

Клинический протокол

| | | |
|---|--|----------|
| ГБУ РД «Городская клиническая больница» | | |
| Вид документа | Клинический протокол | |
| ГБУ РД «ГКБ» | Версия | № 1 |
| | Запись в Едином реестре документации | № __ |
| | Экземпляр | № |
| | Введен в действие | 01.11.21 |
| Конфиденциально | Срок действия | 3 года |
| Название документа | <i>Клинический протокол «Многоплодная беременность»</i> <i>Коды МКБ: O30, O31, O32, O33, O43,084</i> <i>Возрастная группа - взрослые</i> | |

| | Должность | Ф. И. О. | Подпись | Дата |
|--------------|--|--------------------|---------|------|
| Разработано: | Зав. отделением хирургической инфекции | | | |
| Согласовано | Главный врач | Малаев Х.М. | | |
| | Заместитель главного врача по лечебной работе | Гаджиева Л.Х. | | |
| | Заместитель главного врача по хирургической работе | Абдулмаджидов Х.М. | | |
| | Заведующий экспертным отделом | Махмудова Ф.Б. | | |
| | Заведующая организационно-методическим отделом | Тагирбекова О.М. | | |
| 2021 г. | | | | |

Термины и определения

Фето-фетальный трансфузионный синдром – осложнение монохориальной многоплодной беременности, обусловленное наличием несбалансированных анастомозов плаценты, приводящих к развитию полигидрамниона у плода-реципиента и ангидрамниона у плода-донора.

Синдром селективной задержки роста плода – осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся задержкой роста одного из плодов (предполагаемая масса плода ниже 10-го перцентиля) и разницей предполагаемой массы плодов более 25%.

Синдром обратной артериальной перфузии – осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся отсутствием функционирующего сердца одного из плодов, приводящее к развитию грубых аномалий его развития.

Синдром анемии-полицитемии – осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризуется наличием в плаценте однонаправленных анастомозов малого диаметра, развитием хронической анемии у плода-донора и полицитемии у плода-реципиента, при отсутствии значимых различий величины АИ в их амниотических полостях.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Многоплодной называют беременность, при которой в организме женщины развиваются два или более плодов.

Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Дизиготная многоплодная беременность – результат оплодотворения двух и более яйцеклеток, созревающих в течение одного менструального цикла; у каждого эмбриона формируются отдельная плацента и амниотическая полость.

Монозиготная многоплодная беременность – результат оплодотворения одной

яйцеклетки и её последующего деления. При разделении на стадии морулы (0–3 день после оплодотворения) формируется дихориальная диамниотическая (ДХДА) двойня, на стадии бластоцисты (4–8 день после оплодотворения) — монохориальная диамниотическая (МХДА) двойня. При разделении эмбриона на 9–12 день после оплодотворения оба зародыша развиваются в одном зародышевом мешке, т.е. имеют общую хориальную и амниальную оболочки – развивается монохориальная моноамниотическая (МХМА) двойня (1–5% от всех монозиготных близнецов). В редких случаях разделение происходит после 12 дня эмбрионального развития, тогда развиваются неразделившиеся (сиамские) близнецы.

Монозиготные близнецы, как правило, генетически идентичны, одного пола и часто похожи фенотипически; аномалии развития у них встречаются в 2 раза чаще, чем у dizygotных двоен.

Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация многоплодной беременности, основанная на количестве плодов, типе хориальности и количестве амниотических полостей

Двойни

Дихориальная диамниотическая двойня - у каждого плода своя плацента и амниотическая полость.

Монохориальная диамниотическая двойня - плацента общая для обоих плодов, две амниотические полости.

Монохориальная моноамниотическая двойня - у плодов общие плацента и амниотическая полость.

Тройни

Трихориальная триамниотическая тройня (ТХТАТ) - каждый из плодов имеет собственную плаценту и амниотическую полость.

Дихориальная триамниотическая тройня (ДХТАТ) - у одного плода своя плацента, вторая плацента — общая для двух других плодов. У каждого из плодов собственная амниотическая полость.

Дихориальная диамниотическая тройня (ДХДАТ) - у одного плода своя плацента и своя амниотическая полость, другая плацента и амниотическая полость – общие для двух других плодов.

Монохориальная триамниотическая тройня (МХТАТ) - плацента общая для трёх плодов, но у каждого плода своя амниотическая полость.

