02.02 Акушерское дело.

**Тема: Многоплодная беременность.**

Челябинск

2016 год

Обсуждено: на Утверждаю:

заседании ЦМК Зам. директора по УВР

«Акушерское дело»

………………Бадаева Н.Я. …………..Замятина О.А.

Протокол №.. от « »………2016 г. « »………. 2016 г.

Составлено в соответствии с ФГОС по специальности 31.02.02 Акушерское дело.

Составитель: преподаватель дисциплины «Сестринская помощь в акушерстве и гинекологии» Трифонова О.М.

**Методическое пояснение.**

Методическое пособие составлено для студентов специальности «Акушерское дело» по дисциплине «Физиологическое акушерство». С общеобразовательной целью им могут воспользоваться студенты специальностей «Лечебное дело» и «Сестринское дело». Тема «Многоплодная беременность» взята для изучения, так как акушерки и другие медицинские работники должны знать определение многоплодной беременности, причины и особенности ее развития, течения и диагностики. Для акушерок важно знать возможные осложнения многоплодной беременности и родов при ней, тактику ведения беременности, родов и послеродового периода, показания для оперативного родоразрешения. Акушерка должна уметь диагностировать многоплодную беременность, предвидеть возможные осложнения и предупредить их, определить срок родов, провести психопрофилактическую подготовку к ним, участвовать вместе с врачом в их ведении.

Частота многоплодия составляет %. Из 100 беременных женщин две ожидают рождение более одного малыша, но двойня встречается чаще тройни, а тройня чаще четверни и т.д. Многоплодная (т.е. более чем одним плодом) беременность - чрезвычайно любопытное природное явление. Кто из Вас не задерживал взгляда на случайно встреченных близнецах или не слышал о разных легендарных и курьезных случаях, связанных с близнецами? Именно так называются дети, родившиеся от многоплодной беременности. У близнецов есть даже персональное одноименное созвездие в нашей галактике и "свой" знак Зодиака. По преданиям, близнецами были Аполлон и Артемида, Геракл и Ификл, Ромул и Рем, библейские Исаак и Иаков.

Какими же бывают близнецы, и как они появляются на свет? Вы возможно слышали, что малышей, родившихся от многоплодной беременности, называют еще и двойняшки. Если первый термин безусловно правильный, то второй в просторечии обозначает неидентичных, то есть - "непохожих" близнецов. В медицине используется только термин "близнецы". Различают близнецов идентичных (однояйцовых или монозиготных) и неидентичных (двуяйцовых или дизиготных).

Однояйцевые близнецы практически одинаковы: они всегда одного пола, очень похожи друг на друга внешне и имеют массу абсолютно идентичных биологических характеристик - группы крови, особенности работы органов и систем, и даже поведенческие особенности. Научные факты свидетельствуют: разлученные в очень раннем возрасте идентичные близнецы обнаруживают сходство не только во внешности, но и в привычках, пристрастиях, заболеваниях и т.д. Встречаются однояйцевые двойни, тройни, реже - четверни, описаны также случаи рождения пятерых абсолютно одинаковых детей (семья Дионн в Канаде, 1934 г.) Идентичные близнецы образуются при оплодотворении одной яйцеклетка одним сперматозоидом, затем образовавшаяся зигота начинает делиться как обычно, но с интересной особенностью - в результате деления впоследствии образуется два или более самостоятельных эмбриона. В силу того, что наборы генов у этих эмбрионов одинаковые, сами они являются практически точными копиями друг друга.

Разнояйцовые близнецы образуются в результате оплодотворения нескольких разных яйцеклеток разными сперматозоидами, поэтому генотипы у близнецов разные. Этим объясняется то, что они могут иметь разный пол и существенные отличия во внешнем виде и биологических характеристиках. Вообще, с биологической точки зрения, дизиготные близнецы схожи не больше, чем обычные родные братья и сестры.

