**WYBIÓRCZE PORONIENIE LUB PORÓD JEDNEGO Z PŁODÓW W CIĄŻY BLIŹNIACZEJ.**

**Witold Malinowski**

W przypadkach, kiedy w ciąży wielopłodowej dojdzie do poronienia/porodu lub przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego pierwszego płodu w bardzo wczesnym wieku ciążowym, w którym istnieje wysokie ryzyko umieralności lub poważnej zachorowalności noworodków, nie wszystkie płody muszą być urodzone w tym samym czasie co pierwszy. W wyjątkowych sytuacjach można dokonać selektywnego poronienia lub porodu pierwszego z nich, pozostawiając drugi płód w jamie macicy, aż do momentu uzyskania przez niego zdolności do samodzielnego życia pozamacicznego [19,20,21,22]. Niekiedy nawet kilkudniowa przerwa pomiędzy porodami dzieci, w tym najbardziej krytycznym dla nich okresie, prowadzić może do wyraźnego obniżenia odsetka ich umieralności i zachorowalności. Po raz pierwszy sposób ten opisali Dorfman i wsp. [23]. Opiera się on na założeniu, że ryzyko wstępującej infekcji może być zredukowane jeżeli zostanie wyeliminowany ciągły wyciek płynu owodniowego. Postępowanie takie zwiększa szansę na przedłużenie czasu trwania ciąży aż do momentu uzyskania przez drugi, pozostający w jamie macicy płód, zdolności do samodzielnego życia pozałonowego.

Do chwili obecnej brak jest powszechnie akceptowanych wytycznych dotyczących kwalifikacji ciężarnych oraz wyboru najbardziej optymalnych metod postępowania. Powszechnie przyjmuje się, że odroczeniu porodu kolejnego płodu lub płodów może być rozważane jedynie w przypadkach, gdy:

1. wiek kobiety wynosi powyżej 35 lat i jest to jej pierwsza ciąża,

2. wiek ciążowy < 27 tygodni,

3. ciąża powstała po długotrwałym leczeniu niepłodności,

4. ciąża jest wynikiem zapłodnienia pozaustrojowego,

5. jest to ciąża bliźniacza dwukosmówkowa, trojacza trójkosmówkowa, itd.,

6. płód przodujący znajduje się w położeniu podłużnym główkowym lub miednicowym.

Natomiast bezwzględne przeciwwskazania do zastosowania takiego rodzaju postępowania stanowią:

1. ciąża bliźniacza jednokosmówkowa,

2. oddzielenie łożyska pierwszego lub drugiego płodu,

3. ciężka postać preeklampsji,

4. wskazania matczyne i płodowe do niezwłocznego zakończenia ciąży,

5. infekcja wewnątrzowodniowa,

6. infekcja dróg rodnych matki,

7. pęknięcie pęcherza płodowego drugiego płodu,

8. położenie poprzeczne płodu przodującego,

9. ciąża u młodej kobiety,

10. nieprawidłowości rozwojowe lub zgon wewnątrzmaciczny pozostawianego płodu.

Postępowanie takie powinno być rozważane jedynie wówczas, gdy przy obecnej wiedzy medycznej przewidywane korzyści znacznie przewyższają ryzyko. Przed przystąpieniem do tego rodzaju procedury niezwykle istotne znaczenie posiada uzyskanie w pełni świadomej zgody rodziców. Ostateczna decyzja winna zawsze należeć do matki, która musi dokonać wyboru między ewentualnością zagrożenia jej zdrowia, a nawet życia, a możliwością pomyślnego urodzenia pozostającego w jamie macicy dziecka lub dzieci.

Podstawowe zasady postępowania obejmują:

● Odpowiedni dobór przypadku.

● Uzyskanie świadomej zgody ciężarnej

● Wykluczenie zakażenia wewnątrzmacicznego u pozostającego w jamie macicy płodu.

● Profilaktyka antybiotykowa

● Relaksacja mięśnia macicy.

● Założenie szwu okrężnego na szyjkę macicy.

● Podawanie glikokortykoidów.

Odpowiedni dobór przypadku oraz uzyskanie świadomej zgody ciężarnej na tego rodzaju postępowanie omówiono powyżej.

