


**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Допущен(а) к защите
Зам.директора по УР

 Иванова М.Н.

**ВАСИЛЬЕВА ДИАНА ДМИТРИЕВНА
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ АКУШЕРКИ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Выпускная квалификационная работа
по специальности **Акушерское дело**

Студент отделения «Акушерское дело»
Гр. АД 32

Васильева Д.Д.

Руководитель – преподаватель хирургии

Софронова Т.Н

Якутск – 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	5
1.1. Многоплодная беременность: клиническая картина и диагностика.....	5
1.2. Особенности многоплодной беременности.....	7
ВЫВОДЫ ПО I ГЛАВЕ.....	13
ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	15
2.1 Профессиональная роль акушерки при многоплодной беременности.....	15
2.2 Изучение статистических данных многоплодной беременности по РС (Я) за 2015-2017 г.г.	17
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	22
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	24
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	25

ВВЕДЕНИЕ

Многоплодной называется беременность двумя или большим количеством плодов. При беременности двумя плодами говорят о двойне, тремя — о тройне и т.д. Дети, родившиеся от многоплодной беременности, называются близнецами.

Актуальность исследования. Показатели естественного воспроизводства населения РФ и регионов ДВФО за 2010-2017 годы улучшилась. При этом наибольшее значение показателя отмечалось в Республике Саха (Якутия) (в 2010 – 7,0 промилле, в январе – ноябре 2017 года – 7,6 промилле). Якутия признана лидером по рождаемости на Дальнем Востоке. За последние годы повсеместно отмечается возрастание частоты многоплодной беременности, что связано с внедрением современных методов лечения бесплодия, в частности стимуляции овуляции и экстракорпорального оплодотворения.

Цель исследования - изучить профессиональную роль акушерки при ведении многоплодной беременности.

Предметом исследования - многоплодная беременность.

Объект исследования - деятельность акушерки при ведении пациенток при многоплодной беременности и профессиональная роль акушерки в родах. В соответствии с поставленной целью, необходимо решить следующие задачи:

- 1) Изучить причины возникновения многоплодной беременности;
- 2) Охарактеризовать особенности многоплодной беременности;
- 3) Исследовать статистические данные многоплодной беременности по РС (Я);

Методы исследования: в соответствии с намеченной целью и задачами исследования были определены и использованы следующие методы исследования:

1. изучение публикаций и статей;

2. анализ статистики;
3. анализ полученных данных;
4. составление практических рекомендаций акушеркам;
5. обобщение.

Многоплодная беременность встречается в 0,7—1,5 % случаев, в настоящее время наблюдается тенденция к увеличению частоты ее наступления в связи с гиперстимуляцией овуляции у женщин, страдающих бесплодием, при экстракорпоральном оплодотворении. При этом происходит одновременное созревание нескольких фолликулов — 3—4 и более и соответственно при оплодотворении нескольких яйцеклеток может возникать многоплодная беременность. Тройни рождаются в 1 % случаев многоплодных родов.

Учитывая высокий риск и тяжесть осложнений, которые сопутствуют многоплодной беременности, а именно: не вынашивание беременности, преждевременные роды, гипоксия плодов, слабость родовой деятельности, врожденные аномалии, низкий вес, преэклампсия, преждевременная отслойка плаценты, кровотечения, многоводие и многие другие, можно назвать данную тему крайне актуальной в наши дни и нельзя ее оставить без внимания.

Проблемой можно считать то, что данная ситуация встречается крайне часто, но только единичные случаи родоразрешений проходят естественно и без осложнений.

ГЛАВА I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

1.1. Многоплодная беременность: клиническая картина и диагностика

Многоплодная беременность - беременность, при которой происходит одновременное развитие в матке двух и более плодов. Дети, родившиеся при многоплодной беременности, называются близнецами. Среди рождающихся близнецов преобладают мальчики.

Факторы, способствующие развитию многоплодной беременности:

- а) наследственность - чаще встречается в семьях, где мать, отец или оба родителя - из двойни.
- б) возраст и количество родов - вероятность повышается с увеличением возраста и количества родов.
- в) стимуляция овуляции.
- г) прием оральных контрацептивов в течение длительного времени (более 6 мес) и зачатии в пределах одного месяца после их отмены

Существует два вида близнецов:

- а) Двуййцевые (дизиготные) близнецы. Образуются при оплодотворении двух яйцеклеток двумя сперматозоидами, вследствие чего каждый эмбрион получает генетический материал отдельно как от матери, так и от отца. Образование двуййцевых (многояйцевых) двоен возможно при одновременном созревании двух или более фолликулов в одном яичнике, созревании двух и более фолликулов и овуляции в обоих яичниках, а также при оплодотворении двух и более яйцеклеток, созревших в одном фолликуле. При двуййцевой двойне каждое из плодных яиц образует свои водную и ворсинчатую оболочки, из которых в дальнейшем развивается для каждого плода своя плацента с самостоятельной сетью фетальных сосудов. Плацента может быть раздельной и слившейся - края обеих плацент тесно примыкают друг к другу и как бы

сливаются в одно целое, но ворсинчатая и водная оболочки каждого эмбриона остаются разделенными. Двуййцевые двойни могут быть однополыми и разнополыми; группа крови у них может быть одинаковой и различной.