Монохориальная диамниотическая тройня (МХДАТ) - плацента общая для трёх плодов, у одного плода – отдельная амниотическая полость, два других находятся в общей амниотической полости.

Монохориальная моноамниотическая тройня (МХМАТ) - у всех трёх плодов общие плацента и амниотическая полость.

Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики¹

Жалобы и анамнез

Оценка жалоб и сбор анамнеза проводится согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»².

Физикальное обследование

Физикальное обследование проводится согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»². Определение срока беременности выполняется следующим образом.

- Рекомендовано использовать показатель копчико-теменного размера (КТР) плодов для определения срока беременности и родов по данным УЗИ плодов в 1-м триместре беременности. Рекомендовано использовать показатель окружности головки плодов для определения срока беременности и родов по данным УЗИ плодов на более поздних сроках беременности (при КТР>84 мм) .
- Беременным с многоплодной беременностью, наступившей в результате ВРТ, для определения срока беременности рекомендовано учитывать дату переноса эмбрионов и срок культивирования .

Лабораторные диагностические исследования

Лабораторное обследование проводится согласно клиническим рекомендациям

«Нормальная беременность»³.

Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано провести измерение размеров таза в 3-м триместре беременности.
- Рекомендовано направлять пациентку, беременную двумя и более плодами, на УЗИ плодов при сроке беременности 11-13⁶ недель в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику экспертного уровня⁶, для определения срока беременности и оценки анатомии плодов
- При невозможности однозначного определения типа хориальности многоплодную беременность рекомендовано вести как монохориальную, пока не будет подтверждено обратное .
- С целью своевременной диагностики осложнений рекомендовано направлять пациентку с монохориальной многоплодной беременностью на УЗИ плодов и ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного, фето-плацентарного и плодового кровотока каждые 2 недели начиная с 16 недель беременности .
- С целью своевременной диагностики осложнений рекомендовано направлять пациентку с ди/трихориальной многоплодной беременностью на УЗИ плодов каждые 4 недели начиная с 16 недель беременности .
- Рекомендовано направлять пациентку с ди/трихориальной многоплодной беременностью на ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного, фето-плацентарного и плодового кровотока во время УЗИ при сроке беременности 18-20⁶ недель и в 3-м триместре беременности (при сроке беременности 30-34 недели)
- Рекомендовано направлять пациентку в 18-20⁶ недель беременности на УЗИ плодов (УЗ скрининг 2-го триместра) для оценки роста плодов, диагностики ранних форм задержки роста плода (ЗРП), исключения врожденных аномалий развития, оценки экстра эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику экспертного уровня
- С целью своевременной диагностики осложнений многоплодной беременности дискордантность предполагаемой массы плодов (ПМП) рекомендовано оценивать начиная с 20 недель беременности .

- При ди/трихориальной многоплодной беременности диагноз ЗРП рекомендовано верифицировать на основании УЗИ, при котором выявлено снижение предполагаемой массы одного или обоих (нескольких) плодов менее 10-й перцентили и при дискордантности ПМП плодов более 25%

Диагностика фето-фетального трансфузионного синдрома

- С целью диагностики ФФТС у беременных с монохориальным многоплодием при УЗИ рекомендовано основываться на наличии маловодия одного плода и многоводия другого плода, фетометрические параметры плодов при этом не имеют диагностического значения .
- Беременным с монохориальным многоплодием в случае диагностики нормального количества вод у одного плода и многоводия (МВК более 8-10 см) или маловодия (МВК менее 2 см) у другого плода рекомендован еженедельный динамический ультразвуковой контроль количества околоплодных вод, а также показателей ультразвуковой доплерографии плодов до 26 недель беременности . Диагностика синдрома селективной задержки роста плода
- Беременным с монохориальным многоплодием с целью оценки ССЗРП дискордантность ПМП рекомендовано вычислять по формуле: $(\text{масса большего плода} - \text{масса меньшего плода}) / \text{масса большего плода} * 100$.
 - При монохориальном многоплодии, осложненным ССЗРП, с целью улучшения перинатальных исходов фетометрию рекомендовано проводить 1 раз в 2 недели, доплерографию маточно-плацентарного, фето-плацентарного и плодового кровотока - еженедельно .

