# Многоплодная беременность

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O30, O30.0, O30.1, O30.2, O30.8, O30.9, O31, O31.0 · Российское общество акушеров-гинекологов

Многоплодная беременность — развитие двух и более плодов; она относится к осложнённой беременности из-за более высоких материнских и перинатальных рисков. Главное в ведении — рано установить хориальность/амниальность, регулярно мониторировать рост и кровотоки плодов, вовремя выявлять осложнения монохориального многоплодия и планировать срок и способ родоразрешения.

## Главное

- Диагноз многоплодной беременности ставят при УЗИ-визуализации двух и более жизнеспособных эмбрионов/плодов с сердцебиением в полости матки.
- Хориальность и амниальность нужно определить при УЗИ 1-го триместра; если тип хориальности неясен, беременность ведут как монохориальную до подтверждения обратного. УУР С, УДД 5.
- Монохориальное многоплодие требует УЗИ плодов и допплерографии каждые 2 недели с 16 недель; ди-/трихориальное — УЗИ каждые 4 недели с 16 недель. УУР С, УДД 5.
- ФФТС диагностируют по сочетанию маловодия у донора и многоводия у реципиента: МВК <2 см у донора, МВК >8 см до 20 недель или >10 см после 20 недель у реципиента. УУР С, УДД 5.
- При неосложнённой беременности сроки родоразрешения: монохориальная двойня — 36–37 недель, дихориальная двойня — 37–38 недель, тройня — 35–36 недель. УУР С, УДД 5.
- При неосложнённой МХМА двойне родоразрешение — кесарево сечение в 32–34 недели. УУР С, УДД 5.
- Для профилактики преждевременных родов проводят УЗ-цервикометрию в 16–20 недель; шейка ≤25 мм — риск прерывания и очень ранних преждевременных родов. УУР В, УДД 1.

## Диагностика

1. Подтвердить многоплодие по УЗИ: два и более жизнеспособных эмбриона/плода с сердцебиением.
2. Установить срок беременности по наибольшему КТР плодов в 1-м триместре; при КТР >84 мм — по окружности головки. При ВРТ учитывать дату переноса эмбрионов и срок культивирования. УУР С, УДД 4–5.
3. В 11–14 недель при двойне направить на экспертный УЗ-скрининг с оценкой анатомии, хориальности/амниальности, рисков и биохимией PAPP-A и свободной β-ХГЧ; при беременности тремя и более плодами — экспертное УЗИ до 13 недель. УУР С, УДД 5.
4. С 16 недель организовать мониторинг по хориальности: при монохориальной беременности УЗИ + допплерография каждые 2 недели, при ди-/трихориальной — УЗИ каждые 4 недели; допплерография при ди-/трихориальной беременности — в 18–20+6 недель и в 30–34 недели. УУР С, УДД 5.
5. С 20 недель оценивать дискордантность предполагаемой массы плодов; формула: (масса большего − масса меньшего) / масса большего × 100. УУР С, УДД 4–5.
6. Ди-/трихориальная ЗРП верифицируется при ПМП одного или нескольких плодов <10-й перцентили и дискордантности ПМП ≥25%. УУР С, УДД 4.
7. КТГ плодов выполняют с 28 недель: при многоплодии — 1 раз в 2 недели, при МХМА многоплодии — 1 раз в 3 дня. УУР С, УДД 5.

## Лечение

- При ФФТС применяют серийную амниоредукцию или фетоскопическую лазерную коагуляцию сосудистых анастомозов плаценты. УУР А, УДД 1.
- ФФТС II–IV стадии в 16–26 недель при отсутствии противопоказаний лечат лазерной коагуляцией анастомозов плаценты. УУР А, УДД 2.
- После внутриутробного вмешательства ведение — в стационаре с сонографическим и лабораторным контролем; прогестерон применяют вагинально 200 мг/сут. Возможны токолитики по инструкции; нифедипин и индометацин указаны как off-label по решению врачебной комиссии и с согласием пациентки.