Чтобы подробнее познакомиться и с особенностями тех и других близнецов, изучить этиологические факторы многоплодной беременности, особенности ее течения и ведения, особенности течения и ведения родов при ней, создано данное пособие.В пособии представлены так же сведения о дополнительной литературе, которой можно воспользоваться и приложение – видеофильм «от зачатия до рождения».

Методическое пособие рекомендуется использовать студентам для самоподготовки по дисциплинам физиологическое и патологическое акушерство и для закрепления материала, полученного на теоретическом занятии. Методическое пособие может быть использовано преподавателями для проведения теоретического или практического занятия по данной теме.

**Тема: «Многоплодная беременность».**

*Содержание учебного материала.*

1.Введение.

2.Причины многоплодной беременности.

3.Варианты многоплодной беременности и их особенности.

4.Течение и ведение многоплодной беременности.

5.Диагностика на ранних и поздних сроках.

6.Особенности течения и ведения родов.

7.Показания к оперативному родоразрешению при многоплодной беременности.

8. Особенности течения послеродового периода.

**Цели.**

*Учебная (дидактическая) цель:*

-Изучение этиологии, диагностики, вариантов развития плодов, особенностей течения многоплодной беременности, особенностей течения и ведения родов, послеродового периода, профилактики осложнений.

-Повторение и закрепление учебного материала по теме «Многоплодная беременность», полученного на теоретических занятиях.

-Приобретение дополнительных знаний по теме.

*Развивающая цель:*

-Развитие памяти, познавательного и профессионального интереса к теме.

-Формирование профессионального подхода к наблюдению и ведению беременных, рожениц, родильниц с многоплодием.

*Воспитательная цель:*

-Воспитание тактичного, доброжелательного, внимательного отношения к пациенткам.

*По данной теме вы должны знать:*

1.Определение многоплодной беременности, особенности строения плодного яйца и развития плодов.

2.Методы диагностики многоплодной беременности.

3.Течение беременности, родов и особенности их ведения, возможные осложнения со стороны матери и плодов во время беременности и родов, методы их лечения и профилактику.

4.Показания для оперативного родоразрешения.

5.Особенности течения и ведения послеродового периода.

*По данной теме вы должны уметь:*

1. Собирать анамнез, уделяя особое внимание наследственности, количеству беременностей и родов, наличию гормональной коррекции, гормональной контрацепции и искусственного оплодотворения.
2. Проводить измерение ВДМ и ОЖ при многоплодной беременности, строить гравидограмму.
3. Использовать приемы наружного акушерского исследования для определения положения и предлежания плодов.

4. Выслушивать сердцебиение плодов и оценивать их состояние по результатам УЗИ и кардиотокографии.

5. Проводить подсчет предполагаемого срока беременности и родов.

*При изучении материала строго следуйте рекомендациям преподавателя.*

*Перед изучением материала повторите следующие понятия и темы:*

1.Оплодотворение, имплантация.

2.Формирование зародышевых оболочек.

3.Методы диагностики беременности.

4.Факторы риска по акушерской и перинатальной патологии.

*Приступайте к изучению материала по данной теме.*

*Многоплодной* называют беременность двумя или большим количеством плодов. При наличии беременности двумя плодами говорят о двойне, тремя - о тройне и т.д. Каждый из плодов при многоплодной беременности называется близнецом. Роды двумя и большим числом плодов называются многоплодными. По статистическим данным частота рождений близнецов колеблется от 0,7 до 1,5 %. Частоту многоплодной беременности можно определить по формуле Хеллина следующим образом: двойня встречается один раз на 80 родов, тройня — один раз на 802 (6400) родов, четверня – один раз на 803 (512000)родов и т. д.

