Одобрено
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «26» мая 2023 года
Протокол №181

КЛИНИЧЕСКИ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	**Название**
O84.	Роды многоплодные
O84.0	Роды многоплодные, полностью самопроизвольные
O84.1	Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум-экстрактора
O84.2	Роды многоплодные, полностью путем кесарево сечения
O84.8	Другое родоразрешение при многоплодных родах
O84.9	Роды многоплодные, неуточненные

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2013 год (пересмотр 2022 год)

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

МБ	многоплодная беременность
ФФТС	фето – фетальный трансфузионный синдром
ФЛКСА	фетоскопическая лазерная коагуляция анастомозов
ЭКО	экстракорпоральное оплодотворение
ХГЧ	хорионический гонадотропин человека
АФП	альфафетопротеин
ЦДК	цветное доплеровское картирование
ПВП	Предполагаемый вес плода
ГВК	глубокий вертикальный карман
TAPS	Последовательность полицитемии близнецовой анемии
УЗИ	Ультразвуковое исследование
NICE	Национальный институт здравоохранения и передового опыта

1.4 Пользователи протокола: акушер-гинекологи, акушерки.

1.5 Категория пациентов: беременные с двумя и большим числом плодов.

1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты, которых

	могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

1.7 Определение [2]**: Многоплодной** называется беременность, при которой одновременно развивается два или большее число плодов, составляет 1 – 2 % от общего количества родов, на многоплодные роды приходится 10 – 14 % от всей перинатальной смертности, что в 5 – 10 раз выше, чем при одноплодной беременности.

✓ Многоплодная беременность происходит примерно в одной из 60 беременностей.

✓ Чаще встречается с возрастом или при лечении бесплодия.

1.8 Клиническая классификация (см приложение 1) [2]**:**

По зиготности:

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

• Дизиготные, двуяйцевые, неидентичные (2/3 всех двоен). Образуются при оплодотворении двух яйцеклеток двумя сперматозоидами, вследствие чего каждый эмбрион получает генетический материал отдельно как от матери, так и от отца.

По типу хориальности (плацентации) выделяют:

- дихориальная - диамниотическую (две плаценты – 80%);
- монохориальная (одна плацента – 20 %):

➢ монохориальная, диамниотическая;

➢ монохориальная, моноамниотическая.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

2.1 Диагностические критерии

Жалобы и анамнез:

- анамнез ЭКО, стимуляции овуляции гонадотропинами, кломифеном;
- семейный анамнез;
- жалобы в зависимости от течения беременности и осложнений.

Физикальное обследование:

• высота стояния дна матки на 4 см. и более превышает стандартный показатель, характерный для данного срока беременности; увеличение окружности живота;
• пальпация частей плодов (определение большого количества мелких частей);
• аускультация в двух и более местах сердцебиения плодов.

Лабораторные исследования:
• основные лабораторные исследования при неосложненной многоплодной беременности проводятся согласно протокола ведения физиологической беременности.

Инструментальные методы исследования:
• скрининговое (стандартное) УЗИ в 10-14, 20–22, 30-32 недели беременности для исключения аномалий развития;
• динамическая ультразвуковая фетометрия (для прогнозирования задержки внутриутробного развития плода/плодов, ФФТС со срока гестации 24 недели, каждые 3 – 4 недели);
• точное определение зиготности и хориальности определяет тактику ведения беременности!
• необходимо обозначить плоды (например, верхний и нижний или левый и правый) при беременности двойней или тройней и четко описать это в записях женщины, чтобы обеспечить последовательность на протяжении всей беременности [2];
• если женщина с беременностью двойней или тройней поступает после 14+0 недель, при первой же возможности определить хориальность и амнионность с помощью ультразвука, используя все нижеперечисленное:
➢ количество плацентарных образований;
➢ наличие амниотической оболочки (оболочек) и ее толщина;
➢ лямбда или Т-знак;
➢ дискордантный плод [2].
• если невозможно определить хорион или амнион с помощью ультразвука во время обнаружения беременности двойней или тройней, направить беременную к медицинскому работнику, компетентному в определении хорионизма и амниона с помощью ультразвукового сканирования [2];
• если сложно определить хорионичность даже после направления (например, из-за позднего срока беременности), необходимо вести беременность как монохориальную беременность, пока не будет доказано обратное [2];
• проводить регулярные клинические осмотры для оценки точности определения хорионичности и амниогенности [2];
• если результаты трансабдоминального ультразвукового сканирования плохие из-за загиба матки или высокого ИМТ, используйте трансвагинальное ультразвуковое сканирование для определения хорионизма и амниогенности [2];
• нельзя использовать трехмерное (3-D) ультразвуковое сканирование для определения хорионизма и амниогенности [2];
• ЦДК сосудов плаценты при монохориальном типе плацентации (при наличии условий для коагуляции анастомозов при ФФТС с 20-22 недель). При наличии ЗВУР одного из плодов - еженедельная оценка биофизического профиля, индекса амниотической жидкости, еженедельная КТГ и допплерометрия МППК.

По данным УЗИ тип хориальности необходимо определять до 14 недель беременности. (*Важно использовать последовательную стратегию выявления и*

маркировки каждого близнеца при последовательных обследованиях во втором и третьем триместрах. Поскольку может возникнуть путаница, когда, кажется, что предлежащий близнец меняет положение. Важно описать положение плаценты и пол каждого близнеца. У однополых близнецов каждый близнец может быть идентифицирован на основе его ориентации относительно другого близнеца: слева или справа сбоку для близнецов, расположенных рядом друг с другом, и сверху (фундально) или снизу (шейный) для близнецов, расположенных вертикально. Нижний из латерально и вертикально ориентированных близнецов, наиболее вероятно, останется предлежащим близнецом на протяжении всей беременности).

