

*Ужгородський національний університет
Медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології*

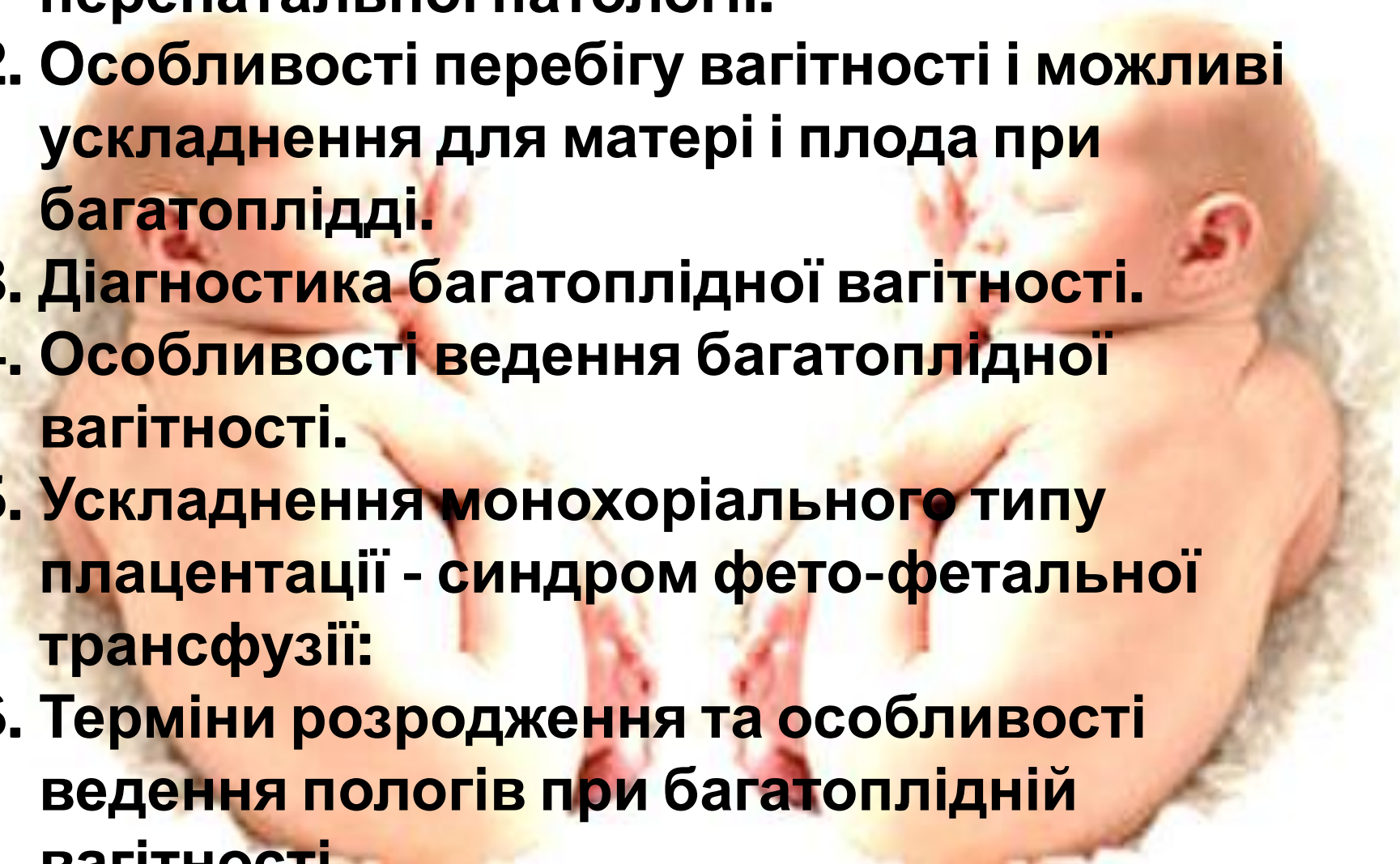
ЛЕКЦІЯ - ВІЗУАЛІЗАЦІЯ

Тема: «БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ»



Проф. Маляр В.А.

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- 1. Багатоплідна вагітність в аспекті перенатальної патології.**
 - 2. Особливості перебігу вагітності і можливі ускладнення для матері і плода при багатоплідді.**
 - 3. Діагностика багатоплідної вагітності.**
 - 4. Особливості ведення багатоплідної вагітності.**
 - 5. Ускладнення монохоріального типу плацентації - синдром фето-фетальної трансфузії:**
 - 6. Терміни розродження та особливості ведення пологів при багатоплідній вагітності.**
- 

БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ

ВИЗНАЧЕННЯ: багатоплідною називається вагітність двома або більшою кількістю

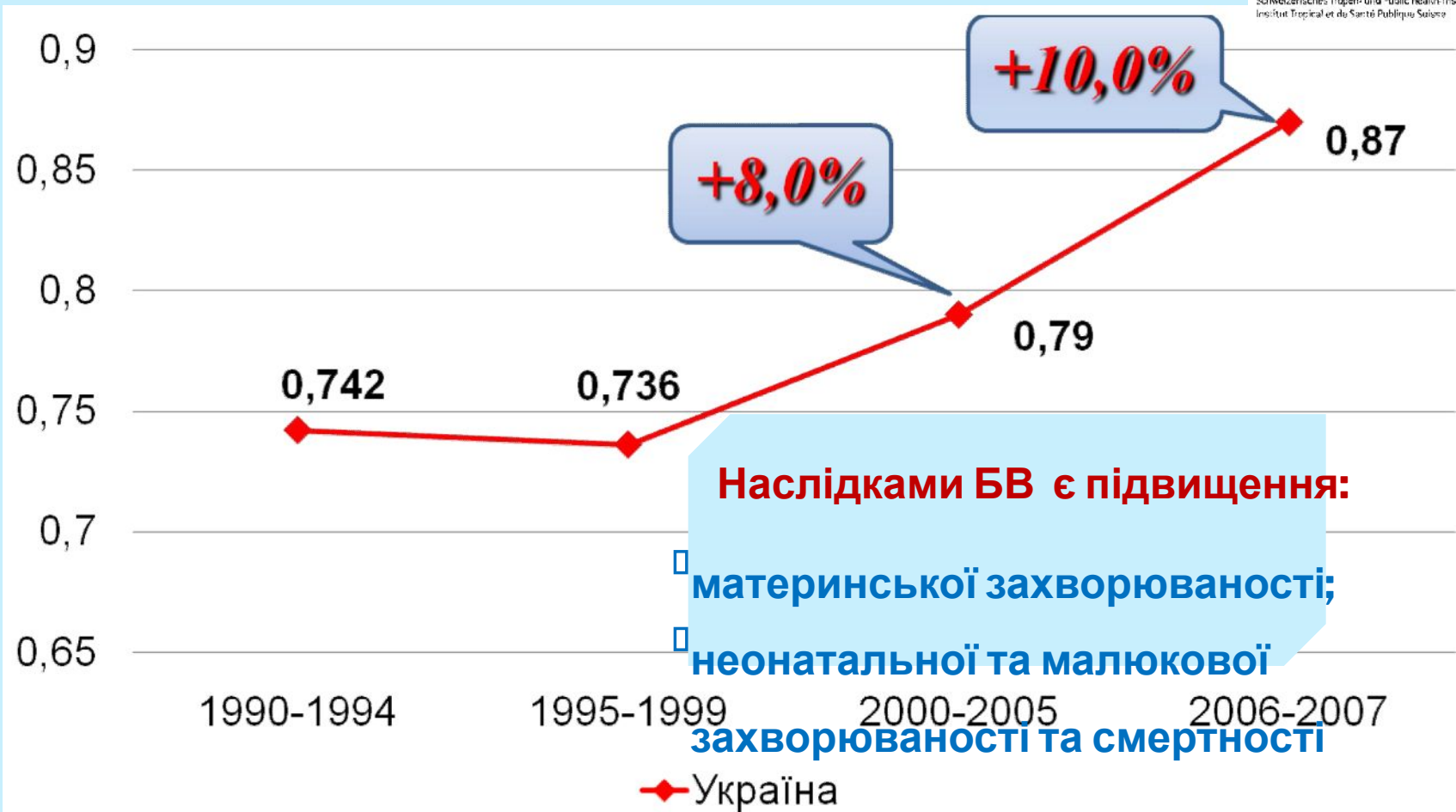


- При наявності вагітності двома плодами говорять про **двійні**, трьома плодами - про **трійню** і т. д.
- Кожен з плодів при бага-топлідній вагітності називається **близнюком**.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

