



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

21 мая 2020

Донецк

№ 1065

Об утверждении унифицированных клинических протоколов медицинской помощи «Грудное вскармливание новорожденных детей», «Тактика ведения беременности и родоразрешения при многоплодной беременности».

С целью обеспечения единых, современных, научно обоснованных подходов к стандартизации медицинской помощи с позиций доказательной медицины, руководствуясь пунктом 12 части 1 статьи 6, частью 3 статьи 32, статьями 31, 67, 98, 99, 100, 101 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении» от 18 мая 2015 года, № 42 – ИНС, пунктами 2.1.2, 13, 14 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Правительства Донецкой Народной Республики от 17.02.2020 г. № 6-5, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08 декабря 2015 года № 012.1/628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 23 декабря 2015 года под регистрационным № 848,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Грудное вскармливание новорожденных детей», прилагается.

1.2. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Тактика ведения беременности и родоразрешения при многоплодной беременности», прилагается.

2. Руководителям органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики обеспечить:

2.1. Соблюдение утвержденных пунктом 1 настоящего Приказа унифицированных клинических протоколов медицинской помощи.

2.2. Разработку и внедрение локальных протоколов оказания медицинской помощи на основе утвержденных пунктом 1 настоящего приказа унифицированных клинических протоколов медицинской помощи, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 27 января 2016 года №100 «Об утверждении Методики разработки и внедрения локальных протоколов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 09 февраля 2016 года под регистрационным № 981.

3. Ответственность за исполнение настоящего Приказа возложить на руководителей органов, учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

4. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на директора Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

5. Настоящий Приказ вступает в силу с 01.06.2020 года.

Министр



О.Н. Долгошапко

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
21 мая 2020 № 1065

**УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ
«ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ»**

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ:

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

УЗИ – ультразвуковое исследование

ГМ – грудное молоко

ГВ – грудное вскармливание

АМГВ – Академия Медицины Грудного Вскармливания

I. Паспортная часть**1.1 Диагноз**

Данный протокол не касается какой-то специфической нозологической формы, а представляет современные рекомендации по грудному вскармливанию здорового новорожденного ребенка.

1.2 Для кого предназначен протокол

Протокол предназначен для руководителей учреждений здравоохранения и их заместителей из числа врачей, руководителей структурных подразделений учреждений здравоохранения по профилю «Акушерство и гинекология», врачей-акушеров-гинекологов, врачей-неонатологов и среднего медицинского персонала.

1.3 Цель протокола

Настоящий клинический протокол разработан с целью стандартизации оказания медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по специальности «Акушерство и гинекология» беременным женщинам, роженицам и родильницам и улучшения состояния здоровья детей

1.4.Дата разработки: март 2020 года.

1.5.Дата пересмотра: март 2025 года.

1.6.Список разработчиков протокола

СПИСОК РАЗРАБОТЧИКОВ ПРОТОКОЛА

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Железная Анна Александровна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», заместитель генерального директора по лечебной работе Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства МЗ ДНР, доктор медицинских наук
2.	Яковлева Эльвира Борисовна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии ,перинатологии детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

3.	Чермных Владимировна	Светлана	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»
4.	Морозова Андреевна	Наталья	Доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кандидат медицинских наук
5.	Стрюковская Анатолевна	Елена	Заведующая отделением неонатального наблюдения и лечения новорожденных Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства МЗ ДНР
6.	Бессонов Анатолевич	Дмитрий	Заместитель генерального директора по неонатологии Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства МЗ ДНР

Рабочая группа по разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество		Должность
1.	Васильева Леонидовна	Людмила	Начальник отдела охраны материнства и детства Департамента организации оказания медицинской помощи МЗ ДНР, председатель рабочей группы
2.	Железная Александровна	Анна	Заместитель генерального директора Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства (далее ДРЦОМД) МЗ ДНР, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии, ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО МЗ ДНР, заместитель председателя рабочей группы
3.	Морозова Игоревна	Наталья	Главный специалист отдела охраны материнства и детства Департамента организации оказания медицинской помощи МЗ ДНР, секретарь рабочей группы
4.	Смирнова Николаевна	Наталья	Заведующий отделением анестезиологии ДоКТМО МЗ ДНР, доцент кафедры анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по анестезиологии
5.	Чурилов Викторович	Андрей	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, профессор, доктор медицинских наук
6.	Данькина Альбертовна	Илона	Доцент кафедры акушерства и гинекологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, доктор медицинских наук
7.	Свиридова Васильевна	Валентина	Заместитель главного врача по акушерской и гинекологической помощи ДоКТМО МЗ ДНР, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, доктор

			медицинских наук
8.	Демина Николаевна	Татьяна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, доктор медицинских наук
9.	Яковлева Борисовна	Эльвира	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, доктор медицинских наук
10.	Чермных Владимировна	Светлана	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, доктор медицинских наук
11.	Морозова Андреевна	Наталья	Доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кандидат медицинских наук
12.	Ласачко Анатольевна	Светлана	Заместитель генерального директора ДРЦОМД МЗ ДНР по поликлинической службе, доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кандидат медицинских наук
13.	Шпатусько Иванович	Николай	Доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кандидат медицинских наук
14.	Холодняк Игоревна	Татьяна	Доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кандидат медицинских наук
15.	Золото Викторовна	Елена	Директор научно-исследовательского института медицинских проблем семьи, внештатный Республиканский специалист по детской и подростковой гинекологии МЗ ДНР, кандидат медицинских наук
16.	Подолька Владимирович	Дмитрий	Доцент кафедры акушерства и гинекологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, кандидат медицинских наук

Согласованно рабочей группой по разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи по профилю «Педиатрия»:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Место работы
1.	Лянник Виктория Александровна	Главный специалист отдела охраны материнства и детства Департамента организации оказания медицинской помощи МЗ ДНР, председатель Рабочей группы
2.	Мишук Светлана Олеговна	Главный специалист отдела охраны материнства и детства Департамента организации оказания медицинской помощи МЗ ДНР, заместитель председателя Рабочей группы

3.	Лиховид Елена Александровна	Врач-методист Республиканского центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по вопросам детской инвалидности и амбулаторно-поликлинической помощи детям
4.	Кучеренко Нина Петровна	Заведующий кафедрой детских инфекционных болезней ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького
5.	Бобровицкая Антонина Ивановна	Профессор кафедры детских инфекционных болезней ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, доктор медицинских наук
6.	Медведева Виктория Валерьевна	Доцент кафедры детских инфекционных болезней ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по инфекционным болезням педиатрического профиля, кандидат медицинских наук
7.	Линчевский Георгий Леонидович	Доцент кафедры педиатрии, неонатологии ФИПО ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, кандидат медицинских наук
8.	Головко Ольга Кузьминична	Доцент кафедры педиатрии, неонатологии ФИПО ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, кандидат медицинских наук
9.	Островский Игорь Максимович	Доцент кафедры педиатрии № 1 ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по гастроэнтерологии педиатрического профиля, кандидат медицинских наук
10.	Челпан Людмила Леонидовна	Доцент кафедры педиатрии №1 ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по кардиоревматологии педиатрического профиля, кандидат медицинских наук
11.	Бессонов Дмитрий Анатольевич	Заместитель генерального директора по неонатологии ДРЦОМид МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по неонатологии
12.	Москаленко Марина Анатольевна	Врач-невролог неврологического отделения Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР
13.	Москаленко Сергей Валентинович	Доцент кафедры детской хирургии и анестезиологии ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по анестезиологии педиатрического профиля, кандидат медицинских наук
14.	Пшеничная Елена Владимировна	Заведующий кафедрой педиатрии ФИПО ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького
15.	Конов Владислав Геннадьевич	Заведующий отделением детской кардиологии и кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по кардиохирургии педиатрического профиля
16.	Прохорова Людмила Михайловна	Заведующий отделением неврологии Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по неврологии педиатрического профиля
17.	Садеков Игорь Андреевич	Заведующий неврологическим отделением Детского клинического центра г. Макеевки
18.	Андреев Павел	Доцент кафедры отоларингологии ГОО ВПО ДонНМУ

	Владимирович	им. М. Горького, кандидат медицинских наук
19.	Федоренко Андрей Евгеньевич	Заведующий отделением отоларингологии Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по отоларингологии педиатрического профиля
20.	Легкая Наталья Михайловна	Врач-нефролог Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР
21.	Панова Надежда Ивановна	Заведующий нефрологическим отделением Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по нефрологии педиатрического профиля
22.	Ленарт Татьяна Витальевна	Заведующий отделением пульмонологии Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по пульмонологии педиатрического профиля
23.	Марков Сергей Евгеньевич	Главный врач Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР
24.	Бухтияров Эдуард Вальтерович	Заведующий детским отделением КУ «ЦГКБ № 3 г. Донецка»
25.	Зиборова Юлия Владимировна	Врач-аллерголог Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по аллергологии педиатрического профиля
26.	Хилинская Инна Викторовна	Врач-инфекционист Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР
27.	Котлубей Галина Владимировна	Заведующий отделением детской офтальмологии КУ «ЦГКБ № 20 г. Донецка», внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по офтальмологии педиатрического профиля
28.	Власова Наталья Анатольевна	Заведующий детским отделением Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по психиатрии педиатрического профиля
29.	Чурилина Алла Константиновна	Врач-методист Республиканского центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по вопросам первичной и реабилитационной помощи детям
30.	Мухлынина Наталья Евгеньевна	Врач-статистик Республиканского центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по координации работы с детьми-сиротами и детьми, оставленными без родительского попечения
31.	Юлдашева Светлана Александровна	И.о. заведующего отделением детской онкогематологии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака МЗ ДНР, внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по гематологии педиатрического профиля
32.	Мустафин Тимур Ахатиевич	Заведующий отделением новорожденных ДоКТМО МЗ ДНР
33.	Стрюковская Елена Анатольевна	Заведующий отделением неонатального наблюдения и лечения новорожденных ДРЦОМид МЗ ДНР
34.	Дутова Елена Валериевна	Заведующий отделением новорожденных КУ «ЦКГБ № 6 г. Донецка»

35.	Навроцкая Ольга Евгеньевна	Врач неонатологического отделения КУ «ЦГКБ № 6 г. Донецка», главный внештатный неонатолог управления здравоохранения администрации г. Донецка
36.	Волчкова Людмила Николаевна	Заместитель главного врача по лечебной работе Детского клинического центра г. Макеевки
37.	Егорова Татьяна Алексеевна	Внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по эндокринологии педиатрического профиля
38.	Кривущев Борис Исаевич	Заведующий кафедрой пропедевтики педиатрии ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР
39.	Данилюк Тамара Александровна	Заведующий детского центра реабилитации детей с нарушением слуха и речи, внештатный республиканский специалист по сурдологии педиатрического профиля МЗ ДНР
40.	Налетов Андрей Васильевич	Заведующий кафедрой педиатрии № 2, доцент, доктор медицинских наук

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Медицинская помощь пациентам предоставляется в специализированных учреждениях здравоохранения (их структурных подразделениях) – женских консультациях, отделениях патологии беременности, гинекологических, родильных, послеродовых отделениях.

Протокол базируется на основных принципах научно-доказательной медицины.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Грудное вскармливание (ГВ) - самый лучший и наиболее безопасный способ кормления младенцев, при котором дети получают самое качественное питание.

Грудное молоко (ГМ), является естественным и самым физиологичным питанием для ребенка с первых дней жизни, состав которого выходит за рамки простого пищевого обеспечения и является самым важным постнатальным фактором метаболического и иммунологического программирования здоровья младенца.

3.1. Терминология

Исключительно грудное вскармливание – грудное вскармливание без докармливания другой едой или допаивания, в том числе и водой (за исключением лекарств или витаминов и минеральных добавок; допускается также сцеженное или донорское грудное молоко, в том числе обогащенное).

Преимущественно грудное вскармливание: - грудное вскармливание с допаиванием водой.

Грудное вскармливание – исключительно грудное вскармливание, либо преимущественно грудное вскармливание.

Смешанное вскармливание – кормление ребенка грудным молоком (в том числе материнским сцеженным или донорским) в любом сочетании с адаптированной молочной смесью.

Искусственное вскармливание – кормление ребенка только детскими молочными смесями.

Докорм (Supplementary feedings): Кормления, даваемые **ВМЕСТО** кормления грудью. Это может быть сцеженное (материнское или донорское) молоко и/или искусственные заменители грудного молока (смеси).

Прикорм (Complementary feedings): Кормления, предусмотренные в **ДОПОЛНЕНИЕ** к кормлению грудным молоком, когда его **УЖЕ** недостаточно (по возрасту).