б) Однояйцевые (монозиготные) близнецы. Возникают при оплодотворении яйцеклетки, имеющей два (и более) ядра, или при разделении в стадии дробления единого эмбрионального зачатка на части, в каждой из которых в дальнейшем образуется зародыш, имеющий одинаковый наследственный потенциал. Если расщепление происходит на стадии развития зиготы, то у каждого из зародышей имеются отдельные собственные эмбриональные оболочки (амнион, хорион, плацента). При разделении на стадии морулы близнецы развиваются в одном хорионе (имеют одну плаценту), но отделены друг от друга двумя амниотическими оболочками - монохориальная биамниальная плацента. Если расщепление происходит после 7-го дня оплодотворения, то процесс деления уже не затрагивает оболочки, и близнецы развиваются в одном амнионе при наличии одной плаценты - монохориальная моноамниальная плацента. Процессы расщепления, происходящие спустя 2 нед после оплодотворения, часто не приводят к полному разъединению близнецов. Тогда возникают самые различные их сращения и аномалии развития. Однояйцевые близнецы всегда однополы и внешне очень похожи друг на друга, группа крови у них одинаковая.

В развитии многоплодной беременности определенное значение имеет наследственность. Многоплодная беременность чаще встречается в семьях, где мать или отец, или оба супруга произошли из двойни или большего числа плодов. При этом большее значение имеет генотип матери.

В литературе приведены многочисленные доказательства значимости наследственного фактора. Имеется описание случая, когда за 33 года замужества роженица родила 44 ребенка: 13 двоен, 6 троен. У другой семейной

пары (женщина из четверни, а муж из двойни) наблюдалось рождение 3 двоен, 6 троен и 2 четверни.

1.2. Особенности многоплодной беременности

В возникновении многоплодной беременности большую роль играет повышение уровня фолликулостимулирующего гормона, который способствует созреванию нескольких яйцеклеток.

Двойни наиболее часто являются результатом оплодотворения двух отдельных яйцеклеток. Это двуяйцевые или дизиготные двойни. Среди всех видов двоен дизиготные наблюдаются в 70 %. Созревание двух и более яйцеклеток может происходить как в одном яичнике (ovulation ovariales), так и в двух (ovulation ovariates). Дизиготные близнецы могут быть как одно-так и разнополыми, и находиться в той же генетической зависимости, что и родные братья и сестры.

Одна треть двоен развивается из единственно оплодотворенной яйцеклетки, которая впоследствии делится на две сходные структуры, каждая с возможностью развиваться в отдельную индивидуальность (однойяйцевые, монозиготные двойни).

Однойяйцевые близнецы всегда однополые, имеют одну группу крови, одинаковый цвет глаз, волос, кожный рельеф кончиков пальцев, форму и расположение зубов.

При большем числе плодов (тройня, четверня и т.д.) близнецы могут быть как монозиготными, так и дизиготными в различных сочетаниях.

Однозначной гипотезы, объясняющей формирование монозиготной двойни, нет. Монозиготные двойни формируются вследствие деления оплодотворенной яйцеклетки в различных ранних стадиях ее развития.

При разделении до формирования внутреннего слоя клеток (в стадии морулы) и преобразования наружного слоя клеток, бластоциты в элементы хориона, что имеет место впервые 72 ч после оплодотворения, развиваются два амниотических мешка и два хориона. В результате образуется диамниотическая, дихориальная монозиготная двойня. Могут наблюдаться две морфологически отдельные плаценты или одна плацента, состоящая из двух, слившихся воедино.

Если разделение происходит между 4-м и 8-м днем после оплодотворения, по окончании формирования внутреннего слоя клеток и закладки хориона из наружного слоя, но до закладки амниотических клеток, сформируются два эмбриона, каждый в отдельном амниотическом мешке. Два амниотических мешка будут окружены общей хориальной оболочкой, что приведет к развитию диамниотической, монохориальной монозиготной двойни.

Если к моменту разделения закладка амниона уже произошла, что имеет место к 8-му дню после оплодотворения, то разделение приведет к формированию двух эмбрионов в общем амниотическом мешке, т.е. моноамниотической, монохориальной монозиготной двойне.

При разделении яйцеклетки в более поздние сроки (после формирования эмбрионального диска) разделение будет неполным, что приведет к развитию сросшихся близнецов.

При многоплодной беременности каждая оплодотворенная яйцеклетка, внедряясь в отпадающую оболочку, образует свои водную и ворсинчатую оболочки, из которых впоследствии развивается своя плацента. Различие возможно в зависимости от того, как далеко или близко друг от друга внедрились яйцеклетки в отпадающую оболочку. Если близко, то края обеих плацент соприкасаются, и это создает впечатление единого образования. В действительности такое слияние плацент кажущееся, поскольку каждая плацента имеет свою сосудистую сеть, каждый плодный мешок имеет свою

водную и ворсинчатую оболочки. Перегородка между двумя плодными мешками состоит из четырех оболочек: двух водных и двух ворсинчатых, а отпадающая оболочка общая (двухориальные близнецы). Если же оплодотворенные яйцеклетки внедрились на значительном расстоянии, то плаценты развиваются отдельными образованиями, а каждое яйцо имеет свою отдельную отпадающую оболочку. При двуяйцевой двойне близнецы могут быть как однополыми, так и разнополыми, группа крови как одинаковой, так и различной.