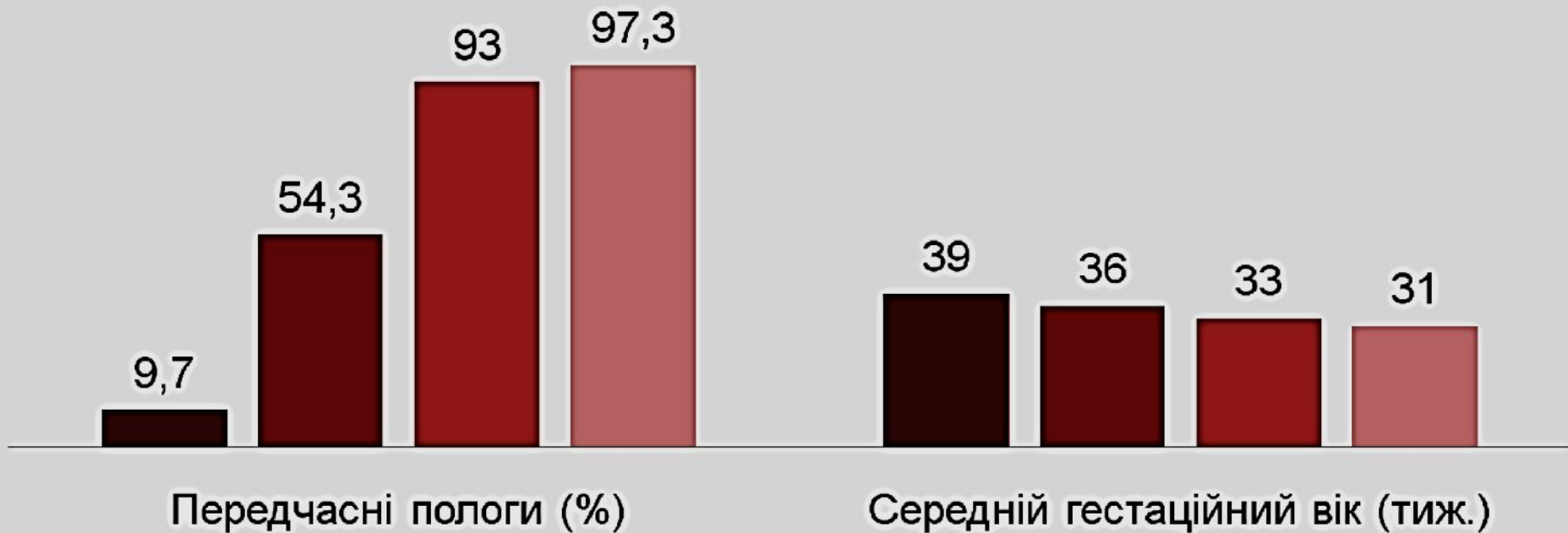
У світі після 1980 року відбулося збільшення частоти двоїнь на 50%, на 400% збільшилась частота трієнь та більше плідних вагітностей.

Динаміка частоти БВ в Україні



ЧАСТОТА ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ТА СЕРЕДНІЙ ГЕСТАЦІЙНИЙ ВІК ПРИ БВ

■ Одноплідна вагітність ■ Двійня ■ Трійня ■ Четверня



Multiple Pregnancy. Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome.
Edited by I. Blickstein and L. G. Kenyon

МАСА ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ



Multiple Pregnancy, Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome
Edited by I. Blickstein and L. G. Keith 2005

НЕОНАТАЛЬНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА СМЕРТНІСТЬ ПРИ БВ

Показники	Двійня	Трійня	Четверня
Середня маса новонародженого	2347г	1687г	1309г
Відсоток МГВП	14-25%	50-60%	50-60%
Показання до перебування у ВРІТ	25%	75%	100%
Кількість ліжко-днів у ВРІТ	18 к/д	30 к/д	58 к/д
Ризик церебрального паралічу	У 4 рази вище, чим при ОВ	У 17 разів вище, чим при ОВ	-
Ризик смерті до одного року	У 7 разів вище, чим при ОВ	У 20 разів вище, чим при ОВ	-

ПРИЧИНИ МАЛЮКОВОЇ СМЕРТНОСТІ ПРИ БВ (НА 1000 ЖИВОНАРОДЖЕНИХ)



ВАГІТНОСТІ



Комбіновані пологи та неонатальна смертність



Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна



Konotopoulou E.V. et al, 2004

Комбіновані пологи

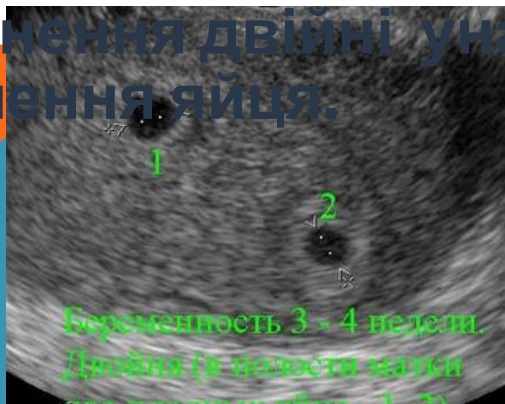


Етіологія багатоплідної

вагітності

Етіологія багатоплідної вагітності недостатньо вивчена, однак, запліднення двох або більшої кількості яйцевих клітин може виникати з кількох причин:

- ❑ в одному яєчнику можуть одночасно дозрівати два або навіть три фолікула, що уможлиблює виділення не однієї, а двох і більше яйцевих клітин;
- ❑ овуляція також може відбуватися одночасно в обох яєчниках, отже, одночасно звільняються дві або більше придатні для запліднення яйцеві клітини;
- ❑ в кожному зрілому фолікулі можуть перебувати дві і навіть три яйцеві клітини [М. І. Горизонтів, А. І. Тимофєєв, Штрассман (Strassmann), Е. Бумм (E. Bumm) і ін.];
- ❑ виникнення двійні унаслідок дроблення яйця.



ФАКТОРИ СПРИЯЮЧІ ЗРОСТАННЮ БВ

Фактори, що зумовлюють зростання БВ:

- ❑ спадковість;
- ❑ агресивне використання допоміжних репродуктивних технологій (дрт) \approx 60-70%;
- ❑ вік жінки більше 35 років;
- ❑ широке використання гормональних препаратів у лікуванні безплідності (Кломіфен, ХГТ);
- ❑ расовий фактор.



МАТЕРИНСЬКА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ПРИ БВ

- Багатоплідна вагітність супроводжується підвищенням частоти:**
 - передчасних пологів (у 30-50% випадків БВ);
 - преекпампсії;
 - патологія навколоплодових вод, ПРПО;
 - відшарування плаценти;
 - анемії, гестаційного діабету, пієлонефриту;
 - післяпологових кровотеч.
- Частота госпіталізації в 6 разів вище, чим при одноплідній.**
- Вартість лікування на 40% вища, ніж при ОВ, за рахунок тривалого перебування на ліжку внаслідок збільшення акушерських**

ТИПИ РОЗВИТКУ ДВОЙНІ

Дизиготні

Монозиготні

Час поділу яйцеклітини

< 3 днів

4- 8 день

8-13 день

> 13 днів

Дихоріальна
Діамніотична

Дихоріальна
Діамніотична

Монохоріальна
Діамніотична

Монохоріальна
Моноамніотична

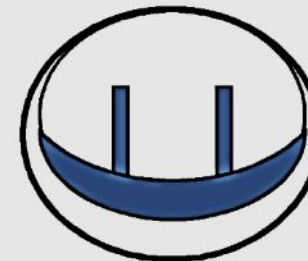
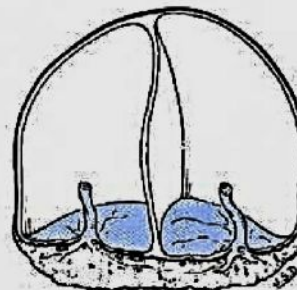
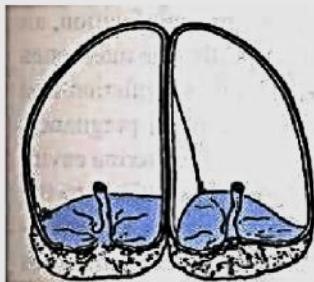
Зрощені

30% двоїн

66% двоїн

1-2% двоїн

0,3%
двоїн



Dodd JM, Evidence-based care of women with a multiple pregnancy. **Swiss TPH**

Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2005; 19: 100-110
Swiss Tropical and Public Health Institute
Institut tropical et de santé publique Suisse



ДІАГНОСТИКА ДВІЙНІ

(I)

Усім вагітним має бути проведено УЗД в тер-міні 10-13 тижнів вагітності з метою визначен-ня:

- точного терміну гестації;
- кількості плодів (одноплідна або многоплідна);
- життєздатності;
- товщини комірцевого простору (анеуплої-дія);
- вроджених вад розвитку.



Екзенцефалія

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ХОРІАЛЬНОСТІ ПРИ ДВІЙНІ

- ❑ Якщо хоріальність точно встановити не вда-ється або є сумніви щодо точності діагности-ки, УЗД має бути проведено більш досвідче-ним фахівцем якомога скоріше;
- ❑ Якщо діагностована багатоплідна вагітність, необхідно докласти максимум зусиль для точ-ного визначення хоріальності;
- ❑ Точність визначення хоріальності вище до 14 тижня вагітності, ніж після.