Этот термин используется для описания продуктов и/или жидкостей, даваемых в дополнение к грудному вскармливанию, чтобы «дополнить» кормление грудью всем необходимым для адекватного питания

Преимущества грудного вскармливания

Грудное молоко

- Полноценное питание
- Легко усваивается и полноценно используется
- Защищает от инфекций



- Стоит дешевле искусственного питания

Кормление грудью

- Обеспечивает эмоциональный контакт и развитие
- Помогает избежать новой беременности
- Защищает здоровье матери

3.2. Десять шагов успешного грудного вскармливания.

1а. В полной мере соблюдать Международный кодекс маркетинга заменителей грудного молока и соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения.

1б. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и доводить ее до сведения всего медицинского персонала.

1с. Создать постоянный мониторинг и систему управления данными. Обеспечить наличие у персонала достаточных знаний, компетентности и навыков в вопросах поддержки грудного вскармливания.

2. Информировать всех беременных женщин и их семьи о важности и методах грудного вскармливания.

3. Содействовать немедленному и непрерывному контакту «кожа-к-коже» и поддерживать матерей начинать грудное вскармливание как можно быстрее после рождения ребенка.

4. Помогать матерям начать и сохранять грудное вскармливание и преодолевать возникающие трудности.

5. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никакой иной пищи или жидкости, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.

6. Практиковать совместное пребывание матери и новорожденного 24 часа в сутки

7. Поддерживать матерей своевременно распознавать сигналы ребенка о его готовности к кормлению.

8. Информирование матерей по вопросам использования рисков применения бутылочек для кормления, сосок и пустышек

9. После выписки родители должны иметь возможность получать своевременную поддержку в вопросах грудного вскармливания.

10. В случае временного разлучения матери со своим ребенком ее необходимо обучить

технике сцеживания грудного молока как способу поддержания лактации, а для докорма по медицинским показаниям у доношенных младенцев может быть использована чашка, ложка, либо бутылка с соской.

В Донецкой Народной Республике поддерживаются основные принципы ВОЗ по поддержке грудного вскармливания.

В родильном отделении с целью успешного становления достаточной по объему и продолжительности лактации необходимо:

- выкладывать здорового обнаженного новорожденного ребенка на живот или грудь матери после неосложненных родов на срок от 40 мин. до 2-х часов (ребенок должен быть обсушен, укрыт теплой сухой пеленкой и/или одеялом, на голове у него должна быть надета шапочка);

- первичную обработку новорожденного, антропометрию и пеленание проводить не менее чем 30 минут от момента рождения после контакта с матерью;

- обучать матерей технике кормления ребенка грудью и сохранения лактации даже в случае временного разделения матери и ребенка (по медицинским показаниям).

Необходимо обеспечивать преемственность в работе женской консультации, акушерского стационара, детской поликлиники и детского стационара. Важно исключить рекламу заменителей грудного молока, бутылочек, пустышек и сосок в медицинской организации (памятки, буклеты, лекции и беседы, бесплатное распространение образцов и др.).

В первые дни - недели жизни новорожденного целесообразно придерживаться свободного вскармливания, прикладывая ребенка к груди не реже, чем через 1,5-2 часа днем и через 3-4 часа ночью. В ночное время в грудном молоке выше концентрация пролактина, способствующего синтезу грудного молока. Это особенно важно в период становления лактации. В дальнейшем мать и ребенок выбирают комфортное для них «расписание», при котором дневные кормления осуществляются, как правило, через 2,5-3,5 часа, а ночной интервал увеличивается. Ночью в грудном молоке значительно повышается концентрация мелатонина, основного гормона, регулирующего сон.

Важно помнить, что плач ребенка не всегда обусловлен чувством голода и может быть вызван другими причинами:

- потребностью в контакте с матерью,
 - младенческими коликами,
 - дискомфортом,
 - переменой обстановки,
 - перегревом или охлаждением ребенка,
- болью и др.

Принято считать, что в процессе каждого кормления первые порции молока содержат больше углеводов («переднее» молоко), а последние богаты жиром («заднее» молоко). Однако исследования показали, что в течение одного кормления синтезируется молоко одного состава, но при длительных перерывах между кормлениями часть жировых глобул оседает на стенках молочных протоков, поэтому в полости остается обедненное по жировому компоненту «переднее молоко», которое ребенок и высасывает в начале кормления. По мере продолжения сосания жировые глобулы начинают отрываться от стенок и смешиваются с молоком, «делая» его более жирным. Именно поэтому в «задних» порциях молока концентрация жира выше.

Различия в составе молока касаются и гормонов – в частности, грелина и лептина, принимающих участие в регуляции аппетита. В первых порциях молока содержится больше грелина, стимулирующего аппетит, а в последующих - лептина – гормона насыщения. При частом прикладывании ребенка к груди, а также частой смене груди во время одного кормления, разделение на «переднее» и «заднее» молоко практически нивелируется.

Препятствовать эффективному сосанию может короткая уздечка языка. В таких ситуациях ее необходимо подрезать в условиях стационара или стоматологического кабинета.

В начале становления лактации важно избежать раздражения и трещин сосков, затрудняющих процесс кормления. Единственно доказанным фактором риска появления

трещин сосков является неправильная техника кормления. В родильном отделении правильному прикладыванию к груди женщину должен обучить медицинский персонал (консультанты по ГВ).

При необходимости остановить кормление ребенка матери следует аккуратно ввести свой палец в угол рта ребенка и осторожно освободить грудь, чтобы предупредить травматизацию соска.

Дополнительным фактором, способствующим возникновению трещин, является мытье груди до и после кормления. При этом смывается защитная смазка, выделяемая железами Монтгомери. В связи с этим вполне достаточным считается прием гигиенического душа 1-2 раз в день.

3.3. Показания к введению докорма в раннем неонатальном периоде

Первоначальная потеря (8-10%) массы тела новорожденного ребенка не является абсолютным показанием к введению ему докорма адаптированной смесью. При оптимальной поддержке грудного вскармливания, первоначальная убыль массы тела составляет в среднем 5,5% (при этом после вагинальных родов меньше, чем после оперативных). На основании полученных результатов были разработаны почасовые номограммы потери массы тела для здоровых новорожденных, согласно которым первоначальная потеря массы тела не должна превышать 75 центиль или 5-6% через сутки после рождения, 7-8% через 2 суток и 9-10% через 3 суток и более (рис. 3.). При более высоких значениях убыли первоначальной массы тела ставится вопрос о назначении докорма

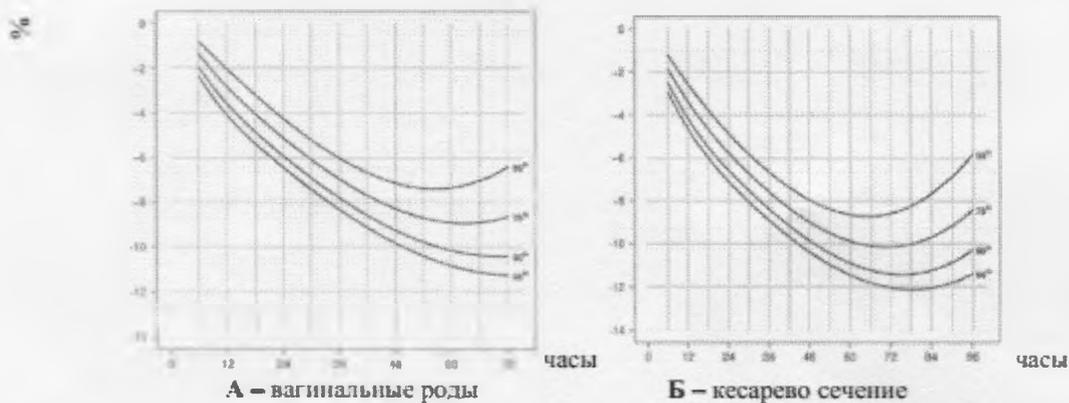


Рисунок 3. Почасовые номограммы потери массы тела для здоровых новорожденных, перцентили

3.4. Выбор докорма

Предметом первого выбора для докорма следует считать сцеженное материнское молоко (молозиво), которое необходимо использовать в случаях неэффективного сосания: при вялости ребенка, втянутом или крупном соске и других проблемах, возникающих при кормлении.

Лишь при отсутствии молозива (молока) в груди матери после кормления для докорма ребенка используется адаптированная молочная смесь или гипоаллергенная смесь, если он находится в группе риска по развитию аллергических заболеваний. Ряд отечественных и зарубежных педиатрических школ считают, что гипоаллергенным смесям следует отдать предпочтение, учитывая высокую проницаемость кишечного барьера в первые 7-10 дней жизни ребенка. Обоснованным является индивидуальный подход: в каждом конкретном случае медицинский работник должен определить, превышают ли клинические преимущества использования смеси потенциальные негативные последствия ее применения.

Согласно протоколу Международной Академии медицины грудного вскармливания в случаях дальнейшего снижения массы тела целесообразно введение докорма (ABM Clinical Protocol #3, 2017). Для выбора докорма рекомендован следующий подход:

- предметом первого выбора должно быть сцеженное материнское молоко;
- при отсутствии сцеженного материнского молока адаптированные смеси на основе гидролизата белка являются наиболее предпочтительными по сравнению со стандартными молочными смесями, так как они исключают ранний контакт с цельным коровьим молоком и способствуют более быстрому снижению уровня билирубина.

Практика показывает, что не только новорожденные, но и дети более старшего возраста, находящиеся на грудном вскармливании, иногда нуждаются в дополнительной жидкости (воде). Это может быть связано с повышенной температурой окружающей среды, пониженной влажностью воздуха в квартире, особенностями рациона среды, пониженной влажностью воздуха в квартире, особенностями рациона кормящей женщины. В этих ситуациях ребенку предлагается вода из ложки, и, если он начал охотно пить, значит, нуждается в ней.

3.5. Показания к назначению дополнительной жидкости (допаивания)

В раннем неонатальном периоде существуют ситуации, при которых дети могут нуждаться в дополнительной жидкости.

При задержке становления лактации и пограничных показателях первоначальной потери массы тела допаивание новорожденному ребенку целесообразно проводить в случаях:

- заболеваний/состояний, сопровождающихся высокой лихорадкой (повышение температуры тела более 38 градусов по Цельсию при измерении в подмышечной впадине), диарей, рвотой;
- транзиторной лихорадки новорожденных;
- проведения фототерапии с использованием люминесцентных ламп синего цвета (потребность ребенка в жидкости увеличивается на 10-20 мл/кг/сут. по сравнению с физиологической);
- уровня гематокрита периферической крови более 65% после 2-х суток жизни в сочетании с признаками дегидратации (эксикоза);
- клинических и параклинических признаков мочекишечного инфаркта почек;
- массы тела при рождении более 4 кг (повышенная потеря жидкости с большей площади поверхности кожи);
- повышенной температуры воздуха в помещении (более 26⁰С).

В таких ситуациях можно предлагать ребенку воду, **но не растворы глюкозы.**

При потере 5-6% массы тела и более на вторые сутки допаивание ребенка водой может быть альтернативой докорму, при этом вопрос решается индивидуально, с учетом массы тела при рождении, наличия симптомов обезвоживания, риска развития гипогликемии и др.

3.6. Кормление ребенка сцеженным грудным молоком

В случае раздельного пребывания матери и ребенка или невозможности прикладывания ребенка к груди мать следует обучить технике ручного или аппаратного сцеживания и начать его в первый час после рождения ребенка.

Медицинские показания для кормления ребенка сцеженным грудным молоком (или противопоказания к кормлению непосредственно из груди матери):

- тяжелое состояние новорожденного;
- отдельные врожденные пороки развития челюстно-лицевого аппарата;
- гестационный возраст менее 32 нед.;
- затянувшаяся гипербилирубинемия (более 3-х недель), связанная с составом грудного

молока (отдельные компоненты грудного молока снижают активность ферментов, участвующих в конъюгации непрямого билирубина), когда уровень билирубина превышает 250 мкмоль/л. При этом с лечебно-диагностической целью возможно кормление ребенка сцеженным пастеризованным грудным молоком в течение 1 – 3 суток;

- болезни ребенка, связанные с нарушением аминокислотного обмена (фенилкетонурия, тирозинемия, болезнь кленового сиропа, другие аминокислотопатии и органические ацидурии), когда сцеженное молоко используется в сочетании со специализированным лечебным продуктом и строго дозируется.