Однояйцевая двойня возникает в тех случаях, когда при полном разделении яйца оба зачатка располагаются на расстоянии друг от друга. Каждый из развивающихся зародышей имеет отдельный амнион и, таким образом, они оказываются обособленными или биамниотическими двойнями. Если оба амниотических мешка имеют общий хорион, а перегородка для них состоит из двух амнионов, в этом случае двойни называют монохориальными, они имеют общую плаценту. Иногда зачатки располагаются так близко, что образуется общая для обоих зародышей амниотическая полость — развивается моноамниотическая двойня. Простым способом определить принадлежности родившихся близнецов к однояйцевой или двуяйцевой двойне является осмотр последа — при однояйцевой двойне перегородка между амниональными полостями состоит из двух оболочек — двух амнионов, а при двуяйцевой — из 4 оболочек: двух амнионов и двух хорионов.

В монохориальных плацентах часто можно обнаружить сосудистый анастомоз — либо артерии с артерией, либо артерии с веной. Наиболее неблагоприятное сосудистое соединение артерии с веной. Артериовенозное соединение осуществляется через капиллярную систему плаценты. Вследствие такого анастомоза кровь оттекает от артерии к вене от одного плода к другому, т.е. в плацентарных сосудах происходит смещение крови обоих близнецов. В бихориальных плацентах артериовенозный анастомоз развивается значительно

реже. Последствия артериовенозного анастомоза могут быть весьма серьезными. Если в сосудистой системе плаценты кровяное давление симметрично, оба близнеца развиваются в одинаковых условиях питания и развития. Однако при однойяйцевых двойнях это равновесие может быть нарушено вследствие асимметричного плацентарного кровообращения, и тогда один из близнецов получает больше крови, чем другой. Последний не получает достаточного питания и оказывается в худших условиях для своего развития. При резком нарушении равновесия в системе плацентарного кровообращения один из близнецов принимает на себя осуществление собственного кровообращения и кровообращения близнеца. Сердце последнего становится бездейственным, а близнец превращается в “бессердечного” урода (*acardiakus*). В других же случаях при этих же условиях один из близнецов постепенно истощается, умирает и мумифицируется, превращается в бумажный плод (*fetuspapyraceus*), который рождается после живого в виде придатка к нему.

Смерть одного из плодов может быть причиной нарушения коагуляционных свойств крови, приводить к диссеминированному внутрисосудистому свертыванию, гипофибриногенемии. Кроме того, формирование артериовенозного анастомоза создает условия для развития хронической внутриутробной недостаточности питания и анемии одного из плодов (концентрация гемоглобина может быть 80 г/л и меньше). Если у близнеца с недостаточным питанием отмечается пониженное АД и общее недоразвитие, то у плода с повышенным питанием — артериальная гипертония, гипертрофия сердца, гидрамнион, гиперволемиа и полицитемия. Неонатальный период у такого плода может быть осложнен опасной перегрузкой сердца и сердечной недостаточностью. Полицитемия может осложнить течение неонатального периода тяжелой гипербилирубинемией и желтухой.

При многоплодной беременности пороки развития плода в 2 раза превышают их частоту у женщин с одноплодной беременностью и наиболее характерны для монозиготных плодов.

Врожденные дефекты при многоплодной беременности могут быть классифицированы на:

- 1) встречающиеся только при многоплодной беременности (сросшиеся близнецы, последствия обратной артериальной перфузии у двоен);
- 2) чаще встречающиеся у близнецов (гидроцефалия, пороки сердца, единственная артерия пуповины и дефекты нервной системы, стойкие деформации стопы, асимметрия черепа, врожденные вывихи бедра).

К наиболее частым типам срастания относятся торакопаги (сращение в области грудной клетки), омфалопаги (сращение в области пупка и хрящом мечевидного отростка), краниопаги (сращение гомологичными частями черепа), пигапаги и ишиопаги (соединение боковых и нижних отделов копчика и крестца), а также неполное расхождение: раздвоение только в одной части или области тела (рис.4). Настороженность в отношении этой патологии повышается при идентификации моноамниотических близнецов. В 31% случаев сросшиеся близнецы рождаются мертвыми и в 34 % умирают в 1-й день жизни. Выживание детей зависит от типа сращения и сочетанных аномалий.

При двойнях масса детей при рождении менее 2500 г наблюдается в 40-60%. Задержка роста плодов после II триместра по сравнению с единичными плодами также регистрируется значительно чаще. Разница в массе тела между обоими близнецами при двойнях обычно невелика и составляет 200—300 г. В некоторых случаях вследствие различия в условиях питания и развития разница может достичь 1000 г и более (диссоциированный тип развития плодов).

Для объяснения причин диссоциированного развития плода издавна обращает на себя внимание выдвинутая гипотеза сверх зачатия и сверх оплодотворения, которая определенно не была доказана у женщин, но доказана

у некоторых животных, в частности у лошадей. При сверх зачатии между оплодотворениями имеется значительный интервал времени, и разница в массе объясняется тем, что оплодотворение двух яйцеклеток происходит в разные овуляционные периоды. Описан случай сверх зачатия у женщины с раздвоением матки, при этом в каждой из маток развивалась беременность: в одной — 12-недельная, а в другой — 4-недельная. Возможность оплодотворения двух яйцеклеток в различные овуляционные периоды не может быть исключена, поскольку иногда при наступлении беременности происходит очередная овуляция. В первые недели беременности сперматозоид может проникнуть в полость матки, а оттуда в трубы и оплодотворить яйцеклетку, освободившуюся при последней овуляции. Оплодотворенная яйцеклетка может имплантироваться в отпадающую оболочку, поскольку в первые недели беременности полость матки еще не полностью выполнена плодным яйцом. Интересен также вопрос о возможности возникновения многоплодной беременности из яйцеклеток одного и того же овуляционного периода, но оплодотворение при двух половых сношениях. Такое супер оплодотворение теоретически возможно, так как во время овуляции в некоторых случаях могут выделяться две зрелые яйцеклетки. В литературе описан случай, когда белая женщина после половых связей с белым и черным мужчиной в течение короткого периода родила двойню, при этом один ребенок был белый, а другой — мулат.

