

Министерство здравоохранения Свердловской области
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Свердловский областной медицинский колледж»

Многоплодная беременность

Исполнитель:
Костина Алена Алексеевна,
студентка группы 491 МС

Многоплодная беременность -
беременность двумя или большим
количеством плодов

Два плода – двойня

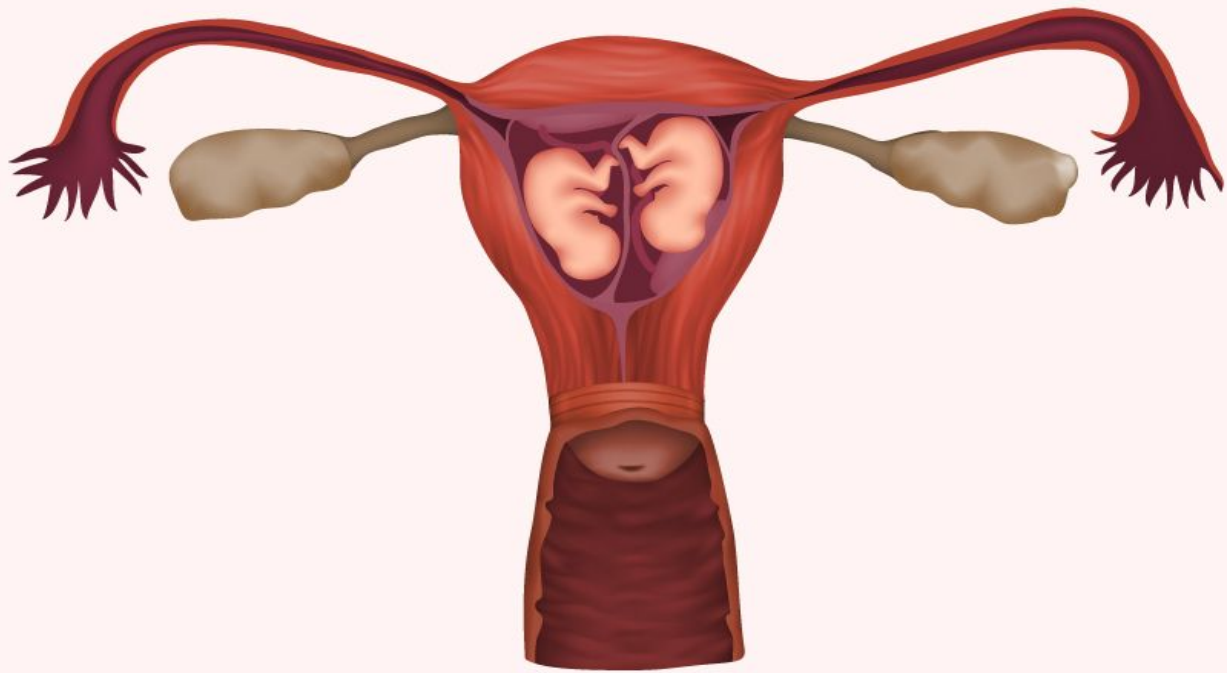
Три плода – тройня

Четыре плода – четверня и т.д.