Также выделяется ряд состояний, требующих частичного или полного кормления ребенка сцеженным грудным молоком: выход женщины на работу/учебу, кормление близнецов (при невозможности одновременного кормления из груди), наличие трещин сосков и др.

При вскармливании сцеженным грудным молоком для сохранения лактации необходимо максимально полное сцеживание молока из двух молочных желез, не реже чем каждые 3-3,5 часа.

Установлена микробиологическая безопасность сцеженного грудного молока для грудного ребенка при условии соблюдения всех правил его сбора и сроков хранения.

3.7. Организация грудного вскармливания больных детей

Детям, которые в связи тяжестью состояния не были приложены к груди матери в первые дни после рождения, возможна организация длительного успешного ГВ.

Для этого необходимо выполнение кормящей матерью комплекса мероприятий, стимулирующих лактацию:

- регулярные сцеживания в ритме кормлений или применение метода одновременного «двойного» сцеживания обеих молочных желез не реже, чем через каждые 3 часа, в том числе и в ночное время суток, в течение 15 минут из каждой молочной железы, а также всякий раз при появлении чувства наполнения молочных желез;

- стимуляция сосания ребенка с использованием контакта «кожа-к-коже» по методу «кенгуру» несколько раз в сутки в зависимости от состояния ребенка, массажа мышц, принимающих участие в акте сосания, использование пустышки и кормление ребенка по его требованию при стабилизации состояния;

- соблюдение принципов рационального питания кормящей женщины.

3.8. Противопоказания к грудному вскармливанию

Ребенок не прикладывается к груди матери из группы высокого риска, не прошедшей 3-х кратного дородового тестирования на ВИЧ, до момента получения отрицательного результата в родильном доме.

Абсолютными противопоказаниями являются острые психические расстройства у женщин, особо опасные инфекции (тиф, холера и др.), открытая форма туберкулеза, ВИЧ-инфицирование матери, а также носительство Т-лимфотропного вируса, поскольку один из основных путей его передачи - через грудное молоко.

Возможными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны матери являются следующие состояния или заболевания: эклампсия, обильное кровотечение во время родов и послеродовом периоде, выраженная декомпенсация при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени, тяжелое состояние женщины при инфекционных заболеваниях

Такие заболевания кормящей матери, как краснуха, ветряная оспа, корь, эпидемический паротит, простой герпес, острые кишечные и респираторно-вирусные инфекции, если они протекают без выраженной интоксикации, не являются противопоказанием к кормлению грудью при соблюдении правил общей гигиены. Однако при наличии герпетических высыпаний на коже в области груди, кормление из нее временно прекращается. При цитомегаловирусной инфекции вирус активно выделяется с грудным молоком, но заболевание у ребенка протекает, как правило, кратковременно и бессимптомно, поэтому согласно

международным рекомендациям серопозитивные матери могут кормить грудью доношенных детей (польза превышает риск негативных последствий).

При гепатите В у женщин грудное вскармливание возможно при проведении вакцинации в сочетании с введением специфического иммуноглобулина после рождения ребенка. Вероятность инфицирования вирусом гепатита С через грудное молоко минимальна. Но при остром течении гепатита В и С, а также в случае развития мастита или при кровоточивости сосков грудное вскармливание следует временно прекратить.

Мать может кормить грудью при закрытой форме туберкулеза, если ребенок привит, а женщина получает соответствующее лечение препаратами, не имеющими противопоказаний для грудного вскармливания.

Не рекомендуется прекращать кормление ребенка грудью и при маститах в сочетании с проводимым лечением матери, которое совместимо с грудным вскармливанием.

Противопоказаниями к кормлению грудью является прием матерью ряда лекарственных средств не совместимых с грудным вскармливанием. Если лекарственное средство/БАД согласно инструкции и реестру лекарственных средств входит в категорию «противопоказаны к кормлению грудью» - грудное вскармливание следует прекратить на период приема данного средства. В случаях, когда в инструкции указано «назначать с осторожностью» при кормлении грудью – вопрос о продолжении грудного вскармливания должен быть решен в индивидуальном порядке.

Во время приема медикаментозных препаратов матерью необходимо внимательное наблюдение за ребенком с целью своевременного обнаружения их побочных эффектов.

Учитывая негативное воздействие табачного дыма, смолы и никотина на организм ребенка и лактацию, курящим женщинам в период лактации важно отказаться от курения. Содержание вредных веществ в грудном молоке будет меньше, если женщина выкуривает сигарету сразу после кормления грудью, а не до него.

Не должны кормить ребенка грудью матери, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью.

Возможна организация грудного вскармливания и при оперативных родах. Если операция проводилась под спинальной или эпидуральной анестезией, прикладывание ребенка к груди осуществляется непосредственно в родовом зале, при наркозе матери - через 4-6 часов после окончания его действия. Если ребенок не может быть приложен к груди в эти сроки, важно организовать сцеживание молозива.

Абсолютными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны ребенка:

- классическая галактоземия и подозрение на ее наличие (до момента получения результата неонатального скрининга);
- врожденная алактазия;
- глюкозо-галактозная мальабсорбция;
- болезнь включений микроворсинок, врожденная пучковая энтеропатия;
- нарушение окисления жирных кислот с различной длиной цепи.

3.9. РАННЯЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ МАТЕРИ

Некоторые кормящие матери сомневаются в том, что молозива достаточно, и они могут получать противоречивые советы, то для этих матерей может быть полезно ободрение, помощь с техникой кормления грудью и обучение нормальной физиологии грудного вскармливания.

Причины необоснованного докорма и связанных с ним рисков. Существуют общие клинические ситуации, когда может быть необходима оценка и организация грудного вскармливания, но ДОКОРМ НЕ ПОКАЗАН, в том числе:

1. Сонный ребенок, получивший менее чем 8 - 12 кормлений в первые 24-48 часов с менее чем 7% потери веса и без признаков болезни.

После первого около 2-часового периода бодрствования сразу после рождения, новорожденные обычно сонные. В следующие 10 часов, в дополнение к 1-2-м периодам бодрствования, они имеют различные циклы сна-бодрствования – с кормлениями или без. Особое внимание нужно обращать на ранние признаки готовности ребенка к кормлению и мягко будить младенца, чтобы попытаться приложить его к груди каждые 2-3 часа – это лучше, чем автоматический докорм через 6, 8, 12 или даже 24 часа.

Основное правило в первую неделю: «БОДРСТВУЮЩИЙ РЕБЕНОК – ЭТО ГОЛОДНЫЙ РЕБЕНОК!»

Увеличение времени контакта кожа-к-коже может способствовать более частым прикладываниям к груди.

2. Здоровый, доношенный, соответствующий гестационному возрасту младенец, который имеет уровень билирубина менее 18 мг/дл (моль/л) после 72 часов жизни, при этом ребенок хорошо сосёт, адекватно опорожняет кишечник и потеря веса составляет менее 7%.

3. Ребенок, который очень беспокоен ночью или постоянно просит есть в течение нескольких часов.

4. Мать устала или хочет спать.

Для пунктов 3 и 4 правильная организация грудного вскармливания может оптимизировать кормления, сделав их более подходящими для младенца, и позволить матери больше отдыхать. Прежде чем вводить любой докорм, важно полностью, надлежащим образом оценить каждую пару мать-ребенок, в том числе непосредственно наблюдая процесс кормления грудью. Следующие руководящие принципы содержат показания и методы докорма для здоровых, рождённых в срок (37-42 недель), грудных детей (см. таблицу 1). В таблице 2 представлены возможные показания к ведению таких кормлений. Врач должен решить, перевешивают ли клинические преимущества потенциальные негативные последствия таких кормлений.

Раннее грудное вскармливание

Акушерка осуществляет медицинское наблюдение за состоянием новорожденного в течение пребывания ребенка в родильном зале. При нарушении состояния новорожденного информирует об этом врача-педиатра-неонатолога, а при его отсутствии врача-акушера-гинеколога.

При появлении поискового и сосательного рефлекса (ребенок поднимает голову, открывает широко рот, ищет грудь матери), акушерка помогает осуществить **первое раннее прикладывание** ребенка к груди матери:

1. Признаки правильного прикладывания ребенка к груди (рис. 1):

- подбородок ребенка прикасается к грудной железе.
- рот ребенка широко открыт
- нижняя губа ребенка вывернута наружу.
- ребенок больше захватывает нижнюю часть ареолы.

2. Этапы оказания помощи матери при приложении ребенка к груди.

2.1. Мать должна сесть или лечь в удобном положении и расслабиться. Она может сидеть, держа ребенка перед собой, или лечь, положив ребенка рядом. Если ей удобно, она может положить ребенка на подушку.

2.2. Сядьте рядом с матерью на одном уровне так, чтобы вам было удобно. Покажите ей, как держать ребенка, чтобы он был повернут к ней лицом.

2.3. Голова ребенка должна находиться на одной линии с телом, а его живот - напротив живота матери.

2.4. Если необходимо, поддержите ребенка сзади за плечи, но не за затылок. Его голова должна быть слегка откинута назад.

2.5. Матери следует поднять грудь рукой и дать ребенку всю ареолу, а не только сосок. Не нужно сжимать пальцами сосок или ареолу и пытаться втолкнуть сосок ребенку в рот.

2.6. Мать может прикоснуться соском к губам ребенка для стимуляции рефлекса захвата.

2.7. Подождите пока ребенок широко раскроет рот и захочет сосать. Быстро приложите ребенка к груди.

2.8. Приложите ребенка к груди так, чтобы его нижняя губа была под соском. Таким образом подбородок ребенка будет прилегать к груди. В таком положении сосок будет находиться чуть выше центра детского рта и сможет стимулировать небо.



Рис. 1. Ребенок правильно приложен к груди матери



Рис.2 Ребенок неправильно приложен груди

**Варианты положения ребенка у груди.
Помощь матери при положении «сидя»**

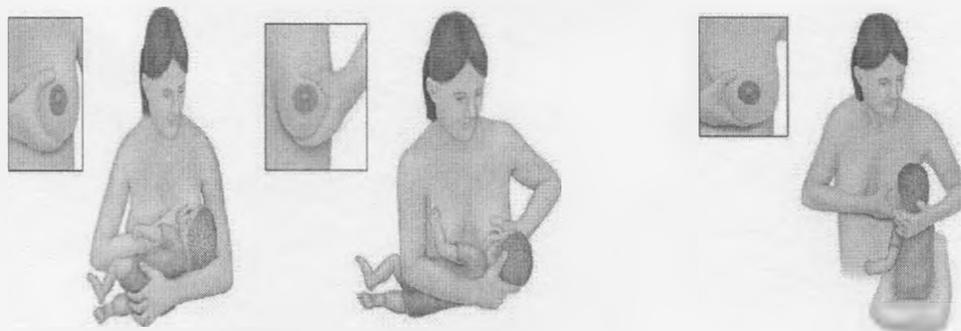


Рис. 3



Рис.4

2.9. Мать должна сидеть в удобном, расслабленном положении (низкое сиденье удобнее, особенно при наличии опоры для спины). При высоком сиденье необходимо иметь подставку под ноги, но колени не были подняты слишком высоко. При расположении матери в постели, можно пользоваться подушкой.

2.10. В случае расположения ребенка на коленях матери, необходимо поднять его, тем самым мать будет правильно прикладывать ребенка к груди.

2.11. Другие позиции ребенка у груди в положении матери «сидя»:

- положение «из-под руки» - голова ребенка находится на кисти руки матери, но это положение может также быть полезным для:

- кормления двойни;
- если мать имеет определенные проблемы с прикладыванием ребенка к груди спереди;

для лечения лактостаза;

если для матери такая позиция просто удобна.

- положение, в котором ребенок находится на руке, противоположной грудной железе, с которой кормится, - туловище ребенка лежит на предплечье матери, кистью руки она поддерживает голову ребенка на уровне ушей или ниже, но не подталкивает ее к груди снизу. Этот способ рекомендуется в следующих случаях:

- ребенок с низкой массой тела при рождении.
- ребенок ослаблен или с врожденными пороками.
- мать отдает предпочтение этому положению.

Помощь матери при положении «лежа»



Рис.5 Мать кормит ребенка лежа

Мать лежит в удобной позе (в этой позе она может спать), при этом голова находится в несколько возвышенном положении (применить высокую подушку или подложить руку под голову). Другой свободной рукой мать поддерживает ребенка.

При положении «лежа» возникают затруднения при прикладывания ребенка к груди. Частой причиной при этом является то, что ребенок находится слишком высоко и матери нужно наклонять голову вперед, чтобы дотянуться до соска.