Причины многоплодной беременности недостаточно изучены. Доказано, что в одном яичнике могут созревать два фолликула и более. Кроме того, овуляция может происходить одновременно в обоих яичниках. В пользу перечисленных возможностей говорят факты обнаружения во время операции по поводу трубной беременности в одном и том же яичнике двух цветущих желтых тел или в каждом из яичников по одному цветущему желтому телу. Кроме того, в одном фолликуле может быть две и более яйцеклетки. Причиной многоплодной беременности может стать оплодотворение спермой разных партнеров, оплодотворение на фоне уже существующей беременности. 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), а также количество родов (чаще встречается у многорожавших 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. На возникновение многоплодной беременности может повлиять длительное применение гормональной контрацепции и гормональная коррекция при бесплодии, нарушениях менструального цикла. Гиперстимуляция овуляции и проведение экстракорпорального оплодотворения с подсадкой двух, трех, четырех эмбрионов стали еще одной причиной многоплодной беременности в последнее десятилетие. Индуцированная беременность привела к увеличению частоты многоплодия до 3 %.

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, дизиготные, гетерологичные, братские), возникшие из одной — однояйцевые ( монозиготные, гомологичные, идентичные).

Происхождение однояйцовых близнецов: чаще всего возникновение однояйцевых двоен бывает связано с тем, что единый эмбриональный зачаток в стадии дробления разделяется на две части; из каждой части образуется зародыш (плод). Реже наблюдается оплодотворение яйцеклетки, имеющей два и более ядра.

То есть, однояйцевая двойня возникает в результате атипического дробления плодного яйца. Там, где разделение яйца происходит полностью, образуется два совершенно одинаковых близнеца. Если при полном разделении яйца оба зачатка расположены в матке на достаточном расстоянии друг от друга, то развивающиеся из них зародыши образуют каждый для себя отдельный амнион и остаются обособленными - биамниотическая двойня. Если оба амниотических мешка заключены в один общий для обоих близнецов хорион, а перегородка между ними состоит из двух оболочек (двух амнионов), то такие двойни называются монохориальными. Плацента у них общая. Если оба зачатка лежат рядом, это приводит к образованию одной общей для обоих близнецов амниотической полости - моноамниотическая двойня. Однояйцевые близнецы всегда однополы - или оба мальчика, или обе девочки, они похожи друг на друга, группа крови у них всегда одинаковая.

**Однояйцовая двойня.** Однояйцовая 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 чаще отдельная, перегородка между плодными мешками состоит из двух водных оболочек (биамниотическая двойня).

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).

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

**Двуяйцевая двойня.** Оплодотворенные яйцеклетки развиваются самостоя­тельно. После внедрения в слизистую оболочку у каждого зародыша разви­вается своя водная и ворсистая оболочки (бихориальные); 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. Перегородка между плодными мешками состоит из двух водных и двух ворсистых оболочек.

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

При двуяйцовой двойне оболочки в перегородке располагаются следую­щим образом: амнион — хорион, хорион — амнион; при однояйцевой 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 однояйцевых близнецов эти признаки полностью совпадают. Разнояйцевые близнецы обладают признаками сходства в такой же степени, как обычные братья и сестры.

*Течение и ведение многоплодной беременности.*

При многоплодной беременности к организму женщины предъявляются повышенные требования: сердечно-сосудистая система, легкие, печень, ночки и другие органы функционируют с большим напряжением. В связи с этим многоплодная беременность протекает тяжелее одноплодной и считается патологической. Поэтому выделяют группы риска по акушерской и перинатальной патологии среди беременных, назначают более частое посещение врача акушера-гинеколога.

Беременные нередко 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 ранний токсикоз ( рвота, слюнотечение) и гестоз (водянка, нефропатия, преэклампсия).

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 однояйцевых близнецов. При выраженном многоводии нередко наблюдаются те или иные аномалии развития плода, растущего при избытке околоплодных вод. В некоторых случаях многоводию одного близнеца сопут­ствует маловодие другого плода. Речь идет о так называемом фетофетальном синдроме.

Фетофетальный трансфузионный синдром является патологией развития, наблюдаемой только при многоплодной беременности. Он обусловлен наличием анастомозов между плодовыми сосудами в монохориальной плаценте, ввиду чего один плод становится донором, у него наблюдаются анемия, задержка развития и маловодие, а второй - реципиентом. Нередко у близнеца-реципиента развиваются многоводие и водянка, которые обусловлены сердечной недостаточностью и могут проявляться при ультразвуковом исследовании наличием общего отека, асцита, перикардиального или плеврального выпота.