Диагностика синдрома анемии-полицитемии

- САП при монохориальном многоплодии рекомендовано диагностировать при выявлении анемии у одного плода и полицитемии у другого плода при доплерографическом исследовании МСК СМА плодов 1 раз в две недели начиная с 16 недель беременности .

Диагностика синдрома обратной артериальной перфузии

- Синдром обратной артериальной перфузии (СОАП) беременным с монохориальным многоплодием рекомендовано диагностировать при УЗИ и визуализации грубых аномалий развития одного из плодов (недоразвитие головы и верхней части тела, отёк мягких тканей, отсутствие функционирующего сердца при наличии движений плода, рудиментарное сердце), обратного направления тока крови в артерии пуповины при ЦДК у плода с

аномалиями развития .

- Беременных с СОАП с целью решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности рекомендовано направлять на эхокардиографическое исследование сердца плода-помпы (кардио-торакальное соотношение, толщина стенки желудочка, кровоток в венозном протоке) и измерение количества амниотической жидкости (нарастание степени многоводия) плода-помпы .

Диагностика осложнений МХМА многоплодной беременности

- При МХМА многоплодной беременности с целью своевременной диагностики осложнений рекомендовано проводить динамический контроль состояния плодов с 30 недель беременности с использованием КТГ каждые 3 дня [, ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока один раз в неделю,
- Для диагностики гибели одного и более плодов рекомендовано экспертное УЗИ плодов.
- После диагностики гибели одного из плодов при монохориальном многоплодии рекомендована оценка состояния выжившего плода с использованием УЗИ, КТГ, доплерографии с оценкой МСК СМА для диагностики возможной анемии.

Иные диагностические исследования

- Беременным с монохориальным многоплодием с целью своевременной диагностики акушерских осложнений рекомендованы консультации врача- акушера-гинеколога 1 раз в 2 недели с 16 недель беременности (включая контроль артериального давления, прибавки массы тела, оценку лабораторных показателей).
- Беременным с ди/трихориальным многоплодием с целью своевременной диагностики акушерских осложнений рекомендованы консультации врача- акушера-гинеколога 1 раз в 4 недели с 16 по 34 неделю беременности, далее 1 раз в 2 недели (включая контроль артериального давления, прибавки массы тела, оценку лабораторных показателей) .
- Рекомендовано направлять пациентку на консультацию к врачу-терапевту и врачу-стоматологу при 1-м визите и в 3-м триместре беременности, к врачу-офтальмологу при 1-м визите.⁸

- Рекомендовано направлять пациентку с двойней в 11-13⁶ недель беременности на проведение скрининга 1-го триместра, который включает комбинацию УЗИ толщины воротникового пространства (ТВП), исследование уровня хорионического гонадотропина в крови (ХГ) и исследование уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А) с последующим программным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными заболеваниями .
- При гибели одного из плодов после 10 недель беременности для скрининга хромосомных заболеваний рекомендовано использовать только данные УЗИ плода с оценкой ТВП, так как уровни β -ХГЧ и РАРР-А не будут объективно отражать состояние живого плода.

При гибели одного из плодов до 10 недель беременности для скрининга хромосомных заболеваний рекомендовано использовать комбинацию результата УЗИ плода и исследования сыворотки крови на β -ХГЧ и РАРР-А, также как и при одноплодной беременности.

При многоплодной беременности тремя и более эмбрионами рекомендовано рассмотреть вопрос о проведении редукции избыточных эмбрионов в сроке 10-12 недель .

- Не рекомендовано направлять пациентку на рутинное проведение биохимического скрининга 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ в крови, исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня неконъюгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и исследование уровня ингибина А в крови (четверной скрининг).
- Рекомендовано направлять пациентку с высоким риском анеуплоидии плода по данным скрининга 1-го триместра или НИПС, и/или выявленными пороками развития плода/плодов по данным УЗИ 1-го триместра, и/или высоким риском хромосомных или генных заболеваний, или выявленных пороков развития плода по данным УЗИ 2-го триместра, на проведение медико-генетического консультирования, в ходе которого врач-генетик рекомендует или не рекомендует пациентке инвазивную пренатальную диагностику (биопсия ворсин хориона,

амниоцентез) с исследованием полученного материала методами цитогенетического или молекулярного кариотипирования . В случае назначения инвазивной пренатальной диагностики исследование рекомендовано проводить у обоих плодов вне зависимости от типа плацентации .