Случаи кормления в положении «лежа»

1. После акушерских вмешательств, которые затрудняют осуществление кормления в положении сидя (кесарево сечение, эпизио-, перинеотомия, акушерские щипцы и др.);
2. Матери хочется спать, она может кормить, не вставая с кровати.
3. Мать может кормить стоя (при невозможности сидеть или лежать)
4. Мать может кормить лежа на спине (ребенок сверху) – это положение удобно при наличии лактостаза, а также в случае чрезмерного количества молока у матери, если ребенку трудно приспособиться к груди, то иногда может помочь следующее положение: мать ложится на живот, опираясь на локти, ребенок под ней.

3.10. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Здоровые младенцы должны быть в контакте кожа-к-коже с матерью сразу после рождения, чтобы облегчить грудное вскармливание, поскольку задержка во времени между рождением и иницированием первого прикладывания к груди является мощным предрасполагающим фактором к использованию смесей.

2. Дородовое обучение и поддержка в роддоме может значительно улучшить показатели исключительно грудного вскармливания. И матери, и медицинские работники должны быть осведомлены о рисках необоснованного докорма.

3. Здоровые новорожденные не нуждаются в дополнительном питании при малых кормлениях в течение первых 24-48 часов; но дети, слишком слабые, чтобы сосать грудь, или чьи матери слишком слабы, чтобы кормить грудью, скорее всего, будут нуждаться в дополнительном питании.

4. Родильные отделения должны серьезно рассмотреть вопрос о создании политики в отношении докорма и требовать подтверждения врачом необходимости докорма по

медицинским показаниям и информированного согласия матери в случае докорма не по медицинским показаниям.

5. Ответственность медицинских работников - предоставить информацию, задокументировать решение родителей и поддерживать мать в её решении. В случае решения докармливать не по медицинским показаниям, должны быть задокументированы усилия по просвещению матери медицинским персоналом. Все дополнительные кормления должны быть задокументированы, в том числе состав, объем, способ докорма и медицинские показания или причины.

6. Если разделение матери и ребенка является неизбежным, а выработка молока у матери недостаточна или сомнительна, либо передача молока ребёнку затруднительна; тогда матерям нужны поддержка и условия для аппаратного сцеживания или обучение технике ручного сцеживания, чтобы стимулировать выработку молока и обеспечить новорожденного необходимым количеством сцеженного грудного молока.

7. Если докорм необходим, то первичная его цель - накормить ребенка, а также создать условия для оптимизации выработки молока у матери, пока не определены причины недостаточности молока или неудовлетворительной его передачи ребёнку.

8. Если возможно, идеально организовать палату 24-часового совместного пребывания матери и ребёнка, чтобы расширить возможности для грудного вскармливания и, следовательно, лактогенеза у матери.

9. Оптимально, матери нужно сцеживать молоко каждый раз, когда ребенок получает докорм, или примерно каждые 2-3 ч. Мать следует поощрять начать сцеживания в течение первых 24 часов – так скоро, насколько это возможно. Нагрубания груди у матери следует избегать, поскольку это подвергает лактацию дальнейшему риску и может привести к другим осложнениям.

10. Перед предоставлением докорма, всех детей необходимо официально оценить с точки зрения положения у груди, качества захвата груди, и получения молока. Большинство детей, которые находятся с матерями и кормятся грудью адекватно, теряют меньше, чем 7% от их массы тела при рождении. Потеря веса, превышающая 7%, может быть признаком недостаточной передачи молока ребёнку или низкой его выработки у матери. Хотя потеря веса в диапазоне 8-10% также может быть в пределах нормы, если все остальное идет хорошо, и медицинский осмотр прошел нормально, это является показанием для тщательной оценки и возможной помощи в грудном вскармливании.

11. Врач-педиатр, врач-педиатр-неонатолог должен быть уведомлен, если:

- a) Новорожденный проявляет другие признаки болезни в дополнение к недостаточному питанию;
- b) Пара мать-ребенок отвечает клиническим критериям, перечисленным в табл. 1.
- c) Потери массы тела новорожденного превышают 7%.

Таблица 1.

Показания к докорму для доношенных, здоровых новорожденных (ситуации, когда грудное вскармливание НЕВОЗМОЖНО)	
1.	Разделение - заболевания матери, которые явились причиной разделения ребенка и матери (например, шок или психоз) - мать не находится в том же учреждении здравоохранения.
2.	Новорожденный имеет врожденные нарушения метаболизма (например, галактоземия).
3.	Новорожденный не в состоянии кормиться грудью (например, врожденные пороки развития, болезнь).
4.	Мать принимает лекарства, не совместимые с грудным вскармливанием.

Таблица 2.

Возможные показания к докорму для доношенных, здоровых новорожденных

Показания со стороны ребенка

1. Бессимптомная гипогликемия, подтвержденная лабораторными измерениями глюкозы крови (а не «прикроватными» скрининг-методами), которая не реагирует на надлежащие частые кормления грудью. Детям с симптомами следует вводить внутривенно глюкозу согласно клиническим рекомендациям.

2. Клинические и лабораторные свидетельства значительного обезвоживания (например, 10% потеря веса, высокий уровень натрия, недостаточные кормления, вялость и т.д.), которые не улучшились после квалифицированной оценки и надлежащей организации грудного вскармливания.

3. Потеря веса 8-10%, которая сопровождается задержкой лактогенеза II (3-5 сутки или позже [72-120 часов] или более).

4. Задержка стула или продолжение выделения мекония на 5-е сутки (120 часов).

5. Недостаточное получение ребёнком молока, несмотря на достаточное его количество у матери (плохая «передача молока»).

6. Гипербилирубинемия.

7. Желтуха новорожденных, связанная с голоданием, когда получение грудного молока недостаточное, несмотря на соответствующее вмешательство.

8. Желтуха грудного молока, когда уровень билирубина достигает 20-25 мг/дл (моль/л) у благополучного в остальном ребенка и когда диагностическое и/или терапевтическое прерывание грудного вскармливания может быть полезным.

9. Когда показано дополнительное введение макронутриентов.

Показания со стороны матери

1. Задержка лактогенеза II (3-5 сутки или позже [72-120 часов] и недостаточное получение молока ребёнком.

Остатки плаценты в матке (лактогенез, вероятно, произойдет после извлечения плацентарных фрагментов);

Синдром Шихана (послеродовое кровотечение с последующим отсутствием лактогенеза);

Первичная гипоплазия молочных желез, встречающаяся менее чем у 5% женщин (первичная неспособность к лактации), о чем свидетельствует недостаточный рост груди во время беременности и минимальные показатели лактогенеза.

2. Патологии молочной железы или предшествующие хирургические вмешательства, приводящие к недостаточной выработке молока.

3. Невыносимая боль во время кормлений, не проходящая после соответствующих вмешательств.

3.11. ПРИМЕЧАНИЯ НОВОГО РУКОВОДСТВА ВОЗ

1. Желательно начинать контакт кожа-к-коже в первые 10 минут после родов, хотя на практике часто это можно сделать еще раньше, через 2-3 минуты после родов, и желательно сохранять его и после первого часа после родов, если это позволяет самочувствие матери и ребенка.

4. Оптимальная продолжительность контакта кожа-к-коже – не менее 2 часов после родов, с наблюдением медицинским персоналом за возможными признаками стресса у матери и ребенка.

5. Наиболее позитивный эффект дает начало грудного вскармливания в течение первого часа после родов, с учетом того, что у здоровых доношенных новорожденных детей желание приложиться к груди появляется через 15-20 минут после родов, иногда немного позже.

6. Если в силу особенностей здоровья матери или ребенка возможности начать ГВ в течение 1-го часа после родов не было, инициировать ГВ нужно так скоро, как только это возможно.

7. Сцеживание молока может использоваться как техника, помогающая стимулировать выработку молока и эффективное сосание ребенка и в тех случаях, когда мать с ребенком неразделены.

8. Матери, дети которых попали в интенсивную терапию, должны поддерживаться в осуществлении контакта кожа-к-коже с детьми, для стимулирования их врожденных рефлексов, и в сцеживании молока для передачи новорожденным.

9. Дополнительные жидкости, отличные от грудного молока, должны даваться только по медицинским показаниям. При недостатке ресурсов, времени или знаний у медицинского персонала, дополнительная пища или жидкости даваться ребенку не должны!

10. Консультирование матерей и членов их семей должно давать им возможность принять информированное решение об использовании либо избегании пустышек и бутылочных сосок до установления успешного ГВ.

11. Не должно быть продвижения и рекламы заменителей грудного молока, сосок, пустышек в любых частях учреждения здравоохранения, работающего с материнством и детством.

12. Учреждения здравоохранения и их персонал не должны дарить бутылки для кормления, соски и любые продукты из зоны действия Кодекса маркетинга заменителей грудного молока.

13. Чтобы минимизировать сложности с ГВ во время пребывания в учреждениях здравоохранения, там должна быть практика поощрять матерей кормить грудью так много, так долго и так часто, как они, сами этого хотят.

4. Ресурсное обеспечение

Кадры: аттестованные врачи-акушеры-гинекологи, врачи-маммологи врачи-педиатры-неонатологи, врачи УЗИ

Оборудование: наличие клиничко-диагностической лаборатории, кабинета ультразвуковой диагностики

5. Индикаторы качества оказания медицинской помощи новорожденному ребенку:

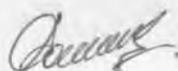
№ п/п	Критерии качества	Целевой уровень	Методика измерения
1	Рождение ребенка в специализированном (родовспомогательном) учреждении здравоохранения	98%	Количество детей, рожденных в специализированном стационаре
2	Наличие в карте развития новорожденного информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи	100 %	Наличие/отсутствие в медицинской документации оформленного соответствующим образом информированного добровольного согласия
3	Правила «тепловой цепочки» соблюдены на всех этапах	100 %	Наличие соответствующего оборудования, знание и выполнение персоналом соответствующих правил

			тепловой цепочки
4	Контаминация (контакт «кожа к коже») после рождения ребенка на животе у матери (отца)	80%	Наличие возможности (помещения) для контаминации. Опрос матерей, членов семьи.
5	Первое прикладывание к груди в родильном зале (операционной) в течение первого часа от рождения	80%	Знание и выполнение медицинским персоналом соответствующих правил. Опрос матерей.
6	Профилактика офтальмии у новорожденного	100 %	Соответствующая отметка в карте развития новорожденного форма - 097/у
7	При удовлетворительном состоянии матери и ребенка контакт «кожа к коже» в родильном зале в течение 2-х часов	95 %	Опрос матерей
8	При удовлетворительном состоянии матери и ребенка - совместное пребывание	100 %	Наличие условий (палат совместного пребывания)
9	Регистрация данных первичного врачебного осмотра, ежедневных осмотров врача, назначений и их выполнения, антропометрических показателей, термометрии в карте развития новорожденного	100 %	Анализ карты развития новорожденного форма 097/у
10	Осмотр ребенка врачом-неонатологом в день выписки	100 %	Анализ карты развития новорожденного форма 097/у
11	Измерение массы тела новорожденного перед выпиской из акушерского стационара	100 %	Анализ карты развития новорожденного форма 097/у
12	Удельный вес новорожденных, выписанных из акушерского стационара, находящихся на грудном вскармливании	90 %	Анализ карты развития новорожденного форма 097/у

УІ. Перечень используемой литературы

1. Акушерство. Национальное руководство/Под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 1088 с.
2. Акушерство: учебник / Под. ред. Е.В. Радзинского. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с.
3. Лукоянова О.Л. Научное обоснование и разработка новых технологий организации и поддержки грудного вскармливания: автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 2016: 45 с.
4. Методическое пособие «Специализированные продукты лечебного питания для детей с фенилкетонурией»: метод. пособие / [Бушуева Т.В., Боровик Т.Э., Фисенко А.П., Баранов А.А., Кузенкова Л.М., Звонкова Н.Г. и др.]; ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. — М.: ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, 2018. — 128 с.
5. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017, Breastfeeding medicine Volume 12, Number 7, 2017
6. Bharadwaj S, Ginoya S, Tandon P, Gohel TD, Guirguis J, Vallabh H, Jevann A, Hanounch I. Malnutrition: laboratory markers vs nutritional assessment. Gastroenterol Rep (Oxf). 2016;4 (4):272-280.
7. Bouma S. Diagnosing Pediatric Malnutrition: Paradigm Shifts of Etiology-Related Definitions and Appraisal of the Indicators. Nutrition in Clinical Practice. 2017; 32 (1): 52–67.
8. Breastfeeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition: July 2015 - Volume 49 - Issue 1 - p 112–125 doi: 10.1097/MPG.0b013e3 1819f1e05
9. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, 8th edition, by Ruth A. Lawrence and Robert M. Lawrence – Philadelphia, PA: Elsevier, 2016. – 992 с.
10. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни Российской Федерации (4-е издание, переработанное и дополненное), Москва, 2019 – 206 с.

