

METODIKA
DAUGIAVAISIS NĖŠTUMAS



LIETUVOS IR ŠVEICARIJOS
BENDRADARBIAVIMO PROGRAMA

METODIKOS DALYS

- I. Metodikos aprašas
- II. Metodikos procedūrų aprašas
- III. Metodikos įdiegimo aprašas
- IV. Metodikos audito aprašas
- V. Informacija visuomenei

PARENGĖ

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Barčaitė
D. Bartkevičienė
T. Biržietis
Ž. Bumbulienė
E. Drejerienė
D. Kačkauskienė
D. Laužikienė
E. Machtejevienė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
G. Mečėjus
I. Mockutė
I. Poškienė
D. Ramašauskaitė
L. Rovas
M. Šilkūnas
G. Valkerienė
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis
L. Bagušytė
E. Barčaitė
A. Bartusevičius
E. Benušienė
T. Biržietis
G. Drašutienė
E. Drejerienė
A. Gaurilčikas
V. Gintautas
K. Jarienė
R. Jonkaitienė
G. Jurkevičienė
M. Kliučinskas
J. Kondrackienė
M. Minkauskienė
I. Mockutė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
R. Nadišauskienė
D. Railaitė
K. Rimaitis
D. Simanavičiūtė
R. Tamelienė
A. Vitkauskienė
D. Vėlyvytė
D. Veličkienė
D. Vaitkienė

2014 m. (2019 m. redakcija)

Metodikai pritarė Lietuvos akušerių ginekologų draugija
Lietuvos akušerių sąjunga

2019 metų redakcija

PARENGĖ

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Bartusevičienė
T. Biržietis
J. Celiešiūtė
M. Francaitė-Daugėlienė
V. Gintautas
K. Jarienė
M. Kliučinskas
D. Laužikienė
G. Naskauskienė
E. Machtejevienė
R. Mačiulevičienė
L. Maleckienė
M. Minkauskienė
D. Ramašauskaitė
K. Rimaitis
M. Šilkūnas
J. Voločovič
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis
A. Arlauskienė
L. Bagušytė
E. Bartusevičienė
E. Benušienė
G. Domža
G. Drąsutienė
D. Gasiūnaitė
G. Jurkevičienė
M. Kliučinskas
D. Laužikienė
R. Mameniškienė
L. Maleckienė
M. Minkauskienė
V. Mizarienė
R. Nadišauskienė
V. Paliulytė
D. Ramašauskaitė
G. Ramonienė
D. Vaitkienė
R. Vansevičiūtė – Petkevičienė
D. Veličkienė
Ž. Visockienė
J. Voločovič
J. Zakarevičienė
B. Žaliūnas

TURINYS

I. Metodikos aprašas	5
Bendroji dalis	7
Priedai	28
Literatūros sąrašas	31
II. Metodikos procedūrų aprašas	32
III. Metodikos įdiegimo aprašas	34
IV. Metodikos audito aprašas	36
V. Informacija visuomenei	40

METODIKA
DAUGIAVAISIS NĖŠTUMAS

I. METODIKOS APRAŠAS

Metodika parengta, remiantis Nacionalinio sveikatos ir klinikinės kompetencijos instituto (angl. *National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE*), Amerikos akušerių ir ginekologų draugijos (angl. *The American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG*), Kanados akušerių ir ginekologų draugijos (angl. *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, SOGC*), Australijos ir Naujosios Zelandijos karališkosios akušerių ir ginekologų draugijos rekomendacijomis.

Metodikoje aptariama daugiavaisio nėštumo etiologija ir klasifikacija, rizikos veiksniai, diagnostika, antenatalinė priežiūra, komplikacijos, akušerinė taktika ir gydymo galimybės komplikacijų atveju, priežiūra gimdymo metu ir po jo.

1. BENDROJI DALIS

Žymėjimas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos Australijos modifikacijos dešimtojo leidimo sisteminį ligų sąrašą TLK-10-AM:

O30 Daugiavaisis nėštumas.

O30.0 Nėštumas, kai yra du vaisiai.

O30.1 Nėštumas, kai yra trys vaisiai.

O30.2 Nėštumas, kai yra keturi vaisiai.

O30.8 Kitas daugiavaisis nėštumas.

O30.9 Daugiavaisis nėštumas, nepatikslintas. Daugiavaisis nėštumas, neklasifikuojamas kitaip.

O31 Specifinės daugiavaisio nėštumo komplikacijos.

O31.0 Papirusinis vaisius. Suspaustas vaisius.

O31.1 Besitęsiantis nėštumas po vieno ar daugiau vaisių aborto.

O31.2 Besitęsiantis nėštumas po vieno ar daugiau vaisių mirties gimdoje.

O31.8 Kitos komplikacijos, būdingos daugiavaisiam nėštumui.

O32.5 Gimdyvės priežiūra, kai yra daugiavaisis nėštumas ir vieno ar daugiau vaisių pirmeiga netaisyklinga.

O33.7 Gimdyvės priežiūra, kai yra disproporcija dėl kitų vaisiaus deformacijų. Suaugę dvyniai, sukeliantys disproporciją.

O43.0 Placentos transfuzijos sindromai. Transfuzija: vaisiaus ir motinos; motinos ir vaisiaus, dvynių tarpusavio.

O63.2 Pavėluotas antrojo, trečiojo ir t. t. vaisiaus gimdymas.

O66.1 Patologinis gimdymas dėl suaugusių dvynių.

O66.3 Patologinis gimdymas dėl kitų vaisiaus anomalijų.

Santrumpos:

AR – amnioredukcija.

CNS – centrinė nervų sistema.

CRL – viršugalvio sėdmenų matmuo (angl. *crown rump length*), matuojamas nuo embriono arba vaisiaus viršugalvio iki sėdmenų.
DAP – dvynių anemija policitemija.
DGAP – dvynių grįžtamoji arterinė perfuzija.
DTS – dvynių transfuzijos sindromas.
FLA – fetoskopinė lazerinė placentos kraujagyslių anastomozijų abliacija.
KMI – kūno masės indeksas (svoris (kg) / ūgis (m²)).
KTG – kardiokograma.
MRT – magnetinio rezonanso tomografija.
PNVDP – priešlaikinis neišnešioti vaisiaus dangalų plyšimas.
Rh – rezus.
VSA V_{maks} . VK – vidurinės smegenų arterijos maksimalaus kraujotakos greičio sistolės metu vidurkio kartotinis atitinkamai nėštumo savaitei.

1. APIBŪDINIMAS IR DAŽNIS

- 1.1. Daugiavaisis nėštumas – tai toks nėštumas, kai gimdoje auga daugiau nei vienas vaisius.
- 1.2. Pastaraisiais metais daugiavaisio nėštumo atvejų daugėja. Tam įtakos turi vyresnis nėščiųjų amžius ir šiuolaikiniai pagalbinio apvaisinimo metodai. Dažniausiai gimsta dvyniai, retai – 0,04 – 0,05 proc., gimsta tryniai.
- 1.3. Dizigotinių dvynių būna 70 proc., monozigotinių – 30 proc. Monozigotinių dvynių dažnis yra pastovus ir panašus visose šalyse – 3,5 iš 1000 gimdymų.
- 1.4. Daugiavaisio gimdymo dažnis Lietuvoje 2017 m. buvo 1,4 proc.

2. ETIOLOGIJA IR KLASIFIKACIJA

- 2.1. Dizigotiniai dvyniai auga, kai vieno ovuliacijos ciklo metu apvaisinami du kiaušinėliai. Genetiškai dizigotiniai dvyniai artimi tik kaip broliai ir seserys. Itin retai, po pagalbinio apvaisinimo procedūros, dizigotiniai dvyniai gali būti monochorioniniai arba dizigotiniai dvyniai vystosi perkėlus vieną embrioną (žr. 1 priedą).
- 2.2. Monozigotiniai dvyniai:
 - 2.2.1. Monozigotiniai dvyniai vystosi, kai suskyla vienas apvaisintas kiaušinėlis.
 - 2.2.2. Monozigotiniai dvyniai visada yra vienos lyties, dažniausiai labai panašūs fenotipiškai ir genetiškai, tačiau retai būna identiški.
 - 2.2.3. Monozigotinių dvynių apsigimimų dažnis yra didesnis. Teratogeniniu veiksmu yra laikomas pats zigotos dalijimasis. Zigotai dalijantis į dvi dalis, tiek protoplazminė, tiek branduolio medžiaga gali pasiskirstyti nevienodai. Monozigotinių dvynių genetinės mutacijos gali būti tokios pačios, tačiau skirtis klinicine išraiška. Mutacijos gali būti ir skirtingos, jei įvyko vėliau, nei zigota pasidalijo.
 - 2.2.4. Zigotos pasidalijimo rezultatas priklauso nuo to, kurioje blastogenezės stadijoje tas pasidalijimas įvyko:

2.2.4.1. Jei pasidalijimas įvyko 3 parų laikotarpiu po apvaisinimo, t. y. pasidalijo morulė, kiekvienas vaisius turės po atskirą chorioną ir amnioną – tai yra dichorioniniai diamnioniniai dvyniai. Šių vaisių placentos bus atskiros, jos gali būti šalia viena kitos ir atrodyti kaip viena arba nutolusios.

2.2.4.2. Jei pasidalijimas įvyko 4–8 dieną po apvaisinimo, t. y. pasidalijo blastocista, kiekvienas vaisius turės po atskirą amnioną, tačiau chorionas bus vienas – tai yra monochorioniniai diamnioniniai dvyniai. Šių vaisių placenta bus bendra, vaisius skirs dvi amniono plėvės.

2.2.4.3. Jei blastocista pasidalijo 8–13 dieną po apvaisinimo, chorionas ir amnionas jau būna susiformavę. Dvyniai būna vienoje choriono ir amniono ertmėje – tai yra monochorioniniai monoamnioniniai dvyniai.

2.2.4.4. Jei pasidalijimas įvyko po 13 dienos, dvyniai būna suaugę įvairiomis kūno dalimis: tai vadinamieji Siamo dvyniai (žr. 2 priedą).

3. RIZIKOS VEIKSNIAI

3.1. Pagalbiniai apvaisinimo metodai.

3.2. Vyresnis nėščiosios amžius.

3.3. Šeiminė anamnezė.

3.4. Nėščiosios ūgis ir svoris: didesnis ūgis ir didesnis kūno masės indeksas.

3.5. Nėštumų skaičius: daugiakartės turi didesnę riziką.

4. DIAGNOSTIKA

4.1. Daugiavaisis nėštumas dažniausiai nustatomas atliekant ultragarsinį tyrimą: gimdos ertmėje matoma dviejų arba daugiau vaisių širdies veikla.

4.2. Pirmuoju nėštumo laikotarpiu ultragarsinį tyrimą rekomenduojama atlikti 11^{+0} – 13^{+6} savaitę, kai CRL matmuo yra 45 – 84 mm. Šio vieno tyrimo metu galima nustatyti/patikslinti nėštumo trukmę, implantacijos vietą, vaisių išsidėstymo padėtį, chorioniškumą/amnioniškumą, išmatuoti sprando vaiskumą, nustatyti ar nėra didžiųjų vaisiaus raidos ydų (žr. metodiką „Ultragarsinė patikra ir tyrimas nėštumo metu“).

4.3. Nėštumo trukmę geriausia nustatyti atliekant ultragarsinį tyrimą 11^{+0} – 13^{+6} savaitę. Nustatoma pagal didžiausio vaisiaus CRL matmenį, siekiant sumažinti riziką, kad nėštumo laikas bus klaidingai nustatytas pagal vaisių, turintį ankstyvą augimo sulėtėjimą.

4.4. Vaisiaus padėčiai apibūdinti dažniausiai vartojami terminai: viršutinis ir apatinis, kairysis ir dešinysis. Trynių atveju taip pat reikia aiškiai nurodyti vaisių išsidėstymo padėtis.

4.5. Optimalus chorioniškumo nustatymo laikas yra 10^{+0} – 13^{+6} nėštumo savaitė. Chorioniškumą/amnioniškumą nustatyti yra labai svarbu sudarant nėštumo priežiūros planą. Jei nepavyksta nustatyti chorioniškumo, reikia siųsti konsultuotis pas labiau patyrusį echoskopuotoją. Jei chorioniškumo nustatyti neįmanoma, nėštumą reikia prižiūrėti kaip monochorioninį, kol nebus patvirtinta kitaip.