- При необходимости инвазивной пренатальной диагностики пациентке рекомендована биопсия хориона/плаценты в 11–14 недель беременности, поскольку более ранняя диагностика хромосомных заболеваний позволяет выполнить прерывание беременности или селективную элиминацию плода с меньшим риском.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения¹²

Немедикаментозные методы коррекции жалоб

Немедикаментозные методы коррекции жалоб у пациенток с многоплодием проводятся согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»¹³.

Медикаментозные методы коррекции жалоб

Медикаментозные методы коррекции жалоб, назначение витаминов и пищевых добавок пациенткам с многоплодием проводятся согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»¹³.

Лечение осложнений многоплодной беременности

Лечение фето-фетального трансфузионного синдрома

- Беременным с ФФТС рекомендованы следующие методы лечения: серийная амниоредукция; лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты II–IV стадии (селективная/ неселективная/ тактика Соломона), селективная элиминация плода; консервативное ведение на I стадии ФФТС.

Беременным с ФФТС II–IV стадии в случае отсутствия противопоказаний в сроке беременности 16–26 недель рекомендовано проводить лазерную коагуляцию анастомозов плаценты. Беременным с многоплодием селективную элиминацию плода (остановка сердечной деятельности) рекомендовано применять при наличии грубых аномалий развития одного из плодов, сочетания ФФТС с ССЗРП одного из плодов при дискордантности более

40% (до 22 недель беременности), при IV стадии ФФТС в случае отсутствия технической возможности выполнения лазерной коагуляции. Проводят коагуляцию сосудов пуповины одного из плодов фетоскопическим или пункционным доступом .

- Беременным в случае гибели одного из плодов после лечения с целью пролонгирования беременности рекомендовано продолжить выжидательную тактику ведения .

Лечение синдрома селективной задержки роста плода

- У беременных с монохориальным многоплодием, осложненным ССЗРП, декомпенсацию состояния плода с задержкой роста, визуализацию отрицательной А-волны в венозном протоке после 28 недель беременности рекомендовано считать показанием к досрочному оперативному родоразрешению после профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плодов .
- Беременным с монохориальным многоплодием, осложненным ССЗРП, в связи с высоким риском гибели плодов при I типе ССЗРП рекомендовано родоразрешение в 34-35 недель, при II и III типах – в сроке 30-32 недели беременности .
- Лечение синдрома анемии-полицитемии
- Беременным с монохориальным многоплодием, осложненным САП, при отсутствии признаков тяжелой анемии плода-донора (МСК СМА менее 1,6 МОМ, отсутствие водянки) беременность рекомендовано вести консервативно с регулярным УЗИ плодов 1 раз в 7 дней [7, 36].
- При обнаружении анемии плода тяжелой степени в сроках от 16 до 28 недель рекомендована фетоскопическая лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты .
- При невозможности фетоскопии и лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты у беременных с САП тяжелой степени в сроках от 16 до 32 недель рекомендовано внутриутробное хирургическое лечение в виде переливания эритроцитарной массы обеднённой лейкоцитами и тромбоцитами плоду с анемией. Родоразрешение при монохориальной многоплодной беременности, осложненной САП, рекомендовано в 32-35 недель после профилактики РДС.

Лечение синдрома обратной артериальной перфузии

- Рекомендована выжидательная тактика ведения МХДА двойни, осложнённой СОАП, при отсутствии признаков прогрессирования заболевания (отсутствие роста и кровотока у плода с акардией), УЗИ с доплерографией 1 раз в 14 дней с 16 до 26 недели беременности с последующим ведением беременности согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»¹⁴.
- При прогрессировании СОАП (нарастание массы плода с акардией; нарастание его размеров, превышающих 50% размеров плода-помпы; наличие кровотока в его сосудах; декомпенсация плода-помпы – наличие УЗ признаков кардиомиопатии и многоводия), а также у беременных с МХМА двойней рекомендовано внутриутробное хирургическое вмешательство, направленное на прекращение кровоснабжения плода с акардией
- Беременным с монохориальным многоплодием, осложненным СОАП, рекомендована интерстициальная или фетоскопическая лазерная коагуляция сосудов пуповины акардиального плода под контролем УЗИ; при моноамниотической двойне с целью профилактики спутывания пуповин - эндоскопическое отсечение пуповины плода с акардией .