Министр



О.Н. Долгошапко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

30.04.2020 № 16

УТВЕРЖДЕН

Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой Народной
Республики

21 мая 2020 № 1065

УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ»**

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Классификация по МКБ-10:

- O 30.0** Беременность двойней
- O 30.1** Беременность тройней
- O 30.2** Беременность четырьмя плодами
- O 30.8** Другие формы многоплодной беременности
- O 30.9** Многоплодная беременность неуточненная
- O 31.0** Бумажный плод (Fetus compressus)
- O 31.1** Продолжающаяся беременность после аборта одного или более чем одного плода
- O.31.2** Продолжающаяся беременность после внутриутробной гибели одного или более чем одного плода
- O 31.8** Другие осложнения, характерные для многоплодной беременности
- O.32.5** Многоплодная беременность с неправильным предлежанием одного или нескольких плодов, требующая предоставления медицинской помощи матери
- O.43.0** Синдромы плацентарной трансфузии: плод-материнская, материнско-плодная, близнецовая
- O 84.0** Роды многоплодные, полностью самопроизвольные
- O 84.1** Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум-экстрактора
- O 84.2** Роды многоплодные, полностью путем кесарева сечения
- O.84.8** Другое родоразрешение при многоплодных родах. Комбинированные методы родоразрешения при многоплодных родах
- O 84.9** Роды многоплодные неуточненные

Условные сокращения:

- МБ** - многоплодная беременность
- ФФТС** - фето - фетальный трансфузионный синдром
- ФЛКСА** - фетоскопическая лазерная коагуляция анастомозов
- ЭКО** - экстракорпоральное оплодотворение
- ВРТ** – вспомогательные репродуктивные технологии
- ХГЧ** - хорионический гонадотропин человека
- АФП** – альфа - фетопротеин
- ЦДК** - цветное доплеровское картирование
- УЗИ** – ультразвуковое исследование
- СМА** – средняя мозговая артерия плода
- РДС** – респираторный дистресс синдром

Категория пациентов: Беременные с двумя или большим числом плодов.

Пользователи протокола: врачи акушеры гинекологи амбулаторно - поликлинического звена и родовспомогательных стационаров.

Дата разработки протокола: февраль 2020 года.

Дата пересмотра протокола: февраль 2025 года.

РАЗРАБОТЧИКИ

№п/п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Чурилов Андрей Викторович	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», профессор, доктор медицинских наук.
2.	Свиридова Валентина Васильевна	Профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», профессор, доктор медицинских наук. Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ДОКТМО.
3.	Данькина Илона Альбертовна	Доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
4.	Клецова Марина Ивановна	Доцент кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук
5.	Сидоренко Геннадий Дмитриевич	Заведующий отделением экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО МЗ ДНР, кандидат медицинских наук
6.	Сиротина Елена Анатольевна	Заведующий гинекологическим отделением ДоКТМО МЗ ДНР

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Васильева Людмила Леонидовна	Начальник отдела охраны материнства и детства Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, председатель Рабочей группы.
2.	Железная Анна Александровна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького», заместитель генерального директора по лечебной работе Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства МЗ ДНР, доктор медицинских наук, заместитель председателя Рабочей группы.
3.	Морозова Наталья Игоревна	Главный специалист отдела охраны материнства и детства Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, секретарь Рабочей группы.
4.	Морозова Наталья Андреевна	Доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кандидат медицинских наук.
5.	Чурилов Андрей Викторович	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», профессор, доктор медицинских наук.
6.	Свиридова Валентина Васильевна	Профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», профессор, доктор медицинских наук. Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ДОКТМО.

7.	Колесникова Татьяна Ивановна	Заведующий клинко-диагностической лабораторией Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по лабораторной диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.
8.	Черных Светлана Владимировна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук.
9.	Костенко Владимир Сергеевич	Заведующий отделением акушерской реанимации Донецкого клинического территориального медицинского объединения.
10.	Шкарбун Лариса Игоревна	Заведующий отделением ультразвуковой диагностики Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по ультразвуковой диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.
11.	Золото Елена Викторовна	Детский и подростковый гинеколог ДРЦОМид МЗ ДНР, кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по гинекологии детского и подросткового возраста МЗ ДНР
12.	Овчинникова Елена Александровна	Директор Республиканского специализированного центра медицинской генетики и пренатальной диагностики МЗ ДНР, главный внештатный специалист по генетике и пренатальной диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.
13.	Данькина Илона Альбертовна	Доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук.
14.	Демина Татьяна Николаевна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук.
15.	Яковлева Эльвира Борисовна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук.

II. ОБЩАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.

В последнее десятилетие во всем мире значительно увеличилась частота наступления многоплодной беременности в связи с широким внедрением в практику методов ВРТ, поздним возрастом матерей, наступлением беременности после отмены оральных контрацептивов. Многоплодие относится к беременности высокого риска в связи со значительным риском развития осложнений как со стороны матери (ранние репродуктивные потери, преждевременные роды, гипертензивные расстройства, анемия, гестационный сахарный диабет, кровотечение, оперативное родоразрешение, осложнения послеродового периода), так и со стороны плодов (замедление темпов роста, преждевременные роды, врожденные аномалии развития).

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

III. КЛАССИФИКАЦИЯ.

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

1. 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.

2. По типу хориальности (плацентации):

- Дихориальная - две плаценты - 80%
- Монохориальная - одна плацента - 20%

3. По количеству амниотической жидкости:

- Диамниотическая
- Моноамниотическая

IV. ДИАГНОСТИКА

Диагностика основывается на следующих критериях:

- 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; избыточная прибавка массы тела;

Окончательный диагноз многоплодной беременности устанавливается при проведении УЗИ и визуализации двух и более эмбрионов. После установления диагноза многоплодной беременности беременная должна быть направлена для выполнения УЗИ в медицинское учреждение III уровня, где чётко определяется хориальность и количество амниотических полостей и эмбрионов. Хориальность должна быть установлена в первом триместре беременности, при отсутствии визуализации трансабдоминально используется трансвагинальный доступ.

Диагностическими критериями хориальности и амниональности являются:

- определение количества плодных яиц в полости матки на раннем сроке беременности, количества эмбрионов и количества желточных мешков, т.к. количество желточных мешков соответствует количеству амниотических полостей;
- в сроке 7-10 недель гестации визуализация амниотических полостей и единственного плодного яйца с двумя эмбрионами при монохориальном типе плацентации;

- в 6-7, 11 недель и 6 дней оценивается лямбда или Т - признак.

При затруднении установления типа хориальности, даже после консультации с более опытным специалистом, беременность следует вести как монохориальную, пока не будет доказано обратное. В момент определения хориальности, оценивается амниональность. Отсутствие визуализации оболочек между эмбрионами говорит о моноамниотическом многоплодии. В случае сомнений, отсутствие разделяющей мембраны лучше всего подтверждается путем трансвагинального исследования. Дополнительно оценивается переплетение пуповин с использованием ЦДК, что является практически универсальным признаком монохориальной моноамниотической двойни.

Срок беременности устанавливается:

- по дате первого дня последней менструации (при регулярном менструальном цикле);
- по данным УЗИ I триместра, когда копчико-теменной размер (КТР) эмбриона составляет 45-84 мм (6-7 недель 6 дней беременности) или во II триместре при сроке 18-21 неделя и 6 дней (на основании размера головки плода), в случае если данные УЗИ на ранних сроках не представлены.

Если расхождение срока беременности по дате последней менструации и по данным измерения КТР составляет 5 дней и менее, срок беременности выставляется по дате последней менструации. При расхождении срока беременности по дате последней менструации и по данным измерения КТР более 5 дней, срок беременности рассчитывается по данным УЗИ. Для оценки срока беременности должен использоваться наибольший из КТР эмбрионов, чтобы избежать риска возможной ошибки при оценке его по плоду с ранними нарушениями развития. При отсутствии данных УЗИ в I триместре для уточнения срока беременности можно использовать данные УЗ-фетометрии большего плода (размера головки) в 18-21 неделя и 6 дней.

Если расхождение срока беременности по дате последней менструации и по данным фетометрии составляет 7 и менее дней, срок беременности выставляется по дате последней менструации. При расхождении срока беременности по дате последней менструации и по данным ультразвукового исследования более 7 дней, срок беременности рассчитывается на основе данных УЗИ.

Срок беременности, наступившей после ВРТ, определяется по дате пункции фолликулов или переноса эмбрионов с учетом их возраста:

- дата пункции: соответствует «овуляции» или 14 дню «беременности»;
- срок беременности 2 недели - минус 14 дней: дата «1 дня последней предполагаемой менструации», от которой рассчитывается срок беременности при дальнейшем её ведении.

Если известна только дата переноса эмбрионов или при криопротоколе:

- от даты переноса эмбрионов вычесть число дней инкубации эмбрионов (обычно 3-5 дней) - получаем дату «овуляции» и вычитаем 14 дней - получаем дату «1 дня последней предполагаемой менструации» от которой рассчитывается срок беременности.

При ВРТ истинные даты первого дня последней менструации и данные КТР для расчета срока беременности не учитываются.

Алгоритм тактики ультразвукового наблюдения при моно – и дихориальном

типе двойни

Дихориальная двойня	Монохориальная двойня
6-7, 11 нед. и 6 дней - уточнение срока беременности, хориальность, амниональность, комбинированный скрининг анеуплоидий	
	16 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод ¹⁾
	18 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия
18 - 20 нед – скрининговое ультразвуковое исследование II триместра, фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод	20 нед – скрининговое ультразвуковое исследование II триместра
	22 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия с оценкой скорости кровотока в СМА
24 - 26 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия	24 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия оценкой скорости кровотока в СМА
	26 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия оценкой скорости кровотока в СМА
28 - 30 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия	28 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия оценкой скорости кровотока в СМА
	30 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия оценкой скорости кровотока в СМА
32 - 34 нед - скрининг III триместра, доплерометрия, цервикометрия	32 нед - скрининг III триместра, количество околоплодных вод, доплерометрия оценкой скорости кровотока в СМА
	34 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия оценкой скорости кровотока в СМА
36 нед - фетометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия	36 нед - фетометрия, цервикометрия, количество околоплодных вод, доплерометрия оценкой скорости кровотока в СМА
38 нед - плановое родоразрешение	37 нед - плановое родоразрешение

Скрининг аномалий развития плодов

I триместр беременности

Скрининг хромосомных аномалий при беременности двойней в I триместре осуществляется с помощью комбинированного теста: оценка эхографических параметров, возраста женщины, уровней свободного Р-хорионического гонадотропина человека (Р-ХГ), связанного с беременностью плазменного протеина-А (РАРР-А). При многоплодной беременности рекомендовано проведение экспертного эхографического исследования в сроках гестации 11- 11 недель и бдней с оценкой толщины воротникового пространства, визуализации носовых костей.

В случае неразвивающейся беременности одного из плодов, для оценки рисков должна использоваться только комбинация возраста матери и ТВП, так как показатели Р-ХГ и РАРР-А не будут объективно отражать состояние живого плода.

II триместр беременности

Во II триместре беременности скрининг аномалий развития проводится в сроках 18-21 неделя и 6 дней. При монохориальном типе плацентации показано обязательное проведение эхокардиографического исследования плодов в 24-25 недель беременности.

V. ВОЗМОЖНЫЕ АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ТАКТИКА РОДРАЗРЕШЕНИЯ

По современным литературным данным только 15-30% многоплодных беременностей протекают без осложнений.

1. Осложнения со стороны матери

- **Гипертензивные расстройства при беременности.** Риск гипертензивных расстройств (гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия и эклампсия) при многоплодии выше в 2-3 раза, чем при одноплодной беременности, при этом эти состояния развиваются раньше и склонны к более тяжелому течению. В группе высокого риска рекомендуется приём низких доз аспирина (150 мг) с 12 (не позднее 16) недель беременности. Рекомендуется оценка уровня АД и тест на протеинурию при каждом визите к врачу.
- **Гестационный сахарный диабет.** Многоплодная беременность повышает риск развития гестационного сахарного диабета, в связи, с чем показано проведение ПГТ в установленные сроки.
- **Аномалии плацентации.** Предлежание плаценты и vasa praevia чаще описаны при многоплодии, в связи, с чем показан УЗ-контроль в динамике при подозрении на эти синдромы, начиная с I триместра. Подходы к тактике ведения беременности и родоразрешения не отличаются от таковых при одноплодной беременности.
- **Преждевременные роды.** Спонтанные преждевременные роды и преждевременный разрыв плодных оболочек - самые частые осложнения многоплодия, приводящие к тяжёлым перинатальным исходам. Многоплодие сопряжено с высоким риском формирования истмико-цервикальной недостаточности. Частота спонтанных и индуцированных преждевременных родов при многоплодной беременности выше по сравнению с одноплодной.