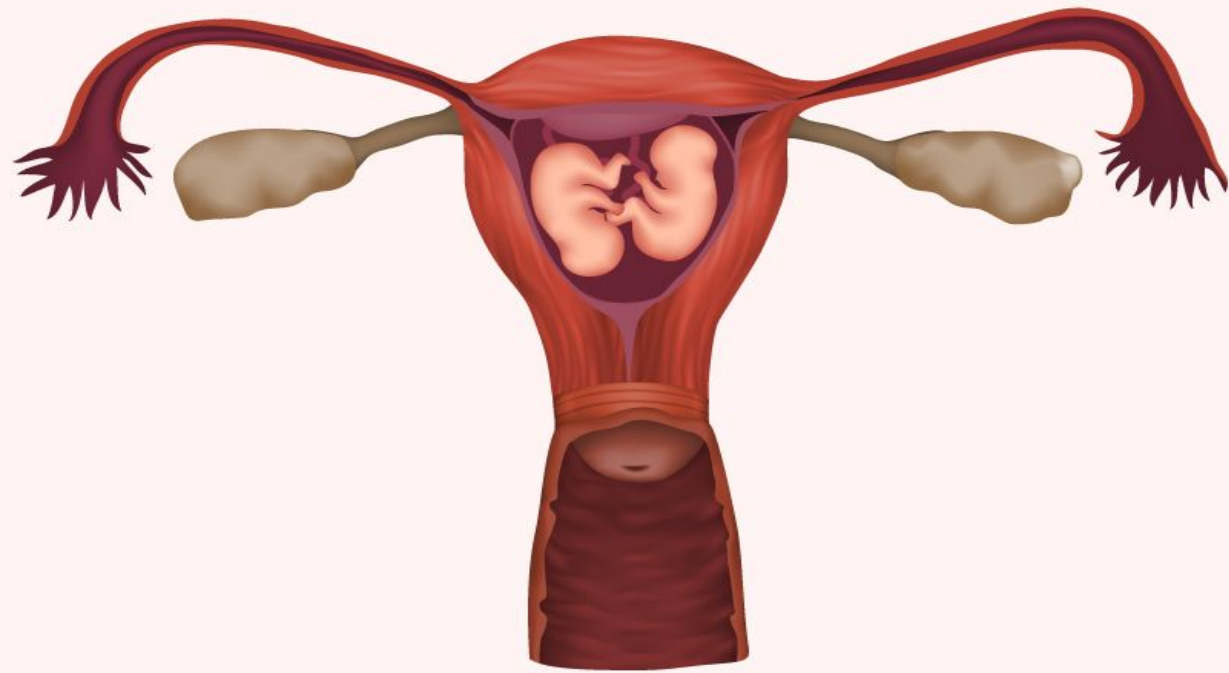
Многоплодная беременность Составляет
в среднем 1-2 % от общего числа родов
Частота встречаемости при различном
количестве плодов следующая: двойни-1 на
87 родов тройни-1 на 87 двоен (6400 родов)
четыре плода – 1 на 87 троен (51 тыс.)



Дизиготные
близнецы



Монозиготные
близнецы



Диагностика

Клинические и анамнестические признаки:

- Высокие показатели ХГ и аФП (более чем в 4 раза)
- Семейный анамнез
- Анамнез стимуляции овуляции гонадотропинами, кломифеном
- Анамнез ЭКО
- Избыточная прибавка массы тела
- Высота стояния дна матки на 4 и более см. больше, чем характерно для данного срока, увеличение окружности живота.
- Пальпация частей плода, размеры головки плода, не соответствующие размерам матки.
- Аускультация в двух и более местах сердцебиения плода

Диагностика

УЗИ - золотой стандарт в диагностике многоплодной беременности

Точность - 99,3%

Возможна с 6 – 7 недель гестации

При использовании влагалищного датчика с 4-5 недели гестации

Позволяет определить число плодов, амнионов, хо реальность (особенно в первые 14 нед.)

Дифференциальная диагностика бихориальных от монохориальных близнецов проще в первом триместре и может быть выполнена при трансвагинальном УЗИ в 5 недель



Осложнения беременности

Осложнения у матери:

- Анемия (в 2 раза чаще, чем при одноплодной беременности)
- Спонтанные аборт (2 раза чаще, чем при одноплодной беременности Ранние токсикозы (тошнота и рвота протекают тяжелее)
- Индуцированная беременностью гипертензия (в 3 раза чаще, чем при одноплодной)
- Гестозы (у 20-40% беременных с многоплодием)
- Угроза преждевременных родов, преждевременные роды (36,6%-50%)
- Преждевременное отхождение околоплодных вод (25% случаев) что вдвое превышает частоту при одноплодной беременности
- Многоводие наблюдается в 5-8% при беременности двойней
- Острое многоводие до 28 недель беременности возникает у 1,7% двоен.
- Нарушение толерантности к глюкозе Холестаз беременных

Осложнения у матери в родах и послеродовом периоде:

- слабость родовой деятельности кровотечение в раннем послеродовом периоде(20%)
- субинволюция матки в послеродовом периоде