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.

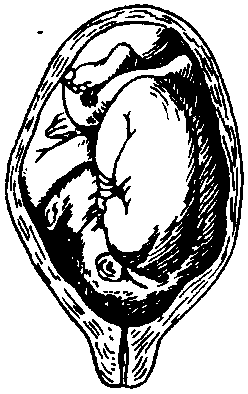
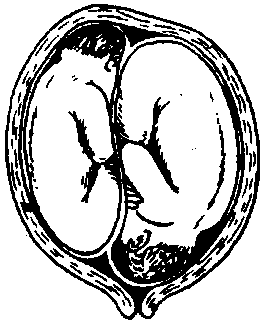
Развитие близнецов, родившихся в срок, в большинстве случаев бывает нормальным. Однако масса их тела обычно меньше, чем у одиночных плодов (синдром задержки внутриутробного развития). Нередко существует разница в массе тела близнецов на 200—300 г, а иногда и больше.

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 неравномерной доставкой питательных веществ и кислорода может наступить значительное нарушение развития и даже гибель одного из близнецов. Это чаще наблюдается при однояйцовых 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. Это синдром исчезнувшего близнеца.

Изредка рождаются сросшиеся двойни (срастание может быть в области головы, груди, живота, таза) и близнецы с другими пороками развития. При сращении близнецов в области головы они называются краниопагами, в грудном отделе – торакопагами, в брюшном отделе – омфалопагами. Если речь идет о пигофагах, то значит близнецы соединены в области ягодиц и нижнего отдела позвоночника.

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 положении один плод может находиться позади другого, что затрудняет диагностику. Реже наблюдается продольное положе­ние одного плода и поперечное положение другого (5,5%). Наиболее редко ( 0,5% ) встре­чается поперечное положение обоих близнецов.

# Положение близнецов в матке



1 2 3

1.оба плода предлежат головкой 3. оба плода в поперечном положении

2.один плод в головном предлежании, второй – в тазовом предлежании.

В большинстве двоен (90,0%) оба плода находятся в продольном положении

и занимают один правую, другой - левую половину матки. Оба плода чаще

предлежат головкой - в 45,0 % случаев. Возможны другие варианты – в

43,0% один плод может быть в головном предлежании, а второй - в тазовом.

Оба плода в тазовом предлежании встречаются в 6,0%.

При многоплодной беременности женщин берут на особый учет и тща­тельно за ними наблюдают. Необходимо учитывать возможные осложнения, повышенную потребность в полноценном сбалансированном питании. Питание беременной должно быть достаточно калорийным. Учитывая высокую частоту анемии при многоплодной беременности, дополнительно необходимо назначать железо от 60 до 100 мг, фолиевую кислоту 1 мг в день.

Принимая во внимание, что беременные являются угрожаемыми по развитию анемии, гестоза, плацентарной недостаточности, по невынашиванию, им назначается необходимое дополнительное обследование. Следует особое внимание обращать на функцию сердечно-сосудистой системы, почек, выявление ранних симптомов гестоза. Очень важно определить в III триместре показатели свертывающей системы крови, число и агрегационные свойства эритроцитов, содержание глюкозы в крови.

В рекомендуемые и критические сроки проводится профилактическое лечение в амбулаторных условиях или в стационаре.

Профилактика преждевременных родов осуществляется, прежде всего, ограничением активного образа жизни и назначением постельного режима, при котором усиливается маточная перфузия, способствующая росту плода. После 20 нед. рекомендуют в дневное время трижды по 1-2 ч находиться в постели. Расширяются показания к выдаче больничного листа. Хорошие результаты при угрозе преждевременных родов оказывает применение адреномиметических средств (токолитики). В 28 недель показана плановая госпитализация с целью предупреждения преждевременных родов и плацентарной недостаточности.