4.6. Chorioniškumui nustatyti trimačio ultragarso nenaudoti.

4.7. Chorioniškumo/amnioniškumo požymiai pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Chorioniškumo/amnioniškumo požymiai

Požymis	Dichorioniniai diamnioniniai dvyniai	Monochorioniniai diamnioniniai dvyniai	Monochorioniniai monoamnioniniai
Vaisiaus lytis	Lytis gali būti ir skirtinga	Vienoda lytis	Vienoda lytis
Placentų skaičius	Placentos šalia viena kitos	Viena placenta*	Viena placenta*
Dangalų pertvara	Storesnė ($>1,5-2$ mm), matomi amnioniniai dangalai, tarp jų chorioninis audinys	Plona ($<1,5-2$ mm), matomi amnioniniai dangalai be chorioninio audinio	Nėra
λ ir T požymis	Yra λ požymis (vėliau gali išnykti, tačiau chorioniškumas nesikeičia)	Yra T požymis, λ požymio nėra (jo negali būti)	-

*itin retai monochorioninių dvynių atveju placenta gali atrodyti kaip dvi skirtingos placentos dėl dviskiltės struktūros arba esant pridėtinei skilčiai.

4.8. Jei nėščioji pirmą kartą apsilankė po 14^{+0} nėštumo savaitės, ultragarsinį tyrimą reikia atlikti kuo greičiau.

5. ANTENATALINĖ PRIEŽIŪRA

5.1. Nėščiąją, kuriai nustatytas daugiavaisis nėštumas, turi prižiūrėti gydytojas akušeris ginekologas.

5.2. Nėščioji turi būti informuota apie galimas nėštumo ir gimdymo komplikacijas bei paaiškinta dažnesnių apsilankymų pas gydytoją svarba.

5.3. Nėščiajai rekomenduojama:

5.3.1. Mažinti fizinę krūvį, ypač antroje nėštumo pusėje.

5.3.2. Per dieną suvartojamų kalorijų skaičius turėtų padidėti 600 kcal.

5.3.3. Rekomenduojamas kūno svorio prieaugis pateikiamas 2 lentelėje.

2 lentelė. Rekomenduojamas kūno svorio prieaugis

KMI (kg/m ² kūno ploto)	Kūno svorio prieaugis (kg)
< 18,5	Nėra rekomendacijų, nepakanka duomenų
18,5–24,9 (norma)	16,8–24,5
25,0–29,9 (antsvoris)	14,1–22,7
≥ 30,0 (nutukimas)	11,4–19,1

5.3.4. Su maistu nėščioji turėtų gauti 30 mg geležies per parą.

5.3.5. Valgyti maistą, kuriame yra daugiau baltymų.

5.4. Rekomenduojami apsilankymai ir tyrimas ultragarsu, kai nėštumo eiga nekomplikuota, pateikiamas 3 lentelėje.

3 lentelė. Rekomenduojami apsilankymai ir tyrimas ultragarsu, kai nėštumo eiga nekomplikuota

Daugiavaisio nėštumo pobūdis	Rekomendacijos
Dichorioniniai dvyniai	<ul style="list-style-type: none">• Mažiausiai 8 apsilankymai• Ultragarsinis tyrimas 11⁺⁰–13⁺⁶, 20–22, 24–26, 28–30, 32–34, 36–37 sav.
Monochorioniniai dvyniai	<ul style="list-style-type: none">• Mažiausiai 9 apsilankymai• Ultragarsinis tyrimas 11⁺⁰–13⁺⁶, 16 sav. ir toliau kas 2 savaites iki gimdymo.
Trichorioniniai triamnioniniai tryniai	<ul style="list-style-type: none">• Mažiausiai 7 apsilankymai• Ultragarsinis tyrimas 11⁺⁰–13⁺⁶, 20, 24, 28, 32, 34 sav.• Ultragarsinį tyrimą atlikti nebūtina 16 sav.
Monochorioniniai triamnioniniai arba dichorioniniai tryniai	<ul style="list-style-type: none">• Apsilankymai kas 2 savaites• Mažiausiai 11 apsilankymų• Ultragarsinis tyrimas 11⁺⁰–13⁺⁶, 16 sav. ir toliau kas 2 savaites iki gimdymo.

5.5. Ultragarinio tyrimo tikslas dichorioninių dvynių atveju, kai nėštumo eiga nekomplikuota, pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. Ultragarinio tyrimo tikslas dichorioninių dvynių atveju, kai nėštumo eiga nekomplikuota

Nėštumo trukmė (sav.)	Ultragarinio tyrimo tikslas
11 ⁺⁰ –13 ⁺⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Nėštumo trukmės nustatymas/patikslinimas • Chorioniškumas/amnioniškumas • Implantacijos vieta • Vaisių išsidėstymo padėtis • Patikra dėl 21 chromosomos trisomijos • Patikra dėl didžiųjų vaisiaus raidos ydų
20–22	<ul style="list-style-type: none"> • Vaisių anatomija • Biometrija • Vaisiaus vandenių kiekis • Placentos vieta, dydis ir morfologija • Virkštelė • Gimdos kaklelio ilgis
24–26	<ul style="list-style-type: none"> • Vaisių biometrija, augimo vertinimas • Vaisiaus vandenių kiekis • <i>A.umbilicalis</i> kraujotakos tyrimas
28–30	
32–34	
36–37	

5.6. Ultragarinio tyrimo tikslas monochorioninių dvynių atveju, kai nėštumo eiga nekomplikuota, pateikiami 5 lentelėje.

5 lentelė. Ultragarinio tyrimo tikslas monochorioninių dvynių atveju, kai nėštumo eiga nekomplikuota

Nėštumo trukmė (sav.)	Ultragarinio tyrimo tikslas
11 ⁺⁰ –13 ⁺⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Nėštumo trukmės nustatymas/patikslinimas • Chorioniškumas/amnioniškumas • Implantacijos vieta • Vaisių išsidėstymo padėtis • Patikra dėl 21 chromosomos trisomijos • Patikra dėl didžiųjų vaisiaus raidos ydų
16	<ul style="list-style-type: none"> • Vaisių biometrija, augimo vertinimas • Vaisiaus vandenių kiekis (giliausia vaisiaus vandenių kišenė) • <i>A.umbilicalis</i> kraujotakos tyrimas
18	
20	<ul style="list-style-type: none"> • Vaisių anatomija • Biometrija

	<ul style="list-style-type: none"> • Vaisiaus vandenų kiekis (giliausia vaisiaus vandenų kišenė) • Placentos vieta, dydis ir morfologija • Virkštelė • Gimdos kaklelio ilgis • <i>A.umbilicalis</i> ir <i>a.cerebri media</i> kraujotakos tyrimas
22	<ul style="list-style-type: none"> • Vaisių biometrija, augimo vertinimas • Vaisiaus vandenų kiekis (giliausia vaisiaus vandenų kišenė) • <i>A.umbilicalis</i> ir <i>a.cerebri media</i> kraujotakos tyrimas
24	
26	
30	
32	
34	
36	

5.7. Dvynių perinatalinis mirtingumas pradeda didėti po 39⁺⁰ nėštumo savaitės. Todėl net ir nekomplikuotais atvejais nerekomenduojama nėštumo tęsti ilgiau nei 38⁺⁶ savaites.

6. KOMPLIKACIJOS

6.1. Daugiavaisis nėštumas yra didelės rizikos nėštumas. Daugiavaisio nėštumo eiga tik 15–30 proc. būna fiziologinė.

6.2. Komplikacijų vaisiui ir motinai rizika yra didesnė nei vienvaisio nėštumo atveju. Dvynių perinatalinis mirtingumas yra 10 kartų didesnis nei vieno vaisiaus. Didesnė komplikacijų rizika yra monochorioniniams dvyniams, lyginant su dichorioniniais, o taip pat didėja, didėjant vaisų skaičiui.

6.3. Daugiavaisio nėštumo atveju dažniau pasitaiko vaisiaus chromosomų ir struktūros patologija, priešlaikinis gimdymas, hipertenzinės nėščiųjų būklės, nėščiųjų diabetas, anemija, nėščiųjų vėmimas, savaiminis persileidimas, oligohidramnionas ar polihidramnionas, intrahepatinė nėščiųjų cholestazė, trombocitopeninės komplikacijos, šlapimo takų infekcija, kraujavimas nėštumo metu ir po gimdymo, sunki depresija po gimdymo.

6.4. Tik daugiavaisiam nėštumui būdingos komplikacijos:

6.4.1. Nespecifinės komplikacijos: vieno arba abiejų vaisių augimo sulėtėjimas, nevienodai augantys dvyniai, vieno iš dvynių žūtis.

6.4.2. Specifinės komplikacijos būdingos monochorioniniam diamnioniniam nėštumui: dvynių transfuzijos sindromas, dvynių anemijos policitemijos sindromas, dvynių arterinės reversinės perfuzijos sindromas.

6.4.3. Retos specifinės komplikacijos būdingos monochorioniniam monoamnioniniam nėštumui: virkštelių susipainiojimas, suaugę dvyniai.

6.5. Dvynių chromosomų patologija (žr. Metodiką „Prenatalinė diagnostika“).

6.5.1. Pirmuoju nėštumo laikotarpiu 11⁺⁰ – 13⁺⁶ nėštumo savaitę (CRL matmuo 45 – 84 mm) atliekamas kombinuotasis testas: ultragarsinis tyrimas ir motinos kraujo serumo tyrimas – dvigubas testas.

6.5.2. Jei patikra nebuvo atlikta pirmuoju nėštumo laikotarpiu, pasiūlyti moteriai antruoju laikotarpiu 15⁺⁰ – 20⁺⁶ savaitę atlikti trigubą ar keturgubą testą.

6.5.3. Tinkamai įvertinti motinos kraujo serumo tyrimą daugiavaisio nėštumo atveju gali būti sudėtinga.

6.5.4. Trynių atveju motinos kraujo serumo tyrimas neatliekamas.

6.5.5. Daugiavaisio nėštumo atveju gali būti atliekamas neinvazinis prenatalinės diagnostikos testas – laisvos vaisių DNR motinos serume tyrimas.

6.5.6. Esant indikacijų atliekami invaziniai diagnostiniai chromosomų anomalijų tyrimai: genetinė amniocentezė ir choriono gaurelių biopsija.

6.6. Dvynių struktūros patologija

6.6.1. Vertinama ultragarsu 11⁺⁰ – 13⁺⁶ ir 18⁺⁰ – 20⁺⁶ savaitę.

6.6.2. Dichorioniniams dvyniams rizika yra tokia pati kaip ir vieno vaisiaus, monochorioniniams dvyniams – 3 – 4 kartus didesnė.

6.6.3. Diagnozavus vaisiaus struktūros patologiją, dichorioninių dvynių atveju galima kalio chlorido injekcija į nesveiko dvynio širdį, o monochorioninių dvynių atveju gali būti atliekama nesveiko vaisiaus virkštelės okliuzija.

6.7. Priešlaikinis gimdymas

6.7.1. Priešlaikinis gimdymas komplikuoja 54 proc. dichorioninių ir 68 proc. monochorioninių nėštumų. Daugiavaisio nėštumo atveju, kai abu dvyniai yra vyriškos lyties, priešlaikinio gimdymo rizika yra didžiausia. Vidutinė nėštumo trukmė dvivaisio nėštumo atveju 35 savaitės, nėštumo tryniais – 32 savaitės. Nėščiosios, kurioms daugiavaisio nėštumo atveju buvo atlikta vaisiaus redukcija, pradeda gimdyti anksčiau, nei tos, kurioms redukcija nebuvo atlikta, o vaisių skaičius toks pats.

6.7.2. Daugiavaisio nėštumo metu nerekomenduojama matuoti gimdos kaklelio ilgio ir atlikti vaisiaus fibronektino ar atlikti kitų momentinių testų priešlaikinio gimdymo rizikai nustatyti.