Осложнения беременности

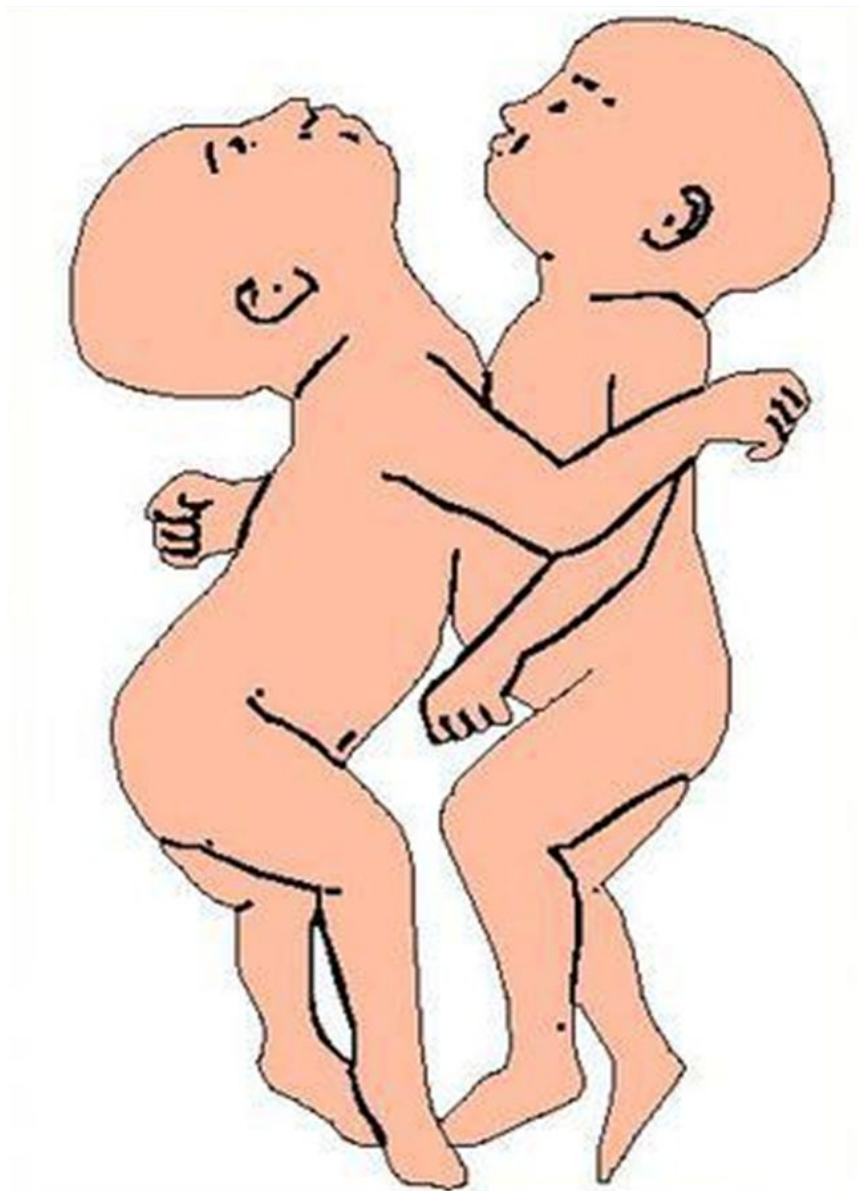
Осложнения у плода:

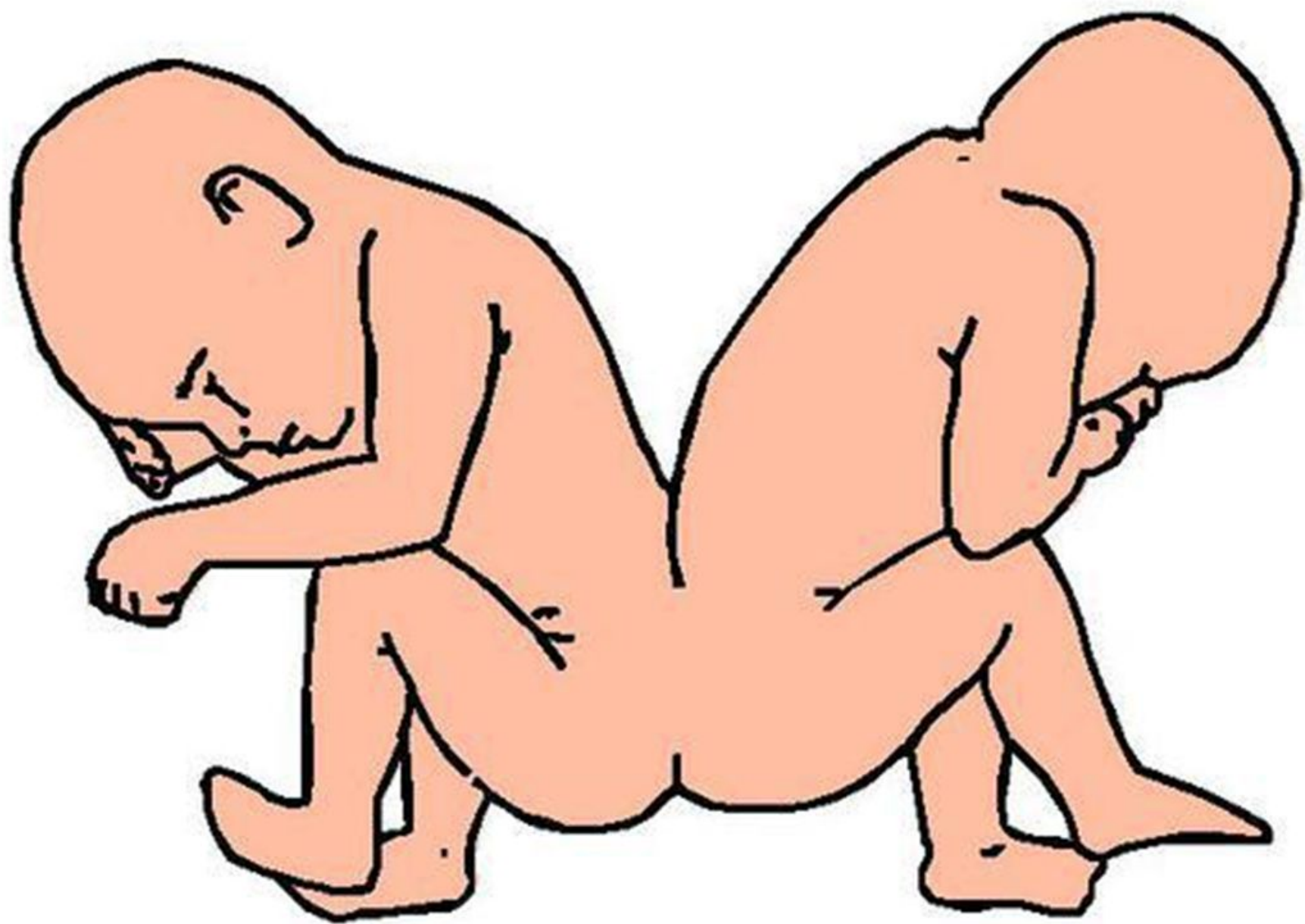
- Высокая перинатальная смертность составляет 15%
- Недоношенность - малая масса тела при рождении (55% масса менее 2500) -синдром дыхательных расстройств -внутричерепные кровоизлияния -сепсис -некротический энтероколит
Средняя продолжительность беременности: Двойни-35 недель Тройни-33 недели Четверни-29 недель
- Врожденные пороки развития
- Соединенные близнецы

Частота – 1: 900 беременностей двойней

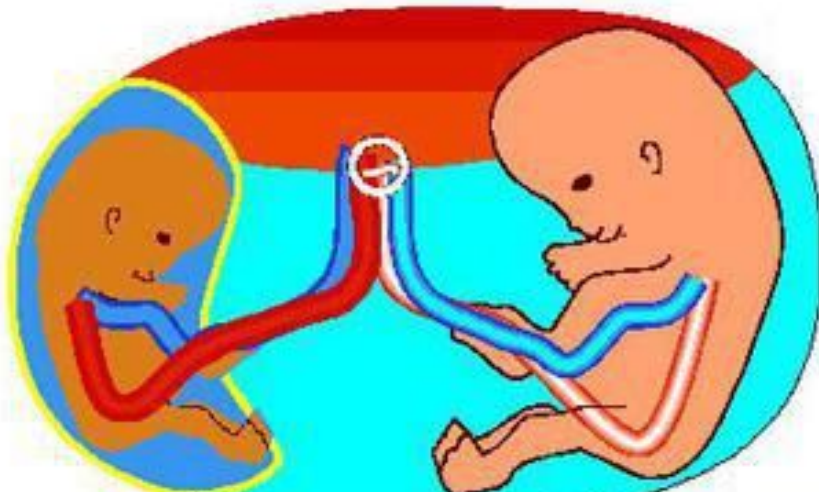
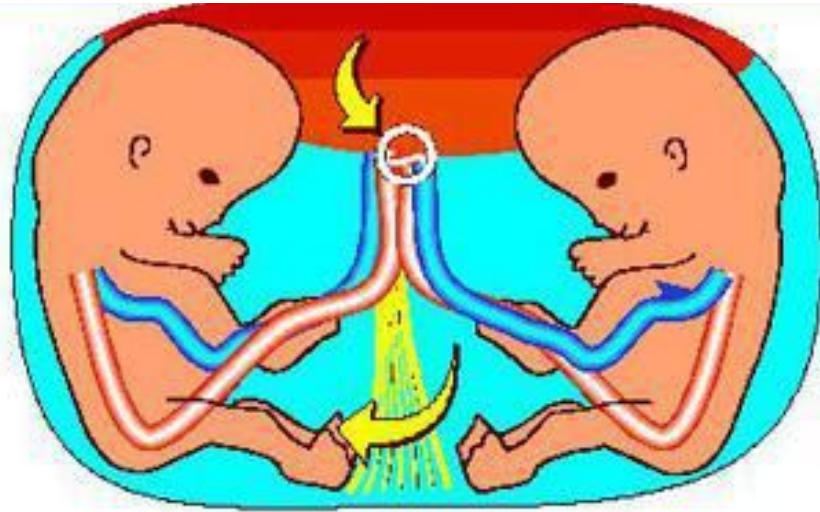
Классификация основана на участке тела, которыми они соединены между собой: торакопаги-сросшиеся в области грудной клетки (40%) омфалопаги – сросшиеся в области передней брюшной стенки (35%) пигопаги- сросшиеся в области крестца (18%) ишиопаги – сросшиеся в области промежности (6%) краниопаги – сросшиеся в области головы (2%)