Диагностические критерии осложнений многоплодной беременности:
Фето-фетальный трансфузионный синдром
(Фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС) возникает, когда кровь переходит от одного ребенка к другому. Ребенка, который теряет кровь, называют донором, а ребенка, получающего кровь, называют реципиентом. Фето-фетальный трансфузионный синдром является осложнением монохориальной многоплодной беременности, возникающей из-за общего плацентарного кровообращения. Его также называют синдромом трансфузии от близнецов при беременности двойней).
1) Обеспечить диагностический мониторинг фето-фетального трансфузионного синдрома женщинам с монохориальной беременностью двойней или тройней. Мониторинг с помощью УЗИ каждые 14 дней с 16 недель до рождения [2].
2) Использовать ультразвуковую оценку с видимой амниотической оболочкой в пределах изображения измерения для мониторинга фето-фетального трансфузионного синдрома. Измерьте глубину ГВК (deep vertical pocket) амниотической жидкости по обе стороны от амниотической мембраны [2].
3) Увеличить частоту диагностического мониторинга фето-фетального трансфузионного синдрома у женщины во втором и третьем триместре беременности как минимум до одного раза в неделю, если есть опасения по поводу различий между уровнями амниотической жидкости у плодов (разница в глубине ГВК на 4 см и более). Включить допплеровскую оценку кровотока в пупочной артерии для каждого ребенка [2].
4) Направить беременную в центр фетальной медицины третьего уровня, если диагностирован фето-фетальный трансфузионный синдром на основании следующего:
- амниотический мешок 1 плода имеет глубину ГВК менее 2 см и
- амниотический мешок другого плода имеет глубину ГВК:
- более 8 см до 20+0 недель беременности или
- свыше 10 см с 20+0 недель [2].
5) Направить беременную к назначенному ею акушеру-гинекологу по поводу многоплодной беременности во втором или третьем триместре, для дальнейшего обследования и наблюдения, если:
- амниотический мешок 1 плода имеет глубину ГВК в пределах нормы и
- амниотический мешок другого ребенка имеет глубину ГВК:
- менее 2 см или
- 8 см и более [2].

Признаки ФФТС по данным УЗИ:
- разность количества околоплодных вод у плодов (многоводие/маловодие);

• различие размеров мочевого пузыря (малые размеры/отсутствие у плода донора с маловодием и большие размеры мочевого пузыря с многоводием у плода рецепиента);
• водянка, асцит одного из плодов;
• различие массы плодов (более 20%). Опасность представляет, если разница в массе более 25-30%.

Задержка роста плода и фето-фетального трансфузионный синдром.
Скрининг: не предлагать женщинам с беременностью двойней или тройней скрининг на задержку роста плода или фето-фетальный трансфузионный синдром в первом триместре.

Диагностический мониторинг задержки роста плода при беременности дихориальной двойней и трихориальной тройней.
1) Не использовать пальпацию живота или измерения высоты дна матки для контроля ограничения роста плода при беременности с дихориальной двойней или трихориальной тройней [2].
2) При каждом УЗИ, с 16 недель у беременных с монохориальной двойней или тройней и с 24 недель у беременных с дихориальной двойней или трихориальной тройней предлагать диагностический мониторинг дискордантности массы плода по 2 и более биометрическим параметрам и уровням амниотической жидкости. Чтобы оценить уровень амниотической жидкости, измерить самый глубокий вертикальный карман (ГВК) по обе стороны от амниотической оболочки [2].
3) Продолжать мониторинг дискордантности веса плода с интервалами, не превышающими:
• 28 дней для женщин с дихориальной двойной беременностью;
• 14 дней для женщин с трихориальной трехплодной беременностью [2].
4) Рассчитать и документировать несоответствие оценочной массы плода (ПВП) для дихориальной двойни, используя приведенную ниже формулу [2]:
(ПВП более крупный плод − ПВП более мелкий плод) ÷ ПВП более крупный плод.
5) Описать дискордантность ПВП для трихориальных триплетов, используя приведенную ниже формулу [2]:
(ПВП самый крупный плод − ПВП самый маленький плод) ÷ ПВП самый крупный плод, а также (ПВП самый крупный плод − ПВП средний плод) ÷ ПВП самый крупный плод.
6) Увеличить диагностический мониторинг во втором и третьем триместрах как минимум еженедельно и включить допплерографию кровотока в пупочной артерии для каждого плода если:
• расхождение ПВП составляет 20% и более и/или
• ПВП любого из детей ниже 10-го центиля для гестационного возраста [2].
7) Направлять женщин с дихориальной двойней или трихориальной тройней в центр фетальной медицины третьего уровня, если расхождение ПВП составляет 25% или более, а ПВП любого из плодов ниже 10-го центиля для гестационного возраста, поскольку это клинически важный показатель селективной задержки роста плода [2].

Диагностический мониторинг осложнений монохориальности при многоплодной и тройной беременности:
• монохориальная беременность двойней или тройней — это беременность, при которой любой из детей имеет общую плаценту и хорионическую (внешнюю) оболочку.

К ним относятся монохориальные близнецы, а также дихориальные и монохориальные тройни;

- предлагать женщинам одновременный мониторинг синдрома фето-фетальной трансфузии, задержки роста плода и полицитемической последовательности анемии близнецов на поздних стадиях (TAPS) при каждом ультразвуковом исследовании для эффективного мониторинга всех осложнений монохориальности. Объясните, что относительная вероятность каждого осложнения меняется с увеличением срока беременности, но все они могут возникнуть в любом гестационном возрасте [2].

Последовательность полицитемии близнецовой анемии:

(Последовательности полицитемии близнецов (TAPS) - это осложнение, поражающее монохориальную беременность двойней или тройней. Это редкая хроническая форма фето-фетальной трансфузии, вызванная слиянием тонких кровеносных сосудов, соединяющих кровотоки плода с плацентой. Это проявляется, когда между близнецами антенатально наблюдаются неодинаковые показатели крови. Когда возникает TAPS, близнец-реципиент подвергается риску последовательного увеличения количества крови, называемого полицитемией, а близнец-донор — прогрессирующей кровопотери или анемии. TAPS происходит без различий в уровнях амниотической жидкости между плодами (многоводие-многоводие), которые обычно наблюдаются при ФФТС).

- предлагать еженедельный ультразвуковой мониторинг TAPS с 16 недель беременности с использованием пиковой систолической скорости средней мозговой артерии (MCA-PSV) женщинам, беременность которых осложнена:
- фето-фетальным трансфузионный синдромом, который лечили фетоскопической лазерной терапией или
- имеется селективная задержка роста плода (определяется дискордантностью ПВП 25% или более и ПВП любого из детей ниже 10-го центиля для гестационного возраста) [2].

- необходимо выполнить ультразвуковые измерения MCA-PSV, чтобы помочь обнаружить TAPS на поздних стадиях, и немедленно обратиться за советом по ведению к специалисту по фетальной медицине третьего уровня для беременных с монохориальной беременностью, демонстрирующих любой из следующих признаков:
- сердечно-сосудистые нарушения (например, водянка плода или кардиомегалия) или
- необъяснимое изолированное многоводие или
- аномальная пупочная артерия [2].