Тактика при гибели одного и более плодов

- Беременным с монохориальным многоплодием и гибелью одного плода с целью профилактики перинатальных и неонатальных осложнений не рекомендовано экстренное родоразрешение при отсутствии других акушерских показаний и данных о нарушении состояния второго плода .
- При гибели одного плода из монохориальной двойни родоразрешение беременной рекомендовано в 34–36 недель после профилактики РДС плода.
- При гибели одного плода из дихориальной двойни в случае отсутствия других акушерских показаний и данных о нарушении состояния второго плода беременность рекомендовано вести выжидательно под строгим контролем состояния плода по данным УЗИ и показателей лабораторного обследования беременной.

Родоразрешение при многоплодной беременности

- С пациентками, беременными двойней или тройней, рекомендовано обсуждать сроки родов и возможные способы родоразрешения в начале 3-го триместра беременности .
- При неосложнённой беременности монохориальной двойней рекомендовано

родоразрешение в 36–37 недель, дихориальной двойней - в 37–38 недель, тройней - в 35–36 недель .

- При неосложнённой беременности МХМА двойней рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения в 32–34 недели .

Способ родоразрешения

- Для выбора метода родоразрешения рекомендовано учитывать следующие факторы: срок беременности, степень перинатального риска, число плодов, хориальность и амниальность, положение и предлежание плодов, предполагаемые массы плодов, наличие осложнений, состояние матери (наличие экстрагенитальных заболеваний и/или осложнений беременности), наличие информированного добровольного согласия пациентки .
- При сроке беременности 32 недели и более при головном предлежании первого плода пациентку рекомендовано информировать, что вагинальные роды не связаны с риском увеличения осложнений для матери и новорождённых. Рекомендовано рассмотреть возможность отсроченных родов второго плода при рождении первого плода до 28-й недели беременности .

С целью улучшения перинатальных исходов и снижения рисков травматизации плодов в родах при досрочном родоразрешении и ПМП менее 1500 г пациенткам с двойней рекомендовано рассмотреть вопрос о кесаревом сечении. Не рекомендовано рассматривать кесарево сечение как метод выбора при родоразрешении женщин с неосложненной МХДА двойней.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не применимо.

5. Дополнительные методы диагностики.

Не применимо

6. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии:

Порядок информирования не требуется.

7. Показания к госпитализации в акушерско -гинекологический стационар:

- Клинические проявления угрожающего выкидыша.
- Укорочение шейки матки менее 25 мм по данным трансвагинального УЗИ.
- Развитие специфических осложнений монохориальной многоплодной беременности, требующих внутриутробных вмешательств (ФФТС, СОАП, САП).
- Пациентки с синдромом селективной задержки роста плода, I тип – в 33-34 недели, II, III тип в 29-30 недель.
- Антенатальная гибель одного или обоих плодов.
- Клинические проявления угрожающих преждевременных родов.
- Излитие или подтекание околоплодных вод.
- Клинические проявления преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
- Клинические проявления преэклампсии.
- Начавшиеся роды.

8. Критерии оценки качества медицинской помощи

| № | Критерии качества | Уровень убедительности рекомендаций | Уровень достоверности доказательств |
|----|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | Установлен срок беременности в 1-м триместре (при раннем обращении) | A | 2 |
| 2. | Установлена многоплодная беременность в 1-м триместре (при раннем обращении) | A | 1 |
| 3. | Пациентка с двойней направлена на скрининг анеуплоидий в 1-м триместре (при обращении до 13 ⁶ недель беременности) | B | 2 |
| 4. | Назначены препараты прогестерона при укорочении шейки матки менее 25 мм для профилактики прерывания беременности | A | 1 |
| 5. | Проведена профилактика респираторного дистресс-синдрома плодов при клинических проявлениях угрожающих преждевременных родов (повышенный тонус матки, укорочение шейки матки, открытие наружного зева) | B | 3 |

9. Регламентирующие документы:

-ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (2021)

-приказ №1130 н об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология,, от 12.11.2020г.

10. Информация для пациента

Первым и самым важным пунктом в начале каждой беременности, а особенно многоплодной, является консультация врача акушера-гинеколога, во время которой подтверждается факт многоплодия, определяется срок, проводится общий и гинекологический осмотр, также составляется план дальнейших обследований, осмотров, и даются рекомендации по образу жизни, питанию, назначаются необходимые витамины и лекарственные препараты (при необходимости).

Кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью монохориальной двойней составляет в среднем 12 раз, дихориальной двойней - 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель).

Беременным с многоплодием рекомендуется дополнительная нутритивная поддержка в целях обеспечения повышенной потребности в энергии, белке, углеводах, жирах и микронутриентах. Следует четко соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, соблюдать рекомендации по правильному образу жизни во время беременности, а именно:

- избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость,
- избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения,
- быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20-30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний),
- при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин,
- при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности,
- правильно и регулярно питаться: потреблять пищу достаточной калорийности с оптимальным содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, с

обязательным включением в рацион овощей, мяса, рыбы, бобовых, орехов, фруктов и продуктов из цельного зерна,

- помимо сбалансированного рациона, необходимо помнить о профилактике анемии с 18-20 недель (диета, основанная на потреблении продуктов питания, обогащенных железом и/или препаратов железа),
- контролировать прибавку массы тела (в зависимости от исходного индекса массы тела), не менее 18-20кг за беременность,
- ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспрессо по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл),
- если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет,
- избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.

Немаловажным для беременной женщины является ее эмоциональный фон. На всем протяжении беременности Вам нужно избегать стрессовых ситуаций и эмоциональных переживаний.

Половые контакты во время беременности не запрещены при Вашем нормальном самочувствии. В случае болей, дискомфорта, появлении кровянистых выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.

Также Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:

- рвота > 5 раз в сутки,
- потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели,
- повышение артериального давления > 135/90 мм рт. ст.,
- проблемы со зрением, такие как размытие или мигание перед глазами,
- сильная головная боль,
- боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.),
- эпигастральная боль (в области желудка),
- отек лица, рук или ног,
- появление кровянистых или обильных жидких выделений из половых путей,
- лихорадка более 37,5,
- резкое увеличение размеров живота, резкий набор массы тела
- отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 часов (после 20 недель беременности).

Если у Вас резус-отрицательная кровь, то Вашему мужу желательно сдать анализ на определение резус-фактора. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа Ваши дальнейшие исследования на выявления антирезусных антител и введение антирезусного иммуноглобулина не потребуются.

При многоплодии родоразрешение осуществляется по акушерским показаниям, то есть самостоятельные роды не противопоказаны, а желательны. Но сроки и методы родоразрешения у каждой конкретной женщины определяются индивидуально, так как роды следует провести раньше 40 недель, из-за повышенного риска осложнений, как со стороны плодов, так и будущей матери. В зависимости от состояния родовых путей врач может предложить и обсудить с Вами тот или иной метод подготовки родовых путей и индукции родов.

В родовспомогательном учреждении Вам подробно расскажут и помогут наладить лактацию, так как грудное вскармливание крайне важно для новорожденных.

11. Алгоритмы действий врача

Ранняя диагностика многоплодной беременности

УЗИ в I триместре беременности 11 недель 0 дней – 13 недель 6 дней (КТР 45-84мм) с целью диагностики:

- срока беременности (по большему эмбриону)
- определение хориальности и количества амниотических полостей
- маркеров хромосомных и структурных аномалий развития

Хориальность:

- Определение хориальности с использованием:
 - количество плацент и/или
 - лямбда или Т-знак
 - толщина амниотической перегородки
- Для пациенток обратившихся после 14 недель беременности использовать все параметры и разницу пола плодов
- Не используется 3D эхография.

Проблема детерминации хориальности:

- использование трансвагинального датчика в случае невозможной оценки при трансабдоминальном исследовании
- при невозможности установления хориальности провести повторный осмотр с привлечением других специалистов,
- в случае неустановленной хориальности вести как монохориальную беременность

Провести консультацию беременной в учреждении 2-3 группы в случаях:

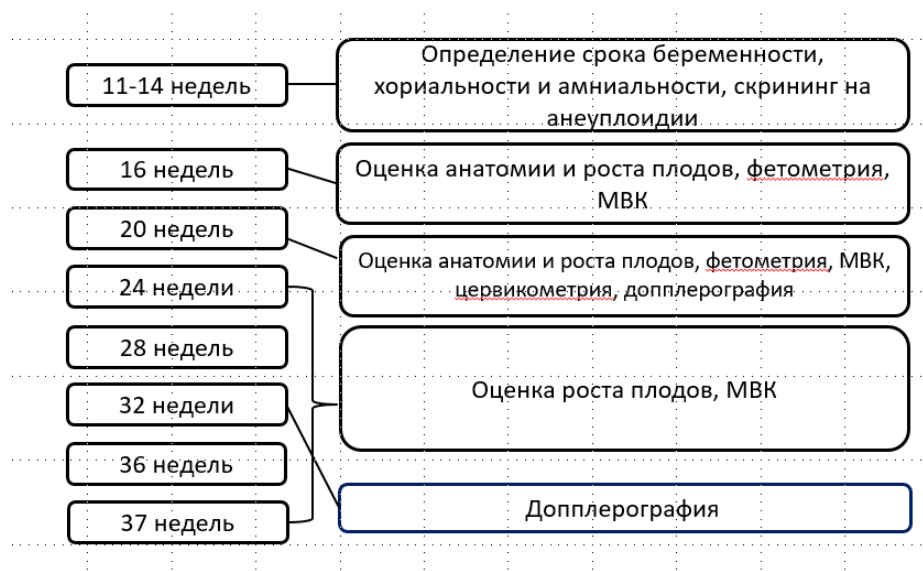
- монохориальной моноамниотической двойни
- монохориальной моноамниотической тройни
- монохориальной диамниотической двойни
- дихориальной диамниотической тройни