Прогноз беременности и родов при многоплодной беременности менее благоприятен, чем при одном плоде. Для прогнозирования исхода многоплодной беременности большое значение имеет определение состояния плодов (кардиомониторный контроль - использование нестрессового теста). При наличии отрицательного нестрессового теста прогноз для плода неблагоприятный. После 30-32 нед. нестрессовый тест и определение биофизического профиля должны проводиться еженедельно. Если возможно, то целесообразно проводить исследование кровотока у каждого плода в отдельности.

Некоторые формы нарушения развития плода обнаруживаются при исследовании амниотической жидкости. Непременным условием является взятие пробы околоплодных вод из каждого плодного мешка, что делается под контролем УЗИ. Эти исследования проводятся также при подозрении на генетически обусловленные аномалии развития, гемолитическую болезнь плода и для определения зрелости легких плода по соотношению уровня лецитинасфигмомиелина, который отражает выработку сурфактанта.

При обнаружении выраженного отставания в развитии одного из плодов, являющегося донором, при наличии сосудистого анастомоза можно произвести перевязку его пуповины (антенатально), что предотвращает гиперволемию, полицитемию второго плода, а также улучшает его состояние. Проведение этой манипуляции дает возможность пролонгировать беременность жизнеспособного плода. Перевязка сосудов пуповины производится под контролем УЗИ или при фетоскопии.

При малейшем отклонении от нормального течения беременности показана обязательная госпитализация. Повторную госпитализацию в дородовое отделение осуществляют за 2-3 недели до срока родов, а при наличии тройни за 4 недели, целью которой является обследование беременной и определение срока и метода родоразрешения. Даже при отсутствии осложнений со стороны плодов в 37 нед. целесообразно индуцировать роды. В некоторых случаях в плановом порядке производится кесарево сечение при сроке в 37-38 нед.

*Диагностика* *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 на ранних сроках не соответствует сроку беременности. В дальнейшем 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;

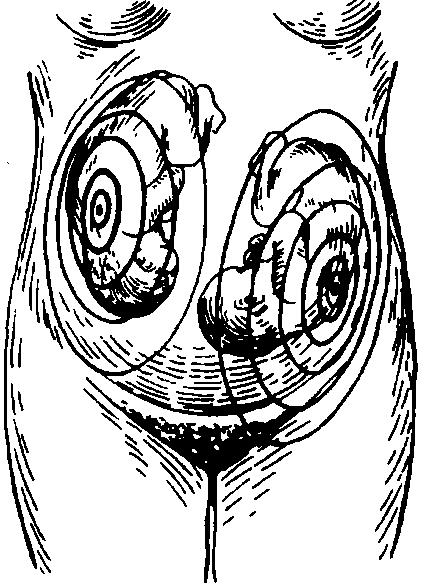
б) наличие продоль­ного углубления на передней стенке матки, образующееся в результате приле­гания друг к другу плодов, находящихся в продольном положении;

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 матки (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 и состояния плодов применяют кардиотокографию, при помощи которой можно зарегистрировать сердечные тоны близнецов в последние недели беременности.

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 и ведение родов.*

Течение родов может быть нормальным. Происходит раскрытие маточного зева, разрыв одного плодного пузыря и рождение первого плода. После рождения первого плода в родовой деятельности наступает небольшая пауза. В это время усиливается ретрак­ция мышц и матка приспосабливается 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 нередки 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. Масса новорожденных обычно меньше 2500 г.

2. При многоплодных родах нередко наблюдается преждевременное и раннее излитие околоплодных вод (25 — 30 %) первого плода. Несвоевремен­ное нарушение целости плодного пузыря ведет к замедлению процесса сгла­живания шейки матки и раскрытия маточного зева. Преждевремен­ное и раннее излитие вод опасно в отношении проникновения инфекции в полость матки и возникновения хорионамнионита в родах.