Показание для консультации специалистов: нет.

2.3 Дифференциальный диагноз: проводится с многоводием, крупным плодом.

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Цели лечения: Профилактика акушерских, и перинатальных осложнений при многоплодной беременности.

Четко объяснить цели и возможные результаты всех скрининговых и диагностических тестов пациенткам с беременностью двойней или тройней, чтобы свести к минимуму их тревогу. Дать беременным с двойней или тройней такие же рекомендации по диете,

образу жизни и пищевым добавкам, как и при обычном дородовом наблюдении (см. руководство NICE по дородовому наблюдению при неосложненной беременности) [2].
Иметь в виду более высокую частоту анемии у пациенток с беременностью двойней или тройней по сравнению с пациентками с одноплодной беременностью [2].
Проводить общий анализ крови в сроке от 20 до 24 недель, чтобы выявить беременных двойней или тройней, которым необходимо раннее введение препаратов железа или фолиевой кислоты (это в дополнение к тесту на анемию при плановой записи на прием, рекомендованному в руководстве NICE, по дородовой помощи при неосложненной беременности). Повторить анализ после 28 недель, как при обычном дородовом наблюдении [2].

Антенатальная информация для женщин (см приложение 8).
Информация о скрининге:
1) Медицинский работник, имеющий опыт ухода за женщинами с многоплодной и тройной беременностью, должен предлагать женщинам информацию и консультации до и после каждого скринингового теста. [2011]
2) Информировать женщин с беременностью двойней или тройней о сложности решений, которые им, возможно, придется принять в зависимости от результатов скрининга, включая различные варианты в зависимости от хорионичности и амниогенности беременности [2].
Скрининг хромосомных состояний.
1) Предлагать женщинам с многоплодной беременностью информацию и скрининг на синдром Дауна, синдром Эдвардса и синдром Патау [2].
При беременности тройней:
2) Прежде чем предлагать скрининг на синдром Дауна, синдром Эдвардса и синдром Патау, дайте женщинам с беременностью тройней информацию о:
- большой вероятности синдрома Дауна, синдрома Эдвардса и синдрома Патау при беременности тройней;
- повышенном уровне ложноположительных результатов скрининговых тестов при беременности тройней;
- большой вероятности того, что им предложат инвазивное тестирование;
- большой вероятности осложнений инвазивного тестирования;
- физических рисках и психологических последствиях в краткосрочной и долгосрочной перспективах, связанных с выборочной редукцией плода [2].

Медицинские работники, проводящие скрининг синдрома Дауна, синдрома Эдвардса и синдрома Патау при трихориальной беременности тройней, должны:
- составить карту положения плодов;
- использовать значение воротникового пространства и возраст матери для скрининга синдрома Дауна, синдрома Эдвардса и синдрома Патау, когда длина темени-крестца составляет от 45,0 мм до 84,0 мм (примерно в возрасте от 11+2 недель до 14+1 недель)
- рассчитать вероятность синдрома Дауна, синдрома Эдвардса и синдрома Патау для каждого плода [2].

3) Направлять женщин с дихориальной и монохориальной тройной беременностью, которые хотят пройти скрининг на синдром Дауна, синдром Эдвардса и синдром Патау, в медико-генетический центр [2].

Скрининг структурных аномалий:

1) Предлагать скрининг структурных аномалий (таких как сердечные аномалии) при беременности двойней и тройней, как при обычной дородовой помощи [2].
2) Выделить 45 минут для сканирования роста плодов и аномалий при беременности двойней и тройней [2].

Скрининг преждевременных родов:

Разъяснить беременным и членам их семей или опекунам (при необходимости) о более высоком риске самопроизвольных преждевременных родов, чем у женщин с одноплодной беременностью и что этот риск увеличивается, если в анамнезе - самопроизвольные преждевременные роды [2].

Дородовой уход (см приложение 3).
Интранатальный уход (см приложение 4).
Профилактика преждевременных родов (см приложение 5).
Кортикостероиды (см приложение 6).
Планирование родов: информация и поддержка (см приложение 7).

Родоразрешение при неосложненной дихориальной/диамниотической двойне. Рекомендуется плановое родоразрешение на сроке от 38+0 до 38+6 недель беременности [1].

Родоразрешение при неосложненной монохориальной/диамниотической двойне - в 36+0 недель беременности или в 36+6 недель.

Родоразрешение при монохориальной/моноамниотической двойне. Предложить родоразрешение между 32+0 и 34+0 неделями беременности из-за высокого проспективного риска мертворождения по сравнению с неонатальной смертностью, несмотря на интенсивное наблюдение за плодом.

При антенатальной гибели одного из плодов при глубоко недоношенной беременности (до 34 недель), беременность пролонгируется. (*При монохориальной двойне при гибели одного из плодов очень часто развивается острая кровопотеря второго плода, что невозможно предотвратить даже срочным родоразрешением путем операции кесарево сечение. Поэтому при малых сроках гестации беременность также пролонгируется до 34 недель).*

При наличии резус-отрицательного фактора крови, при антенатальной гибели одного из плодов показано введение анти-Д резусного иммуноглобулина.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Плановая госпитализация:

Показания для направления на третий уровень госпитализации (см приложение 2).

- монохориальные моноамниотические двойни;
- дихориальные диамниотические тройни;
- монохориальные диамниотические тройни;
- монохориальные моноамниотические тройни.

Беременность, осложненная любым из следующих факторов:

- дискордантность веса плода (25% и более) и ПВП любого из плодов ниже 10-го центиля для гестационного возраста;
- аномалии плода (структурные или хромосомные);

- дискордантная гибель плода;
- фето-фетальный трансфузионный синдром;
- двойная обратная артериальная перфузионная последовательность (TRAP);
- сиамские близнецы или тройни;
- подозрение на TAPS [2].

4.2 Экстренная госпитализация: при возникновении осложнений вне зависимости от срока беременности.