ВЫВОДЫ ПО I ГЛАВЕ

1. Экологические, социальные и этнические факторы не влияют на частоту многоплодной беременности. При близкородственных браках повышается частота многоплодия.
2. Многоплодная беременность сопряжена с высокой частотой таких осложнений гестации как: гестоз, угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, анемия, что в 3-6 раз выше, чем при беременности одним плодом.
3. У беременных с многоплодием при неосложненном течении беременности выявлено повышение индексов периферического сосудистого сопротивления (СДО, ИР, ПИ) в маточных артериях, а при осложнении гестации и развитии ФПН с ЗВРП данные нарушения выявляются во всех звеньях системы МП III. Ухудшение показателей кровотока в системе МПП при динамической доплерометрии в совокупности с исследованием гормонального статуса является основанием для неблагоприятного прогноза для плода. Снижение уровня гормонов по отношению к начальным показателям, а также снижение их до уровней одноплодной беременности является признаком нарастающей ФПН.
4. Прогнозирование вероятности неблагоприятного исхода для плодов у женщин с многоплодием, путем выявления факторов высокого риска, позволяет своевременно провести комплекс лечебно-профилактических мероприятий и снизить перинатальные потери.
5. Всем беременным с многоплодием необходимо проводить с I-го триместра превентивную комплексную циклическую терапию, с динамическим контролем за состоянием ФПК и гематологических показателей.
6. У близнецов ранний неонатальный период имеет осложненное течение. Часто регистрируется такие осложнения как: перинатальное поражение ЦНС,

РДС. ЗВРП диагностирована новорожденных. У монохориальных двоен это осложнение встречается в 2 раза чаще.

8. Вазоконтрастная плацентография является методом постнатальной верификации ФПН.

ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Профессиональная роль акушерки при многоплодной беременности.

В рамках «Модернизации» Здравоохранении с целью повышения доступности и качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в 2013 году в Якутской клинической городской больнице проведена реконструкция акушерского стационара, оказывающего все виды квалифицированной, высокотехнологичной медицинской помощи в области акушерства, гинекологии и неонатологии. А также продолжается реализация программы национального проекта «Здоровье», что позволяет значительно улучшать плановое обеспечение медицинским оборудованием, расходным материалом, дорогостоящими медикаментами акушерский стационар, особенно отделение новорожденных. Введены стандарты по оказанию помощи при преждевременных родах, при кровотечениях, что также способствует улучшению материально-технической базы.

Для оказания качественной медицинской помощи при оперативном родоразрешении беременным женщинам с использованием современных акушерских и перинатальных технологий в акушерском стационаре больницы организованно работает операционный блок.

Акушерка относится к категории специалистов. На должность акушерки назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование по специальности «Акушерское дело» и высшую квалификационную (ой) категорию. Назначение на должность и освобождение от нее производится приказом руководителя учреждения

Акушерка должна знать:

- Законы Российской Федерации и иные нормативные правовые акты по вопросам здравоохранения.
- Основы гигиены женщины в период беременности и после родов.
- Течение нормальных родов и их варианты.
- Ведение беременности при осложнениях, основные методы профилактики и борьбы с осложнениями.
- Правила асептики и антисептики, санитарно-противоэпидемический режим родовспомогательных учреждений.
- Принципы профилактики гинекологических заболеваний, основы контрацепции и здорового образа жизни.
- Законодательство о труде и охране труда Российской Федерации.
- Правила внутреннего трудового распорядка.
- Правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

Должностные обязанности:

Акушерка:

1. Проводит лечебно-профилактическую санитарно-просветительную работу, уход за пациентами в соответствии с профилем отделения под руководством врача.
2. Проводит подготовительную работу для лечебно-диагностической деятельности врача акушера-гинеколога и собственной деятельности.
3. Осуществляет лечебно-диагностическую помощь беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным по назначению врача или совместно с ним в отделении, на приеме в женской консультации, на дому.
4. Оказывает медицинскую помощь при неосложненных родах самостоятельно или с врачом акушером-гинекологом при патологии родов, послеродового периода, проводит первичную обработку и при необходимости первичную реанимацию новорожденных.

