



Школа
МЕДИЦИНЫ ПЛОДА

**ОСЛОЖНЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ: САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ
ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В
РАННИЕ СРОКИ, ВНУТРИУТРОБНАЯ
ГИБЕЛЬ ОДНОГО ИЛИ ОБОИХ ПЛОДОВ**

Учебное пособие для самостоятельного изучения

Курс «Многоплодная беременность»

Некрасова Е.С.

Наличие многоплодной беременности несет существенную угрозу для состояния как матери, так и плодов. При многоплодной беременности увеличивается риск развития практически всех осложнений течения беременности, за исключением макросомии и переношенной беременности. Различные осложнения течения беременности при многоплодии встречаются у 80% беременных, тогда как при одноплодной беременности осложнения ее течения встречаются у 25% женщин. В 9-12% случаев причиной перинатальной гибели плода является многоплодие. В этом учебном пособии представлены осложнения многоплодной беременности, характерные как для дихориальной, так и для монохориальной двойни. Осложнения, встречающиеся только при монохориальной или моноамниотической двойне, рассмотрены в **Лекции №3**.

Самопроизвольное прерывание беременности в ранние сроки. С появлением и развитием ультразвуковой аппаратуры стало очевидным, что частота самопроизвольного наступления беременности двойней несколько выше, чем это считалось ранее. Примерно у 14% двоен происходит самопроизвольная редукция до одноплодной беременности к концу первого триместра беременности. В большинстве случаев феномен «исчезнувшего плода» (vanishing twin) наблюдается до 14 недель беременности, и развитие оставшегося плода протекает без каких-либо особенностей. Гибель одного из плодов даже в конце первого триместра беременности сопровождается полной резорбцией тканей погибшего плода, и при послеродовом морфологическом исследовании плаценты и плодовых оболочек каких-либо признаков наличия многоплодной беременности не наблюдается.

Существует предположение, что самопроизвольная гибель одного из плодов при двойне на ранних сроках беременности может быть связана с определенным полом плода. При анализе 31 миллиона родов было обнаружено, что детей мужского пола родилось больше (51,6%), чем женского (48,4%). Данный феномен может быть объяснен большей ранней детской, детской и подростковой смертностью у мальчиков; таким образом, рождение большего количества мальчиков нивелируется их большей смертностью в постнатальном периоде. Интересно отметить, что при многоплодной беременности различия в частоте половой принадлежности минимальны или даже носят обратный характер. При двойне плоды мужского пола рождались в 50,9% случаев, при тройне и четверне – в 49,5% и 46,5% случаев, соответственно. В качестве объяснения этих данных было выдвинуто два объяснения: во-первых, зигота, имеющая две X-хромосомы, имеет большую склонность к самопроизвольному разделению. Во-вторых, у мальчиков может быть выше не только детская и подростковая, но и антенатальная смертность, что приводит к рождению большего количества девочек при многоплодной беременности.

Если при ультразвуковом исследовании в 11-13⁺⁶ недель было выявлено наличие одного плода, частота его гибели или самопроизвольного прерывания беременности в период с 11 по 24 неделю составляет около 1%. Частота подобных потерь плодов при дихориальной двойне составляет 2%, а при монохориальной двойне – около 10%. Такая высокая частота гибели плодов при монохориальной двойне связана с ранним развитием тяжелого фето-фетального трансфузионного синдрома. Снижение частоты гибели плодов при монохориальной двойне может быть достигнуто путем своевременного установления хориальности при проведении ультразвукового исследования в 11-13⁺⁶ недель, тщательного наблюдения за состоянием плодов в динамике и соответствующего лечения. Подробнее о данном осложнении монохориальной двойни будет рассказано в главе «Осложнения, характерные для монохориальной двойни».

Внутриутробная гибель плода. Золотым стандартом для установления диагноза внутриутробной гибели плода является ультразвуковое исследование. При ультразвуковом исследовании документируется отсутствие сократительной активности сердца, а при длительном нахождении в матке погибшего плода наблюдается его подкожный отек и мацерация. Факторами риска внутриутробной гибели плода являются многоплодная беременность, переносимая беременность и макросомия плода. Смертность в детском возрасте при двойне в пять раз выше, чем тот же показатель при беременности одним плодом (37 на 1000 живорожденных и 7 на 1000 живорожденных, соответственно).

Причины внутриутробной гибели плода могут быть установлены только в 50% случаев. Ранняя диагностика и своевременное лечение осложнений течения беременности (сахарный диабет, преэклампсия) могут снизить риск внутриутробной гибели плода.