Осложнения многоплодной беременности:

Для матери:

- анемия;
- гипертензия, индуцированная беременностью (14 – 20 %). Возникает в 3 раза чаще, чем при одноплодной беременности, протекает тяжелее;
- кровотечение во время беременности и в раннем послеродовом периоде - 20 %;
- многоводие наблюдается в 5 – 8 % при беременности двойней,особенно при моноамниотической двойне;
- преждевременный разрыв плодных оболочек -25%, что вдвое превышает частоту одноплодной беременности;
- спонтанные аборты. Их частота вдвое выше, чем при одноплодной беременности. Более 50 % беременностей, где в первый триместр по данным УЗИ диагностирована многоплодная беременность,заканчиваются родами одним плодом;
- тошнота, рвота беременных протекают тяжелее;
- нарушение толерантности к глюкозе;
- холестаз беременных.

➢ Необходимо измерение артериального давления и анализ мочи на протеинурию для скрининга гипертензивных нарушений на каждом дородовом приеме при беременности двойней и тройней [2].

➢ Рекомендовать женщинам с беременностью двойней или тройней принимать низкие дозы аспирина ежедневно с 12 недель до рождения детей [2].

Для плода:

Высокая перинатальная смертность - в 10 раз выше, чем при одноплодной беременности. Увеличивается прямо пропорционально количеству плодов, обусловлена высокой частотой преждевременных родов (до 50 %), и следующими осложнениями у новорожденных:

- малой массой тела при рождении (у 55% масса - менее 2500.0 гр.);
- синдром дыхательных расстройств;
- внутричерепным кровоизлиянием;
- сепсисом;
- некротическим энтероколитом.

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

- врожденные пороки развития – 2-10%;
- соединенные близнецы: частота 1:900 беременностей двойней;
- патология пуповины и плаценты;
- предлежание плаценты;

- отслойка плаценты (чаще во II периоде родов);
- оболочечное прикрепление пуповины (1% при одноплодной, 7% придвойне);
- предлежание пуповины (1,1% при одноплодной, 8,7% при двойне);
- выпадение петель пуповины в родах;
- фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС) - до 15%;
- неправильное положение плода во время родов (50%);
- задержка внутриутробного развития плода - 70%;
- неврологические расстройства: детский паралич, микроцефалия,энцефаломаляция;
- внутриутробная гибель одного из плодов.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

5.1 Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента: нет.

5.2 Немедикаментозное лечение:

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

5.2 Медикаментозное лечение:

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Способ применения	Уровень доказательности
Препарат, повышающий тонус и сократительную активность миометрия	окситоцин	раствор 5ЕД для в/в и в/м введения	А
Глюкокортикостероид	дексаметазон	раствор для инъекций 8 мг/2 мл. в/в и в/м введения.	В
Селективный блокатор кальциевых каналов	нифедипин	капсулы 10 мг, перорально	В
Антибиотики	тетрациклиновая мазь 1%	каждые 100 грамм тетрациклин мази глазной 1%. средства с противомикробным действием для местного применения в офтальмологии	С

5.3 Другие виды лечения:

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

➢ Эндоскопическая лазерная коагуляция анастомозирующих сосудов плаценты под эхографическим контролем («соноэндоскопическая» техника с 20-22 недель беременности) [17, 18]. Лазерная коагуляция эффективна при любом сроке беременности, имеется четкая корреляция выживаемости плодов со степенью выраженности синдрома. Выживание обоих плодов составляет 76% для I степени (классификация Quintero), 60% – для II степени, 54% – для III степени и 50% – для IV степени. Один плод выживает в 93% случаев при I степени, в 83% – при II степени, в 83% – при III степени и в 70% – при IV степени [19].

5.4 Хирургическое вмешательство:

Показания для проведения планового кесарево сечения:

- поперечное положение первого плода, или обоих плодов;
- тазовое предлежание первого плода;
- сросшиеся близнецы;
- тройня и большее количества плодов (в 35 недель беременности) [2];
- преждевременные роды между 26 и 32 неделями, если первый близнец не является головным [2].

➢ Предлагать индивидуальную оценку способа родов женщинам с подозрением, диагнозом или установленным диагнозом преждевременных родов до 26 недель, принимая во внимание риски кесарева сечения и вероятность выживания детей [2].

➢ Предлагать кесарево сечение женщинам с монохориальной моноамниотической двуплодной беременностью:

- если во время беременности диагностировано какое-либо осложнение, требующее досрочного родоразрешения или установлены преждевременные роды, а гестационный возраст предполагает, что есть шансы на выживание новорожденных [2].

Предлагать кесарево сечение женщинам с беременностью тройней:

- если во время беременности диагностировано какое-либо осложнение, требующее досрочного родоразрешения или установлены преждевременные роды, а гестационный возраст позволяет предположить, что есть шансы на выживание новорожденных. *(Учитывая повышенный риск материнской кровопотери при многоплодных родах, следует обеспечить соответствующую подготовку к возможному переливанию с адекватным внутривенным доступом и наличием препаратов крови. Беременность двойней не является противопоказанием для использования средств для созревания шейки матки (например, простагландинов, баллонного катетера) [2]).*

Тактика ведения родов:

I. Период родов:

- при головном затылочном предлежании, роды самостоятельные, как при одноплодной беременности с использованием партограммы;
- постоянное кардиомониторное наблюдение за состоянием плодов желательно специально предназначенным аппаратом КТГ.

II. Период родов:

- пережатие пуповины после рождения первого плода (ребёнка обсушить, надеть шапочку, выложить на грудь матери);
- наложите зажим на материнский конец пуповины;
- после рождения 1 плода наружным акушерским осмотром и вагинальным исследованием уточнение положения 2 плода;
- при продольном положении плода, его удовлетворительном состоянии по данным КТГ продолжить консервативное ведение родов в течение 30 минут;
- при поперечном положении 2 плода, при отсутствии противопоказаний, наружный поворот плода.

При удавшемся повороте:

- продолжить консервативное ведение родов.

При неудачной попытке поворота – амниотомия с последующим проведением наружно – внутреннего поворота плода на ножку с последующей экстракцией за тазовый конец, при адекватном обезболивании.

✓ Если после рождения первого ребенка схватки неадекватны или отсутствуют в течение 30 минут – амниотомия с последующим в/ввведением окситоцина (см. схему введения окситоцина – протокол «Индукция родов»).

✓ Если частота сердцебиений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту), завершите роды путем наложения вакуум-экстрактора или извлечения плода за тазовый конец.

✓ Если влагалищные роды невозможны (неудачная попытка поворота плода, угрожаемое состояние внутриутробного плода) показано кесарево сечение.