- Патология пуповины и плаценты: -предлежание плаценты -отслойка плаценты (чаще во II периоде родов) -оболочечное прикрепление пуповины (7% при двойне) -предлежание пуповины (8,7 % у двоен), -выпадение пуповины в родах









Осложнения беременности

Осложнения у плода:

- Неправильное предлежание плода во время родов (50%- в 10 раз чаще, чем при одноплодной беременности):

-Головное-головное 50%

-Головное-тазовое 30%

-Тазовое-головное 10%

-Поперечное для одного или двух плодов 10%

- Коллизия - Сцепление близнецов во время родов

Диагноз ставится в период изгнания плодов Наблюдается при тазовом-головном предлежании

- Различные варианты нарушения развития одного или обоих плодов-близнецов:

физиологическое развитие обоих плодов-17,4%

равномерная гипотрофия обоих плодов – 30,9%

равномерная гипотрофия обоих плодов – 30,9%

неравномерное развитие близнецов -35,3%

врожденная патология развития плодов-11,5%

антенатальная гибель одного плода - 4,1%



45 %

Головное + головное



37 %

Головное + тазовое



10 %

Тазовое + тазовое



5 %

Головное + поперечное



2 %

Тазовое + поперечное



0,5 %

Поперечное + поперечное

Коллизия



Неправильное предлежание плода

Ведение беременности:

- Посещение женской консультации до 28 недель 2 раза в месяц, после 28 недель 1 раз в 7-10 дней. В 28 недель выдают листок нетрудоспособности по беременности и родам.
- Посещение терапевта 3 раза за беременность.
- Оптимальная прибавка в весе 20-22 кг.
- С 16-20 недель противоанемическая терапия (железосодержащие препараты 60-100 мг/сутки и фолиевой кислоты 1 мг/сутки в течение 3 месяцев).
- Калорийность питания 3500 Ккал в сутки.
- Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха трижды по 1-2 часа (профилактика преждевременных родов).
- Трансвагинальная цервикография (22-27 недель риск преждевременных родов).
- Амниодренаж под контролем УЗИ
- При гибели плода и монохориальном типе плацентации немедленная окклюзия пуповины мертвого плода или кесарево сечение.
- При пороках развития окклюзия пуповины, внутрисердечное введение хлорида калия, спирта в сосуды пуповины.

Особенности родов

Показания к кесареву сечению

- Monoамниальные плоды независимо от положения плодов
- Соединенные близнецы
- Поперечное положение первого плода
- Тазовое предлежание первого плода при чрезмерном запрокидывании головки
- Поперечное положение второго плода, которое остается неизменным после рождения первого плода и попытки наружного поворота второго
- Больше чем два плода

Ведение вагинальных родов

- Оптимальное положение роженицы на левом боку
- Нельзя производить вскрытие амниона второго плода до вставления его предлежащей части во вход малого таза (большая опасность выпадения пуповины)
- При поперечном положении второго плода необходимо провести
- УЗИ для контроля за возможным изменением его положения.
- Наружно-внутренний поворот с последующей экстракцией плода за тазовый конец нежелателен ввиду тяжелых травматических осложнений для плода
- После рождения второго плода и плаценты необходимо повести профилактику кровотечения