6.7.3. Priešlaikinio gimdymo profilaktikai nerekomenduojama:

6.7.3.1. Gulimas režimas namuose ar ligoninėje.

6.7.3.2. Progesterono preparatai.

6.7.3.3. Gimdos kaklelio apsiuvimas.

6.7.3.4. Gimdos kaklelio pesarai.

6.7.3.5. Geriamieji tokoliziniai preparatai.

6.7.4. Vaisiaus plaučių brandinimas skiriamas tik tuo atveju, jei atsiranda priešlaikinio gimdymo požymių arba yra medicininių indikacijų prieš laiką užbaigti nėštumą. Vaisiaus plaučių brandinimo indikacijos yra tokios pačios kaip ir vienvaisio nėštumo atveju (Žr. Metodika „Priešlaikinis gimdymas“). Gliukokortikoidų poveikis daugiavaisio nėštumo metu nėra toks efektyvus mažinant respiracinio kvėpavimo sutrikimų sindromo dažnį kaip vienvaisio nėštumo atveju. Amniocentezė vaisių plaučių brandumui nustatyti daugiavaisio nėštumo metu neturėtų būti atliekama.

6.7.5. Tokoliziniai vaistai skiriami laikotarpiui, siekiant atidėti gimdymą kol nėščioji vežama į tretinio lygio ligoninę, arba kol skiriami vaisiaus plaučius brandinantys medikamentai. Pirmiausiai vartotini vaistai yra kalcio kanalų blokatoriai. Tokoliziniai vaistai daugiavaisio nėštumo atveju didina plaučių embolijos riziką motinai.

6.7.6. Priešlaikinio gimdymo atveju skiriamas magnio sulfatas vaisiaus smegenų apsaugai (Žr. Metodika „Priešlaikinis gimdymas“).

6.7.7. Atidėtas antro ir/arba kitų vaisių gimimas.

6.7.7.1. Nėščiajai gali būti siūloma atidėti gimimą antro ir/ar kitų vaisių, tikintis likusiems suteikti galimybę išgyventi arba sumažinti sergamumą.

6.7.7.2. Nepakanka duomenų objektyviai įvertinti galimą laukimo naudą ir žalą, o taip pat pagrįsti, kurioms nėščiosioms antro ir/arba kitų vaisių gimimą galima būtų atidėti.

6.7.7.3. Atidėti antro ir/ar kitų vaisių gimimą reikėtų pasiūlyti nėščiosioms, kai gimdymas prasideda:

6.7.7.3.1. Iki 23⁺⁶ nėštumo savaitės.

6.7.7.3.2. Pirmajam vaisiui žuvus.

6.7.7.3.3. Savaimė atsiradus gimdos susitraukimams.

6.7.7.3.4. Dėl gimdos kaklelio nepakankamumo.

6.7.7.3.5. Dėl priešlaikinio vaisiaus dangalų plyšimo.

6.7.7.4. Nerekomenduojama atidėti antro ir/ar kitų vaisiaus gimimo:

6.7.7.4.1. Jei nėštumas $\geq 28^{+0}$ savaitės.

6.7.7.4.2. Jei yra kita sunki akušerinė patologija (preeklampsija su sunkiais požymiais, placentos atšoka, nepirmaujančio vaisiaus intraamnioninė infekcija ir kt.).

6.7.7.4.3. Monochorioninio nėštumo atveju.

6.7.7.4.4. Jei atliekamas cezario pjūvis.

6.7.7.5. Su nėščiaja turi būti aptarta galimybė atidėti antro ir/ar kitų vaisių gimimą, paaiškinta galima atidėto antro ir/ar kitų vaisių gimimo nauda, žala ir komplikacijos.

6.8. Hipertenzinės nėščiųjų būklės

6.8.1. Daugiavaisio nėštumo metu yra didesnė hipertenzinių nėščiųjų būklių rizika nei vienvaisio nėštumo atveju. Nėštumo dviem vaisiais metu preeklampsijos dažnis yra 2,6 karto didesnis nei vienvaisio nėštumo ir dar didesnis nėštumo tryniais metu. Nėščiųjų hipertenzija iki 35 savaitės, preeklampsija iki 35 savaitės ir hipertenzija, kai diastolinis kraujospūdis yra daugiau nei 110 mmHg, pasitaiko atitinkamai 12, 7 ir 2 kartus dažniau dvivaisio nėštumo metu nei vienvaisio. Daugiavaisis nėštumas po pagalbinio apvaisinimo procedūrų turi didesnę hipertenzinių komplikacijų riziką nei savaiminis daugiavaisis nėštumas (preeklampsija pasitaiko 2 kartus dažniau), priežastys nėra aiškios.

6.8.2. Jei daugiavaisio nėštumo atveju pasireiškia preeklampsija, tikėtina, kad ji atsiras anksčiau ir bus sunki.

6.8.3. Daugiavaisio nėštumo metu, kai yra trys ar daugiau vaisių, padidėja atipinės preeklampsijos rizika. HELLP sindromas gali atsirasti staiga, net jei nėra būdingų preeklampsijos požymių. Todėl nėščiajai turi būti paaiškinta, kad nedelsdama kreiptųsi į gydytoją, jei trečiuoju nėštumo laikotarpiu atsiranda pykinimas, skausmas epigastriumo srityje ar kitų neįprastų simptomų.

6.8.4. Daugiavaisio nėštumo metu rekomenduojama vartoti 150 mg aspirino kasdien nuo 12 nėštumo savaitės iki gimdymo, jei nėščioji turi vieną iš šių hipertenzijos rizikos veiksnių:

6.8.4.1. Pirmasis nėštumas.

6.8.4.2. 40 ar daugiau metų.

6.8.4.3. Paskutinis nėštumas prieš 10 ir daugiau metų.

6.8.4.4. $KMI \geq 35$.

6.8.4.5. Buvusi preeklampsija šeimoje.

6.9. Nėščiųjų diabetas

6.9.1. Nėščiųjų diabetas daugiavaisio nėštumo metu pasireiškia dažniau (3 – 6 proc.) nei vienvaisio, o trynių atveju – dar dažniau (22 – 39 proc.). Daugiavaisio nėštumo atveju $24^{+0} - 28^{+6}$ nėštumo savaitę atliekama patikra, ar nėra nėščiųjų diabeto. Prižiūrint daugiavaisį nėštumą, reikia remtis nėščiųjų diabeto diagnozės ir gydymo rekomendacijomis, skirtomis vienvaisiam nėštumui.

6.9.2. Daugelis nėščiųjų diabeto diagnozės ir gydymo aspektų daugiavaisio nėštumo atveju yra neištirti. Nežinomas geriausias tyrimo laikas, idealus kalorijų skaičius per dieną, optimalus svorio prieaugis, pirmiausiai pasirinktina insulino forma, geriausias vaisiaus būklės vertinimo metodas, tinkamiausias gimdymo laikas ir kita.

6.10. Dvynių augimo sulėtėjimas ir netolygiai (diskordantiškai) augantys dvyniai

6.10.1. Vieno iš dvynių augimo sulėtėjimas (<10 procentilio) būna 20 proc. dichorioninių ir 30 proc. monochorioninių dvynių atveju. Rečiau pasitaiko abiejų dvynių augimo sulėtėjimas. Mažesnio svorio gimsta apie 40 proc. dichorioninių diamnioninių dvynių ir 50 proc. trynių.

6.10.2. Dvynių svoris gali būti normalus tam tikram nėštumo laikui, abu nėra per maži, tačiau jų augimas nevienodas (diskordantiškas). Nevienodas dvynių augimas diagnozuojamas, kai ultragarsu išmatuotas vaisių svoris skiriasi ≥ 20 proc.

6.10.3. Daugiavaisio nėštumo atveju vaisiaus augimo sulėtėjimo priežastys panašios kaip ir vienvaisio nėštumo. Tik monochorioniniam nėštumui būdingas vieno iš vaisių augimo sulėtėjimas dėl nevienodo placentos audinio masės ir placentos kraujotakos pasiskirstymo.

6.10.4. Jei dvynių augimas nevienodas, dažniau žūsta vienas arba abu vaisiai, didėja likusio gyvo vaisiaus neurologinio pažeidimo rizika. Dichorioniniams diamnioniniams dvyniams rizika padidėja, kai jų svorių skirtumas ≥ 15 proc, mažesniajam dvyniui rizika yra didesnė. Perinatalinių komplikacijų rizika yra didesnė skirtumui tarp svorių didėjant, jei lyginti su netolygiai augančiais monochorioniniais dvyniais. Monochorioninių dvynių atveju mažesniajam dvyniui rizika nėra didesnė nei didesniajam. Vaisiaus pakenkimo rizika nedidėja, jei abu atitinka tam tikram nėštumo laikui, bet auga netolygiai.

6.10.5. Vienas arba abu monochorioniniai dvyniai, augantys netolygiai, gali žūti staiga, be aiškių būklės blogėjimo požymių.

6.10.6. Diagnozavus nevienodą vaisių augimą, ultragarsu tiriama kas 1 – 2 savaites, vertinama augimo dinamika, vandens kiekis, *a.umbilicalis* ir *a.cerebri media* kraujotaka, atliekamas biofizinis profilis. *A.umbilicalis* ir kitų kraujagyslių kraujotakos tyrimas visoms nėščiosioms, jei nėštumas daugiavaisis, nereikalingas. Šis tyrimas naudingas ir atliekamas prižiūrint nėščiosias, kai pastebėtas vaisiaus augimo sulėtėjimas, netolygus vaisių augimas arba įtariama vaisiaus anemija.

6.10.7. Daugiavaisio nėštumo atveju gimdos dugno aukštis, nustačius vaisiaus augimo sulėtėjimą, nevertinamas.

6.10.8. Diagnozavus vieno iš monochorioninių dvynių augimo sulėtėjimą, nėštumą rekomenduojama tęsti iki 32⁺⁰ savaitės, neatsižvelgiant į mažesnio dvynio būklę, ir užbaigti cezario pjūvio operacija 32⁺⁰ – 34⁺⁶ savaitę.

6.11. Vieno iš dvynių žūtis

6.11.1. Vaisiaus žūtis daugiavaisio nėštumo atveju įvyksta dažniau nei vienvaisio nėštumo metu tiek nėštumo pradžioje, tiek antroje nėštumo pusėje. Savaiminis persileidimas daugiavaisio nėštumo metu vyksta tris kartus dažniau nei vienvaisio nėštumo metu. Iš dichorioninių dvynių laikotarpiu nuo 12 iki 22 nėštumo savaitės vienas iš vaisių žūva 0,7 proc., iš monochorioninių diamnioninių dvynių – 0,9 proc. Po 22⁺⁰ nėštumo savaitės žūva vienas iš dichorioninių dvynių 0,6 proc. atvejų ir 1,7 proc. monochorioninių diamnioninių dvynių.

6.11.2. Dichorioninių dvynių atveju žuvęs dvynys dažniausiai mumifikuojasi, o kitas toliau auga be komplikacijų. Likęs gyvas dvynys gali žūti 3–10 proc. atvejų, dažniausiai mirtis įvyksta dėl tos pačios priežasties kaip ir pirmojo dvynio. Akušerinė taktika įprasta: stebima likusio gyvo dvynio būklė, laukiama brandos ir savaiminės gimdymo pradžios.

6.11.3. Žuvus vienam iš monochorioninių dvynių, dėl placentos kraujagyslių anastomozų atsiranda staigi antrojo dvynio hipotenzija, anemija ir išemija. Daug dažniau (15 proc.) žūva ir antrasis. Antrasis dvynys šiek tiek rečiau žūva dėl tos pačios priežasties, dėl kurios žuvo pirmasis dvynys. Likusio gyvo vaisiaus smegenys pažeidžiamos apie 30 proc. atvejų. Dažnai nepalankūs ir vėlyvieji rezultatai, pvz., cerebrinis paralyžius, būna 106/1000 atvejų. Rekomenduojama, praėjus 4 savaitėms po vieno dvynio žūties, iširti likusio gyvo dvynio galvos smegenų struktūrą dėl galimo pažeidimo MRT (D).