III. Период родов: Активное ведение. см. клинический протокол «Физиологические роды».

Послеродовый период: см. клинический протокол «Физиологические роды», физиологический послеродовый период.

Мониторинг плода во время родов у двойни (см приложение 9).

Обзор кардиотокографии. Тактика действия на основе кардиотокографии (см приложение 10).

Обезболивание (см приложение 11).

Оценка риска кровотечения (см приложение 12).

Ведение при многоплодной беременности (см приложение 13).

Переливание крови (см приложение 14).

Профилактические мероприятия:

- ограничение числа переносимых эмбрионов в программах ЭКО.

5.5 Дальнейшее ведение: реабилитация в условиях женской консультации.

5.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- неосложненное течение адаптационного периода у новорожденных (отсутствие признаков РДС);
- частота послеродовых и послеоперационных осложнений.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Искаков Серик Саятович – кандидат медицинских наук, PhD, НАО «Медицинский университет Астана», заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
2) Рапильбекова Гульмира Курбановна – доктор медицинских наук, заведующая гинекологическим отделением Корпоративного фонда «University Medical Center», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
3) Шегенов Г.А. – PhD, НАО «Медицинский университет Астана», доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, врач акушер-гинеколог первой квалификационной категории.
4) Тулетова Айнур Серикпаевна - PhD, ассоциированный профессор, ТОО «Талмас Медикус», руководитель клинико-инновационного центра, врач акушер-гинеколог

высшей квалификационной категории.
5) Акылжанова Ж.Е. – кандидат медицинских наук, НАО «Медицинский университет Астана», ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
6) Ожмухаметова Э.К. – PhD, КГП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», Управление общественного здравоохранения города Астаны, врач клинический фармаколог.

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3 Рецензенты:
1) Омарова Гульжахан Кашкинбаевна – доктор медицинских наук, профессор, НАО «Казахский национальный научный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», профессор кафедры акушерства и гинекологии, врач акушер-гинеколог высшей категории.
2) Аманжолова Балхаш Керихановна – кандидат медицинских наук, НАО «Казахский национальный университет имени Аль-Фараби», Высшая школа медицины, Факультет медицины и здравоохранения, профессор кафедры клинических дисциплин, врач акушер-гинеколог высшей категории.

6.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых данных связанных с применением данного протокола.

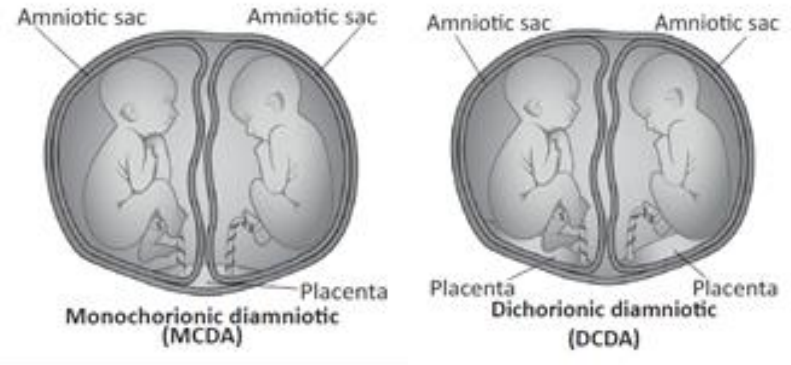
6.5 Список использованной литературы:
1) A Cochrane Pocketbook: Pregnancy and Childbirth. 2010 G Justus Hofmeyr, James P Neilson et al., M.: Логосфера, 2010. — 440 с.; 13,5 см. — Перевод изд. A Cochrane Pocketbook: Pregnancy and Childbirth. — ISBN 978-5-98657-021-1.
2) NICE guideline Published: 4 September 2019 “Twin and triplet pregnancy”
3) Van Mieghem T, De Heus R, Lewi L, Klaritsch P, Kollmann M,Baud D, et al. Prenatal management of monoamniotic twinpregnancies. Obstet Gynecol 2014;124:498–506
4) Weisz B, Hoffmann C, Ben-Baruch S, Yinon Y, Gindes L, Katorza E,et al. Early detection by diffusion-weighted sequence magneticresonance imaging of severe brain lesions after fetoscopic lasercoagulation for twin–twin transfusion syndrome. Ultrasound ObstetGynecol 2014;44:44–9.
5) Shek NW, Hillman SC, Kilby MD. Single-twin demise: pregnancy outcome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014;28:249–63
6) Genova L, Slaghekke F, Klumper FJ, Middeldorp JM, Steggerda SJ, Oepkes D, et al. Management of twin anemia-polycythemiasequence using intrauterine blood transfusion for the donor andpartial exchange transfusion for the recipient.Fetal Diagn Ther 2013;34:121–6.
7) Kumar S, Paramasivam G, Zhang E, Jones B, Noori M, Prior T,et al. Perinatal- and procedure-related outcomes following radiofrequency ablation in monochorionic pregnancy. Am J Obstet Gyneco l 2014;210:454.e1–6.
8) NHS England Specialised Services Clinical Reference Group forFetal Medicine.Clinical Commissioning Policy: Management of Twin toTwin Syndrome by fetoscopic laser ablation. NHS England E12/P/b. London: NHS England; 2015. [https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/01/e12-