Несвоевременное излитие околоплодных вод может сопровождаться

выпадением мелких частей плода и пуповины, чему способствуют тазовое и

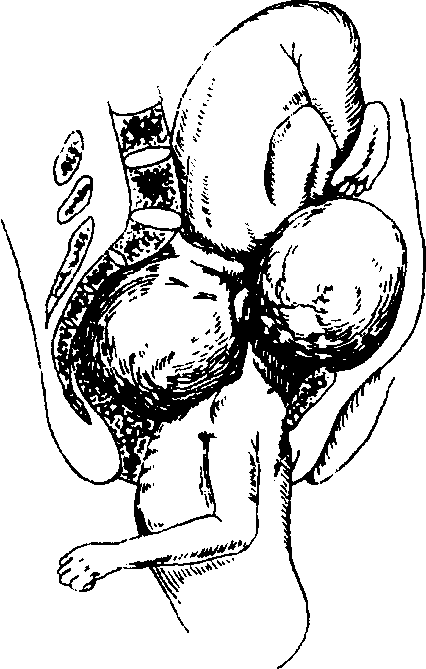
поперечное положения и небольшие размеры плода.

3. Нередко наблюдается слабость родовой деятельности, 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 родовой деятельности 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.

4. 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 острой гипоксии второго плода. Преждевременная от­слойка плаценты после рождения первого плода происходит в 3 - 4 % (до 7 %) родов двойней.

5. Нередко наблюдается запоздалый раз­рыв плодного пузыря второго плода. В таких случаях плодный пузырь вскрывают искусственно, то есть производят амниотомию.

6. 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 повороту его в полости матки. Второй плод, находившийся в продольном положении, может перейти в поперечное, при котором роды без через естественные родовые пути становятся невозможны.

7. Очень редким и чрезвычайно тяжелым осложнением является одновре­менное вступление в таз головок обоих близнецов, при котором возникает так называемая **коллизия, или сцепление близнецов**. Это осложнение возникает, когда первый ребенок рождается в тазовом предлежании, а вто­рой — в головном; возможны и другие варианты сцепления. В настоящее время при тазовом предлежании первого плода для предупреждения сцепления близнецов производят операцию кесарево сечение.

8. 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 гипоксии; имеют значение и хирургические вмешательства.

9. 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.

10. 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.

Частые осложнения в родах дают основание считать их при многоплодной беременности патологически­ми. При многоплодии нередко приходится применять оперативное родоразрешение. Вопрос о способе родоразрешения зависит от варианта развития двойни – диссоциированное или недиссоциированное, которое определяется при ультразвуковом исследовании. При диссоциированном развитии близнецов имеется задержка внутриутробного развития одного или двух плодов, хроническая плацентарная недостаточность. В таком случае показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения, независимо от положения и предлежания плодов. При недиссоциированном варианте у плодов не отмечается задержки внутриутробного развития и плацентарной недостаточности, поэтому роды возможны через естественные родовые пути, но при наличии продольного положения и головного предлежания плодов и отсутствии противопоказаний со стороны матери.

Ведение родов требует большого внимания и терпения, четкой ориентации в акушерской ситуации и высокой квалификации медицинского персонала. Необходимо тща­тельно наблюдать за состоянием матери и плодов, динамикой родов, вести партограмму, использовать обезболивание, следить за функцией мочевого пузыря и кишечника, систематически производить туалет наружных половых органов.

В родах проводят профилактику гипоксии плодов, обязательное кардиомониторное наблюдение за их состоянием.

При слабых схватках приходится прибегать к стимуляции родовой дея­тельности медикаментозными средствами, используется осторожное введение окситоцина. Другие вмешательства в период раскрытия обычно не требуются. При многоводии приходится прибе­гать к искусственному вскрытию плодного пузыря (амниотомии) при 4 см раскрытия маточного зева с последующим контролем АД и аускультацией плодов. 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, но роженица и плоды находятся под тщательным наблюдением. К ак­тивным действиям прибегают только при возникновении осложнений, угро­жающих благополучию матери и плода. При слабости потуг применяют сред­ства, усиливающие родовую деятельность. Рекомендуется внутривенное капельное введение окситоцина 5 ЕД со скоростью 5-8 капель в 1 минуту через инфузомат. При многоплодных родах важно присутствие двух акушерок и двух врачей-неонатологов.