ДІАГНОСТИКА ХОРІАЛЬНОСТІ

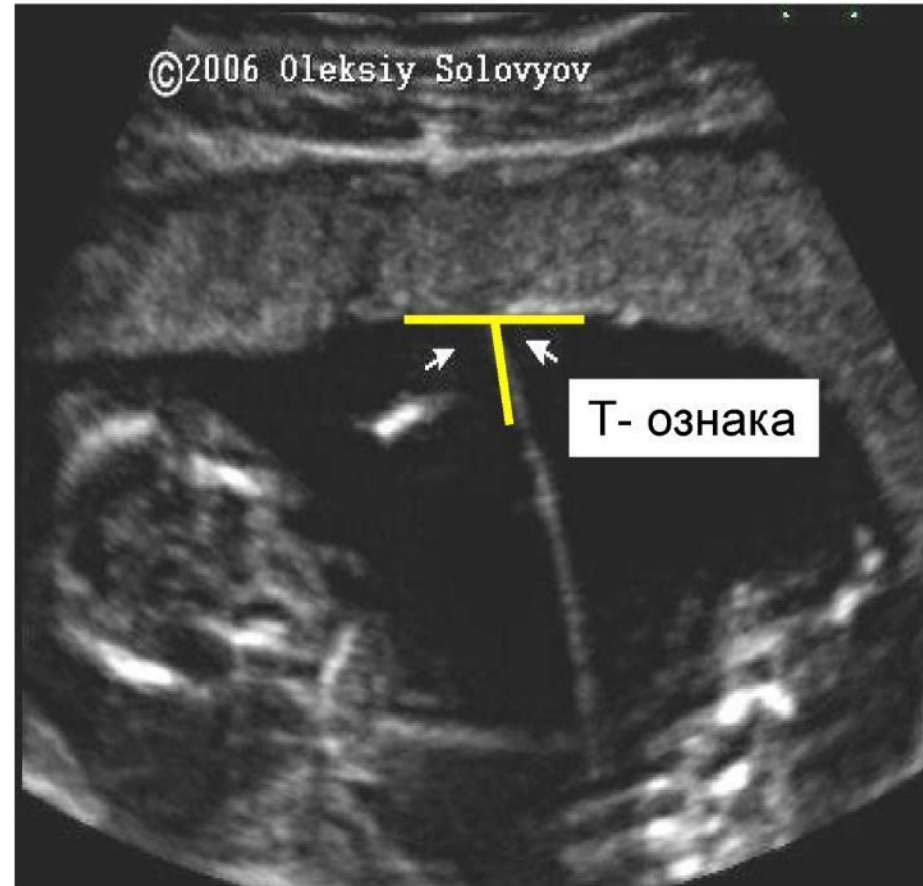
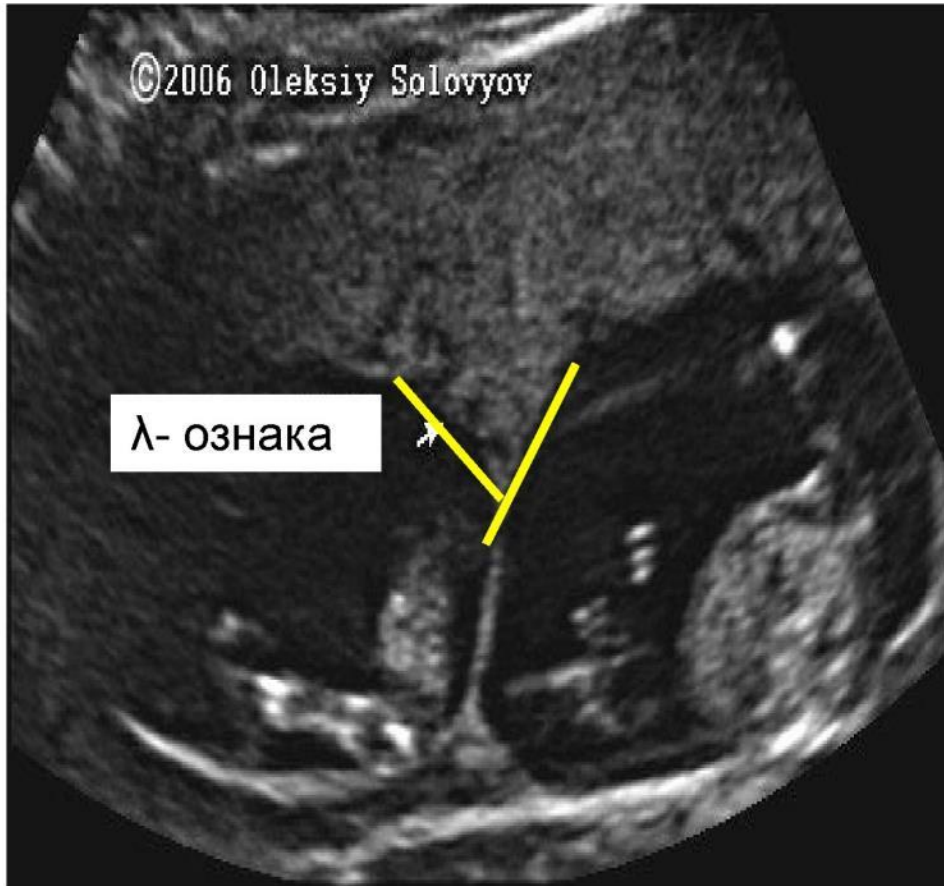
Ознака	Монохоріальна двійня	Дихоріальна двійня
Визначення Λ - та T- ознак	T-ознака	Λ - ознака
Підрахунок плацент	1 плацента	1 або 2 плаценти
Визначення статі плодів	Одностатеві	Одностатеві та різностатеві
Визначення товщини міжамніотичної мембрани	< 2 мм (2 шари, обидва амніот.)	> 2 мм (4 шари: 2 хоріальн., 2 амніот.)

ЧОМУ ВАЖЛИВО ЗНАТИ ХОРИАЛЬНІСТЬ?

- ❑ Монохоріальна двійня у порівнянні з дихоріальною супроводжується більш високим ризиком:
 - ❑ Перинатальної смерті (у 2,3 рази)
 - ❑ Внутрішньоутробної загибелі плода(ів) після 32 тижнів вагітності (у 8 разів)
 - ❑ Вираженого дискордантного росту плодів (на 23%)
 - ❑ Некротизуючого ентероколіту (у 4 рази)
 - ❑ Вроджених вад розвитку (ВВР)
- ❑ Існує ризик специфічних ускладнень:
 - ❑ Синдрому фето-фетальної трансфузії (10-20% усіх монохоріальних двоїн)
 - ❑ Синдрому близнюкової емболії

ОЗНАКИ ХОРИАЛЬНОСТІ

Дихоріальна двойня Монхоріальна

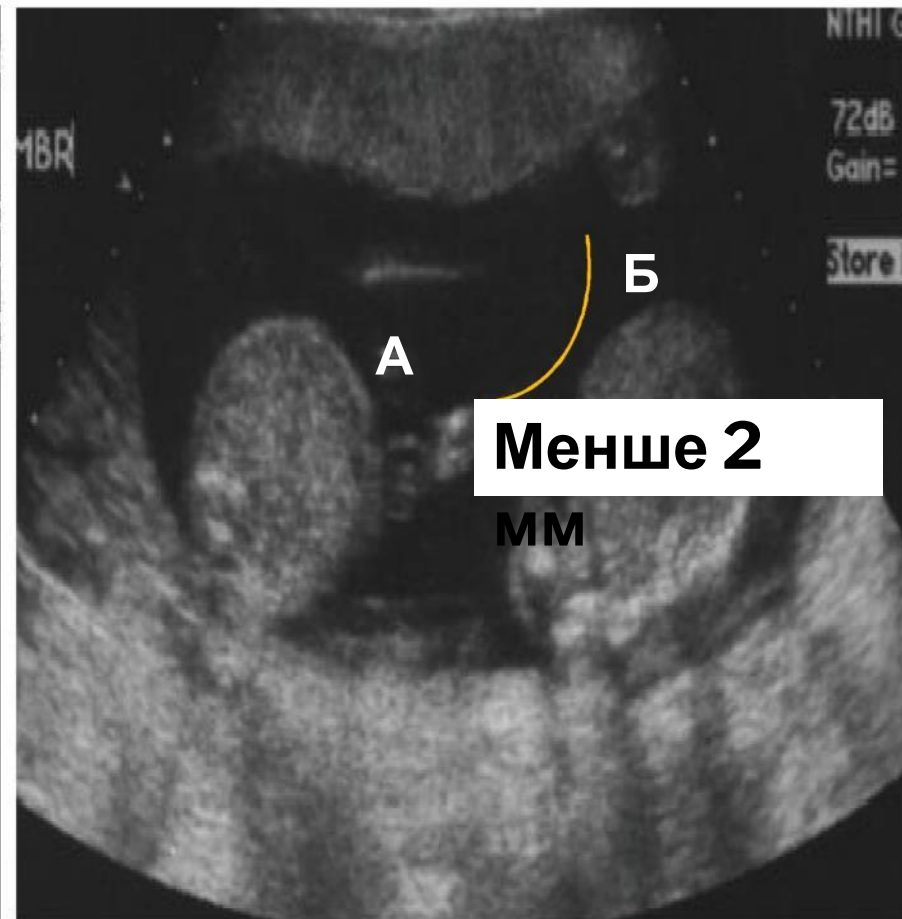


Edwards M, *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 1991

ВИЗНАЧЕННЯ ТОВЩИНИ МІЖАМНІОТИЧНОЇ МЕМБРАНИ

Дихоріальна

Монохоріальна



СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ

Питання сучасних підходів є вибір найбільш оптимального терміну та способу розродження:

- ✓ з урахуванням специфічних ускладнень;
- ✓ положення та передлежання плоду.