- При монохориальной ССЗРП: отрицательная А-волна в венозном протоке после 28 недель — показание к досрочному кесареву сечению после профилактики РДС плодов. УУР С, УДД 5.
- При монохориальной ССЗРП сроки родоразрешения: I тип — 34–35 недель, II–III типы — 30–32 недели. УУР С, УДД 5.
- При САП без тяжёлой анемии донора — консервативное ведение с УЗИ не реже 1 раза в 2 недели; при тяжёлой анемии в 16–26 недель — лазерная коагуляция анастомозов, при невозможности фетоскопии в 16–32 недели — внутриутробное переливание крови плоду с анемией. УУР С, УДД 4–5.
- При прогрессировании СОАП выполняют внутриутробное прекращение кровоснабжения акардиального плода лазерной коагуляцией сосудов пуповины; при МХМА двойне — фетоскопическим доступом с последующим отсечением пуповины. УУР А, УДД 2.
- При укорочении шейки матки ≤25 мм назначают прогестерон 200 мг вагинально на ночь до 34 недель. Профилактическое наложение швов и рутинное введение пессария при многоплодии не рекомендованы; наложение швов рассматривают при шейке <15 мм и/или расширении цервикального канала >10 мм. УУР А, УДД 1–2.

## Когда направить и как наблюдать

- Неосложнённую многоплодную беременность родоразрешают в акушерском стационаре 2-й или 3-й группы.
- При МХМА беременности госпитализация в акушерский стационар 2-й или 3-й группы показана в 30–32 недели.
- Монохориальное многоплодие, осложнённое ФФТС, ССЗРП, САП или СОАП, требует консультирования и лечения в стационаре 3-й группы; при ФФТС, СОАП и САП — в стационаре 3-й группы с возможностью фетоскопических операций.
- Госпитализация показана при угрожающем выкидыше, шейке матки <25 мм, осложнениях монохориальной беременности, требующих внутриутробных вмешательств, антенатальной гибели плода/плодов, угрозе преждевременных родов, излитии или подтекании вод, признаках отслойки плаценты, преэклампсии и начавшихся родах.
- При ССЗРП госпитализация: I тип — в 33–34 недели, II–III типы — в 29–30 недель.

## Частые вопросы

**Как часто делать УЗИ при двойне?**

Зависит от хориальности: при монохориальной беременности УЗИ плодов и допплерография каждые 2 недели с 16 недель; при ди-/трихориальной — УЗИ каждые 4 недели с 16 недель.

**Когда при многоплодной беременности назначать аспирин?**

Ацетилсалициловую кислоту назначают при наличии факторов риска преэклампсии: возраст ≥40 лет, интервал между беременностями >10 лет, ИМТ ≥35 кг/м² при первой явке, преэклампсия в анамнезе. Доза — 150 мг/сут с 12 до 36 недель. УУР А, УДД 2.

**Можно ли вести роды двойней через естественные родовые пути?**

При сроке ≥32 недель и головном предлежании первого плода пациентку информируют, что вагинальные роды не увеличивают риск осложнений для матери и новорождённых. Вагинальные роды двойней относятся к родам высокого риска и требуют соответствующей организации.

**Какие показания к кесареву сечению при многоплодии указаны в рекомендации?**

В рекомендации указаны следующие показания к кесареву сечению: моноамниотическая двойня, неразделившиеся близнецы при любом сроке, неголовное предлежание первого плода, три и более плода, а также стандартные показания для одноплодной беременности.

**Что делать при гибели одного плода из монохориальной двойни?**

Экстренное родоразрешение не проводят, если нет других акушерских показаний и нарушения состояния второго плода. Наблюдение в стационаре 7–14 дней с контролем анализов и состояния плода, затем УЗИ 1 раз в 2 недели; родоразрешение — в 34–36 недель после профилактики РДС.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/638-mnogoplodnaya-beremennost. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/638_2