6.11.4. Akušerinė taktika:

6.11.4.1. Jei nėštumas iki 33⁺⁶ savaičių – intensyviai stebima likusio gyvo vaisiaus būklė, būklei blogėjant nėštumas užbaigiamas. Kai nėštumas 34⁺⁰ savaičių ir vėliau – gimdymas sužadinas, o jei yra indikacijų, atliekamas cezario pjūvis.

6.11.4.2. Monochorioninių dvynių atveju, jei nėštumas yra 26⁺⁰ savaitės, o vieno iš vaisių būklė blogėja ir gresia mirtis, rekomenduojama nėštumą užbaigti dar esant abiem dvyniams gyviems.

6.11.5. Nėščiosios kraujo krešėjimo sutrikimai – hipofibrinogenemija ar diseminuota intravaskulinė koagulopatija, žuvus vienam iš vaisių, pasitaiko itin retai. Tačiau rekomenduojama prieš gimdymą nustatyti kraujo trombocitų ir fibrinogeno kiekį.

6.11.6. Nėščiajai, kurios Rh faktorius neigiamas ir nėra izoimunizacijos, žuvus vienam iš vaisių, reikalinga profilaktika imunoglobulinu.

6.11.7. Nėštumo tryniais atveju, gali būti atliekama vieno vaisiaus redukcija. Daugiavaisio nėštumo atveju, kai gimdoje yra daugiau nei du vaisiai yra didelė komplikacijų motinai ir vaisiams rizika. Bet kuris iš vaisių gali žūti arba turėti sveikatos sutrikimų. Vaisiaus redukcija turėtų būti apsvairstoma kiekvienu atveju, kai nėštumas yra trivaisis ar vaisių skaičius dar didesnis, nes yra pakankamai įrodymų, kad tai pagerina likusių vaisių perinatalines baigtis. Diagnozavus nėštumą, kai gimdoje yra trys ir daugiau vaisių, yra etiškai teisingiau apsvairstyti vaisiaus redukciją, nei nedaryti nieko. Vaisiaus redukcija laikoma reliatyviai saugia procedūra. Persileidimo rizika po procedūros 5,4 proc. Besitęsiančio dvivaisio nėštumo komplikacijų rizika, lyginant su nėštumu tryniais, sumažėja. Vaisiaus redukciją rekomenduojama atlikti 10 – 13 nėštumo savaitę. Į vaisiaus krūtinės ląstą ultragarso kontrolėje suleidžiama 2–3 ml kalio chlorido, asistolija paprastai įvyksta per 1 min.

6.12. Dvynių transfuzijos sindromas (DTS)

6.12.1. DTS yra viena sunkiausių monochorioninių diamnioninių dvynių komplikacijų, pasitaiko 10 – 15 proc. atvejų.

6.12.2. DTS atsiranda dėl nenormalios (nesubalansuotos) vaisių kraujotakos persiskirstymo per vienos bendros placentos kraujagyslių arteriovenines anastomozes.

6.12.3. Dvynys donoras netenka kraujo, tampa anemiškas. Kadangi mažiau kraujo prateka pro inkstus, jis mažiau šlapinasi, todėl šlapimo pūslė maža arba visai tuščia ir nematoma, mažėja vaisiaus vandenų. Šio dvynio augimas sulėtėja, jis prispaudžiamas prie gimdos sienelės. Dvynys recipientas gauna per didelį kraujo kiekį, inkstai gamina labai daug šlapimo, todėl šlapimo pūslė didelė, pertempta, atsiranda polihidramnionas. Širdis dekompensuoja, prasideda universali vaisiaus vandenė.

6.12.4. Didelis perinatalinis mirtingumas negydant būdingas abiem dvyniams (80 proc.). Sunkių neurologinių komplikacijų turi apie 15 proc. išgyvenusių dvynių. Smegenų pažeidimas (cerebrinis paralyžius, mikrocefalija, porencefalija, multicistinė encefalomaliacija) būdingas abiem dvyniams ir atsiranda dėl išeminės nekrozės. Dvyniui donorui išemija pasireiškia dėl hipotenzijos, anemijos arba abiejų priežasčių, o dvyniui recipientui – dėl nestabilaus, su ryškios hipotenzijos epizodais kraujospūdžio.

6.12.5. Diagnostika

6.12.5.1. Ar dvyniams nėra transfuzijos sindromo, tiriama nuo 16⁺⁰ nėštumo savaitės. Ultragarso tyrimas atliekamas kas 2 savaites iki 24⁺⁶ savaitės. Tik šiuo laikotarpiu nustatčius DTS, galima efektyviai gydyti ir tikėtis gerų gydymo rezultatų.

6.12.5.2. Ar yra DTS, pirmuoju nėštumo laikotarpiu tirti nereikia.

6.12.5.3. DTS diagnostiniai kriterijai.

6.12.5.3.1. Monochorioniškumas.

6.12.5.3.2. Vienoda lytis.

6.12.5.3.3. Vieno vaisiaus oligo-/anhidramnionas (giliausia vertikali vandenų kišenė iki 2 cm), kito – polihidramnionas (vertikali vandenų kišenė 8 cm ir daugiau).

6.12.5.3.4. Skirtingas vaisių šlapimo pūslės dydis.

6.12.5.3.5. Skirtingas vaisių virkštelės storis.

6.12.5.3.6. Dvynio recipiento širdies nepakankamumo požymiai.

6.12.5.3.7. Kraujotakos sutrikimai.

6.10.5.4. DTS stadijos pateikiamos 6 lentelėje.

6 lentelė. DTS stadijos*

Stadija	Požymis
I	Nevienodas vaisių vandenų kiekis (polihidramnionas ir oligo-/anhidramnionas)**, dvynio donoro šlapimo pūslė pildosi ir yra matoma, abiejų vaisių kraujotakos tyrimas normalus (<i>a.umbilicalis, ductus venosus</i>).
II	Nevienodas vaisių vandenų kiekis (polihidramnionas ir oligo-/anhidramnionas), dvynio donoro šlapimo pūslės nematyti, normalus abiejų vaisių kraujotakos tyrimas.
III	Nevienodas vaisių vandenų kiekis (polihidramnionas ir oligo-/anhidramnionas), dvynio donoro šlapimo pūslės nematyti, nenormalus nors vieno vaisiaus kraujotakos tyrimas.
IV	Vieno arba abiejų vaisių vandenė.
V	Vieno arba abiejų vaisių žūtis.

*adaptuota pagal *Quintero*, 1999 m.

**iki 20 nėštumo savaitės vertikalios vaisiaus vandenų kišenės riba oligohidramnionui <2 cm, polihidramnionui >8 cm. Po 20 nėštumo savaitės maksimali vertikali kišenė polihidramnionui yra 10 cm.

6.12.5.5. Retais atvejais DTS eiga gali būti netipinė.

6.12.6. Akušerinė taktika ir gydymas.

6.12.6.1. Akušerinės taktikos ir gydymo galimybės:

6.12.6.1.1. Stebėjimas.

6.12.6.1.2. Dvynio recipiento vandenų kiekio mažinimas (amniocentezė).

6.12.6.1.3. Pertvaros tarp vaisių vientisumo suardymas (septostomija).

6.12.6.1.4. Placentos kraujagyslių anastomozių koaguliacija lazeriu.

6.12.6.1.5. Vieno iš dvynių, dažniausiai donoro, feticidas.

6.12.6.1.6. Nėštumo nutraukimas.

6.12.6.2. DTS gydymo pasirinkimas priklauso nuo keletu veiksnių derinio: stadijos, nėštumo laiko, gimdos pertempimo požymių, gimdos kaklelio ilgio.

6.12.6.3. Rekomenduojama akušerinė taktika, nustačius DTS I stadiją:

6.12.6.3.1. Jei nėra gimdos pertempimo požymių (apsunkintas kvėpavimas, gimdos susitraukimai) arba jie toleruojami ir kaklelio ilgis >25 mm, rekomenduojama stebėjimo taktika. Ultragarsinis tyrimas atliekamas kas savaitę, vertinamas vaisių vandenų kiekis, stebima, ar DTS neprogresuoja. Vaisių biometrija atliekama kas 2 savaites. Jei kuris nors iš dvynių auga nepakankamai (nustatytas svoris <10 procentilės), *a.umbilicalis* ir *ductus venosus* kraujotaka tiriama kas savaitę. Nuo 18^{+0} sav. tiriama *a.umbilicalis*, *ductus venosus* ir *a.cerebri media* kraujotaka. Nuo 30^{+0} nėštumo savaitės kas savaitę atliekamas biofizinis profilis. Jei gimdos pertempimo požymiai neryškėja, DTS neprogresuoja, neatsiranda kitų akušerinių indikacijų, nėštumą rekomenduojama tęsti ir užbaigti $34^{+0} - 37^{+6}$ sav.

6.12.6.3.2. Jei atsiranda gimdos pertempimo požymių arba gimdos kaklelis trumpėja (≤ 25 mm) dėl didelio polihidramniono, o nėštumo laikas yra nuo 16^{+0} iki 26^{+0} savaitės, rekomenduojama chirurginė intervencija – fetoskopinė lazerinė placentos kraujagyslių anastomozių abliacija (FLA) (IB). Tinkamiausias laikas šiai procedūrai atlikti yra $16^{+0} - 26^{+0}$ nėštumo savaitė.

6.12.6.3.3. Akušerinė taktika po FLA. Ultragarsinis tyrimas atliekamas kas savaitę iki 30^{+0} savaitės: matuojamas vaisių vandenų kiekis ir *a. cerebri media* kraujotaka. Donoro vandenų kiekis normalizuojasi po 5, recipiento po 8 savaitių (95 proc. atveju). Maksimalus kraujotakos greitis vidurinėje smegenų arterijoje sistolės metu (VSA $V_{maks.}$) matuojamas, kad nustatyti ar nesivysto dvynių anemija policitemija (DAP) dėl likusių anastomozių. DAP po FLA dažniausiai pasireiškia per pirmąsias šešias savaites. Vaisių biometrija atliekama kas 3 – 4 savaites. Stebima dėl galimo vaisių augimo sulėtėjimo. Augimo sulėtėjimas būdingas buvusiam donorui. *A.umbilicalis* kraujotaka tiriama kas savaitę nuo 24^{+0} savaitės. Jeigu išmatuojama nulinė arba reversinė tėkmė, tiriama ir *ductus venosus* kraujotaka. Nuo 30 nėštumo savaitės kas savaitę atliekamas biofizinis profilis. Jei po FLA vienas iš dvynių žuvo, po 4 – 6 reikėtų atlikti MRT likusio gyvo dvynio galimam smegenų pažeidimui įvertinti. Nėštumą rekomenduojama užbaigti $34^{+0} - 36^{+6}$, jei neatsirado kitų akušerinių indikacijų užbaigti anksčiau (D).

6.12.6.3.4. Jei atsiranda ir stiprėja gimdos pertempimo požymiai arba trumpėja gimdos kaklelis (≤ 25 mm) dėl didelio polihidramniono, o nėštumo laikas $>26^{+0}$ savaitės, rekomenduojama chirurginė intervencija – amnioredukcija (AR), kad sumažinti gimdos pertempimą ir palengvinti nėščiosios būklę (IIC). AR taip pat pagerina DTS eigą. FLA gali būti atliekama ir po 26^{+0} nėštumo savaitės. Šią procedūrą po 26^{+0} nėštumo savaitės apsunkina “varškinių masių” buvimas vaisiaus vandenyse, stambesnės placentos kraujagyslės, didesnė gimda ir didesnis atstumas nuo gimdos sienelės iki placentos kraujagyslių.

6.12.6.3.5. Akušerinė taktika po AR. Ultragarsinis tyrimas atliekamas kas savaitę. Jei simptomai atsinaujina, amnioredukciją galima kartoti. Biometrija atliekama kas 2 savaites. Jei atsiranda vaisiaus augimo sulėtėjimas, (mažiau <10 procentilės), reikia tirti *a.umbilicalis* kraujotaką kas savaitę. Jeigu išmatuojama nuline arba reversinė tėkmė, tiriama ir *ductus venosus* kraujotaka. Jei nustatoma dvynių augimo netolygumas ir numatomas priešlaikinis gimdymas, skiriami steroidai vaisių plaučių brandinimui. Nuo 28⁺⁰ nėštumo savaitės tiriama maksimalus kraujotakos greitis vidurinėje smegenų arterijoje sistolės metu (VSA V_{maks.}), kad nustatyti ar nesivysto DAP. Nuo 30⁺⁰ nėštumo savaitės kas savaitę atliekamas biofizinis profilis. Nėštumą rekomenduojama užbaigti 37⁺⁰ dėl galimos vaisiaus žūtis.