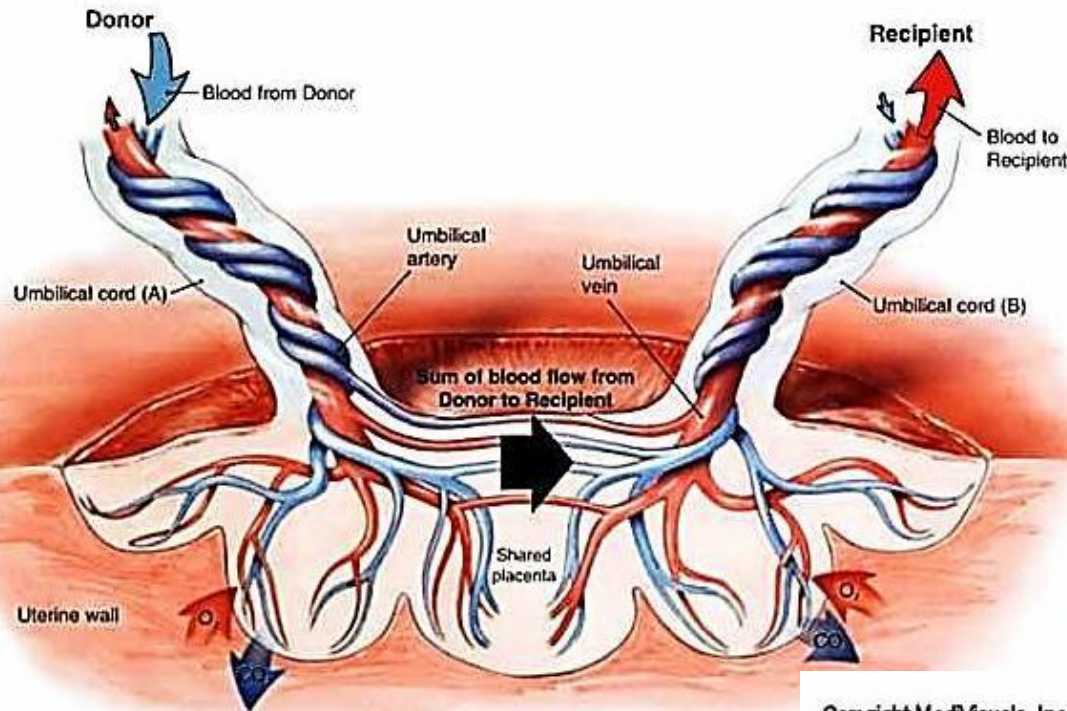
Тактика ведення багатоплідної вагітності може бути умовно розділена на:

- Базові підходи:
- Профілактичні та діагностичні заходи, мають бути запропоновані усім вагітним з БВ.
- Специфічні підходи (залежать від хоріальності):

МОНОАМНІОТИЧНА ДВІЙНЯ: СУПУТНІ СИНДРОМИ

- Фето-фетальна трансфузія зустрічається менш часто ніж при монохоріальній діамніотичній двійні;
- Сплутування пуповин;
- Підвищений ризик структурних аномалій (від 15 до 20%);
- Загальна смертність при моноамніотичних двійнях може сягати 50-60%.

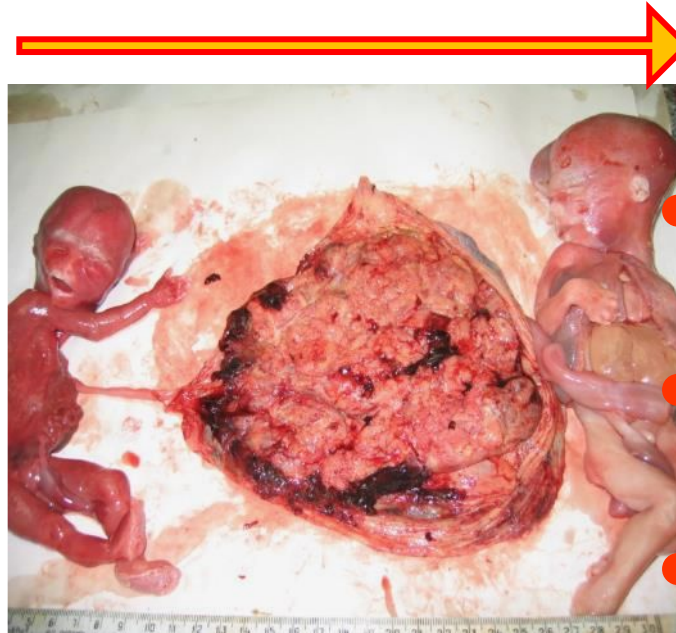
Twin / Twin Transfusion Syndrome



СИНДРОМ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОЇ ГЕМОТРАНСФУЗІЇ ПРИ МОНОХОРИАЛЬНІЙ ДВІЙНІ

Доно

- Гіповолемія
- Гіпоксія



Реципієн

- Гіперволемія

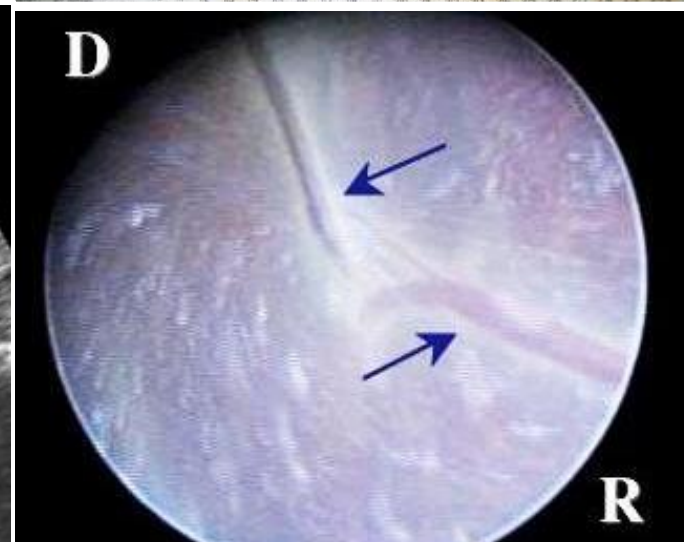
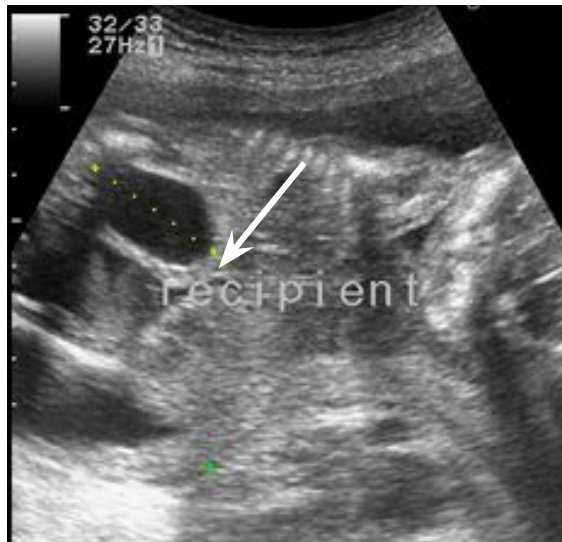
- Поліурія