5. Оказывает неотложную доврачебную медицинскую помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях по профилю деятельности с последующим вызовом врача или направлением пациента в лечебно-профилактическое учреждение.
6. Сообщает врачу акушеру-гинекологу, старшей акушерке, заведующему отделением или дежурному врачу об экстремальных ситуациях в состоянии пациентов, происшествиях в отделении, палатах, кабинетах.
7. Ассистирует при некоторых акушерских и гинекологических операциях.
8. Наблюдает за состоянием здоровья и развитием детей первого года жизни.
9. Осуществляет патронаж на дому беременных, родильниц, гинекологических больных с выполнением организационных и лечебных мер.
10. Проводит профилактические осмотры женщин с целью выявления гинекологических заболеваний (совместно с врачом или самостоятельно), работу по планированию семьи.
11. Выполняет меры по соблюдению санитарно-гигиенического режима (соблюдение правил асептики и антисептики, правильное хранение, обработка, стерилизация инструментов, приборов, перевязочного материала) в отделении (женской консультации, кабинете).
12. Оформляет установленную Минздравом России медицинскую документацию для соответствующего подразделения.

III. Права

Акушерка имеет право

1. Получать необходимую информацию для четкого выполнения своих обязанностей.
2. Давать указания младшему медицинскому персоналу по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима отделения (кабинета).
3. Вносить предложения по совершенствованию работы младшего и среднего медицинского персонала.

4. Входить в состав Совета акушерок и медицинских сестер, принимать участие в работе профессиональных медицинских ассоциаций.

5. Повышать свою квалификацию.

6. Получать квалификационную категорию.

IV. Ответственность

Акушерка несет ответственность:

1. За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией – в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

2. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности – в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.

3. За причинение материального ущерба – в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством Российской Федерации.

2.2 Изучение статистических данных многоплодной беременности по РС (Я)

В практической части нашего исследования, изучив литературу по данной проблеме, мы изучили и сделали статистику проведенного анализа показателей службы родовспоможения г. Якутска на основе учетно-отчетной документации акушерского стационара Якутской городской клинической больницы за период 2015-2017 гг.

При сравнении показателей в динамике применяли метод доверительных интервалов и критерий Пирсона Критическое значение уровня значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 5 %.

Демографическая ситуация в г. Якутске в последние годы характеризуется стабильными показателями смертности и положительной динамикой коэффициента естественного прироста населения. Уровень рождаемости, оцениваемый по общему коэффициенту рождаемости, за период 2007-2017 гг., оценивается как "средний".

За период с 2015 по 2017 гг. число родов в акушерских стационарах г. Якутска увеличилось с 4 730 до 5 398 (прирост 12 %, таблица).

Наблюдаемый резкий рост показателей перинатальной смертности с 9 до 21 на 1 000 родившихся ($\chi^2=23,1$, $df=1$, $p=0,001$) на фоне увеличения числа преждевременных родов с 5 до 8 % был связан с изменением в 2016 году медицинских критериев рождения.

Так, 69 из 84 (83 %) мертворожденных в 2016 г. были недоношенными (в 2010 г. - 48,2 %). При этом 46 % мертворожденных имели массу тела менее 1 000 г., 21 % - от 1 000 до 1 499 г (Таблица 1).

Таблица 1

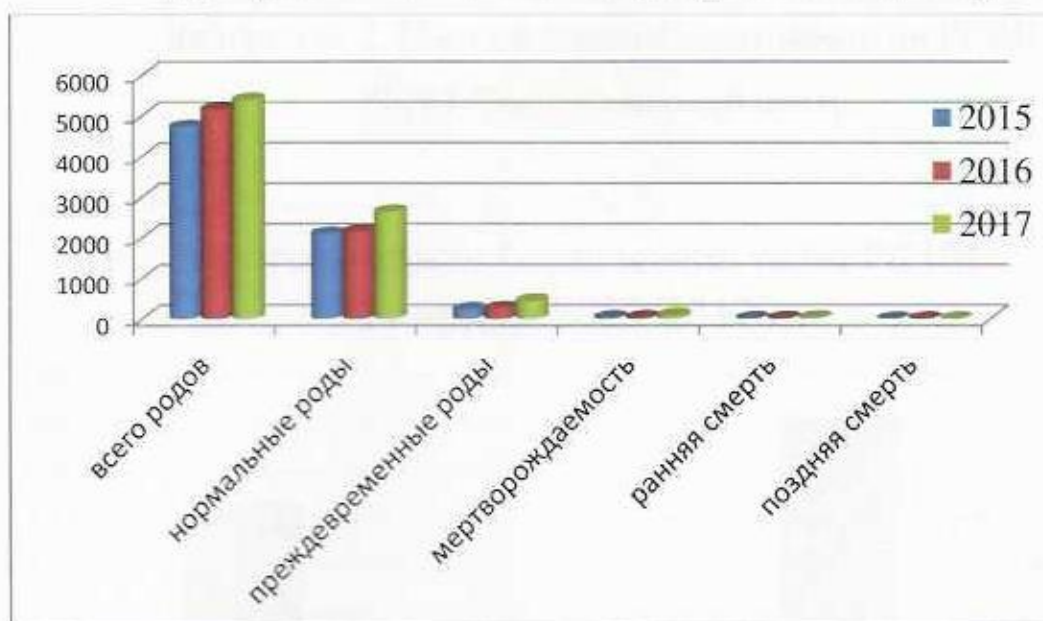
Показатели акушерского стационара за 2015-2017 гг.

Показатель	Годы		
	2015	2016	2017
Всего родов	4730	5159	5398
Нормальные роды, доношенные дети	2101	2155	2638
Многоплодная беременность	635	750	814
Преждевременные роды, недоношенные дети	237	261	440
Мертворождаемость на 1 000	34	34	84
Ранняя неонатальная смертность на 1 000	10	13	28
Поздняя неонатальная смертность на 1 000	0	2	2

При анализе установлено, что 27 из 30 (90 %) детей, умерших в 2017 году, были недоношенными (в том числе 15 детей с экстремально низкой массой тела), 30 % (9) детей умерло в срок до 24 часов после рождения (из них 8 недоношенных, из которых 5 с экстремально низкой массой тела).