6.12.6.4. Nustačius DTS II–IV stadiją, reikalinga chirurginė intervencija, nes prognozė pasirinkus vien tik stebėjimo taktiką – bloga. Išgyvenamumas, nustačius antrą ir vėlyvesnę stadiją, jei negydyti yra 30 proc. Atlikus intervenciją išgyvenamumas siekia 60 proc. Jei yra 16⁺⁰ – 26⁺⁰ nėštumo savaitė, optimalus gydymo būdas yra FLA (IIB). Stebėjimas po FLA toks pats kaip ir po procedūros, atliktos I stadijoje. Jei yra >26⁺⁰ nėštumo savaitė, pirmaisiai pasirinktina yra AR (IIB), tačiau gali būti atliekama ir FLA. Stebėjimas po AR yra toks pats, kaip ir atlikus I stadijoje.

6.12.6.5. Nustačius DTS V stadiją, jei vienas iš vaisių žuvo, tikimybė, kad žus ir kitas yra 10 proc., įvyks antrojo dvynio smegenų pažeidimas 10 – 30 proc. Tokiu atveju tolimesnė taktika yra tokia pati, kaip esant monochorioniniams dvyniams be DTS. Nei FLA, nei AR negali padėti išvengti likusio gyvo dvynio smegenų pažeidimo, nes pakenkimas įvyksta pirmojo dvynio žuvimo momentu. Jei nėštumas neišnešiotas, rekomenduojama laukimo taktika. Stebėjimo tikslas – atidi likusio gyvo dvynio priežiūra, siekiant atidėti gimdymą ir, esant galimybei, atitolinti arba išvengti priešlaikinio gimdymo. Atliekamas ultragarsinis tyrimas su kraujotakos *a.cerebri media* doplerometrija. Prognozė likusiam gyvam dvyniui yra geresnė, jei nenustatoma vaisiaus anemija. Ultragarsinis tyrimas kartojamas kas 3 – 4 savaites, stebimas vaisiaus augimas ir CNS vystymasis. MRT atliekamas kas 3 – 4 sav po vaisiaus žūtis, siekiama nustatyti galimą vaisiaus smegenų pažeidimą. Skubiai užbaigti nėštumą žuvus pirmajam dvyniui nerekomenuojama – nėštumo užbaigimas prieš laiką nepagerina likusio gyvo dvynio perinatalinių baigčių. Kraujo transfuzija *in utero* atliekama, jei nustatoma anemija (VSA V_{maks} >1,5 VK). Šios procedūros metu vaisiaus kraujo ėminys siunčiamas tyrimui dėl Hb ir Ht, pradedama lėta transfuzija, gavus atsakymą patikslinama, kiek kraujo reikia įpilti.

6.12.6.5. Placentos kraujagyslių anastomozių fetoskopinė lazerinė abliacija (FLA).

6.12.6.5.1. FLA atliekama specializuotame centre, atlieka vaisiaus chirurgijos patirtį turintis specialistas.

6.12.6.5.2. Šios procedūros metu į gimdą fetoskopu įvedamas lazeris ir atliekama paviršinių placentos kraujagyslių anastomozių lazerinė abliacija. Anastomozės yra giliai placentoje, o jų aferentinės ir eferentinės šakos yra paviršiuje. Šių paviršinių kraujagyslių šakų abliacija turi pašalinti nesubalansuotą dvynių transfuziją. Rekomenduojama atlikti FLA *Solomon* technika.

6.12.6.5.3. Dažniausios komplikacijos po FLA (90 proc.) yra PNVDP (7 – 40 proc.), DAP (2 – 13 proc.), pertvaros tarp dvynių plyšimas, intraamnioninis kraujavimas. Likusius 10 proc. sudaro rečiau pasitaikančios komplikacijos: DTS pasikartojimas, vaisiaus vandens ištekėjimas į motinos pilvo ertmę, placentos atšoka, intramnioninė infekcija. Komplikacijos gali sukelti persileidimą, priešlaikinį gimdymą (48 proc.), vaisiaus žūtį (10 – 30 proc.).

6.12.6.5.4. Perinatalinės baigtys po FLA: išgyvenamumas, kai FLA buvo atlikta I–IV stadijoje – 65 proc. Geresnės baigtys, kai FLA buvo atlikta I–II stadijoje, lyginant su III–IV stadijos atvejais. Neurologinis pakenkimas gimimo metu – 6,1 proc., neurologinis pakenkimas 6 – 48 mėnesių laikotarpiu po gimimo – 11,1 proc. Cerebrinis paralyžus sudaro apie 40 proc. visų ilgalaikių neurologinių pasekmių. Bendra neurologinių komplikacijų rizika yra panaši kaip monochorioninių dvynių be DTS arba dichorioninių dvynių atvejais pagal tą pačią nėštumo trukmę. Didžioji dalis neurologinių komplikacijų yra siejamos su neišnešiotumu arba neišnešiotumo sukeltomis komplikacijomis. FLA nepablogina vaisiaus inkstų ir kardiovaskulinės sistemos funkcijos, neturi ilgalaikių pasekmių motinai.

6.12.6.6. Dvynio recipiento vandenių kiekio mažinimas, amnioredukcija (AR).

6.12.6.6.1. AR sumažina gimdos pertempimą ir amniono ertmės spaudimą.

6.12.6.6.2. Nėra vieningos nuomonės, kokia technika geriausia, kiek pašalinti, kiek turi trukti procedūra, ar naudoti tokolitikus bei ar skirti antibiotikoprofilaktiką. Svarbu neištraukti vaisiaus vandenių greitai, procedūra gali užtrukti apie 1 valandą. Rekomenduojama neištraukti daugiau nei 3000 ml vandenių, jei DTS sunkus.

6.12.6.6.3. Jei AR atliekama, kai yra DTS, o nėštumo laikas iki 28⁺⁰ sav., PNVDP dažnis yra 6 proc., priešlaikinio gimdymo – 3 proc, vaisiaus būklės pablogėjimo – 2 proc., vaisiaus žūties – 2 proc., placentos atšoko – 1,3 proc., chorionamnionito – 1 proc.

6.12.6.7. Tikslinga sukelti vieno iš dvynių žūtį gimdoje DTS atveju, jei nustatyta šio dvynio su gyvybe nesuderinama raidos anomalija, nepavykus FLA, arba, jei DAP arba pasikartojantis DTS atsiranda iš karto po FLA.

6.13. Dvynių anemija policitemija (DAP)

6.13.1. DAP yra itin reta lengvesnės ir lėtesnės eigos DTS atmaina, kai vienam iš dvynių nustatoma anemija, o kitam – policitemija, bet abiejų vaisių vandenių kiekis yra panašus, nėra oligohidramniono ir/ar polihidramniono.

6.13.2. DAP diagnozuojama 3 – 6 proc. nekomplikuoto monocorioninių diamnioninių dvynių nėštumo atveju. Dažniausiai aptinkama antrojo nėštumo trečdalyje pabaigoje ir vėliau. Itin retai DAP gali pasireikšti prieš pradėdant vystytis DTS.

6.13.3. DAP gali atsirasti po FLA procedūros (2 – 13 proc.) dėl likusių funkcionuojančių smulkių, mažesnių nei 1 mm skersmens, arterioveninių anastomozėms placentos periferijoje. Tomis smulkiomis anastomozėmis eritrocitai persiskirsto nenormaliai, nesubalansuotai, teka dažniausiai iš buvusio recipiento į buvusį donorą. Šis procesas lėtas ir dažniausiai kliniškai nereikšmingas, hemodinamika nesutrunka. Visgi sunki policitemija gali sukelti vaisiaus ir placentos trombozę, o sunki anemija – vaisiaus vandens.

6.13.4. Antenataliai DAP diagnozė nustatoma remiantis doplerometrijos rodikliais: vertinamas vidurinės smegenų arterijos maksimalaus kraujotakos greičio sistolės metu vidurkio kartotinis atitinkamai nėštumo savaitei (VSA $V_{maks. VK}$). Vieno iš dvynių, donoro, VSA $V_{maks. VK} > 1,5$, kito dvynio, recipiento – VSA $V_{maks. VK} < 1,0 VK$.

6.13.5. Antenataliai skiriamos penkios DAP stadijos (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. DAP stadijos antenataliai

Stadija	Požymis nėštumo metu
I	Dvynio donoro VSA $V_{maks. VK} > 1,5$, recipiento $< 1,0$.
II	Dvynio donoro VSA $V_{maks. VK} > 1,7$, recipiento $< 0,8$.
III	I arba II stadija ir vaisiaus širdies dekomensacijos požymiai: <i>a.umbilicalis</i> nulinė arba grįžtamoji kraujotaka, padidėję pasipriešinimo kraujotakai indeksai, pakitusi <i>ductus venosus</i> kraujotaka.
IV	Dvynio donoro vandenė.
V	Vieno arba abiejų dvynių žūtis.

6.13.6. Postnataliai DAP diagnozė nustatoma remiantis dvynių kraujo hemoglobino kiekio skirtumu. DAP patvirtinama, jei kraujo Hb skirtumas tarp donoro ir recipiento yra > 8.0 g/dL, donoro ir recipiento kraujo retikulocitų santykis yra $> 1,7$. Apžiūrint placentą, matomas netolygumas: aneminio dvynio dalis storesnė, šviesi arba rožinė, recipiento dalis yra plonesnė, tamsi, matoma aiški riba tarp placentų dalių.

6.13.7. DAP stadijos postnataliai pateikiamos 8 lentelėje.

8 lentelė. DAP stadijos postnataliai

Stadija	Požymis po gimimo
	Hb (g/dL) skirtumas tarp dvynių
I	>8
II	>11
III	>14
IV	>17
V	>20

6.13.8. Akušerinė taktika ir gydymas

6.13.8.1. Akušerinės taktikos ir gydymo galimybės:

6.13.8.1.1. Stebėjimo taktika.

6.13.8.1.2. Ankstyvas nėštumo užbaigimas.

6.13.8.1.3. Intrauterinė hemotransfuzija.

6.13.8.1.4. Jei DAP atsirado po FLA, procedūra kartojama.

6.13.8.2. DAP I ir II stadijos atveju rekomenduojama laukimo taktika, stebint ar simptomai neprogresuoja, nėštumas netęsiamas ilgiau nei 37⁺⁰ savaitės.

6.13.8.3. DAP III ir sunkesnės stadijos, sprendimas priimamas atsižvelgiant į nėštumo laiką ir stadiją. Jei DAP atsirado iškart po FLA ir skirtumas tarp dvynių VSA $V_{maks.}$ VK didelis, rekomenduojama pakartoti FLA arba sukelti vieno iš dvynių žūtį gimdoje. Kartotiną FLA apsunkina kraujo priemaiša vaisiaus vandenyse po ankstesnės procedūros. Jei yra galimybė užbaigti nėštumą, taip ir daroma.

6.13.8.4. Lėtai progresuojant DAP, rekomenduojama atlikti intrauterinę hemotransfuziją anemiškam dvyniui. Pirmiausiai pasirinktina intraperitoninė transfuzija dėl lėtesnės eritrocitų rezorbcijos. Intrauterinė hemotransfuzija gali būti kartojama po 32⁺⁰ savaitės.

6.14. Dvynių grįžtamoji arterinė perfuzija

6.14.1. DGAP yra itin reta monochorioninių dvynių komplikacija, pasitaikanti 1 iš 35 000 gimdymų.

6.14.2. Dvynių kraujotaka sutrinka dėl susidariusių arterioarterinių anastomozijų. Vieno iš dvynių širdis pradeda dirbti už abu, o antrasis tampa „parazitu“, kurio viršutinė kūno dalis atrofuoja, o širdis nustoja plakusi. Šis dvynys būna labai apsigimęs, dažniausiai būna apatinė kūno dalis, kitais atvejais gali būti tik sunkiai atpažįstama kaip vaisiaus kūno dalys audinių masė. Patognomoninis dvynių grįžtamosios arterinės perfuzijos požymis yra retrogradinė arterinė tėkmė į dvynio „parazito“ širdį. Dvynio „pompos“ širdžiai tenka didelis krūvis, gresia širdies nepakankamumas, vandenė ir žūtis. Jei gydymas netaikomas, vaisius žūna 55 proc. atvejų dėl širdies funkcijos nepakankamumo ir priešlaikinio gimdymo.