- Багатоводдя

- Водянка

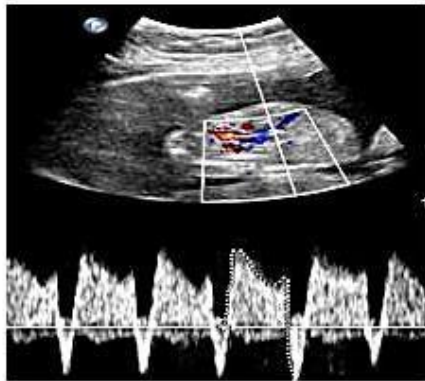
- Серцева

недостатність



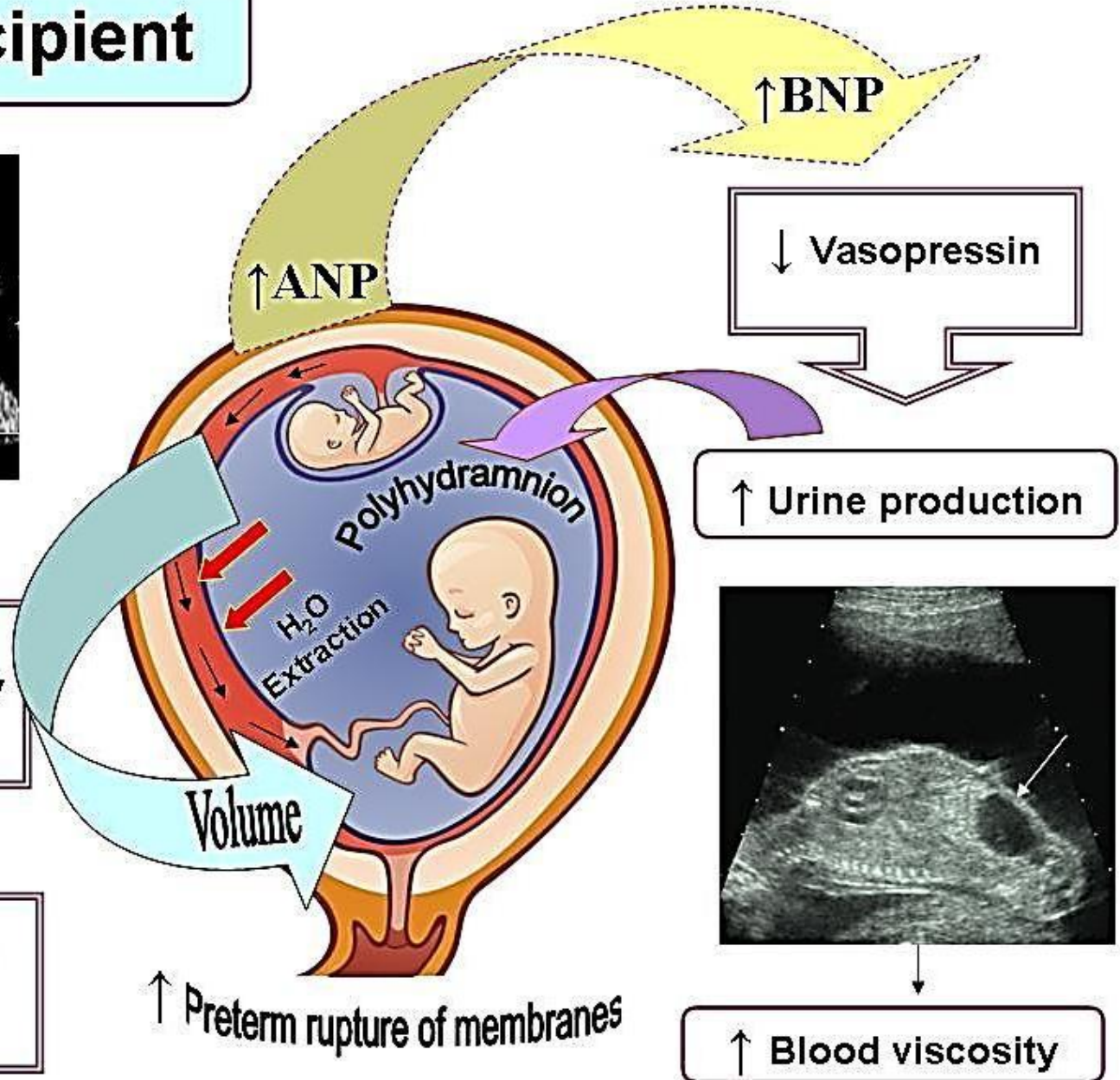
ΠΑΤΟΓΕΝΕΣ ΦΕΙΟ-ΦΕΤΑΛΙΑΣ ΓΕΜΟΤΡΑΝΣΦΥΣΙ

TTTS: Recipient



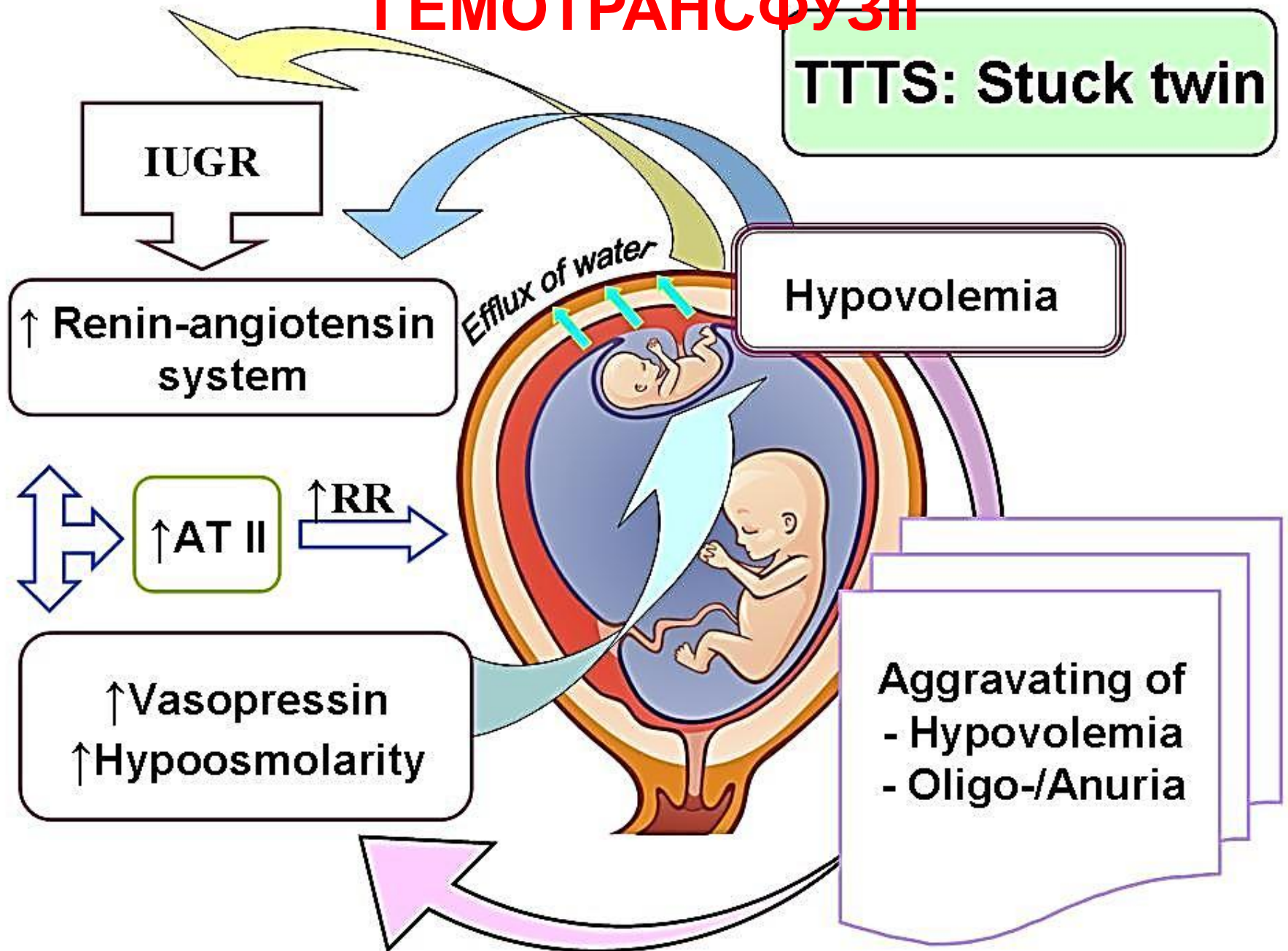
Heart insufficiency

↑ Hypervolemia
↑ Hypertension



↑ Blood viscosity

ΠΑΤΟΓΕΝΕΣ ΦΕΙΟ-ΦΕΤΑΛΙΑΝΟΙ ΓΕΜΟΤΡΑΝΣΦΥΣΙΙ



ФЕТАЛЬНА ХІРУРГІЯ ПРИ СИНДРОМІ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОЇ ГЕМОТРАНСФУЗІЇ

- Багатоплідна вагітність (синдром фето-фетальної гемотрансфузії)