После рождения первого плода пережимают не только пло­довый, но и материнский конец пуповины. Это необходимо потому, что 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 гипоксии и других осложнений роды продолжают вести через естественные родовые пути. В целях снижения осложнений родов при многоплодии и перинатальной смертности второго плода в настоящее время рекомендуют **производить вскрытие плодного пузыря второго плода сразу после рождения первого плода**, и начинать внутривенное капельное введение 5 ед. окситоцина на 5 % растворе глюкозы (или физиологического раствора) с целью ускорения II периода родов до отделения плаценты. При возникшем поперечном положении второго плода, преждевременной отслойке общей плаценты до рождения второго плода, его острой гипоксии показано экстренное кесарево сечение.

Третий период родов требует особого внимания. Необходимо вниматель­но следить за состоянием роженицы и количеством теряемой крови. Важно проводить профилактику кровотечения. Уже во втором периоде родов роженице обеспечивают контакт с веной, после изгнания последа внутривенно капельным способом в течение 2 часов после родов вводят 1 мл окситоцина 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 (ручное отделение и выделение последа). Эту операцию производят под наркозом. Родившийся послед (последы) тщательно осматривают, чтобы убедиться в его целости и устано­вить однояйцевое или двуяйцевое происхождение двойни.

В первые часы после родов нужно следить за состоянием родильницы, 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.

*Показания к кесареву сечению.*

Учитывая, что перинатальная смертность при многоплодии в 2 раза чаще, чем при родах одним плодом, в современном акушерстве существует тенденция к расширению показаний к абдоминальному родоразрешению в интересах плодов. Показаниями к кесареву сечению, связанными с многоплодием, считают 1)тройню и большее число плодов, 2)поперечное положение обоих или одного из плодов, 3)тазовое предлежание обоих плодов или первого из них, тазовое предлежание первого плода у первородящих, 4) многоплодную беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов, 5)монохириальную моноамниотическую двойню, 6) наличие сросшихся близнецов, 7)чрезмерное растяжение матки (крупные плоды), 8)неподготовленность родовых путей к 38 неделям беременности. Показания, не связанные с многоплодием – острая гипоксия плода (плодов), отсутствие эффекта от родостимуляции, аномалии родовой деятельности, выпадение мелких частей плода или петель пуповины, экстрагенитальная патология матери, тяжелые гестозы, предлежание и преждевременная отслойка плаценты, наличие рубца на матке.

*Особенности течения послеродового периода.*

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 родильницы. Обязательно рекомендуется грудное вскармливание. При необходимости назначают средства, сокращающие матку. Таким родильницам полезны гимнастические упражне­ния, укрепляющие мышцы брюшной стенки и тазового дна.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

*Закончив изучение справочного материала, приступайте к самоконтролю.*

**Контрольные вопросы:**

1. Что такое многоплодная беременность?

2. Как диагностировать многоплодную беременность?

3.Каковы осложнения в течение многоплодной беременности?

4.Перечислите возможные осложнения в родах при многоплодной беременности.

5. Каковы особенности ведения родов при многоплодной беременности?

6. В каких случаях при МБ показано родоразрешение операцией кесарево сечение?

**Задача.**

Беременная 22 лет поступила с жалобами на тошноту, рвоту до 6-8 раз в день. Предполагаемый срок беременности 9 недель, однако, при влагалищном исследовании обнаружено, что матка увеличена соответственно 12 недельной беременности.

Предполагаемый диагноз? Какие методы обследования следует провести для уточнения диагноза? План ведения?

**Тестовый контроль.**

1.Многоплодной называется беременность, при которой в матке развивается

А) один плод

Б) один или два плода

В) два и большее число плодов?

2.Монохориальная двойня развивается при оплодотворении

А) одной яйцеклетки одним сперматозоидом

Б) одной яйцеклетки двумя сперматозоидами

В) двух яйцеклеток двумя сперматозоидами?