mgmnt-twin-twin.pdf]. Accessed 2015 Nov 5.
9) Roberts D, Neilson JP, Kilby MD, Gates S. Interventions for thetreatment of twin-twin transfusion syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2014;(1):CD002073
10) D'Antonio F, Khalil A, Thilaganathan B; Southwest Thames Obstetric Research Collaborative (STORK). Second-trimester discordance and adverse perinatal outcome in twins: the STORK multiple pregnancy cohort. BJOG 2014;121:422–9
11) Huang X, Zheng J, Chen M, Zhao Y, Zhang C, Liu L, et al. Noninvasive prenatal testing of trisomies 21 and 18 by massive yparallel sequencing of maternal plasma DNA in twin pregnancies. Prenat Diagn 2014; 34:335–40.
12) NHS fetal anomaly screening programme (FASP). [www.gov.uk/topic/population-screening-programmes/fetal-anomaly]. Accessed 2015 Nov 5
13) Khalil A, D'Antonio F, Dias T, Cooper D, Thilaganathan B;Southwest Thames Obstetric Research Collaborative (STORK).Ultrasound estimation of birth weight in twin pregnancy: comparison of biometry algorithms in the STORK multiplepregnancy cohort. Ultrasound Obstet Gynecol 2014;44:210–20
14) Slaghekke F, Lopriore E, Lewi L, Middeldorp JM, van Zwet EW, Weingertner AS, et al. Fetoscopic laser coagulation of the vascular equator versus selective coagulation for twin-to-twin transfusion syndrome: an open-label randomised controlled trial. Lancet 2014;383:2144–51
15) Nakasuji T, Saito H, Araki R, Nakaza A, Nakashima A, Kuwahara A,et al. The incidence of monozygotic twinning in assisted reproductive technology: analysis based on results from the 2010 Japanese ART national registry. JAssistReprodGenet 2014;31:803–7.
16) Zhao DP, de Villiers SF, Slaghekke F, Walther FJ, Middeldorp JM,Oepkes D, et al. Prevalence, size, number and localization of vascular anastomoses in monochorionic placentas. Placenta 2013;34:589–93
17) Chalouhi G.E., Essaoui M., Stirnemann J. Laser therapy for twin-to-twin transfusion syndrome (TTTS). Prenat. Diagn. 2011; 31: 637–46.
18) Simpson L.L. Twin-twin transfusion syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol. 2013; 208(1): 3–18.
19) Huber A., Diehl W., Bregenzer T., Hackeloer B.J., Hecher K. Stage-related outcome in twin-twin transfusion syndrome treated by fetoscopic laser coagulation. Obstet. Gynecol. 2006; 108(2): 333–7.

Приложение 1

Хориальность и амниотичность

Тип беременности	Хориальность и амниотичность
Дихориальная диамниотическая двойня	Оба ребенка имеют отдельные плаценту и амниотический мешок
Монохориальная диамниотическая двойня	У обоих детей общая плацента, но отдельные амниотические мешочки.
Монохориальная моноамниотическая двойня	Оба ребенка имеют общую плаценту и амниотический мешок.
Трихориальная триамниотическая тройня	У каждого ребенка отдельная плацента и амниотический мешок.
Дихориальная триамниотическая тройня	У одного ребенка отдельная плацента, а у двоих детей общая плацента. У всех 3 детей отдельные амниотические мешки.
Дихориальная диамниотическая тройня	У одного ребенка отдельно плацента и амниотическая. У двоих детей общая плацента и амниотический мешок.
Монохориальная триамниотическая тройня	Все 3 ребенка делят 1 плаценту. У всех 3 детей отдельные амниотические мешки.
Монохориальная диамниотическая тройня	Все 3 ребенка делят 1 плаценту. У одного ребенка отдельный амниотический мешок, а у 2 детей общий амниотический мешок.
Монохориальная моноамниотическая тройня	Все трое детей имеют общую плаценту и амниотический мешок.



Приложение 2

Центр фетальной медицины третьего уровня

Специализированный региональный (или надрегиональный) центр фетальной медицины, в котором работает междисциплинарная команда с опытом и инфраструктурой для оценки и ведения осложненной беременности двойней и тройней. Это включает проведение комплексных вмешательств или терапии плода, например, фетоскопическую лазерную абляцию при фето-фетальном трансфузионном синдроме; выборочное прерывание беременности с использованием таких методов, как фетоскопическая окклюзия пуповины или радиочастотная абляция.

Приложение 3

Дородовой уход

1) Дородовая клиническая помощь женщинам с беременностью двойней или тройней должна оказываться междисциплинарной бригадой, состоящей из:
•основной команды акушеров-специалистов, акушерок-специалистов и специалистов по УЗИ, каждый из которых имеет опыт и знания в области ведения многоплодной и тройной беременности;
• в усиление команды входят дополнительно:
- специалист по перинатальному психическому здоровью
- специалист по грудному вскармливанию [2].
2) Члены расширенной команды должны иметь опыт и знания актуально при беременности двойней и тройней [2].
3) Нельзя направлять в усиленную бригаду рутинно всех женщин с беременностью двойней или тройней, решение о направлении на потребности каждой женщины должно быть индивидуальным [2].
4) Координировать клиническую помощь женщинам с беременностью двойней или тройней, чтобы:
• обеспечивать непрерывность оказания медицинской помощи внутри и между больницами и населением [2].
5) Основная команда должна предлагать информацию и эмоциональную поддержку, характерную для беременности двойней и тройней, при их первом контакте с женщиной и предоставлять постоянные возможности для дальнейшего обсуждения и консультирования, включая:
• дородовое и послеродовое психическое здоровье и благополучие;
• дородовое питание;
• риски, симптомы и признаки преждевременных родов и потенциальная необходимость;
кортикостероиды для созревания легких плода;
• вероятное время рождения и возможные способы рождения;
• грудное вскармливание [2].

Приложение 4

Интранатальный уход

1) Интранатальная помощь пациенткам с многоплодной или тройной беременностью должна оказываться многопрофильной командой акушеров-гинекологов и акушерок, имеющих опыт и знания по ведению многоплодной и тройной беременности в интранатальном периоде [2].

Дихориальная диамниотическая беременность двойней

2) Предложить беременным с неосложненной дихориальной диамниотической двуплодной беременностью не менее 8 дородовых посещений медицинского работника из основной бригады.

• Совмещать посещения с УЗ сканированием, когда длина темени-крестца составляет от 45,0 мм до 84,0 мм (примерно в возрасте от 11+2 до 14+1 недели), а затем при предполагаемом сроке беременности 20, 24, 28, 32 и 36 недель.

• Предлагать дополнительные визиты без сканирования в 16 и 34 недели [2].

Монохориальная диамниотическая двойня

3) Предложить пациенткам с неосложненной монохориальной диамниотической двуплодной беременностью не менее 11 дородовых посещений медицинского работника из основной бригады. Как минимум 2 из этих посещений должны быть у акушера-специалиста.

• Совмещать приемы со сканированием, когда длина темени-крестца составляет от 45,0 мм до 84,0 мм (примерно в возрасте от 11+2 недель до 14+1 недель), а затем при предполагаемом сроке беременности 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32 и 34 недели [2].

Триамниотическая тройная беременность (трихориальная, дихориальная или монохориальная)

4) Предлагать беременным с неосложненной трихориальной триамниотической тройной беременностью не менее 9 дородовых посещений медицинского работника из основной бригады. Как минимум 2 из этих посещений должны быть у акушера-специалиста.