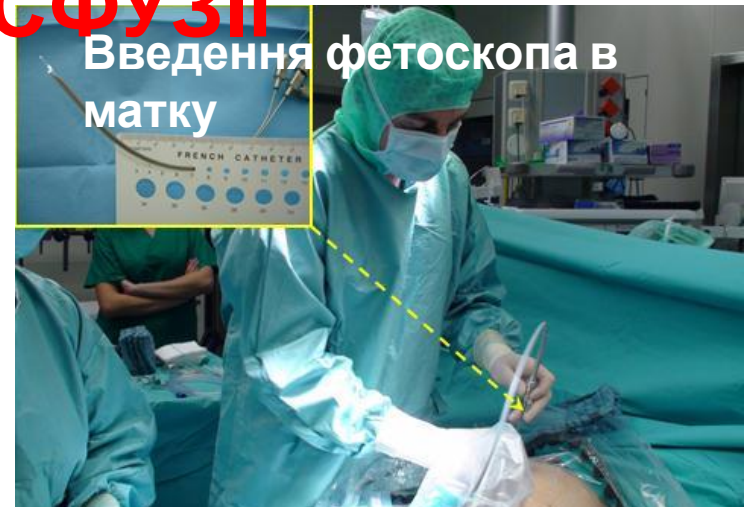
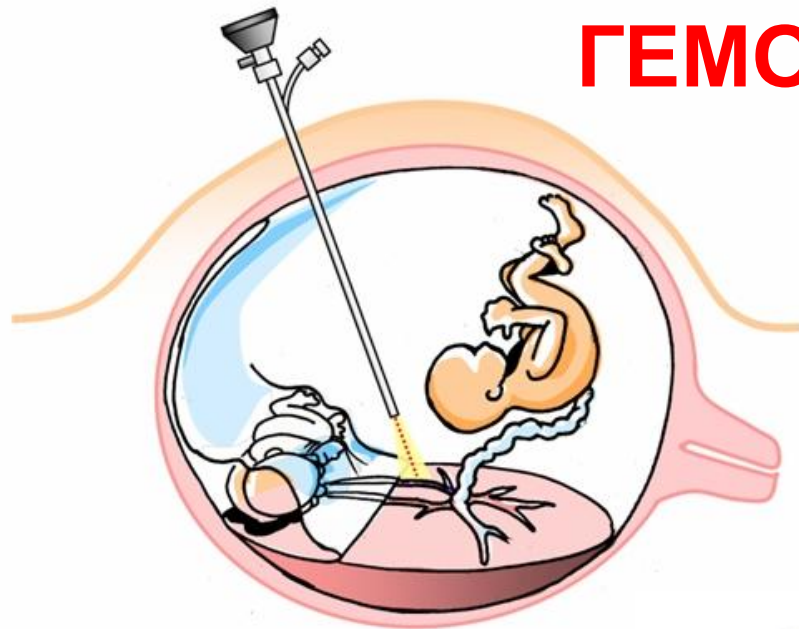


Окклюзія судин пуповини
хворого близнюкового плоду

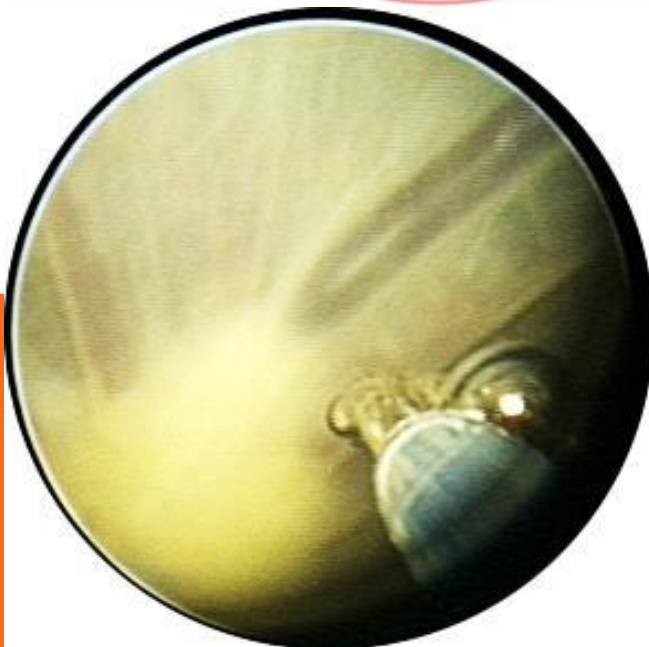


An ultrasound image showing a fetal umbilical cord. The image is in grayscale and shows the internal structure of the cord, including the umbilical vein and arteries. The text above the image indicates that there is an occlusion of the umbilical vessels in the affected twin.

ЛАЗЕРНА ХІРУРГІЯ ПРИ СИНДРОМІ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОЇ ГЕМОТРАНСФУЗІЇ



Артеріо-венозні анастомози і кінчик лазерного провідника - А: до коагуляції і В: після коагуляції анастомозів



СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ

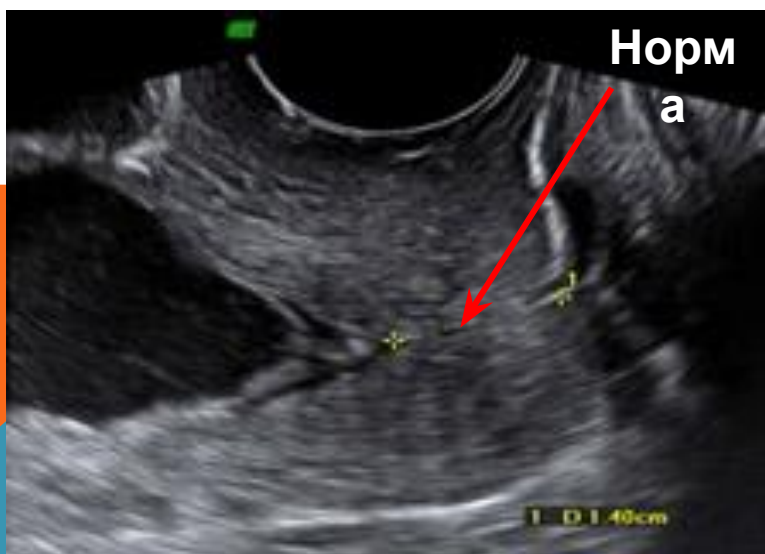
Оптимальні терміни планового розродження при БВ

Двійня			Трійня
Дихоріальна	Монохоріальна диамніотична	Монохоріальна моноамніотична	
37 – 38 тижнів	36- 37 тижнів	32 тижні	36 тижнів

Курс лекцій «Медична акушерська діагностика»

БАЗОВІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ

- ❑ Відвідування та особливість ведення вагітних в жіночій консультації без ускладнень та з групи високого ризику при БВ;
- ❑ Скринінг (фетометрія, доплерографія) при БВ;
- ❑ Гравідограма для БВ;
- ❑ Превентивна терапія (анемії, невиношування, преекламсії) у вагітних з БВ;



ВІДВІДУВАННЯ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ



- Вагітні без ускладнень:
 - 1 раз на місяць до 28 тижнів;
 - 2 рази на місяць до 34 тижнів;
 - 1 раз у 7-10 днів з 34 тижня.
- Загальна кількість відвідувань протягом вагітності -15-17.
- Вагітні з БВ високого ризику частота відвідувань ЖК має вирішуватися

ІНФОРМУВАННЯ ВАГІТНОЇ ПРИ КОНСУЛЬТАЦІЇ

- ❑ Жінка з БВ має бути проінформована про:
 - Особливості перебігу БВ;
 - Найбільш часті ускладнення БВ;
 - Особливості антенатального спостереження та необхідні лікувально-діагностичні