Эффективной стратегией скрининга является оценка длины шейки матки при трансвагинальной цервикометрии в 20-24 недели. Уменьшение длины шейки матки менее 25 мм свидетельствует о риске прерывания беременности и очень ранних преждевременных родов. Пациенткам с многоплодной беременностью с длиной шейки матки менее 25 мм и с преждевременными родами в анамнезе, целесообразно назначение 200 мг прогестерона трансвагинально до срока 36 недель. При многоплодной беременности и укорочении шейки матки использование акушерского pessaria сопровождается значительным снижением частоты спонтанных родов во II триместре вплоть до 34 недель. Однако рутинное применение акушерского pessaria у беременных с двойней не уменьшает число спонтанных родов. При укорочении шейки матки у беременных двойней лечение вагинальным прогестероном, дополненное наложением акушерского pessaria, увеличивает продолжительность гестации и снижает риски неблагоприятных неонатальных исходов. Наложение шва на шейку матки при многоплодной

беременности только на основании выявленного укорочения шейки матки не рекомендован и не улучшает исходов беременности.

Аntenатальная профилактика респираторного дистресс синдрома плодов проводится стандартным курсом 24 мг дексаметазона (6 мг в/м через 12 часов - 4 инъекции или 8 мг в/м через 8 часов - 3 инъекции):

- при преждевременном разрыве плодных оболочек;
- при укорочении шейки матки менее 10 мм;

2. Осложнения со стороны плода

2.1. Синдром гибели одного плода из двойни

Гибель одного плода из двойни случается в 3,7 - 6,8% всех двухплодных беременностей. Гибель одного плода из двойни происходит вне зависимости от срока гестации, что в свою очередь увеличивает смертность и заболеваемость второго (выжившего) плода, и может привести к преждевременным родам одного или обоих плодов.

Возможные причины внутриутробной гибели одного плода из двойни:

- а) генетические и анатомические аномалии развития.
- б) преждевременная отслойка одной из плацент.
- в) плацентарная недостаточность, абсолютное или относительное замедление роста плодов.
- г) патология пуповины плода (истинный узел, плевистое или краевое прикрепление пуповины).
- д) тяжелая преэклампсия.
- е) хронические заболевания матери.

В случаях монохориальной двойни: фето-фетальный трансфузионный синдром, коллизия пуповин при моноамниотической двойне.

Тактика ведения беременности

2.2. Гибель одного плода из дихориальной двойни

Тактика: консервативно-выжидательная.

При удовлетворительном состоянии выжившего плода из двойни, исключении вызвавших гибель второго плода материнских факторов, никаких экстренных вмешательств в течение данной беременности не требуется, поскольку плоды не взаимосвязаны и, следовательно, риск для выжившего плода минимален.

Принципы ведения:

- контроль показателей клинико-лабораторного обследования, состояния плода (УЗИ), в условиях стационара в течение 7-14 дней, затем амбулаторно;
- при отсутствии лейкоцитоза, повышения уровня СРБ - проведение антибактериальной терапии не показано;
- контроль УЗИ - каждые 4 недели;
- пролонгирование беременности возможно до доношенного срока;
- роды возможно вести через естественные родовые пути (при наличии условий).

Гибель одного плода из монохориальной двойни

В результате внезапной гибели одного плода из монохориальной двойни происходит резкий сброс крови из системы гемодинамики выжившего плода в гемоциркуляцию умершего. Это приводит к гипотензии, гипоперфузии и анемии у выжившего плода, что в свою очередь вызывает тканевую гипоксию, ацидоз и повреждение тканей. Непосредственно после диагностики внутриутробной гибели

одного из плодов при данной двойне необходимо провести оценку состояния выжившего плода, используя эхографию, КТГ, доплерографию с оценкой кровотока в средней мозговой артерии на предмет наличия анемии.

Тактика: консервативно-выжидательная.

Принципы ведения:

- контроль показателей клинико-лабораторного обследования, состояния плода (УЗИ), в условиях стационара в течение 7-14 дней, затем амбулаторно;
- при отсутствии лейкоцитоза, повышения уровня СРБ - проведение антибактериальной терапии не показано;
- контроль показателей эхографии, нейросонография для исключения структурных повреждений головного мозга, оценка кровотока в средней мозговой артерии через 7 дней и в дальнейшем каждые 14 дней. Возможно проведение МРТ головного мозга второго развивающегося плода после 32-34 недели беременности, но не ранее 4 недель после гибели первого плода для исключения повреждений его структур после окончания основного процесса миграции нейронов в коре головного мозга;
- не рекомендовано немедленное досрочное родоразрешение;
- родоразрешение в 34-36 недель после проведения профилактики РДС плода.
- **Синдром замедления роста плода при дихориальной двойне**

Дихориальная многоплодная беременность с задержкой роста плода должна наблюдаться по протоколу аналогичному задержки роста плода при одноплодной беременности. Задержка роста может быть констатирована на основании УЗИ, при котором выявляется (отклонение предполагаемой массы) снижение темпа роста одного из плодов в динамике менее 5-й перцентили и/или изменение кровотока в артерии пуповины. Фетометрия и доплерометрия в зависимости от степени изменения кровотока в артерии пуповины проводится с периодичностью в 7-14 дней при 1-2 степени нарушения гемодинамики в системе мать-плацента-плод. При 3 степени нарушения с обязательной оценкой P1 в венозном протоке, P1 и МСК в СМА - до 26 недель еженедельно, затем два раза в неделю. Критериями ухудшения состояния плода являются изменения кровотока в венозном протоке, маловодие, централизация кровотока плода. Беременность может быть пролонгирована до доношенного срока только при нарушении кровотока в артерии пуповины плода с задержкой роста 1-2 степени при наличии положительной динамики роста.

3. Осложнения, специфические для монохориального многоплодия

• Фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС)

Развивается вследствие несбалансированного сброса крови между плодами по васкулярным анастомозам общей плаценты. Частота: 10-15% монохориальных двоен.

Критерии диагностики:

- монохориальность;
- наличие максимального кармана амниотической жидкости < 2,0 см у одного плода и более 8,0 (после 20 недель 10,0) см у другого.

Стадия ФФТС определяется в соответствии с классификацией Quintero

Классификация ФФТС и синдрома анемии - полицитемии

Стадия	САП	ФФТС	Интерпретация
I	МСС в СМА менее 1,0 МоМ у реципиента, МСС в СМА у донора более 1,5 МоМ	Многоводие более 8 см и маловодие менее 2 см, с сохранением визуализации мочевого пузыря донора	САП: умеренный дисбаланс уровня гемоглобин ФФТС: умеренный дисбаланс околоплодных вод.
II	МСС в СМА менее 0,8 МоМ у реципиента, МСС в СМА у донора более 1,7 МоМ	Отсутствие визуализации мочевого пузыря донора	САП: нарастание дисбаланса уровня гемоглобина ФФТС: прогрессирование дисбаланса околоплодных вод, начальные проявления кардиоваскулярной дисфункции.
III	Критические нарушения гемодинамики при доплерометрии	Критические нарушения гемодинамики при доплерометрии	Развитие кардиоваскулярной дисфункции у плодов
IV	Отек плода	Отек плода	Развитие сердечной недостаточности
V	Гибель одного или обоих плодов	Гибель одного или обоих плодов	Высокий риск вторичного поражения внутренних органов

Принципы лечения:

- Консервативное ведение I стадии ФФТС.
- Выполнение фетальных вмешательств:
 - а) фетоскопическая лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты при II-IV стадии (селективная/неселективная/тактика Solomon);
 - б) серийная амниоредукция;
 - в) селективный фетоцид.

Лечение ФФТС проводится в медицинских организациях имеющих лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи III уровня. Выбор тактики ведения зависит от степени оснащенности медицинского учреждения, опыта персонала, срока беременности, стадии ФФТС, места расположения плаценты.

Тактика лечения ФФТС

I стадия	Возможно консервативное ведение на фоне динамического наблюдения, учитывая возможность регрессирования или отсутствия прогрессирования
	Активная: при сроке 18-24 недели проведение операции фетоскопической лазерной коагуляции анастомозов плаценты в центрах фетальной хирургии.
	Активная: при сроке 24-32 недели проведение операции трансабдоминальной амниоредукции в центрах фетальной хирургии.
II-IV стадия при сроке 18-24 недели	Активная: проведение операции фетоскопической лазерной коагуляции анастомозов плаценты в центрах фетальной хирургии. Выжидательная тактика или серийные амниоредукции не показаны, допустимы только при отказе пациентки от проведения фетоскопической лазерной коагуляции анастомозов плаценты.

<p>II-IV стадия при сроке более 24 недель</p>	<p>Активная: при оценке рисков и категорическом требовании пациентки возможно проведение операции фетоскопической лазерной коагуляции анастомозов плаценты до 26 недель в центрах фетальной хирургии. Показаны серийные амниоредукции, профилактика РДС плодов. При критическом состоянии плодов показано экстренное оперативное родоразрешение.</p>
<p>V стадия при любом сроке беременности</p>	<p>Проведение операции фетоскопической лазерной коагуляции анастомозов плаценты не показано. При наличии доплерометрических признаков тяжёлой анемии у выжившего плода в течение первых суток показана операция внутриматочного переливания ЭМОЛТ плоду. Далее ведение беременности по протоколу антенатальной гибели одного плода из монохориальной двойни.</p>

Фетоскопическая лазерная коагуляция анастомозов плаценты

Обоснование и цель: единственный, патогенетически обоснованный, подход лечения с целью прекращения сброса крови от плода-донора к плоду-реципиенту. Выживание одного или двух близнецов после поведенного лечения составляет 70-88%.

Техника операции:

Фетоскопическая лазерная операция выполняется трансабдоминально под внутривенной, местной или региональной анестезией, на фоне антибиотикопрфилактики и токолиза. Троякар диаметром 2,3-3,3 мм под эхографическим контролем вводят в амниотическую полость плода-реципиента, одновременно вводят 2 мм эндоскоп с проводником лазерной энергии (400-600 цт). Операцию завершают амниоредукцией до достижения нормального количества околоплодных вод (МВК 4-6 см).

Возможные осложнения:

- преждевременный разрыв плодных оболочек менее 24 ч после операции - 3-4%;
- преждевременный разрыв плодных оболочек более 24 ч после операции - 34-42%;
- прерывание беременности - 17%;
- рецидив ФФТС - 1,5-9%;
- развитие синдрома анемии-полицитемии - 3-16%;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - 1%;
- септотомия - 10-15%;
- хориоамнионит - 0-1%;
- расслоение плодных оболочек - 5-10%;
- кровотечение при коагуляции - 2-7%.

Серийная амниоредукция

Заключается в повторном выполнении трансабдоминального амниодренажа, с целью уменьшения количества околоплодных вод плода-реципиента и пролонгирования беременности. Применяется при I стадии ФФТС, при диагностике в сроке более 26 недель, а также при формировании рецидива синдрома после фетоскопической лазерной коагуляции анастомозов плаценты и при отсутствии технической возможности выполнить лазерную коагуляцию.

Селективный фетоцид

Применяется при наличии аномалий развития одного из плодов, сочетания

ФФТС с селективной задержкой роста одного из плодов более 40% (до 22 недель беременности), при IV стадии ФФТС в случае отсутствия технической возможности выполнения лазерной коагуляции. Проводится коагуляция сосудов пуповины одного из плодов фетоскопическим или пункционным доступом. Вопрос о проведении процедуры решается в каждом случае консультативно, после беседы с родителями и получения их информированного согласия.

Принципы и методы ведения послеоперационного периода, родоразрешение:

Проведение комплексной терапии, направленной на пролонгирование беременности, в условиях стационара под строгим контролем показателей эхографии, лабораторного обследования. Контроль показателей УЗИ и доплерометрии осуществляется с интервалом 7-14 дней до срока родоразрешения.