Во всех случаях внутриутробной гибели плода необходимо рассмотреть возможность кариотипирования плода, особенно в случае обнаружения у него пороков развития. Если причиной внутриутробной гибели плода явилось его внутриутробное инфицирование, то для подтверждения диагноза используются данные гистологического и культурального исследования плаценты, плодных оболочек и плода.

Внутриутробная гибель обоих плодов. При внутриутробной гибели обоих плодов необходимо приложить все усилия, чтобы избежать родоразрешения путем операции кесарева сечения. В большинстве случаев в данной клинической ситуации рекомендуется выжидательная тактика. Латентный период (период времени между гибелью плодов и началом родовой деятельности) варьирует в зависимости от срока беременности и причин, вызвавших гибель плода. Как правило, чем раньше произошла внутриутробная гибель плода, тем длиннее латентный период.

Однако большинство женщин при гибели обоих плодов испытывают психологический дискомфорт и хотят как можно скорее прервать беременность. Для прерывания беременности можно использовать хирургическое расширение шейки матки и эвакуацию содержимого полости матки, или родовозбуждение с применением препаратов, способствующих созреванию и раскрытию шейки матки.

Если латентный период продолжается более трех недель, то у 20-25% женщин может развиваться ДВС-синдром в связи с повышенным образованием и факторов свертывания крови. В связи с этим, родоразрешение при внутриутробной гибели обоих плодов целесообразно производить в первые три недели после гибели плодов.

Гибель одного плода из двойни. Гибель одного из плодов при двойне сопровождается повышением риска нарушений развития у второго плода, включая его гибель, развитие неврологических нарушений, полиорганной недостаточности, тромбоза, некроза дистальных отделов конечностей, преждевременной отслойки плаценты и преждевременных родов. При внутриутробной гибели одного из плодов прогноз для второго плода зависит от срока беременности, хориальности, причины, вызвавшей гибель плода, и периода времени между гибелью одного плода и рождением другого. При дихориальной двойне плоды не имеют общей гемодинамики, поэтому гибель одного плода не оказывает значительного влияния на развитие другого плода. Погибший плод подвергается полной или частичной резорбции. Риск для развивающегося плода при дихориальной двойне в основном связан с повышением частоты преждевременных родов, что обусловлено выбросом цитокинов и простагландинов при резорбции плаценты погибшего плода. ДВС-синдром при гибели одного плода из двойни развивается крайне редко. В связи с этим мониторинг состояния свертывающей системы крови беременной при гибели одного плода из двойни не требуется, однако перед родами целесообразно выполнить коагулограмму и подсчет количества тромбоцитов.

При монохориальной двойне практически во всех случаях в плаценте есть сосудистые анастомозы, поэтому при гибели одного из плодов увеличивается вероятность гибели второго плода. При выживании второго плода в 20%-40% случаев будут наблюдаться неврологические поражения. Первоначальное предположение, что неврологические поражения у выжившего плода обусловлены выбросом и переносом тромбопластина от погибшего плода, не подтверждаются данными последующих исследований. В настоящее время считается, что неврологические нарушения у выжившего плода возникают в связи с развитием выраженной гипотонии, связанной с оттоком крови в систему циркуляции погибшего плода через сосудистые анастомозы в плаценте. К сожалению, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения не снижает частоту развития

неврологических поражений у выжившего плода, а при ультразвуковом исследовании в первые 2-3 недели после гибели одного из плодов какие-либо признаки поражения мозга второго плода могут. Внутриутробное переливание крови плоду, продолжающему развиваться, позволяет предотвратить его гибель, если это переливание проведено в течение первых 24 часов от момента гибели второго плода.

При внутриутробной гибели одного из плодов при монохориальной двойне рекомендуется выжидательная тактика ведения беременности, мониторинг состояния второго плода (оценка биофизического профиля, КТГ). При ультразвуковом исследовании необходимо оценивать состояние головного мозга (повышение эхогенности перивентрикулярной области, наличие кист) и измерять максимальную систолическую скорость кровотока в средней мозговой артерии плода. Решение о родоразрешении необходимо принимать с учетом срока беременности и при наличии признаков неблагоприятного состояния плода по данным КТГ и ультразвукового исследования. В приложении к данной главе представлено описание клинического наблюдения внутриутробной гибели одного из плодов при монохориальной двойне.