• Совмещать приемы со сканированием, когда длина темени-крестца составляет от 45,0 мм до 84,0 мм (приблизительно в возрасте от 11+2 недель до 14+1 недель), а затем при предполагаемом сроке беременности 20, 24, 26, 28, 30, 32 и 34 недели.

• Предложить дополнительную встречу без сканирования в 16 недель [2].

5) Предлагать пациенткам с дихориальной триамниотической или монохориальной триамниотической тройной беременностью не менее 11 дородовых посещений медицинского работника из основной бригады. По крайней мере, 5 из этих посещений должны быть у акушера-специалиста.

• Совмещать приемы со сканированием, когда длина темени-крестца составляет от 45,0 мм до 84,0 мм (примерно в возрасте от 11+2 недель до 14+1 недель), а затем при предполагаемом сроке беременности 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32 и 34 недели [2].

Двойная и тройная беременность с общим амнионом

6) Предложить пациенткам с беременностью двойней или тройней с общим амнионом индивидуальную помощь консультанта в центре фетальной медицины третьего уровня (см. рекомендации по показаниям для направления в центр фетальной медицины третичного уровня) [2].

Приложение 5

Профилактика преждевременных родов

1) Нет доказанных рекомендаций по вагинальному прогестерону для предотвращения преждевременных родов при многоплодной беременности из-за новых данных в этой области.
2) Не предлагать внутримышечное введение прогестерона для предотвращения самопроизвольных преждевременных родов у женщин с беременностью двойней или тройней [2].
3) Не предлагать рутинно следующие вмешательства (отдельно или в комбинации) для предотвращения самопроизвольных преждевременных родов у женщин с беременностью двойней или тройней:
• акушерский пессарий
• постельный режим
• цервикальный серкляж
• пероральные токолитики [2].

Приложение 6

Кортикостероиды

Информировать беременных с двойней или тройней о повышенном риске преждевременных родов и о преимуществах назначения кортикостероидов [2].

Приложение 7

Планирование родов: информация и поддержка

1) Предложить индивидуальную оценку для определения сроков планируемых родов у женщин с любым из следующего:
• осложненная беременность двойней или тройней;
• монохориальная триамниотическая тройня;
• тройная беременность с общим амнионом [2].
2) Женщинам, отказывающимся от запланированных родов в рекомендованные сроки, предлагать еженедельные визиты к акушеру-специалисту. На каждом приеме предлагать ультразвуковое сканирование и выполнять оценку уровня амниотической жидкости и допплерографию кровотока в пупочной артерии для каждого плода в дополнение к сканированию роста плода раз в две недели [2].
3) Начиная с 24-й недели беременности при двойне или тройне, обсудить с женщиной (и членами ее семьи или опекунами, в зависимости от обстоятельств) ее планы и пожелания относительно рождения ее детей. Предоставить информацию, адаптированную к беременности каждой женщины, принимая во внимание ее потребности и предпочтения. Повторять эти беседы всякий раз, когда есть клинические показания и когда женщина этого хочет [2].
4) Убедитесь, что не позднее 28 недель обсуждены следующие вопросы:
• место рождения и возможная необходимость перевода в случае преждевременных родов;

• сроки и возможные способы родов;
• обезболивание во время родов (или при кесаревом сечении;)
• интранатальный мониторинг сердца плода;
• ведение третьего периода родов [2].

Приложение 8

Антенатальная информация для женщин

1) Объяснить женщинам с многоплодной беременностью, что примерно 60 из 100 беременностей двойней заканчиваются спонтанными родами до 37 недель [2].
2) Объяснить женщинам с беременностью тройней, что примерно 75 из 100 беременностей тройней заканчиваются спонтанными родами до 35 недель [2].
3) Объяснить женщинам с беременностью двойней или тройней, что самопроизвольные преждевременные роды и запланированные преждевременные роды связаны с повышенным риском госпитализации в неонатальное отделение [2].
4) Объяснить женщинам с неосложненной дихориальной диамниотической беременностью двойни, что:
• запланированные роды в сроке 37+0 недель, по-видимому, не связаны с повышенным риском серьезных неонатальных неблагоприятных исходов и
• продолжение беременности после 37+6 недель повышает риск гибели плода
[2].
5) Объяснить женщинам с неосложненной монохориальной диамниотической беременностью двойни, что:
• запланированные роды в сроке 36+0 недель, по-видимому, не связаны с повышенным риском серьезных неонатальных неблагоприятных исходов и
• продолжение беременности после 36+6 недель увеличивает риск гибели плода [2].

6) Объяснить женщинам с неосложненной монохориальной моноамниотической двуплодной беременностью, что запланированные роды между 32+0 и 33+6 неделями, по-видимому, не связаны с повышенным риском серьезных неонатальных неблагоприятных исходов. Также объясните, что:
• таких детей, как правило, необходимо госпитализировать в неонатальное отделение, и они имеют повышенный риск респираторных заболеваний
• продолжение беременности после 33+6 недель повышает риск гибели плода [2].
7) Объяснить женщинам с неосложненной трихориальной триамниотической или дихориальной триамниотической тройной беременностью, что продолжение беременности после 35+6 недель повышает риск гибели плода [2].
8) Объяснить женщинам с монохориальной триамниотической тройней беременностью или тройней беременностью с общим амнионом, что сроки родов будут решаться и обсуждаться с каждой женщиной индивидуально [2].

Приложение 9

Мониторинг плода во время родов у двойни

Антенатальная информация для женщин.

1) К 28 неделям беременности обсудить непрерывную кардиотокографию с женщинами с многоплодной беременностью и членами их семей или опекунами (в зависимости от ситуации) и устраните любые сомнения. Объясните, что рекомендации по кардиотокографии основаны на данных, полученных от женщин с одноплодной беременностью, поскольку отсутствуют данные, относящиеся к беременности двойней или недоношенным детям [2].
2) Объяснить женщине, что непрерывная кардиотокография используется для мониторинга сердцебиения ребенка и ее родовых схваток и что:
• позволяет одновременно наблюдать за обоими младенцами;
• это может ограничить ее подвижность;
• записи показывают, что дети хорошо справляются с родами; если записи не нормальные, будет меньше уверенности в состоянии младенцев;
• изменение частоты сердечных сокращений плода во время родов является нормальным явлением, и это не обязательно означает наличие проблемы;
• результаты кардиотокографии используются для принятия решений во время родов, но они также будут основываться на ее желаниях, ее состоянии и состоянии ее детей [2].