Эффективность проведенного лечения: оценивается на основании изменений ультразвуковых данных в течение 14 дней после операции (нормализации количества околоплодных вод, визуализации мочевого пузыря плода-донора).

В случае внутриутробной гибели одного из плодов продолжается консервативное ведение беременности под строгим контролем показателей УЗИ, доплерометрии, лабораторных данных. В случае успешно проведенного антенатального лечения - родоразрешение в сроках 34-36 недель.

• Синдром анемии-полицитемии (САП)

Осложнение монохориального многоплодия, в патогенезе которого также ключевое значение имеют сосудистые анастомозы плаценты. Может развиваться спонтанно или ятрогенно после выполнения фетоскопической лазерной коагуляции. Частота развития спонтанного САП 3-5 % монохориальных двоен, распространенность ятрогенных случаев - 2-16% среди всех фетоскопических лазерных коагуляций.

Критерии диагностики:

- наличие признаков анемии (повышение скорости кровотока в СМА более 1,5 МоМ) у одного плода и полицитемии (снижение скорости кровотока в СМА менее 1 МоМ) у другого при отсутствии дисбаланса околоплодных вод.
- Для своевременной антенатальной диагностики САП целесообразно проводить доплерометрическое измерение максимальной систолической скорости кровотока в СМА плодов раз в две недели с 16 недель беременности, особенно после фетоскопической лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты.
- Послеродовая диагностика САП заключается в определении концентрации гемоглобина и ретикулоцитов близнецов и в детальном патоморфологическом исследовании плаценты. Для диагностики синдрома анемии-полицитемии новорожденных оценивается разница концентраций гемоглобина близнецов, а не сравнение с нормативными показателями. Разница в концентрации гемоглобина более 80 г/л достоверно указывает на наличие САП.

Классификация САП сходна с классификацией ФФТС, в т.ч. в интерпретации прогрессирования синдромов в зависимости от стадии

Принципы лечения и тактика родоразрешения:

Оптимальная тактика лечения САП на современном этапе не разработана. Целесообразно динамическое наблюдение и родоразрешение при наличии признаков тяжелой анемии у плода-донора:

а) при отсутствии признаков тяжелой анемии плода донора (скорость кровотока в

СМА менее 1,6 МОМ, отсутствие водянки) - беременность ведётся консервативно, с регулярным эхографическим обследованием 1 раз в 7 дней с 24 недель. Родоразрешение в стационаре III уровня в 32-34 недели;

б) при выявлении тяжёлой анемии плода в сроках от 16 до 26 недель - выполняется фетоскопическая лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты;

в) в случае невозможности выполнения оперативного фетоскопического вмешательства у беременных с тяжёлым САП в сроках от 16 до 32 недель может быть выполнено симптоматическое внутриутробное хирургическое лечение - переливание ЭМОЛТ плоду с анемией. Родоразрешение – электрокесарево сечение в 32-35 недель гестации.

• Синдром селективного замедления роста плода

Критерии диагностики: - вес одного из плодов менее 10 перцентили и дискордантность предполагаемой массы плодов более 25% (по результатам УЗИ).

Осложняет течение 10% монохориальных двоен.

Классификация основывается на оценке кровотока в артерии пуповины плода с замедлением роста:

I тип	нормальный диастолический кровоток в артерии пуповины
II тип	нулевой или реверсный кровоток в артерии пуповины
III тип	интермиттирующий нулевой или реверсный кровоток в артерии пуповины

Тактика ведения беременности: ведение беременности осуществляется только в медицинском учреждении III уровня.

I тип	показано динамическое наблюдение с плановым оперативным родоразрешением по достижении срока беременности 37 недель
II и III тип	требует динамического наблюдения с принятием решения о родоразрешении при ухудшении биофизического профиля меньшего плода на основании оценки данных КТГ, доплерометрического исследования и количества околоплодных вод декомпенсация состояния плода с замедлением роста, при формировании критического состояния кровотока в венозном протоке после 28 недель беременности - показание к досрочному родоразрешению (кесарево сечение) после проведения профилактики РДС

• Синдром обратной артериальной перфузии (СОАП)

Специфическое осложнение монохориального многоплодия, при котором у одного из плодов не происходит процесс формирования сердца. Антенатальное развитие плода-акардиуса определяется наличием сосудистых артерио-артериальных анастомозов, по которым низко оксигенированная кровь шунтируется от анатомически нормально развитого плода-помпы. Неблагоприятный исход беременности, осложнённой СОАП, наблюдается в 60-85%.

Критерии диагностики:

- наличие грубых аномалий развития одного из плодов (недоразвитие головы и верхней части тела, отек мягких тканей туловища, отсутствие функционирующего сердца при наличии движений плода, рудиментарное сердце);

- обратное направление тока крови в артерии пуповины при ЦДК у плода с аномалиями развития;

- оценивается функция сердца плода-помпы - измеряется сердечно-грудное соотношение, толщина стенки желудочка, кровоток в венозном протоке;

- оценивается количество амниотической жидкости, нарастание степени многоводия плода-помпы.

Классификация:

а) Морфологическая классификация (выделяют 4 типа плода - акардиуса):

- *acardius-ancept*: дифференцированы органы грудной и брюшной полости, верхние и нижние конечности, головной мозг отсутствует;
- *acardius-acephalus*: дифференцированы органы брюшной полости и нижние конечности;
- *acardius-acormus*: голова и туловище отсутствует;
- *acardius-amorphous*: бесформенное образование.

б) Современная клиническая классификация СОАП, основанная на соотношении ультразвуковых фетометрических параметров двух плодов, позволяет оптимизировать тактику ведения беременности.

Тактика ведения беременности

Стадия	Соотношение размеров ОЖ плода-акардиуса и плода-помпы	Признаки сердечной декомпенсации плода-помпы	Тактика ведения
Ia	< 50%	Отсутствуют	Динамическое наблюдение с интервалом в 2 нед.; при увеличении размеров плода - акардиуса - обсуждение возможности хирургического вмешательства
Ib		Присутствуют	Динамическое наблюдение с интервалом в 2 нед.; при увеличении размеров плода - акардиуса - незамедлительное хирургическое вмешательство
IIa	> 50%	Отсутствуют	Срочное хирургическое вмешательство
IIb		Присутствуют	Экстренное хирургическое вмешательство

В случаях прогрессирования СОАП, а также у беременных с монохориальной моноамниотической двойней с целью прекращения кровоснабжения плода с акардией под контролем эхографии выполняется интерстициальная или фетоскопическая лазерная коагуляция сосудов пуповины акардиального плода.

История родов при СОАП оформляется как роды одним новорожденным, акардиальный плод - оценивается как «продукт зачатия» в связи с отсутствием сердечной деятельности.

Ведение монохориальной диамниотической двойни, осложнённой СОАП, при отсутствии признаков прогрессирования заболевания (отсутствие роста и кровотока у плода с акардией при УЗИ с доплерографией) - консервативное, с интервалами обследования 1 раз в 14 дней с 16 до 26 недели, затем беременность ведётся как одноплодная. Родоразрешение в плановом порядке в доношенном сроке, в акушерском стационаре III уровня.

VI. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ АНТЕНАТАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ МОНОХОРИАЛЬНОЙ МОНОАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ

Особенности течения:

Моноамниотическая двойня ассоциирована с наиболее высоким риском перинатальных осложнений. Внутриутробно погибает по разным данным от 15 до 40% плодов. В большинстве случаев потеря беременности обусловлена самопроизвольным прерыванием, внутриутробной гибелью плодов, аномалиями развития (частота врожденных пороков 38-50%). Из-за свободного перемещения плодов в одной амниотической полости пуповины плодов всегда переплетаются (коллизия пуповин). Не разделившиеся или сиамские близнецы характерны только для монохориальной моноамниотической двойни. Диагноз обычно ставится в I триместре по данным УЗИ (визуализируются близко расположенные, оппозиционно

фиксированные плоды с признаком слияния кожных покровов). При обнаружении данной патологии, пациентки направляются в учреждение III уровня, для проведения перинатального консилиума и определения дальнейшей тактики.

Особенности антенатального ведения моноамниотической двойни:

- Динамический контроль состояния плодов с 30 недель беременности методом КТГ и при необходимости доплерометрией.
- Наблюдение III триместра беременности должно проводиться в медицинском учреждении 3 уровня.
- Проведение профилактики РДС плодов и elective досрочное оперативное родоразрешение в 32-34 недели.

Рекомендуемый срок родоразрешения:

Монохориальные моноамниотические двойни - 32-34 недели. Эта рекомендация основана на том, что начиная с 32 недель беременности, при пролонгировании моноамниотической двойни риск внутриутробной гибели плодов выше, чем риск респираторных неонатальных осложнений новорожденных.

Метод родоразрешения:

Elective кесарево сечение после проведения антенатальной профилактики РДС плодов глюкокортикоидами.

VII. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Антенатальное консультирование пациенток:

Консультирование должно проводиться консилиумом акушеров-гинекологов, имеющим постоянный опыт ведения многоплодных родов. С беременными двойней или тройней, необходимо обсуждать сроки родов и возможные способы родоразрешения в начале III триместра. Пациентки должны быть информированы, что при неосложнённом течении беременности **вагинальные роды двойней при головном предлежании 1-го плода в сроке беременности 32-38 недель не связаны с риском увеличения осложнений для матери и новорожденных**. В этих случаях частота их завершения через естественные родовые пути составляет 65%-75%, а вероятность кесарева сечения у 2-го плода после вагинальных родов 1-го зависит от опыта медицинского персонала и колеблется, по литературным данным, от 3% до 10%.

По результатам консультирования в обменной карте беременной оформляется врачебный консилиум, остается детальная запись консультации с планом родоразрешения и подписью пациентки.

При неосложнённом течении беременности плановое родоразрешение рекомендуется в сроки:

- **37-38 недель** - при монохориальной двойне;
- **38-39 недель** - при дихориальной двойне;
- **35-36 недель** - при тройне.

Запланированное родоразрешение монохориальной двойни в сроке с 36 0/7 недель, дихориальной двойни – с 37 0/7 недель, тройни – с 35 0/7 недель – сопряжено с наименьшими рисками перинатальных осложнений.

Пролонгирование неосложнённой беременности двойней свыше 38 0/7 недель повышает риск внутриутробной гибели плода. У беременных с тройней риски повышаются после 36 недель беременности.

Планирование способа родоразрешения:

Для выбора метода родоразрешения необходимо учитывать следующие факторы:

- Срок беременности.
- Количество плодов.
- Хориальность и амниональность.
- Положение и предлежание плодов.
- Предполагаемые массы плодов.
- Наличие осложнений течения беременности.
- Состояние матери (наличие экстрагенитальной патологии и/или осложнений беременности).

Показания к операции elective кесарева сечения:

- Моноамниотические двойни.
- Неразделившиеся близнецы при любом сроке беременности.
- Неголовное предлежание 1-го плода.
- Три и более плода.
- Стандартные акушерские показания для одноплодной беременности.
- Наличие рубца на матке у беременной.
- Анатомический узкий таз.
- Отказ от родов через естественные родовые пути при неосложненной монохориальной диамниотической двойне, учитывая риск развития острого фето-фетального синдрома в родах (кесарево сечение не является методом выбора родоразрешения при неосложненной монохориальной диамниотической двойне, проведенные исследования не получили достоверных данных об улучшении перинатальных исходов при оперативном родоразрешении).

При планируемом оперативном родоразрешении **путем кесарева сечения** проводится в вышеуказанные сроки в зависимости от типа плацентации. При планировании родов **через естественные родовые пути** в те же сроки беременности **начинают подготовку мягких родовых путей** как при одноплодной беременности.

Принципы ведения родов через естественные родовые пути:

1. Первый период родов

- Для ведения многоплодных родов должны быть обеспечены общие **стандарты базовой помощи при родоразрешении**.
- **Преиндукция, индукция и родостимуляция** окситоцином проводится по тем же показаниям и в том же режиме, что и при одноплодной беременности.
- Роженица должна наблюдаться в родовом блоке с началом родовой деятельности.
- Обязательная профилактика тромбоэмболических осложнений - наличие эластичного компрессионного трикотажа.
- Предпочтительно обезболивание в родах с помощью методов нейроаксиальной анальгезии с учётом возможной необходимости акушерских пособий во II периоде родов.
- Обязателен перманентный мониторинг состояния плодов.

Общие требования к оснащению родильного зала и организации родов:

- *Родовая кровать-трансформер* - обеспечение возможности ведения родов в

любом положении тела роженицы, ведение родов в одной палате, отсутствие переключивания пациентки при необходимости экстренного перевода в операционную.