6.14.3. DGAP gydymo galimybės aptiriamos kiekvienu atveju individualiai Perinatologijos centre. Rekomenduojama dvynio „parazito“ virkštelės okliuzija. Ši intervencija pagerina kito vaisiaus išgyvenimo galimybę daugiau nei 80 proc. Galimi trys virkštelės okliuzijos būdai: radiodažnuminė abliacija, bipoliarinė elektrokoaguliacija ir koaguliacija lazeriu. Prieš gydymą rekomenduojama atlikti genetinį tyrimą, nes vaisių chromosominių ligų rizika yra didelė (9 proc.).

7. GIMDYMO PRIEŽIŪRA

7.1. Rekomenduojamas gimdymo laikas (žr. 9 lentelę).

9 lentelė. Rekomenduojamas gimdymo laikas

Daugiavaisio nėštumo pobūdis ir nėštumo eiga	Rekomenduojamas gimdymo laikas (sav.)
Dichorioniniai diamnioniniai dvyniai, nėštumo eiga be komplikacijų	38 ⁺⁰ – 38 ⁺⁶ (IIC)
Monochorioniniai diamnioniniai dvyniai, nėštumo eiga be komplikacijų	36 ⁺⁰ – 36 ⁺⁶ (IIC)
Dichorioniniai diamnioniniai dvyniai, vaisiaus augimo sulėtėjimas	36 ⁺⁰ – 37 ⁺⁰
Monochorioniniai diamnioniniai dvyniai, vaisiaus augimo sulėtėjimas	32 ⁺⁰ – 34 ⁺⁰
Monochorioniniai monoamnioniniai dvyniai	32 ⁺⁰ – 34 ⁺⁰ (D)
Monoamnioniniai ir diamnioniniai tryniai, nėštumo eiga be komplikacijų	32 ⁺⁰ –32 ⁺⁶ (optimalus 34 ⁺⁴)
Triamnioniniai tryniai, nėštumo eiga be komplikacijų	35 ⁺⁰ – 35 ⁺⁶

7.2. Gimdymo būdas

7.2.1. Dvynių atveju cezario pjūvio operacija atliekama daug dažniau (apie 60 proc.) nei vienvaisio nėštumo metu.

7.2.2. Gimdymo būdai pasirinkti turi įtakos nėštumo trukmė, vaisių pirmeiga ir numatomas svoris.

7.2.3. Vaisių pirmeiga dvivaisio nėštumo atveju (žr. 3 priedą).

7.2.3.1. Jei nėštumas nekomplikuotas ir abiejų vaisių pirmeigė dalis – galva, nepriklausomai nuo nėštumo laiko gimdoma natūraliai [IIB].

7.2.3.2. Jei tik pirmasis dvynys yra galvos pirmeigos, taip pat rekomenduojama gimdyti natūraliai. Šiuo atveju neplanuotas cezario pjūvis dėl antrojo dvynio gali būti 4 – 10 proc. atveju.

7.2.3.3. Jei nėštumas yra nuo 32⁺⁰ iki 38⁺⁰ savaitės ir pirmojo dvynio pirmeigė dalis – galva, cezario pjūvio operacija nepadidina ir nesumažina vaisių ar naujagimių mirties rizikos ir naujagimio sergamumo rizikos, palyginti su gimdymu natūraliu būdu.

7.2.3.4. Jei pirmojo dvynio pirmeigė dalis – ne galva, atliekama cezario pjūvio operacija [IIC].

6.2.4. Nepakanka įrodymų, kad ypač mažo svorio, 24⁺⁰ – 27⁺⁶ nėštumo savaitę, gimusiems dvyniams sunkus smegenų pakenkimas ir (ar) mirtis priklauso nuo gimdymo būdo.

7.2.5. Jei moteriai yra atliktas vienas cezario pjūvis ir gimdymas prasidėjo savaime, galima leisti gimdyti pačiai. Būdingas ankstyvas gimdos plyšimo požymis yra nenormalus vaisiaus širdies plakimo dažnis, todėl būtinas nepertraukiamas abiejų vaisių širdies veiklos stebėjimas. Jei tokių galimybių nėra, geriau nėštumą užbaigti cezario pjūvio operacija.

7.2.6. Kitos cezario pjūvio operacijos indikacijos.

7.2.5.1. Netolygiai (diskordantiškai) augantys dvyniai.

7.2.5.2. Antrojo dvynio galvos apimtis 12 cm ir daugiau didesnė nei pirmojo.

7.2.5.3. Monochorioniniai moniamnioniniai dvyniai (IIB).

7.2.5.4. Tryniai.

7.2.5.5. Motinos arba vaisiaus komplikacijos.

7.3. Gimdymo sužadinimas.

7.3.1. Jei gimdymas buvo suplanuotas, o gimdos kaklelis tuo metu dar nepasiruošęs, galima brandinti prostaglandiniais.

7.3.2. Jei moteriai yra atlikta ne daugiau kaip viena cezario pjūvio operacija ir yra skersinis pjūvis apatinėje gimdos dalyje, prostaglandinų reikėtų vartoti atsargiai, nevartoti misoprostolio ir informuoti gimdyvę apie didesnę gimdos plyšimo riziką vartojant prostaglandinus.

7.4. Gimdymo priežiūra.

7.4.1. Gimdant dvynius natūraliu būdu, yra didesnė tokių komplikacijų kaip širdies ritmo sutrikimas ir komplikacijų, susijusių su netaisyklinga vaisiaus padėtimi, rizika.

7.4.2. Gimdymo metu turi dalyvauti du kvalifikuoti akušeriai ginekologai, du akušeriai, du neonatologai, du naujagimių slaugytojai, anesteziologas.

7.4.3. Turėti papildomų įrankių ir priemonių antrajam dvyniui.

7.4.3.1. Instrumentą amniotomijai.

7.4.3.2. Reples ir vakuuminį ekstraktorių.

7.4.3.3. Švirkštą virkštelės kraujo paėmimui.

7.4.3.4. Virkštelės spaustuką.

7.4.3.5. Vystyklų.

7.4.4. Priežiūra pirmuoju ir antruoju gimdymo laikotarpiu.

7.4.4.1. Bendras kraujo tyrimas, kraujo grupės ir Rh faktoriaus nustatymas.

7.4.4.2. Trišakis kateteris į veną.

7.4.4.3. Intraveninė 0,9 proc. natrio chlorido infuzija.

7.4.4.4. Nuolatinis abiejų dvynių širdies ritmo stebėjimas KTG.

- 7.4.4.5. Ultragarso aparatas gimdymo kambaryje.
- 7.4.4.6. Rekomenduojamas epidurinis skausmo malšinimas [IIC].
- 7.4.4.7. Gimdyvė turi būti paruošta cezario pjūvio operacijai.
- 7.4.4.8. Jei pirmojo dvynio pirmeigė dalis – galva, naujagimį priima akušeris.
- 7.4.4.9. Jei įmanoma, neužspausti ir nekirpti apie pirmojo vaisiaus kaklą apsisukusios virkštelės iki vaisiaus gimimo, nes retais atvejais ji gali būti antrojo dvynio.
- 7.4.4.10. Gimdymo veiklai sustiprinti gali būti naudojamas oksitocinas. Gimus pirmajam dvyniui sustabdoma oksitocino infuzija.
- 7.4.4.11. Įvertinama antrojo dvynio padėtis.
- 7.4.4.12. Antrasis dvynys fiksuojamas išilginiame padėtyje ir gimsta galvos arba sėdmenų pirmeiga.
- 7.4.4.13. Jei antrasis dvynys yra galvos pirmeigos ir pirmeigė dalis prisispaudusi prie įeigos į mažąjį dubenį, jei reikia, nuleidžiami vaisiaus vandenys, naujagimį priima akušeris ginekologas arba akušeris.
- 7.4.4.14. Jei antrasis dvynys yra sėdmenų pirmeigos ir pirmeigė dalis prisispaudusi prie įeigos į mažąjį dubenį, jei reikia, nuleidžiami vaisiaus vandenys, naujagimį priima akušeris ginekologas.
- 7.4.4.15. Jei antrasis dvynys yra skersinėje padėtyje, rekomenduojamas išorinis apsikimas į išilginę padėtį. Jeigu jis nepavyksta, atliekamas kombinuotasis apsikimas ir traukiama už sėdmenų. Nepavykus apsukti atliekamas cezario pjūvis (antrasis dvynys dažniau gimsta natūraliai, jei gimus pirmajam dvyniui iš karto atliekamas kombinuotasis apsikimas ir traukiama už sėdmenų, nei tuo atveju, kai pirmiau atliekamas išorinis apsikimas).
- 7.4.4.16. Antrojo dvynio traukimas už sėdmenų nerekomenduojamas, jei pirmojo dvynio gimimas leidžia įtarti, kad dubuo yra siauras (užtrukęs antrasis laikotarpis, didelė galvos deformacija), nėštumo trukmė < 28⁺⁰ savaitės, antrasis dvynys sveria mažiau 1500 g.
- 7.4.4.17. Intrauterinės procedūros atliekamos stebint ultragarsu.
- 7.4.4.18. Gali būti injekuojama nitroglicerino į veną arba inhaliuojama anestetikų gimdai atpalaiduoti.
- 7.4.4.19. Labai svarbu tinkamas skausmo malšinimas.
- 7.4.4.20. Kai vaisius yra tinkamoje gimti padėtyje, gali būti atnaujinta oksitocino infuzija.
- 7.4.4.21. Tęsiamas antrojo dvynio širdies ritmo stebėjimas. Jei vaisiaus širdies ritmas normalus, antrojo dvynio gimimo galima laukti. Antrojo dvynio gimimas gali, tačiau nebūtinai turi būti pagreitintas, jei numatomas intervalas tarp gimimų 25 – 30 min. Ilgėjant intervalui, didėja antrojo dvynio acidozės rizika.
- 7.4.4.22. Stengtis, kad neiškristų virkštelė.

7.4.4.23. Jei yra placentos atšoka ir (ar) vaisiaus širdies plakimo dažnio sutrikimas, gimdymą reikia užbaigti kuo greičiau natūraliu būdu arba atlikti cezario pjūvio operaciją.

7.4.5. Priežiūra trečiuoju gimdymo laikotarpiu.

7.4.5.1. Suleidžiama 5 – 10 VV oksitocino į veną išlindus antrojo dvynio priekiniam petukui.

7.4.5.2. Pasirodžius placentai ir plėvėms skiriama 40 VV oksitocino ir 1000 ml 0,9 proc. natrio chlorido infuzija į veną po 250 ml kas valandą kraujavimo po gimdymo profilaktikai.

7.4.5.3. Placenta siunčiama histologiškai ištirti, jei dvyniai tos pačios lyties – chorioniškumui nustatyti.

8. PRIEŽIŪRA PO GIMDYMO

8.1. Daugiavaisio nėštumo atveju vėlyvųjų komplikacijų po gimdymo būna dažniau: tai kraujavimas, infekcinės komplikacijos. Pogimdyminė depresija joms būna daug dažniau ir sunkesnė.