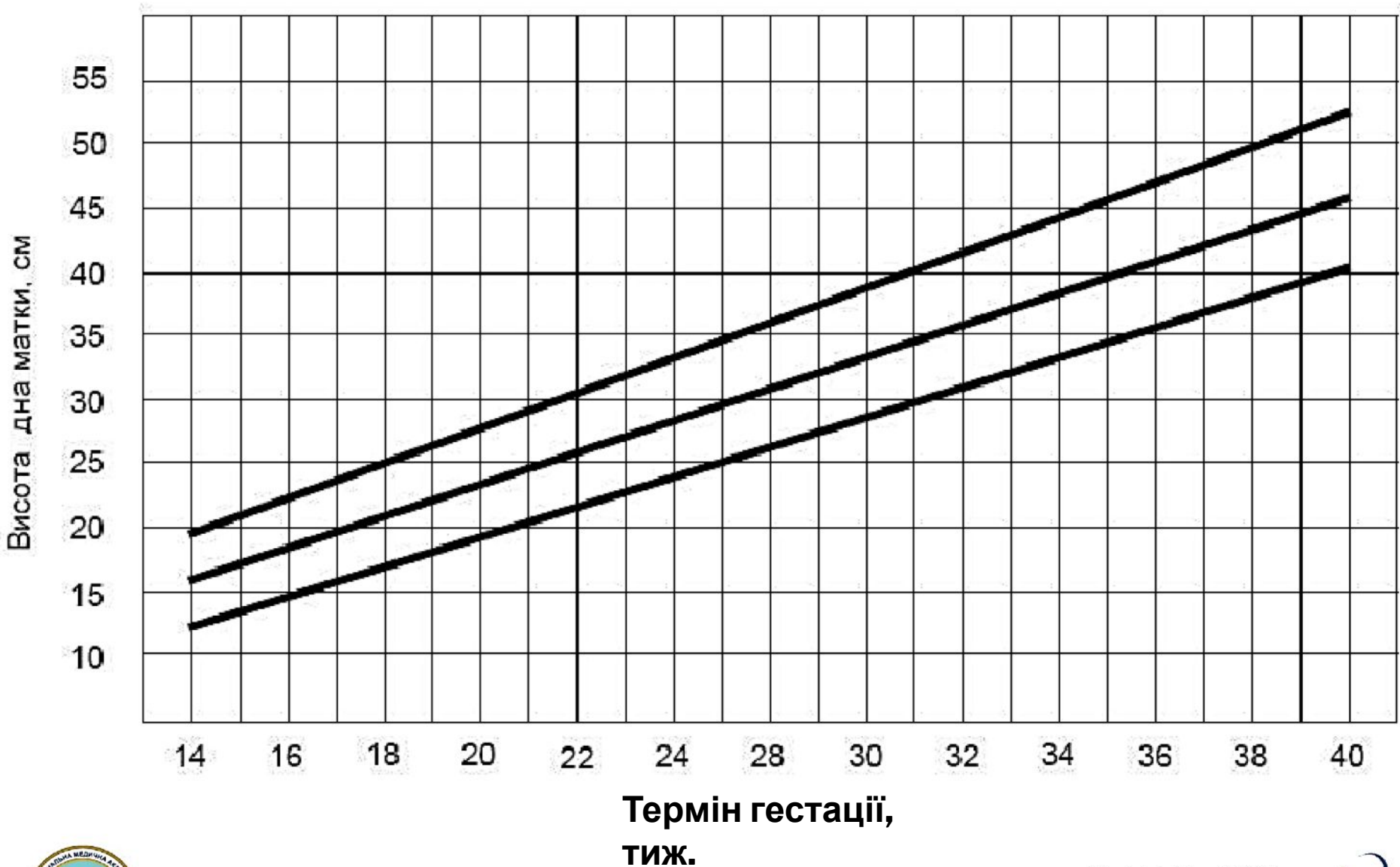
ДВІЙНЯ

- ❑ На заняттях «Школи Відповідального Батьківства» вагітні/подружні пари необхідно надавати інформацію про особливості перебігу пологів та догляду за двома новонародженими (грудне вигодовування та інш.)

СКРИНІНГ ПРИ БВ

- **Ультразвукове дослідження:**
 - **N°1 -10-13 тижнів вагітності;**
 - **N°2 - 20-22 тижня (діагностика структурних аномалій).**
- **Рутинний скринінг з урахуванням підвищеного ризику прееклампсії:**
 - **АТ, загальний аналіз сечі у 20, 24, 28 тижнів, потім раз у 2 тижні;**
 - **Визначення висоти стояння дна матки (ВДМ);**
 - **Ведення гравідограми для двійні.**
- **ВДМ (см)= Термін гестації (тиж.) + 10% від значення показника для терміну гестації**

ГРАВІДОГРАМА ДЛЯ БВ



ПРЕВЕНТИВНА ПРОТИАНЕМІЧНА ТЕРАПІЯ

Вагітним з БВ після 12-го тижня вагітності призначають превентивну протианемічну терапію

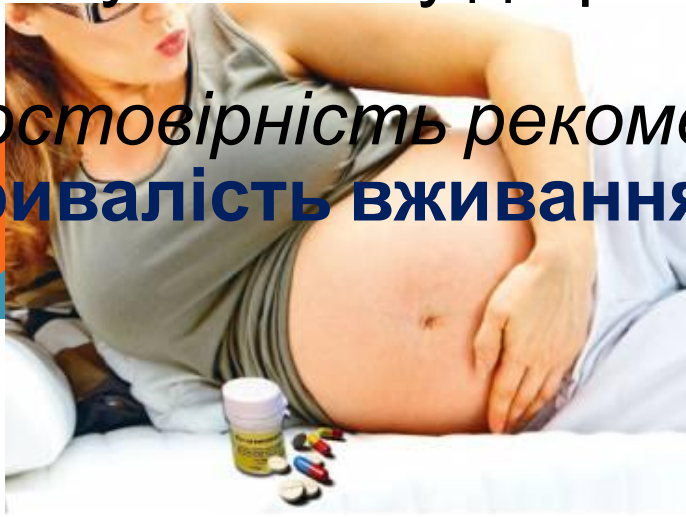
□ **Препарат заліза** в дозі **60-100** мг/добу
Достовірно знижує частоту виявлення рівня гемоглобіну 100 г/л та менше у пізніх термінах вагітності

Достовірність рекомендації А

□ **Фолієва кислота** - **400** мкг/добу
Знижує частоту дефектів нервової трубки на 72%

Достовірність рекомендації А

Тривалість вживання - 6 місяців



Ruano R., 2005
SWISS TPH



Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

ПРОФІЛАКТИКА ПРЕЕКЛАМПСІЇ ПРИ

БВ:

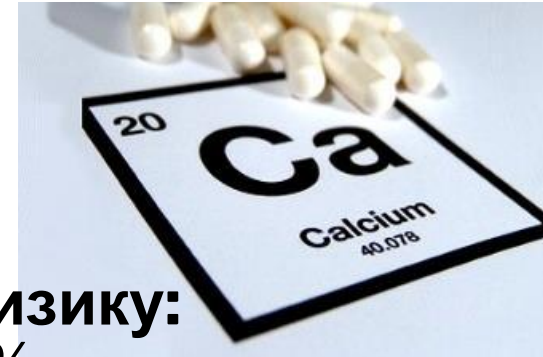
- ❑ Використання препаратів **Ca 1 г/добу** (у перерахунку на елементарний кальцій) починаючи з 16 тижнів вагітності

Достовірно знижує частоту:

- ❑ Гіпертензії - на 30%;
- ❑ Преєклампсії - на 52%.

Максимальний ефект в групі високого ризику:

- ❑ Частота преєклампсії знижується на 80%;
- ❑ Материнська захворюваність та смертність знижується на 20%.



- ❑ **Вживання низьких доз аспірину (50 - 150 мг/добу)** після 20 тижнів вагітності:

- ❑ Супроводжується достовірним зниженням частоти преєклампсії на 13% (A);
- ❑ Вживання низьких доз аспірину є доцільним у вагітних з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, вадами серця, протезами клапанів серця, тощо.



Ruano R., 2005
SWISS TPH



Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ПРИ БВ

❑ Ефективні заходи

Скринінг та лікування бактеріального вагінозу, трихомоніазу та кандидозу, включаючи безсимптомних жінок, знижує:

- ❑ частоту передчасних пологів на 45%;
- ❑ частоту народження дітей з малою масою тіла:
 - ✓ менше 2500 г - на 52%;
 - ✓ менше 1500 г - на 66%.

Рівень достовірності А

❑ Не ефективні, шкідливі або ефективність не доведена:

- ✓ госпіталізація та ліжковий режим;
- ✓ профілактичне призначення токолітиків;
- ✓ шов на шийку матки (підвищує ризик передчасних пологів при БВ більш ніж у 2 рази);
- ✓ прогестерон;
- ✓ навчання вагітних моніторингу за скоротливою



ТРАНСВАГІНАЛЬНА ЦЕРВІКОМЕТРІЯ

Трансвагінальна цервікометрія показана:

- вагітним групи високого ризику передчасних пологів;
- за наявності симптомів загрози передчасних пологів;
- за наявності вкорочення шийки матки за відсутності симптомів загрози передчасних пологів - при кожному УЗД в термінах від 26-го до 34-го тижня вагітності

Трансвагінальна цервікометрія не знижує вірогідність передчасних пологів

АЛЕ

- ✓ Дає можливість скерувати у належний заклад для розрод-ження;
- ✓ Своєчасно провести курс профілактики РДС.
 - В нормі довжина шийки матки у другому триместрі є від-носно постійною величиною і становить в середньому - **35 мм (але не менше 30 мм)**;
 - Чим менше довжина шийки матки, тим вище ризик передчасних пологів.