**Wykluczenie infekcji** – zaleca się wykonanie amniopunkcji u pozostającego w jamie macicy płodu w celu wykluczenia infekcji w wodach płodowych. Zakażenie wewnątrzmaciczne jest bowiem częstą przyczyną niepowodzenia w przedłużeniu ciąży. Pobrany płyn owodniowy wysyłany jest do laboratorium w celu barwienia metodą Grama i wykonania posiewu bakteriologicznego, liczby leukocytów i stężenia glukozy. Obecność jednego lub więcej nieprawidłowych wyników badań świadczy o obecność infekcji wewnątrzmacicznej: liczba leukocytów > 50 / mm3, stężenie glukozy   
< 20 mg / dL (1,1 mmol / L) lub obecność bakterii w preparacie barwionym metodą Grama.

Po poronieniu lub porodzie pierwszego płodu jego pępowina powinna zostać zaciśnięta, przecięta i podwiązana za pomocą wchłanialnej nici, tak blisko miejsca przyczepu do łożyska, jak to jest możliwe. Należy unikać pociągania za pępowinę. Łożysko pozostawiamy w jamie macicy.

**Profilaktyka antybiotykowa –** podajemy dożylnie antybiotyki o szerokim spektrum działania np. klindamycyna lub ampicylina-sulbaktam w ciągu 3 dni + metronidazol działający na bakterie beztlenowe, a następnie cefalosporynę (np. Cefradyna 500 mg doustnie co sześć godzin) plus metronidazol 500 mg doustnie co osiem godzin przez cztery dni.

**Kobiety Rh ujemne** – po poronieniu/porodzienie pierwszego płdu powinny otrzymać 300ug immunoglobuliny G anty D.

**Relaksacja mięśnia macicy** – w USA w celu zahamowania skurczów macicy podaje się dożylnie nitroglicerynę w dawce od 100 do 200 mikrogramów w celu szybkiego zahamowania skurczów.

**Założenie szwu okrężnego** - Po ustaniu skurczów szyjkę macicy chwyta się za pomocą kleszczyków pierścieniowych, dolny odcinek macicy płucze się za pomocą 500 do 1000 ml roztworu antybiotyku (np. Bacytracyna 50 000 jednostek na litr soli fizjologicznej) za pomocą strzykawki do irygacji, a następnie zakłada się szew okrężny na szyjkę macicy sposobem McDonalda i podaje indometacynę przez 24 do 48 godzin po operacji, w zależności od aktywności skurczowej macicy.

**Podawanie glikokortykoidów** – podaje się w ciążach ≥23 + 0 tygodni. Kolejny kurs ratunkowy podajemy po dwóch tygodniach, jeśli objawy kliniczne sugerują, że poród będzie nieunikniony. W przeciwnym razie czekamy do 31 tygodnia ciąży.

**Dalsza opieka nad matką i płodem** – pobyt w szpitalu trwa co najmniej 7 dni, w czasie którego zwracamy uwagę na ewentualne wykładniki infekcji u matki, przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, porodu przedwczesnego oraz oceniamy dobrostan płodu (KTG przez 30 minut 3x dziennie). Po tym okresie wypisujemy do domu z instrukcjami ograniczania aktywności fizycznej i unikania stosunków. Obowiązuje kontrola u lekarza płożnika1x w tygodniu.

Pomimo, iż liczba ciąż poddanych dotychczas takiemu postępowaniu jest stosunkowo niewielka, to wydaje się, że w starannie dobranych przypadkach wybiórcze poronienie lub poród płodu z przedwczesnym odpływaniem wód płodowych w okresie przed możliwością jego przeżycia pozamacicznego, może stanowić rozsądny wybór postępowania. Dalsze badania są jednak konieczne, aby sposób ten mógł być szeroko rekomendowany.

Doger E, Cakiroglu Y, Ceylan Y, et al. Obstetric and neonatal outcomes of delayed interval delivery in cerclage and non-cerclage cases: an analysis of 20 multiple pregnancies. J Obstet Gynaecol Res 2014; 40:1853.

Feys S, Jacquemyn Y. Delayed-interval delivery can save the second twin: evidence from a systematic review. Facts Views Vis Obgyn 2016; 8:223.