Результаты представлены также в диаграмме 1.

Диаграмма 1. Показатели акушерского стационара.



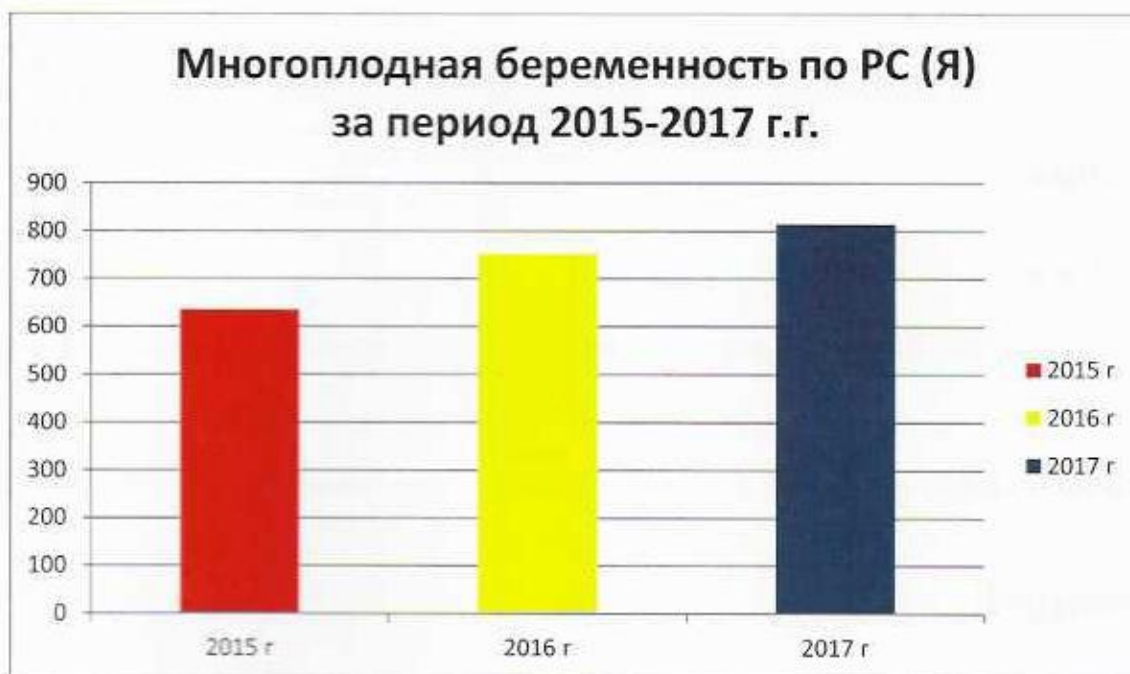
При анализе установлено, что 27 из 30 (90 %) детей, умерших в 2017 году, были недоношенными (в том числе 15 детей с экстремально низкой массой тела), 30 % (9) детей умерло в срок до 24 часов после рождения (из них 8 недоношенных, из которых 5 с экстремально низкой массой тела).

Смертность среди доношенных составила 0,59 на 1 000 родившихся доношенными (2015 г. - 0,70, в 2016 г. - 1,64), среди недоношенных - 78,2 на 1 000 соответственно (в 2015 г. - 21,2, в 2016 г. - 23,9). Ведущими причинами 32 смертности новорожденных являлись дыхательные расстройства и врожденные пороки развития. Так, в 2017 году эти состояния явились причиной 63 и 23 % случаев смерти, соответственно.

Общая заболеваемость новорожденных составила в 2017 г. 222,1 на 1 000 детей (222,1 и 234,1, соответственно в 2015-2016 гг.).

Основными видами заболеваемости новорожденных недоношенных были: замедление роста, недостаточность питания (52,3 на 1 000), неонатальные желтухи (34,5 на 1 000), синдром дыхательных расстройств (30,2 на 1 000) (Таблица 2).

Диаграмма 2. Многоплодная беременность по РС(Я)
РБ№1-Перинатальный центр



Многоплодная беременность в 2015 г составила – 635, в 2016 г – 750, в 2017 г – 814. Как видно по динамике, с каждым годом увеличивается число женщин с многоплодной беременностью. В 2016 г – родилось 5 тройняшек.