Алгоритм ультразвукового исследования при многоплодной беременности

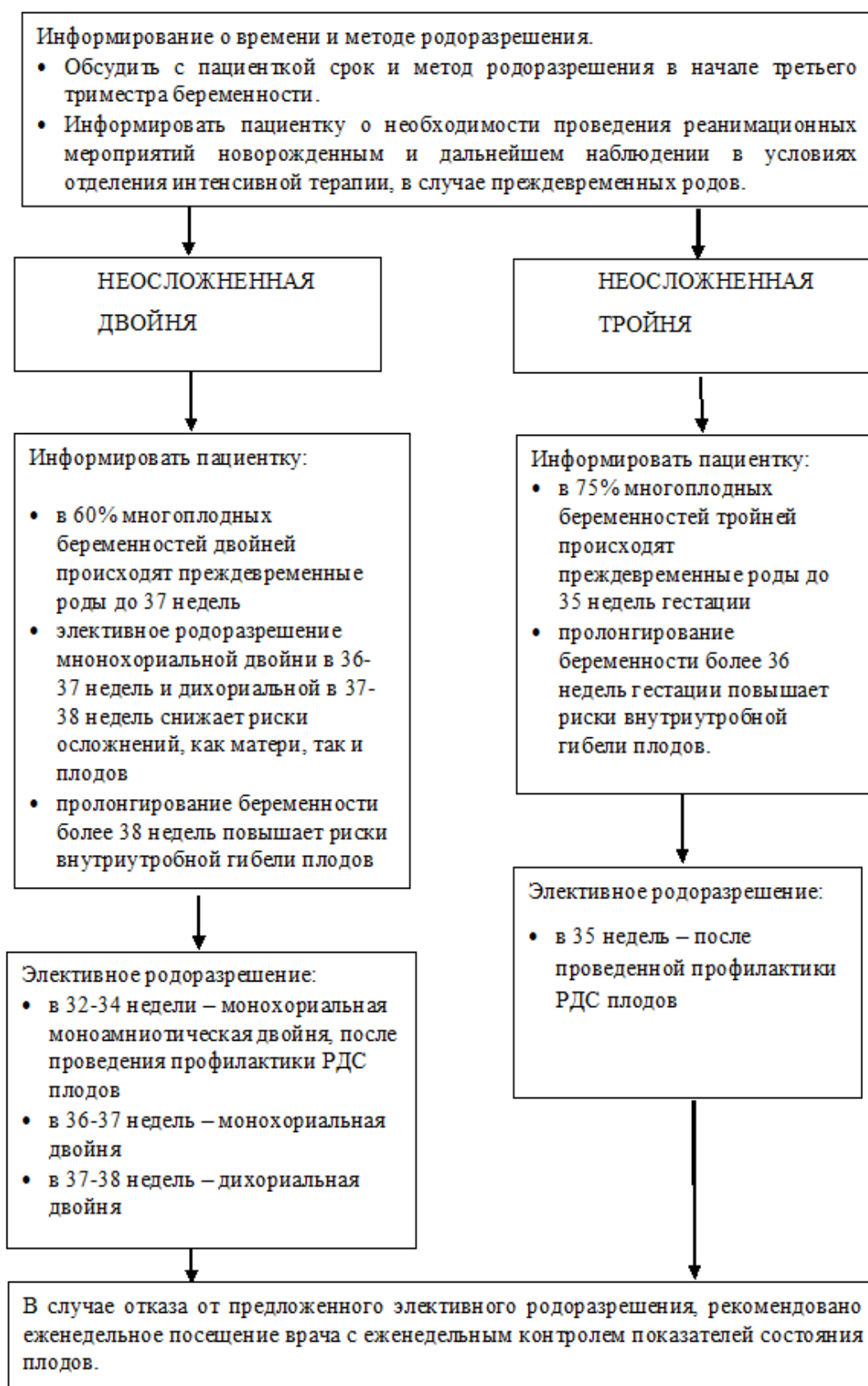
Монохориальная двойня



Дихориальная двойня



Сроки родоразрешения



10. Информация для пациента

Первым и самым важным пунктом в начале каждой беременности, а особенно многоплодной, является консультация врача акушера-гинеколога, во время которой подтверждается факт многоплодия, определяется срок, проводится общий и гинекологический осмотр, также составляется план дальнейших обследований, осмотров, и даются рекомендации по образу жизни, питанию, назначаются необходимые витамины и лекарственные препараты (при необходимости).

Кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью монохориальной двойней составляет в среднем 12 раз, дихориальной двойней - 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель).

Беременным с многоплодием рекомендуется дополнительная нутритивная поддержка в целях обеспечения повышенной потребности в энергии, белке, углеводах, жирах и микронутриентах. Следует четко соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, соблюдать рекомендации по правильному образу жизни во время беременности, а именно:

- избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость,
- избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения,
- быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20-30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний),
- при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин,
- при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности,
- правильно и регулярно питаться: потреблять пищу достаточной калорийности с оптимальным содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, с обязательным включением в рацион овощей, мяса, рыбы, бобовых, орехов, фруктов и продуктов из цельного зерна,

- помимо сбалансированного рациона, необходимо помнить о профилактике анемии с 18-20 недель (диета, основанная на потреблении продуктов питания, обогащенных железом и/или препаратов железа),
- контролировать прибавку массы тела (в зависимости от исходного индекса массы тела), не менее 18-20кг за беременность,
- ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспрессо по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл),
- если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет,
- избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.

Немаловажным для беременной женщины является ее эмоциональный фон. На всем протяжении беременности Вам нужно избегать стрессовых ситуаций и эмоциональных переживаний.

Половые контакты во время беременности не запрещены при Вашем нормальном самочувствии. В случае болей, дискомфорта, появлении кровянистых выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.

Также Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:

- рвота > 5 раз в сутки,
- потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели,
- повышение артериального давления > 135/90 мм рт. ст.,
- проблемы со зрением, такие как размытие или мигание перед глазами,
- сильная головная боль,
- боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.),
- эпигастральная боль (в области желудка),
- отек лица, рук или ног,
- появление кровянистых или обильных жидких выделений из половых путей,
- лихорадка более 37,5,
- резкое увеличение размеров живота, резкий набор массы тела
- отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 часов (после 20 недель беременности).

Если у Вас резус-отрицательная кровь, то Вашему мужу желательно сдать анализ на определение резус-фактора. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа

Ваши дальнейшие исследования на выявление антирезусных антител и введение антирезусного иммуноглобулина не потребуются.

При многоплодии родоразрешение осуществляется по акушерским показаниям, то есть самостоятельные роды не противопоказаны, а желательны. Но сроки и методы родоразрешения у каждой конкретной женщины определяются индивидуально, так как роды следует провести раньше 40 недель, из-за повышенного риска осложнений, как со стороны плодов, так и будущей матери. В зависимости от состояния родовых путей врач может предложить и обсудить с Вами тот или иной метод подготовки родовых путей и индукции родов.

В родовспомогательном учреждении Вам подробно расскажут и помогут наладить лактацию, так как грудное вскармливание крайне важно для новорожденных.