8.2. Po gimdymo moteriai būtinas išskirtinis dėmesys ir psichologinė parama.

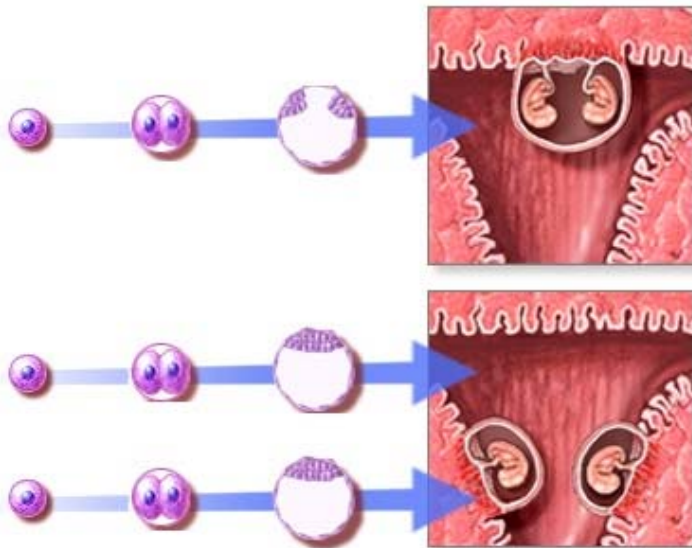
2. PRIEDAI

1 priedas. Daugiavaisio nėštumo pobūdis, priklausomai nuo apvaisintų kiaušinėlių skaičiaus.

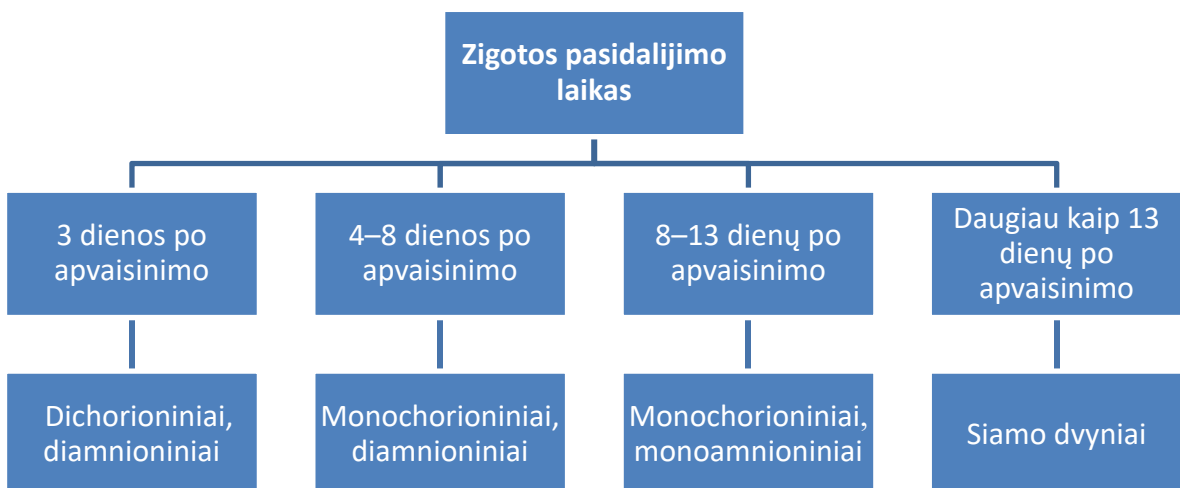
2 priedas. Daugiavaisio nėštumo pobūdis priklausomai nuo zigotos pasidalijimo laiko.

3 priedas. Vaisių pirmeiga dvivaisio nėštumo atveju.

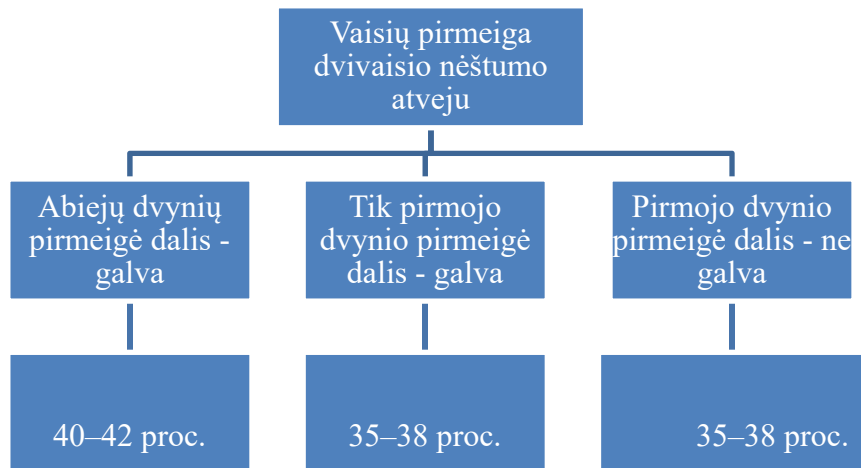
1 priedas. Daugiavausio nėštumo pobūdis, priklausomai nuo apvaisintų kiaušinėlių skaičiaus



2 priedas. Daugiavausio nėštumo pobūdis priklausomai nuo zigotos pasidalijimo laiko



3 priedas. Vaisių pirmeiga dvivaisio nėštumo atveju



3. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. The management of twin and triplet pregnancies in the antenatal period. NICE clinical guideline No129, 2011. <http://publications.nice.org.uk/multiple.pregnancy-cg129>.
2. Multiple pregnancy. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2013 Sep. (Quality Standards, QS46).
3. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy, 2016.
4. Twin pregnancy. South Australian Perinatal Practice Guidelines, 2018.
5. Gimimų medicininiai duomenys 2016 m. Sud.Basys V. ir kt, Vilnius, 2017.
6. Van Mieghem T, De Heus R, Lewi L, et al. Prenatal management of monoamniotic twin pregnancies. *Obstet Gynecol* 2014; 124:498.
7. Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and High-Order Multifetal Pregnancies. ACOG Practice Bulletin No. 169;128(4):e131-e146, 2016.
8. Multiple pregnancy: complications of pregnancy. Department of Health Western Australia, 2015. Available at: <http://www.kemh.health.wa.gov.au/general/disclaimer.html>.
9. Management of Twin and Multiple pregnancies guideline (GL928). NHS, Royal Berkshire. 2017.
10. Monochorionic Twin Pregnancy, Management (Green-top Guideline No. 51). RCOG, 2018.
11. Sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 27 d. įsakymas Nr. V-900 „Dėl Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo (TAR, 2018-07-30, Nr. 126).
12. Multifetal Gestation. Chapter 39, Cunningham FG, et al. Williams obstetrics, 25rd edition; 2018, <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1918>.
13. Neonatal complications, outcome and management of multiple birth. www.uptodate.com, 2019.
14. Twin pregnancy: Prenatal issues. www.uptodate.com, 2019.
15. Multifetal pregnancy reduction and selective termination. www.uptodate.com, 2019.
16. Twin pregnancy: Labor and delivery. www.uptodate.com, 2019.
17. Monoamniotic twin pregnancy (including conjoined twins). www.uptodate.com, 2019.
18. Twin-twin transfusion syndrome and twin anemia polycythemia sequence: Pathogenesis and diagnosis. www.uptodate.com, 2019.
19. Twin-twin transfusion syndrome: Management and outcome. www.uptodate.com, 2019.
20. Diagnosis and management of twin reversed arterial perfusion (TRAP) sequence. www.uptodate.com, 2019.
21. Management of Monochorionic Twin Pregnancy, Green-top guideline No51, www.rcog.org.uk, 2016.
22. Gil P, Van Hook JW. Pregnancy, Twins. Stat Pearls Publishing. 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezp-prod1.hul.harvard.edu/books/NBK493200/>.

METODIKA
DAUGIAVAISIS NĖŠTUMAS

II. METODIKOS PROCEDŪRŲ APRAŠAS

Metodikos procedūrų aprašas šiai metodikai netaikomas

METODIKA
DAUGIAVAISIS NĖŠTUMAS

III. METODIKOS ĮDIEGIMO APRAŠAS

1. Būtinų resursų (medicininės įrangos, žmogiškųjų ir kt.) aprašymas

Nėščiosioms, kurioms yra diagnozuotas daugiavaisis nėštumas, ambulatorinė priežiūra atliekama antrinio ir tretinio lygio akušerines paslaugas teikiančiose įstaigose. Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje nėščiąją, kuriai nustatytas daugiavaisis nėštumas, prižiūri gydytojas akušeris ginekologas kartu su akušeriu. Jei įtariama, kad yra nėštumo komplikacijų (dvynių transfuzijos sindromas, netolygus dvynių augimas ar kt.), konsultacijai ir (arba) gydymui nėščioji siunčiama į Perinatologijos centrą. Gimdymo metu turi dalyvauti du kvalifikuoti akušeriai ginekologai, du akušeriai, du neonatologai, du naujagimių slaugytojai, anesteziologas reanimatologas ir anestezijos ir intensyviojo gydymo slaugytojas. Daugiavaisio gimdymo priežiūrai gimdymo kambaryje turi būti ultragarso aparatas ir kardiomonitorius abiejų vaisių būklei stebėti, turi būti parengti papildomi įrankiai ir priemonės antrajam dvyniui.

Ambulatorinė ir stacionarinė nėščiųjų, kurioms nustatytas daugiavaisis nėštumas, priežiūra turi būti teikiama vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gegužės 10 d. įsakymas Nr. V-572 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:2018 „Gydytojas akušeris ginekologas“ patvirtinimo“. Darbo organizavimo antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančiose įstaigose tvarką reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V- 900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 27 d. įsakymo Nr. V-865 redakcija).

2. Rekomenduojami metodikos įdiegimo gydymo įstaigoje dokumentai

2.1. Gydymo įstaigos direktoriaus įsakymas dėl daugiavaisio nėštumo priežiūros tvarkos ir dokumentavimo.

3. Svarbiausi metodikos įgyvendinimo įgūdžiai

3.1. Daugiavaisio nėštumo diagnostika ultragarsu.

3.2. Chorioniškumo ir amnioniškumo nustatymas ultragarsu.

3.3. Daugiavaisio nėštumo komplikacijų diagnostika ultragarsu.

METODIKA
DAUGIAVAISIS NĖŠTUMAS

IV. METODIKOS AUDITO APRAŠAS

Išsamus įdiegtos metodikos efekto gydymo įstaigoje audito aprašas

Žemiau apraše pateikta informacija ir auditavimo instrumentai yra rekomendacinio pobūdžio, sveikatos priežiūros įstaiga pati nustato metodikos auditavimo dažnį, audito kriterijus ir priemones.

1. Vieną kartą per metus antrinio ir tretinio lygio akušerines paslaugas teikiančiose gydymo įstaigose atliekamas įdiegtos metodikos efekto auditas.

2. Audito uždavinys – daugiavaisio nėštumo priežiūros kokybės vertinimas.

3. Audito priemonės. Asmens sveikatos istorijos kortelė, nėštumo eigos įrašų kortelė, nėščiosios kortelė, gimdymo istorija.

4. Audito metu vertinami kriterijai:

- ankstyva ultragarsinė daugiavaisio nėštumo diagnostika;
- daugiavaisio nėštumo chorioniškumo nustatymas;
- daugiavaisio nėštumo amnioniškumo nustatymas;
- monochorioninių dvynių ultragarsiniai tyrimai kas 2 – 3 savaites, dichorioninių – kas 3 – 4 savaites;
- komplikuoto daugiavaisio nėštumo atveju pacientės siuntimas į Perinatologijos centrą.

5. Pokalbis su administracija, anonimiškai pateikiant audito rezultatus, sprendžiant problemas.

Išsamus auditorių funkcijų aprašymas

Auditorius (akušeris ginekologas) antrinio lygio akušerines paslaugas teikiančioje įstaigoje, jei yra galimybių, patikrina visas daugiavaisio nėštumo priežiūros ambulatorines korteles bei gimdymo istorijas. Tretinio lygio akušerines paslaugas teikiančioje gydymo įstaigoje patikrina įrašus 20 atsitiktinai parinktų daugiavaisio nėštumo priežiūros ambulatorinių kortelių bei 20 atsitiktinai parinktų daugiavaisio nėštumo gimdymo istorijų. Pagal įrašus kortelėse auditorius užpildo lentelę (žr. 1 priedą), atsakydamas į klausimus „Taip“ arba „Ne“.

Svarbiausių kriterijų, kuriuos įtraukus į informacinę sistemą būtų galima daryti įdiegtos metodikos efektyvumo nacionaliniu mastu analizę, sąrašas

Eil.Nr.	Daugiavaisio nėštumo priežiūros aspektai
1.	Daugiavaisis nėštumas diagnozuotas pirmuoju nėštumo laikotarpiu

2.	Gydymo įstaigos, kurioje gimdė moteris esant komplikuotam daugiavaisiam nėštumui, teikiamų paslaugų lygmuo.
----	---

1 priedas. Gydymo įstaigos audito priemonė: daugiavaisio nėštumo ambulatorinės priežiūros kokybės vertinimo auditas

Tema. Daugiavaisio nėštumo ambulatorinės priežiūros kokybės vertinimas.