- *КТГ - монитор с возможностью регистрации двойни с отдельной регистрацией кривых КТГ для каждого плода, возможно применение прямой КТГ для первого плода с целью исключения наложения сигнала при выполнении наружной КТГ.*
- *Мобильный УЗ-аппарат.*
- *Возможность ведения родов в условиях нейроаксиальной (эпидуральной) анальгезии (обеспечение быстрой адекватной анестезии при выполнении акушерских операций).*
- *Манипуляционный столик акушерки, анестезиологической службы и операционной медсестры.*
- *Возможность немедленного проведения влагалищного оперативного родоразрешения (вакуум-экстракция, внутренний поворот плода на ножку, экстракция плода за тазовый конец, заправление пуповины при выпадении петель).*
- *Возможность проведения острого токолиза.*
- *Наличие реанимационных систем для новорожденных.*

2. Второй период родов

Общие подготовительные мероприятия включают в себя:

- сбор команды: два акушера-гинеколога, акушерка, анестезиолог, медсестра-анестезистка, два неонатолога;
- подготовка необходимого акушерского оборудования, в т.ч. система для инфузии окситоцина, проведения острого токолиза;
- подготовка аппарата УЗИ для уточнения положения 2-го плода;
- подготовка необходимого анестезиологического оборудования и средств для выполнения анестезиологического пособия (в/в наркоз);
- подготовка неонатального оборудования и средств для обеспечения любой медицинской помощи при рождении двух детей.

Ведение II периода для 1-го плода не отличается от общепринятых подходов.

После рождения 1-го плода:

- при монохориальной двойне пуповина 1-го плода должна быть пережата сразу после рождения для предотвращения возможной потери крови у 2-го плода через существующие сосудистые анастомозы в плаценте;
- провести наружное акушерское и влагалищное исследование для уточнения положения 2-го плода, предлежания и уровня стояния предлежащей части по отношению к входу в малый таз. При необходимости провести УЗИ.

Алгоритм активного ведения II периода родов у 2-го плода:

Риск интранатальных осложнений для 2-го плода при родах через естественные родовые пути выше. Необходим постоянный КТГ-мониторинг.

а) Алгоритм действий при продольном положении и головном или тазовом предлежании 2-го плода:

- при отсутствии схваток необходимо начать или продолжить внутривенную инфузию окситоцина со скоростью 5 мЕд/мин (3 мл/час), постепенно увеличивая скорость до возобновления схваток;
- выполнить амниотомию - при возобновлении схваток и прижатию предлежащей

части плода к входу в малый таз;

- при ослаблении схваток целесообразно выполнить амниотомию сразу при установлении продольного положения 2-го плода при прижатой предлежащей части плода, затем начать дозированную индукцию окситоцином;
- при отсутствии признаков дистресса плода - можно ждать самопроизвольного рождения 2-го плода;
- вакуум-экстракция и наложение акушерских щипцов проводятся по стандартным показаниям;
- при острой гипоксии плода в тазовом предлежании - следует провести экстракцию плода за тазовый конец.

Интервал в 30 минут между рождением плодов из двойни можно считать оптимальным, т.к. он ассоциирован с наилучшими исходами для новорожденных. По истечении этого промежутка времени следует тщательно оценить акушерскую ситуацию и принять решение о дальнейшей тактике ведения родов. При эффективной коррекции слабости родовой деятельности, наличия прогрессирующего продвижения предлежащей части, при удовлетворительном состоянии матери и плода, роды можно продолжить вести консервативно. В случае неудовлетворительного прогресса родов следует рассмотреть вопрос о родоразрешающей операции.

б) Алгоритм действий при наличии косого или поперечного положения 2-го плода:

- следует попытаться провести **наружный акушерский поворот плода на головку** под контролем УЗИ и с проведением острого токолиза;
- если поворот успешен, - далее роды ведутся как при продольном положении;
- если наружный поворот неэффективен, - следует совершить **внутренний поворот плода и извлечь плод за тазовый конец**. Для данной манипуляции необходимо адекватное обезболивание (нейроаксиальная или внутривенная анестезия) и иммобилизация матки (достигается проведением острого токолиза);
- при отсутствии достаточных навыков для безопасного осуществления внутреннего поворота плода на ножку и экстракции плода за тазовый конец, а также при затрудненном проведении этих пособий в интересах 2-го плода **следует выполнить операцию кесарева сечения**. Такие роды будут называться комбинированными.

Показания к операции кесарева сечения для 2-го плода:

- Отсутствие прогресса в продвижении предлежащей части, вследствие слабости родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной коррекции.
- Неудачная попытка наружного поворота плода на головку или наружно-внутреннего поворота плода на ножку и/или экстракции плода за тазовый конец.
- Угрожающее состояние плода и отсутствие условий для оперативного вагинального родоразрешения.
- Третий период родов

Проведение профилактики акушерского кровотечения в послеродовом периоде согласно протоколу группы высокого риска (активное ведение III периода родов, введение раствора карбетоцина)

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

- Экстренная
- Плановая
- Специализированная медицинская помощь, ВСМП.
- При возникновении осложнений - экстренная госпитализация вне зависимости от срока беременности.

Список литературы

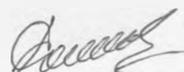
1. Акушерство и гинекология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев [и др.]. -2-е изд., испр. и доп.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1040 с. - (Серия «Стандарты медицинской помощи»).
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1080 с. - (Серия "Национальные руководства").
3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. - 4-е изд., перераб. и доп. / под ред. Г.М. Савельевой, В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. - М.
4. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1024 с. : ил.
5. Лекарственное обеспечение клинических протоколов. Акушерство и гинекология / под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 288 с.- (Серия «Лекарственное обеспечение клинических протоколов»).
6. Михайлов А.В., Романовский А.Н., Каштанова Т.А. Опыт применения лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты при фетофетальном трансфузионном синдроме. Вестник Российской военномедицинской академии. 2016; 3(55):47-50.
7. Михайлов А.В., Романовский А.Н., Каштанова Т.А. Применение лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты при фето-фетальном трансфузионном синдроме. Таврический медико-биологический вестник. 2016; 19 (2):167-171.
8. Михайлов А.В., Романовский А.Н., Каштанова Т.А.. Применение амниоредукции при фето-фетальном трансфузионном синдроме I стадии/ Михайлов А.В.// Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2017. -1 (57). - с.82-84.
9. Михайлов А.В., Романовский А.Н., Шлыкова А.В. Некоторые специфические осложнения монохориального многоплодия. В кн: Плод и новорожденный как пациенты. СПб.: ИД «Петрополис», 2015: 922-931.
10. Михайлов А.В., Романовский А.Н., Шлыкова А.В.. Гибель одного из плодов при многоплодии/ В кн: Плод и новорожденный как пациенты. СПб.: ИД «Петрополис», 2015: 931-935.
11. ACOG Practice Bulletin No. 142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. / Obstet Gynaecol. Vol.123, №2, Part 1, February 2014, Reaffirmed 2016. [PMID: 24451674]
12. Agarwal K, Alfirovic Z. Pregnancy loss after chorionic villus sampling and genetic amniocentesis in twin pregnancies: a systematic review. Ultrasound Obstet Gynecol 2012; 40: 128-134.
13. Bamberg C, Hecher K. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Update on twin- to-twin transfusion syndrome. 2019
14. Benito Vielba M, De Bonrosto Torralba C, Pallares Arnal V Delayed-interval delivery in twin pregnancies: report of three cases and literature review.
15. J. Matern Fetal Neonatal Med. 2019, Jan;32(2):351-355.

doi:10.1080/14767058.2017.1378336. Epub 2017 Oct.

16. Bennasar M , Eixarch E , Martinez JM , Gratacos E. Selective intrauterine growth restriction in mono chorionic diamniotic twin pregnancies. Semin Fetal Neonatal Med. 2017 Dec;22(6):376-382. doi: 10.1016/j.siny.2017.05.001. Epub May 20.
17. Brown R., Gagnon R., Delisle M., Bujold E., Basso M., Bos H. et al. Cervical insufficiency and cervical cerclage. JOGC 2013;35:1115-27.
18. Cervical pessary in the prevention of preterm births in multiple pregnancies with a short cervix: PRISMA compliant systematic review and meta-analysis. Ramesh Thangatorai, Fang Chan Lim, Sivalingam Nalliah /The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. Pages 1-8. Received 02 Jan 2017, Accepted 12 Apr 2017
19. Fox N.S., Gupta S., Lam-Rachlin J., Rebarber A., Klauser C.K., Saltzman D.H. Cervical Pessary and Vaginal Progesterone in Twin Pregnancies With a Short Cervix. / Obst. Gyn. 2016 Mar 7. [Epub ahead of print].
20. Gallot D, Velemir L, Delabaere A, Accoceberry M, Niro J, Vendittelli F, Laurichesse-Delmas H, Jaquetin B, Lemery D. Which invasive diagnostic procedure should we use for twin pregnancies: chorionic villous sampling or amniocentesis? J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2009; 38: S39-44.
21. Genova L, Slaghekke F, Klumper FJ, Middeldorp JM, Steggerda SJ, Oepkes D, Lopriore E. Manage Management of twin anemia-polycythemia sequence using intrauterine blood transfusion for the donor and partial exchange transfusion for the recipient. Fetal Diagn Ther 2013; 34: 121-126.
22. Hall JG. Twinning. Lancet 2003; 362: 735-743.
23. Hansen M, Kurinczuk JJ, Milne E, de Klerk N, Bower C. Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update 2013; 19: 330-353.
24. Hecher K, Lewi L, Gratacos E, Huber A, Ville Y, Deprest J. Twin reversed arterial perfusion: fetoscopic laser coagulation of placental anastomoses or the umbilical cord. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006;28(5):688-91.
25. Jelin E, Hirose S, Rand L, Curran P, Feldstein V, Guevara-Gallardo S, Jelin A, Gonzales K, Goldstein R, Lee H. Perinatal Outcome of Conservative Management versus Fetal Intervention for Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence with a Small Acardiac Twin. Fetal Diagn Ther. 2010 (in press)).
26. Kabiri D, Masarwy R, Schachter-Safrai N et al. Trial of labor after cesarean delivery in twin gestations: systematic review and meta-analysis.
27. Am J Obstet Gynecol. 2019 Apr;220(4):336-347. doi: 10.1016/j.ajog.2018.11.125. Epub Nov 19.
28. Kilby MD, Bricker L Management of mono chorionic twin pregnancy. BJOG 2016; 124:e1-e45.
29. Kilby MD, Bricker L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of mono chorionic twin pregnancy. BJOG 2016; 124:e1-e45.
30. Livingston JC, Lim FY, Polzin W, Mason J, Crombleholme TM. Intrafetal radiofrequency ablation for twin reversed arterial perfusion (TRAP): a single center experience. Am J Obstet Gynecol. 2007 Oct; 197(4):399.e1-3).
31. Lopriore E, Slaghekke F, Oepkes D, Middeldorp JM, Vandenbussche FP, Walther FJ. Hematological characteristics in neonates with twin anemia- polycythemia sequence (TAPS). Prenat Diagn 2010; 30: 251-255.
32. Machin G. Non-identical monozygotic twins, intermediate twin types, zygosity testing, and the nonrandom nature of monozygotic twinning: a review. Am J Med Genet C

- Semin Med Genet 2009; 151C: 110-127.
- 32 Management of Monochorionic Twin Pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2016
34. Management of monochorionic twin pregnancy. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. July 2017
35. Melka S, Miller J, Fox NS. Labor and Delivery of Twin Pregnancies.
36. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017, Dec;44(4):645-654. doi: 10.1016/j.ogc.2017.08.004.
37. Mikhailov A., Romanovsky A. Multiple pregnancy under ultrasound umbrella. Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2011; 5 (3): 219-230.
38. Multiple pregnancy: the management of twin and triplet pregnancies in the antenatal period. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2011.
39. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Multiple Pregnancy: twin and triplet pregnancies. Evidence Update. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. NICE: Manchester, March 2013.
40. Nicolaides K.H., Syngelaki A., Poon L.C., de Paco Matallana C., Plasencia W., Molina F.S., Picciarelli G., Tul N., Celik E., Lau T.K., Conturso R. Cervical pessary placement for prevention of preterm birth in unselected twin pregnancies: a randomized controlled trial. / Am J Obstet Gynecol. 2016 Jan;214(1):3.e1-9. doi: 10.1016 / j.ajog. 2015. 08. 051. Epub 2015 Aug 28.

Министр



О.Н. Долгошапко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

30.04.2010 № 16