Интранатальный мониторинг

1) Предложить непрерывную кардиотокографию женщинам с многоплодной беременностью, которые находятся в установившихся родах и находятся на сроке более 26 недель [2].
2) Выполнить портативное ультразвуковое сканирование, когда начнутся установленные роды, чтобы подтвердить, какой близнец какой, предлежание каждого близнеца и определить местонахождение сердец плода [2].
3) Не предлагать прерывистую аускультацию женщинам с многоплодной беременностью, у которых уже установились роды и срок беременности превышает 26 недель [2].
4) Для женщин в сроке от 23+0 до 25+6 недель беременности, находящихся в родах, необходимо пригласить старшего акушера-гинеколога в обсуждение с женщиной и членами ее семьи или лицами, осуществляющими уход, о том, как контролировать частоту сердечных сокращений плода [2].
5) При проведении кардиотокографии:
• использовать двухканальные кардиотокографические мониторы для одновременного мониторинга обоих сердец плода
• зафиксировать на кардиотокограмме и в истории болезни, какой след кардиотокографии принадлежит какому ребенку
• отслеживать пульс матери в электронном виде и одновременно отображать его на одной и той же кардиотокографической записи [2].
6) Рассмотреть возможность разделения частоты сердечных сокращений плода на 20 ударов в минуту, если между ними возникают трудности [2].
7) Классифицировать и интерпретировать данные кардиотокографии в соответствии с таблицей описания признаков кардиотокографии в руководстве NICE по интранатальной помощи здоровым женщинам и новорожденным, принимая во внимание, что:

• беременность двойней следует рассматривать как фактор клинического риска для плода при классификации кардиотокографического следа как «патологического» или «необнадеживающего».
• стимуляция скальпа плода не должна выполняться при беременности двойней, чтобы получить уверенность после кардиотокографического следа, который классифицируется как «патологический» [2].

Приложение 10

Обзор кардиотокографии

1) Проводить систематическую оценку обоих кардиотокографов не реже одного раза в час или чаще, если есть опасения [2].
2) При каждом систематическом обследовании документировать, какой кардиотокографический след принадлежит какому ребенку [2].
3) Помните о возможности наблюдения за одним и тем же ребенком дважды. При каждом обзоре кардиотокографии убедитесь, что синхронность близнецов не возникает [2].

Тактика действия на основе кардиотокографии

1) Если не получилось провести абдоминальный мониторинг или есть опасения по поводу синхронности сердец плода:
• пригласить старшего акушера-гинеколога;
• выполнить прикроватное ультразвуковое сканирование, чтобы подтвердить частоту сердечных сокращений обоих плодов;
• если мониторинг остается неудовлетворительным, рассмотреть возможность проведения кесарева сечения [2].
2) Если кардиотокограмма классифицируется как «патологическая» у одного из плодов, во время установившихся родов:
• пригласить старшего акушера-гинеколога;
• предложить экстренное кесарево.
3) Если кардиотокограмма классифицируется как «патологическая» у одного из плодов во втором периоде родов:
• пригласить старшего акушера;
• оценить, возможность вагинального родоразрешения;
• если вагинальные роды невозможны или не могут быть достигнуты в течение 20 минут, предложить экстренное кесарево сечение [2].
4) После рождения первого ребенка:
• продолжать наблюдение за вторым ребенком с помощью кардиотокографии;
• если есть «подозрительные» или «патологические» результаты кардиотокографии и вагинальные роды не могут быть достигнуты в течение 20 минут, обсудите с женщиной и членами ее семьи или лицами, осуществляющими уход, проведение кесарева сечения [2].
5) После рождения обоих плодов рассмотреть возможность двойного пережатия пуповины, для взятия анализа на газы пуповинной крови. Убедиться, что образцы правильно промаркированы для каждого новорожденного [2].

Приложение 11

Обезболивание

1) Обсудить варианты обезболивания и анестезии с женщинами (и с членами их семей или опекунами, в зависимости от обстоятельств), планируют ли они вагинальные роды или кесарево сечение. Убедиться, что это обсуждение состоится не позднее 28 недель [2].
2) Предложить эпидуральную анестезию женщинам с беременностью двойней или тройней, решившими родить через естественные родовые пути. Объяснить, что это может:
• повысить шансы на успех и оптимальные сроки вспомогательных вагинальных родов для всех детей
• обеспечить более быстрые роды путем экстренного кесарева сечения, если это необходимо [2].
3) Предлагать регионарную анестезию женщинам с беременностью двойней или тройней, которым предстоит кесарево сечение [2].

Приложение 12

Оценка риска кровотечения

1) Начинать оценку риска послеродового кровотечения у женщин с многоплодной или тройной беременностью в антенатальном периоде и продолжать в течение родов и третьего периода [2].
2) Предложить каждой женщине индивидуальную оценку риска послеродового кровотечения и объяснить, что многоплодная беременность является фактором риска увеличения кровопотери при родах [2].

Приложение 13

Ведение при многоплодной беременности

1) К 28 неделям беременности обсудите варианты ведения третьего периода родов с женщинами с многоплодной или тройной беременностью [2].
2) Не предлагать физиологическое ведение третьего периода женщинам с многоплодной или тройной беременностью [2].
3) Предложить женщинам с многоплодной или тройной беременностью активное ведение третьего периода. Объясните, что это связано с более низким риском послеродового кровотечения и/или переливания крови [2].
4) Рассмотреть возможность активного ведения третьего периода с дополнительными утеротониками для женщин, имеющих 1 или более факторов риска (в дополнение к беременности двойней или тройней) послеродового кровотечения [2].

Приложение 14

Переливание крови

1) К 28 неделям беременности обсудите с женщинами с беременностью двойней или тройней потенциальную потребность в переливании крови, включая необходимость внутривенного доступа. Описать это обсуждение в заметках женщины [2].
2) В начале установившихся родов у женщин с многоплодной или тройной беременностью:
• обеспечить наличие внутривенного доступа, чтобы при необходимости можно было быстро провести переливание крови и внутривенное введение жидкости
• взять образец материнской крови для полного анализа крови и группы и сохранить [2].
3) Обеспечить наличие надлежащего переливания крови для неотложной помощи [2].