Диаграмма 3

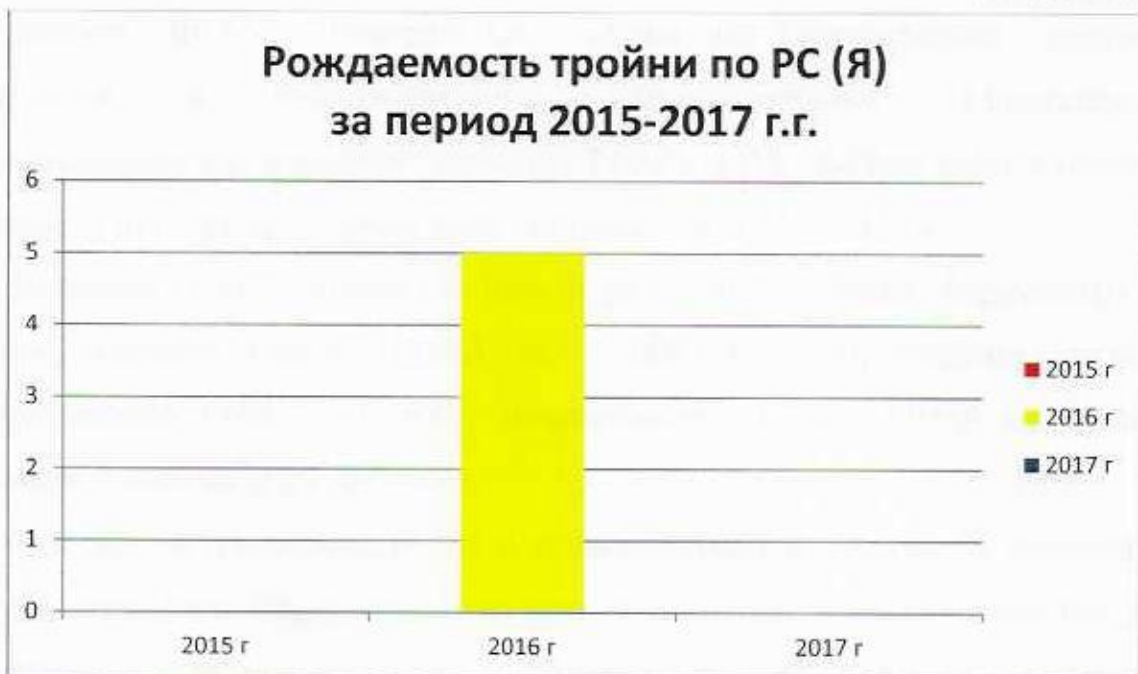
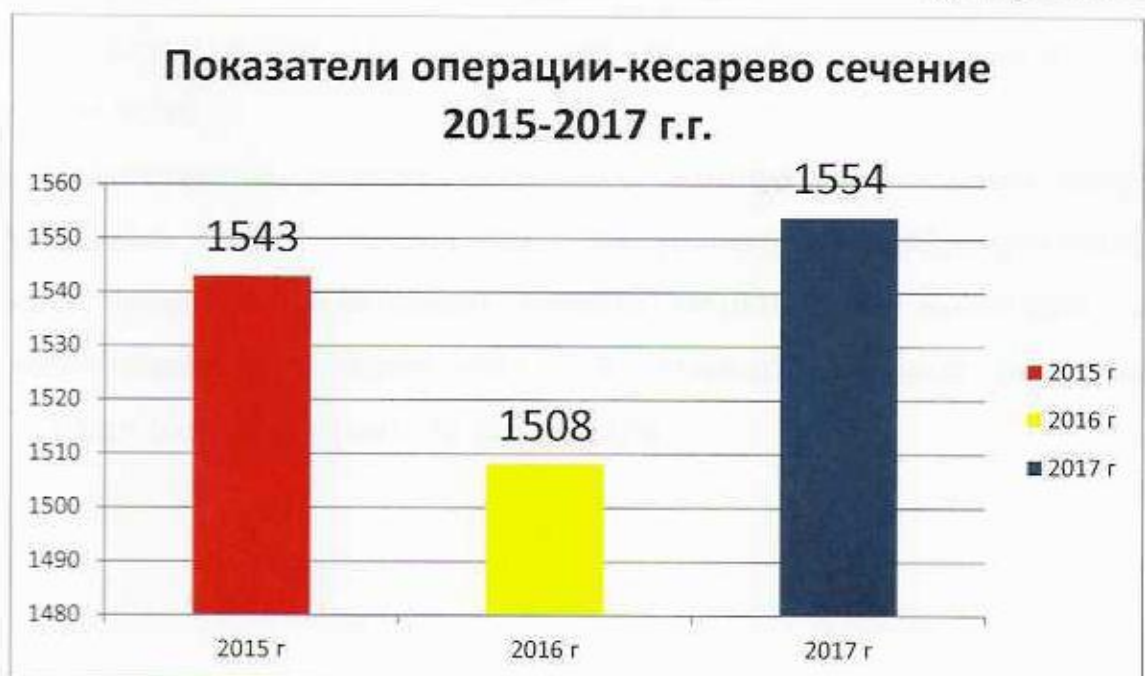


Диаграмма 4



Показатели операции кесарево сечение составило в 2015 г-1543, в 2016 г-1508, в 2017 г-1554.

Отмечается низкое качество соматического здоровья будущих матерей. По данным ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Министерства здравоохранения и социального развития России в РФ, частота соматической и акушерской патологии у беременных составляла в 2015 г. 79,8 %.

Ведущими нозологиями в структуре заболеваемости беременных г. Якутска являлись анемии (274,5 на 1 000 женщин), болезни системы кровообращения (160 на 1 000), мочеполовой системы (109,8 на 1 000), щитовидной железы (52,2 на 1 000).

Эти данные свидетельствуют о потенциальной возможности влияния на факторы, способствующие снижению уровня жизнеспособности потомства. Для профилактики акушерских и перинатальных осложнений отдельных экстрагенитальных заболеваний необходима госпитализация беременных в специализированные стационары терапевтического, кардиоакушерского, нефрологического профилей и последующая реабилитация женщин в послеродовом периоде.