3.Для моноамниотической монохориальной двойни характерно наличие

А) двух водных и одной ворсистой оболочки

Б) одной водной и одной ворсистой оболочки

В) две водных и две ворсистых оболочки?

4.Перегородка между плодными мешками состоит из 2-х водных оболочек

А) при моноамниотической монохориальной двойне

Б) при биамниотической монохориальной двойне

В) при биамниотической бихориальной двойне?

5.Две плаценты формируется при наличии

А) монохориальной монозиготной двойне

Б) монохориальной моноамниотической двойне

В) бихориальной дизиготной двойне?

6.Близнецы одного пола с одной группой крови развиваются

А) из одной зиготы

Б) из двух зигот

В) из трех зигот?

7.Наиболее частое осложнение при многоплодной беременности

А) поперечное положение плодов

Б) невынашивание

В) сращение близнецов?

8.Для диагностики многоплодной беременности используют

А) наружное акушерское исследование

Б) пельвиометрию

В) тест на беременность?

9.ВДМ и ОЖ при многоплодной беременности

А) соответствуют сроку беременности Б) превышают положенные цифры В) отстают от срока беременности? 10. Многоплодная беременность в 1 триместре осложняется А) рвотой Б) многоводьем В) угрожающими преждевременными родами? 11.Для многоплодной беременности характерно А) низкое расположение предлежащей части Б) высокое расположение предлежащей части В) две предлежащие части? 12.Диссоциированный тип развития близнецов означает А) наличие многоводия Б) наличие пороков развития плодов В) наличие задержки внутриутробного развития плодов? 13.В родах может произойти А) сращение близнецов Б) сцепление близнецов В) синдром обкрадывания близнецов? 14.Дородовый декретный отпуск при многоплодной беременности назначается А) с 28 недель Б) с 30 недель В) с 32 недель? 15.Роды через естественные родовые пути при многоплодии возможны А) при тазовом предлежании плодов Б) при головном предлежании плодов В) при поперечном положении плодов? 16.Экстренная операция кесарева сечения показана А) при отягощенном акушерском анамнезе Б) при неподготовленности родовых путей В) при поперечном положении 2-го плода, возникшем после рождения 1-го плода? 17.Сцепление близнецов может возникнуть А) при головном предлежании 1-го плода и тазовом предлежании 2-го Б) при тазовом предлежании 1-го плода и головном предлежании 2-го В) при тазовом предлежании плодов? 18.Родоразрешение при двойне проводят А) в 40 недель Б) в 38 недель В) в 35 недель? 19.Назначение дексаметазона перед родоразрешением обусловлено А) функциональной незрелостью плодов Б) гипоксией плодов В) гипотрофией подов? 20.При многоплодной беременности после ЭКО предпочтение отдают родоразрешению А) путем кесарева сечения Б) индуцированным родам В) спонтанным родам?

*Эталон ответов.* 1-В, 2-А, 3-Б, 4-Б, 5-В, 6-А, 7-Б, 8-А, 9-Б, 10-А, 11-А, 12-В, 13-Б, 14-А, 15-Б, 16-В, 17-Б, 18-Б, 19-А, 20-А.

*Литература.*

1.Абрамченко В.В. «Активное ведение родов» - С.-Петербург, 1997.

2.Абрамченко В.В. «Современные методы подготовки к родам» - С.-Петербург, 1991.

3.Айламазян Э.К. «Акушерство» - С.-Петербург, 1999.

4.Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. «Акушерство», издание 6-ое, Ростов-на-Дону, «Феникс», 2007.

5.Гуськова Н.А. «Акушерство», справочник – Москва, 2006.

6.Кулаков В.И., Серов В.Н. «Руководство по безопасному материнству» - Москва, 1998.

7.Радзинский В.Е. «Акушерство», учебник, Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2008. 8.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии,Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2007. 9.Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А., руководство «Практическое акушерство», Москва, «Медицина», 1989.