Tikslas. Iki 20.....m.....mėn.....d. įvertinti ambulatorinę daugiavaisio nėštumo atvejų priežiūrą pagal įrašus ambulatoriniuose medicininiuose dokumentuose.

Instrukcijos. Vieną kartą per metus patikrinti iki 20 atsitiktinai parinktų daugiavaisio nėštumo atvejų priežiūros ambulatorinių kortelių bei gimdymo istorijų.

Vertinama

1. Ankstyva ultragarsinė daugiavaisio nėštumo diagnostika.
2. Daugiavaisio nėštumo chorioniškumo nustatymas.
3. Daugiavaisio nėštumo amnioniškumo nustatymas.
4. Monochorioninių dvynių ultragarsiniai tyrimai kas 2–3 savaites, dichorioninių – kas 3–4 savaites.
5. Komplikuoto daugiavaisio nėštumo atveju pacientės siuntimas į Perinatologijos centrą.
6. Kokio lygio paslaugas teikinčioje gydymo įstaigoje gimdė moteris komplikuoto daugiavaisio nėštumo atveju.

Eil. Nr.	Tiriamas rodiklis	Rasta	Rasta	Rasta	Rasta	Rasta
1.	Daugiavaisis nėštumas nustatytas pirmuoju nėštumo laikotarpiu	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
2.	Nustatytas chorioniškumas	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
3.	Nustatytas amnioniškumas	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
4.	Monochorioniniai dvyniai ultragarsu tirti kas 2–3 savaites, dichorioniniai – kas 4 savaites	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
5.	Komplikuoto daugiavaisio nėštumo atveju pacientė nusiųsta į Perinatologijos centrą	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> taip <input type="checkbox"/> ne
6.	Komplikuoto daugiavaisio nėštumo atveju pacientė gimdė					

IIA lygio paslaugas teikiančioje ligoninėje	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip
IIB lygio paslaugas teikiančioje ligoninėje	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip
III lygio paslaugas teikiančioje ligoninėje	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip	<input type="checkbox"/> taip

Skaitiklis 1:.....Pirmuoju nėštumo laikotarpiu diagnozuotų daugiavaisio nėštumo atvejų skaičius.

Skaitiklis 2:.....Daugiavaisio nėštumo, kurio atveju buvo nustatytas chorioniškumas ir amnioniškumas, skaičius.

Skaitiklis 3:.....Pakankamai dažnai tirtų ultragarsu daugiavaisio nėštumo atvejų skaičius.

Vardiklis:.....Bendras audituotų ambulatorinių kortelių skaičius

METODIKA
DAUGIAVAISIS NĖŠTUMAS

V. INFORMACIJA VISUOMENEI

Informacija pacientei

Kas yra daugiavaisis nėštumas?

Tai toks nėštumas, kai gimdoje auga daugiau nei vienas vaisius.

Kas yra identiški dvyniai?

Identiški dvyniai vystosi iš vieno motinos kiaušinėlio, apvaisinto vienu tėvo spermatozoidu, pasidalijus apvaisintai ląstelei į du embrionus. Identiški dvyniai turi beveik tokius pačius genus, todėl visada yra tos pačios lyties ir labai panašūs. Priklausomai nuo to, kada įvyko apvaisinto kiaušinėlio pasidalijimas, dvyniai gali turėti atskiras placentas ir dangalus arba bendrą placenta ir atskirus arba bendrus dangalus, o kartais, kiaušinėliui pasidalijus iš dalies, dvyniai gali būti suaugę įvairiomis kūno dalimis.

Kas yra neidentiški dvyniai?

Neidentiški dvyniai vystosi iš dviejų skirtingų motinos kiaušinėlių, apvaisintų dviem skirtingais tėvo spermatozoidais. Neidentiški dvyniai turi skirtingus genus, todėl gali būti ir tos pačios lyties, ir skirtingų lyčių, panašūs tik kaip broliai ir seserys. Neidentiški dvyniai visada turi atskiras placentas ir atskirus dangalus.

Kurios moterys turi didesnę tikimybę susilaukti dvynių?

Dvynių dažniau susilaukia vyresnės nei 30 metų, vartojančios vaisingumą didinančių vaistų, po pagalbinių apvaisinimo metodų, turinčios giminaičių dvynių moterys. Reikšmės turi ir rasė – juodaodės dvynių susilaukia dažniau nei baltaodės ar geltonodės.

Kaip sužinoma, kad nėštumas daugiavaisis?

Kai gimdoje auga ne vienas vaisius, ji visada yra didesnė, nei įprasta tam tikru nėštumo laiku. Tiksliausiai ir anksčiausiai daugiavaisis nėštumas nustatomas ultragarsiniu tyrimu. Jį atlieka gydytojas akušeris-ginekologas. Ultragarsiniu tyrimu jau nuo 8 nėštumo savaitės nustatomas vaisių skaičius ir jų gyvybingumas. Daugiavaisio nėštumo atveju labai svarbu ultragarsinį tyrimą atlikti iki 14 nėštumo savaitės. Tik šiuo laiku įmanoma tiksliai nustatyti nėštumo pobūdį, t. y. iš vieno ar iš dviejų kiaušinėlių vystosi nėštumas. Nėštumo pobūdžio žinojimas yra labai svarbus numatant komplikacijų riziką ir sudarant nėštumo priežiūros planą.

Ar dėl daugiavaisio nėštumo reikalinga speciali priežiūra nėštumo metu?

Jei nėštumas daugiavaisis, dėl didelės įvairių komplikacijų rizikos nėščiąją prižiūri akušeris-ginekologas. Tenka daug dažniau lankytis gydymo įstaigoje, dažnai atliekami ultragarsiniai vaisių tyrimai jų augimui ir būklei įvertinti, kartais prireikia papildomų tyrimų nėščiosios ar vaisių būklei patikslinti.

Ką reikia žinoti, kai nėštumas daugiavaisis?

Kai gimdoje auga ne vienas vaisius, didesnė įvairių nėštumo komplikacijų tikimybė, todėl reikia nepervargti, sunkiai nedirbti, intensyviai nesportuoti. Nėštumo nutrūkimo (persileidimo) ir priešlaikinio gimdymo grėsmė yra didesnė, nei nešiojant vieną vaisių. Dažniau nustatoma nėščiųjų mažakraujystė, dažniau būna nėščiųjų arterinio kraujo spaudimo padidėjimas, nėščiųjų cukraligė. Dėl vaisių augimo sutrikimo ar kitų nėštumo metu atsiradusių problemų gali tekti sužadinti gimdymą anksčiau.

Kada reikia skubiai kreiptis pagalbos?

Kreiptis skubios pagalbos reikia visais atvejais, kai atsiranda skausmingų, reguliarių gimdos susitraukimų, teka vaisiaus vandenys arba iš makšties pasirodė kraujo, jei staiga atsirado dusulys, labai padidėjo pilvo apimtis, skauda galvą, sutriko regėjimas, sumažėjo šlapimo, staiga sutino veidas, plaštakos ar kitais atvejais, kai savijauta yra bloga.

Kaip vyksta gimdymas, kai nėštumas daugiavaisis?

Gimdymo būdas priklauso nuo vaisių skaičiaus, jų padėties gimdoje, nėštumo trukmės, vaisių ir nėščiosios būklės. Dažniausiai, jei vaisių daugiau kaip du, atliekamas cezario pjūvis. Jei yra dvyniai, nėščiosios ir vaisių būklė gera ir pirmasis dvynys gimsta galvos pirmeiga, galima tikėtis sėkmingo gimdymo natūraliu būdu. Jei vaisių pirmeigos netaisyklingos, atliekamas cezario pjūvis. Gimus naujagimiams, jų placentos atsiskiria nuo gimdos sienelių ir išlenda. Daugiavaisio nėštumo atveju po gimdymo dažnai būna gausesnis kraujavimas, nei pagimdžius vieną naujagimį, todėl po gimdymo natūraliu būdu ar cezario pjūvio operacijos į veną lašinama vaistų, skatinančių gimdos traukimąsi, kad būtų mažesnis pogimdyminis kraujavimas.

Kas prižiūri gimdymą, kai gimsta ne vienas naujagimis?

Gimdymą priežiūri akušerių-ginekologų, akušerių, naujagimių gydytojų ir slaugytojų komanda. Jeigu gimdymo skausmą reikia malšinti, kviečiamas gydytojas anesteziologas reanimatologas ir jo padėjėjas.

Kaip žinoti, ar dvyniai identiški, ar ne?

Jei gimsta skirtingų lyčių naujagimiai, aišku, kad dvyniai yra neidentiški. Jei gimsta vienos lyties naujagimiai ir placenta buvo viena, aišku, kad dvyniai yra identiški. Jei gimsta vienos lyties naujagimiai, bet placentos buvo dvi, dvyniai gali būti ir identiški, ir neidentiški – patikslinti galima tik atlikus brangius genetinius dvynių kraujo tyrimus.

Ar galima žindyti iš krūties gimusius kelis naujagimius?

Jei naujagimių būklė leidžia, juos galima sėkmingai žindyti iš krūties. Jei dėl neišnešiotumo problemų naujagimiai patys laikinai negali žįsti, pieną galima traukti rankomis ir maitinti juo naujagimius pro zondą ar iš taurelės. Sustiprėjusius naujagimius vėliau sėkmingai galima žindyti.

Ar pakanka jėgų rūpintis keliais naujagimiais iš karto?

Kadangi kelių naujagimių priežiūra yra varginanti, labai gerai, jei rūpintis jais gali padėti vyras ar

kiti artimieji, kol gimdyvė atgaus jėgas ir įgaus pakankamai naujagimių priežiūros įgūdžių.

Ar po dvynių ar trynių gimdymo kitas nėštumas vėl gali būti daugiavaisis?

Tikimybė, kad ir kitas nėštumas gali būti daugiavaisis, išlieka.

Informacija visuomenei

Daugiavaisio gimdymo dažnis Lietuvoje yra 11 – 13 proc. Pastaraisiais metais daugiavaisio nėštumo atvejų daugėja. Tam įtakos neabejotinai turi vyresnis nėščiųjų amžius ir šiuolaikiniai pagalbinio apvaisinimo metodai. Daugiavaisis nėštumas susijęs su didele motinos ir vaisių komplikacijų rizika. Dėl to, kad gimdoje auga du ar daugiau vaisių, motinai yra didesnė nėštumo nutrūkimo, priešlaikinio gimdymo, mažakraujystės, nėštumo sukulto cukrinio diabeto, hipertenzinės būklės, pogimdyminio kraujavimo tikimybė. Kartais vaisiai vystosi netolygiai, turi raidos patologiją, nenormalų vaisių vandenų kiekį, gimdoje išsidėsto netaisyklingai, gimsta neišnešioti ar net žūsta gimdoje. Naujagimiai dažniau yra per mažo svorio, turi raidos sutrikimų ir dažniau miršta po gimdymo. Retai atsiranda komplikacijų, būdingų tik daugiavaisiam nėštumui. Kad būtų laiku pastebėtos galimos komplikacijos, nėštumo metu apsilankymai pas akušerį-ginekologą yra dažnesni, nėštumo priežiūra yra individuali ir skiriasi nuo vienvaisio nėštumo priežiūros. Kas 2 – 4 savaites atliekami ultragarsiniai tyrimai, būtini vaisių raidai vertinti. Nėštumo ir gimdymo eiga labiausiai priklauso nuo vaisių, jų placentų ir dangalų skaičiaus. Prognozė palankesnė, jei mažiau vaisių auga gimdoje ir jei kiekvienas vaisius turi atskirą placentą ir dangalus.

Tačiau net ir laikantis visų šiuolaikinių mokslo įrodymais pagrįstų daugiavaisio nėštumo ir gimdymo priežiūros rekomendacijų kartais nepavyksta išvengti nesėkmingos nėštumo baigties.