Другие причины смертности, являющиеся в целом управляемыми, могут быть устранены при обеспечении доступности квалифицированной медицинской помощи и повышении качества медицинского наблюдения в период беременности. Это также будет способствовать коррекции факторов, связанных с нарушением здоровья новорожденных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суммируя все вышесказанное, можно сделать следующие выводы:

Многоплодная беременность — беременность более чем одним плодом. В зависимости от количества плодов при беременности говорят о двойне, тройне и т. д. Дети, рождённые в результате многоплодной беременности, называются близнецами. Многоплодная беременность предъявляет особые, повышенные требования к организму матери. Конечно, врачи не рассматривают ее как патологию, но считают, что такая беременность (особенно с монохориальными двойнями) требует более пристального внимания со стороны медицинского персонала. Многоплодная беременность может наступать в результате двух механизмов: созревания и оплодотворения сразу двух и более яйцеклеток, и в этом случае беременность называется разнояйцевой, или разделения оплодотворенной яйцеклетки (зиготы) на две или более частей вскоре после оплодотворения, и в этом случае беременность называется однойяйцевой. Время разделения зиготы имеет важное значение: чем раньше оно произошло, тем более обособлены близнецы друг от друга. Например, если разделение произошло с первого по третий день существования зиготы, то каждый близнец окружен двумя плодными оболочками и имеет отдельную плаценту. При более позднем разделении близнецы имеют общую плаценту, только амниотическую оболочку в перегородке или отсутствие самой перегородки. Если разделение произошло с 13-го по 15-й день, то это приводит к образованию так называемых сямских близнецов. Определить во время беременности, к какому типу она принадлежит, возможно далеко не во всех случаях. Только отсутствие перегородки между близнецами позволяет точно отнести беременность к однойяйцевой. Вероятность развития плацентарной недостаточности и гестоза при многоплодной беременности больше, чем при одноплодной.

Следовательно, все мероприятия, направленные на профилактику развития этих состояний, проводят с начала второго триместра. Особое внимание уделяется полноценному белковому питанию будущей мамы: приему препаратов железа, витаминов. При многоплодной беременности особое значение приобретает сбалансированное питание, приём пренатальных витаминов и более частый отдых в положении на боку, чем при одноплодной беременности. В ряде случаев при согласии родителей проводят селективную редукцию (устранение) одного или нескольких плодов в сроке 10-12 недель, чтобы повысить шансы на рождение одного или двух здоровых детей. Родоразрешение женщины с двойней желательно проводить в роддоме высокого уровня (перинатальном центре), обладающем мощной квалифицированной реанимацией новорожденных. Понятно, что частота оперативного родоразрешения (кесаревых сечений) при многоплодии значительно выше, чем при одноплодной беременности. Однако методика родоразрешения зависит от множества факторов: от того, как наступила беременность — самопроизвольно или с помощью ЭКО, от того, каков характер двойни (бихориальная или монохориальная), от характера расположения плодов, от состояния здоровья будущей мамы и других факторов. В каждом случае тактика ведения родов вырабатывается индивидуально.

Практические рекомендации

1. При установлении диагноза многоплодия с ранних сроков (6-7 недель) необходимо проводить превентивные мероприятия с целью профилактики осложнений гестации.
2. Наблюдение беременных должно проводиться с применением современных перинатальных технологий.
3. Всем беременным с многоплодием показана дородовая госпитализация в стационары высокого риска за четыре недели до предполагаемого срока родов.
4. В стационаре обязательным условием обследования беременных является динамическая доплерометрия в совокупности с динамическим исследованием содержания Э и ПЛ.
5. Наличие многоплодия у многорожавших является поводом для расширения показаний к кесареву сечению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нураева Т.Ш. Клинический анализ течения беременности, родов и раннего неонатального периода при многоплодии // Медицина. Наука и практика. - Махачкала, 2000, №1, С.41-43.
2. Нураева Т.Ш., Омаров С-МА К вопросу о кесаревом сечении при многоплодной беременности // Медицина. Наука и практика. Махачкала, 2001, №1, С.50-53.
3. Нураева Т.Ш., Омаров С-М.А К вопросу о слабости родовой деятельности при многоплодной беременности // Материалы III Российского форума «Мать и дитя». - М., 22-26 октября, 2001. - С. 134135.
4. Нураева Т.Ш., Омаров С-М.А. Особенности течения раннего неонатального периода у близнецов // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». - М., 21-25 октября, 2002. - С.519-520.
5. Нураева Т.Ш. Влияние типа плацентации. на формирование задержки внутриутробного развития плода при многоплодной беременности // Тезисы докладов 56-й научной конференции молодых ученых и студентов. - Махачкала, 2002, С.42-44.
6. Нураева Т.Ш., Омаров С-М.А. Особенности течения периода гестации у женщин с многоплодной беременностью // Южно - Российский Медицинский журнал, 2002, № 1, С.61-63.
7. Нураева Т.Ш., Омаров С-М.А Особенности течения периода гестации у многорожавших с многоплодием // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». -М., 6-10 октября, 2003. - С.150-151.
8. Нураева Т.Ш., Омаров С-М.А. Аспекты абдоминального родоразрешения при многоплодной беременности // Российский Вестник акушера -гинеколога, 2003, № 1, С.56-58.

9. Нураева Т. Ш., Омаров С-МА Многоплодная беременность. Махачкала, 2004, 164С.