Ruano R., 2005
SWISS TPH



Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

ЦЕРВІКОМЕТРІЯ-ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

РЕЗУЛЬТАТИ (1)

	Довжина шийки матки < 25 мм	Довжина шийки матки >25 мм, але < 35 мм	Довжина шийки > 35 мм
Симптомів загрози ПП немає	<ul style="list-style-type: none">• Ризик передчасних пологів високий• III рівень<ul style="list-style-type: none">✓ Курс кортикостероїдів для профілактики РДС• II рівень<ul style="list-style-type: none">✓ Перша доза КС✓ Скерування на III рівень✓ Токолітики на час транспортування✓ Контроль довжини шийки матки щотижня	<ul style="list-style-type: none">• Ризик ПП підвищений• Оцініть наявність інших факторів ризику• Тактика може варіювати в діапазоні від «стандартне антенатальне спостереження» до «госпіталізація та курс кортикостероїдів»• Контроль довжини шийки матки кожні 2 тижні	<ul style="list-style-type: none">• Ризик ПП до 34 тижнів низький• Стандартне антенатальне спостереження



ЦЕРВІКОМЕТРІЯ-ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

РЕЗУЛЬТАТІВ (2)

	Довжина шийки матки < 25 мм	Довжина шийки матки >25 мм, але < 35мм	Довжина шийки матки > 35 мм
Наявні симптоми загрози ПП	<ul style="list-style-type: none">• III рівень<ul style="list-style-type: none">✓ Ведення згідно чинному клінічному протоколу «Передчасні пологи»• II рівень<ul style="list-style-type: none">✓ Гострий токоліз✓ Введення першої дози кортикостероїдів✓ Скерування на III рівень✓ Контроль довжини шийки матки щонайменше 1 раз на тиждень		<ul style="list-style-type: none">• Вірогідність успіху токолітичної терапії висока• Ведення згідно чинному клінічному протоколу «Передчасні пологи»• Контроль довжини шийки матки через 1 тиждень<ul style="list-style-type: none">– > 35 мм – контроль під час кожного планового УЗД– < 35 мм – контроль згідно таблиці



Ruano R., 2005
SWISS TPH



Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

СПЕЦИФІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ ДИХОРІАЛЬНОЇ ДВІЙНІ

Ведення дихоріальної двійні в залежності від термі-ну гестації:

- ❑ **УЗД (фетометрія) в 26, 30, 33, 36 тижнів:**
 - Визначення дискордантності росту плодів;
 - Цервікометрія (визначення симптомів загрози переривання вагітності).
- ❑ **34-36 тижнів: вибір способу розродження та так-тики ведення пологів;**
- ❑ **Елективні пологи у повних 37-38 тижнів (наймен-ший ризик перинатальної смертності й захворюва-ності для дихоріальної двійні у 36-38 тижнів)**

ФОРМУЛА ВИЗНАЧЕННЯ ДИСКОРДАНТНОГО РОСТУ ПЛОДІВ (ДРП)

- ДРП - це різниця між очікуваними масами плодів, виражена у відсотках
- Формула для визначення ДРП:

$$\text{ДРП} = \frac{\text{ПМ ВП} - \text{ПМ МП}}{\text{ПМ ВП}} \times 100\%;$$

ПМ ВП - предбачувана маса більшого плода;

ПМ МП - предбачувана маса меншого плода.

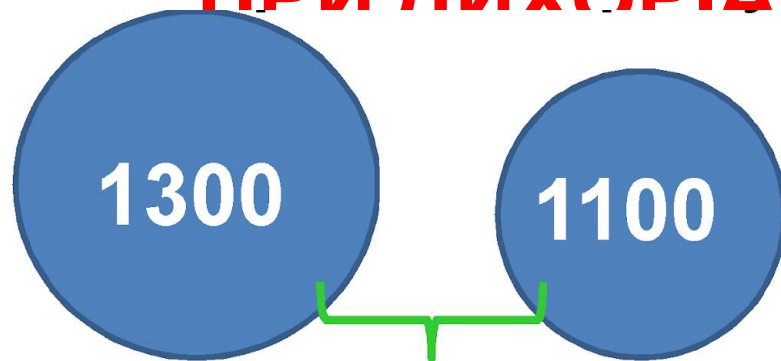


ДРП: КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

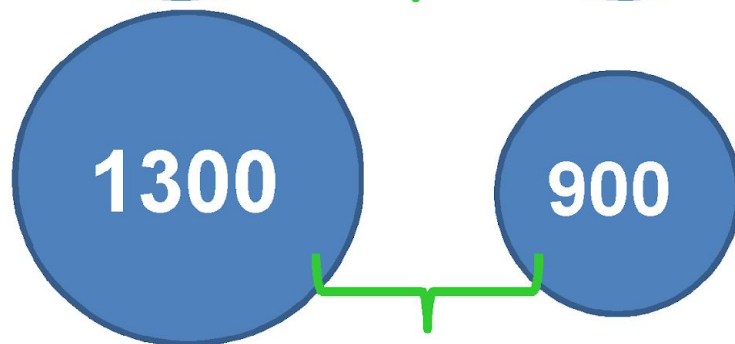
- ❑ Різниця у передбачуваних масах плодів (ПМП) менше 10% - **плоди конкордантні;**
- ❑ Різниця 10-20% - **фізіологічна дискордантність;**
- ❑ Різниця більше 20% - **патологічна дискордантність:**
 - ❑ Може підвищувати ризик перинатальних ускладнень
 - ❑ У разі появи у першому триместрі:
 - ✓ Може свідчити про **хромосомні аномалії;**
 - ✓ На 33% вище **ризик ЗВУР.**



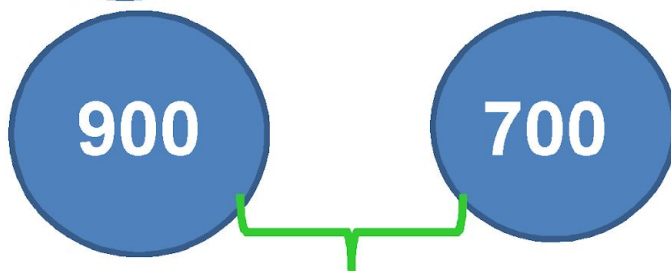
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКА ДРП ПРИ ЛИХОРИДПЬНІЙ ЛВІЙНІ



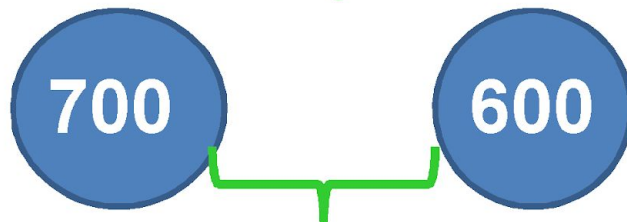
Дискордантність – **15%**
ЗВУР - **немає**



Дискордантність - **30%**
ЗВУР - **так**



Дискордантність – **22%**
ЗВУР - **так**



Дискордантність – **14%**
ЗВУР - **так, обидва**

Swiss TPH

Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse



СПЕЦИФІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ МОНОХОРІАЛЬНІЙ ДВІЙНІ

Ведення монохоріальної двійні в залежності від терміну гестації:

- **УЗД в динаміці** (комбінація УЗД у першому триме-стрі (**10-13 тижнів**) та у **16 тижнів**;
- у разі **неускладненого** перебігу вагітності УЗД має проводитись **кожні 2-3 тижня**, починаючи з **16 тижня** вагітності;
- **основна мета УЗД** між **16 і 24 тижнями** спрямовано на виявлення **МГВП** (малого плода невідповідаючого гестаційному віку), **дискордантний ріст (ДР)**, **СФФТ** (після **24 тижнів** вагітності перші ознаки **СФФТ** трапляються рідко);
- виявляє близько **58%** ускладнень з боку плода).

СПЕЦИФІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ МОНОХОРІАЛЬНІЙ ДВІЙНІ (ПРОДОВЖЕННЯ)

- вибір способу розродження та тактики ведення пологів у 32-34 тижні:
 - **якщо немає** показів для більш раннього розродження - розродження у повних 36-37 тижнів;
 - **при ризику** передбаченої антенатальної загибелі плода, навіть при неускладненій монохоріальній двійні (МД), який існує в 4,3% випадків – незважаючи на інтенсивність спостереження проводиться родорозрішення.

ТЕРМІНИ ПЛАНОВОГО РОЗРОДЖЕННЯ ПРИ БВ

Оптимальні терміни планового розродження при БВ

Двійня

Трійня

Дихоріальна

Монохоріальна
диамніотична

Монохоріальна
моноамніотична

37 – 38
тижнів

36- 37 тижнів

32 тижні

36 тижнів

Президент України Петро Порошенко



ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ВЕДЕННЯ БАГАТОПЛІДНИХ ПОЛОГІВ

- Вивчення анамнезу та особливостей перебігу вагіт-ності;
- Якомога більш точне визначення терміну гестації ;
- Акушерське УЗД;
- Визначення кількості плодів, положення та передле-жання кожного з плодів, життєздатність, кількість навколоплодових вод, візуалізація міжамніотичної мембрани, кількість плацент та їх локалізація;
- Обмеження перорального вживання рідини та їжі;
- Мобілізація вени (катетер не менше 16 €);
- Взяття крові для дослідження (вихідний



ОСОБЛИВІСТЬ РОЗРОДЖЕННЯ ПРИ БВ

Вибір методу розродження:

КР та вагінальні пологи

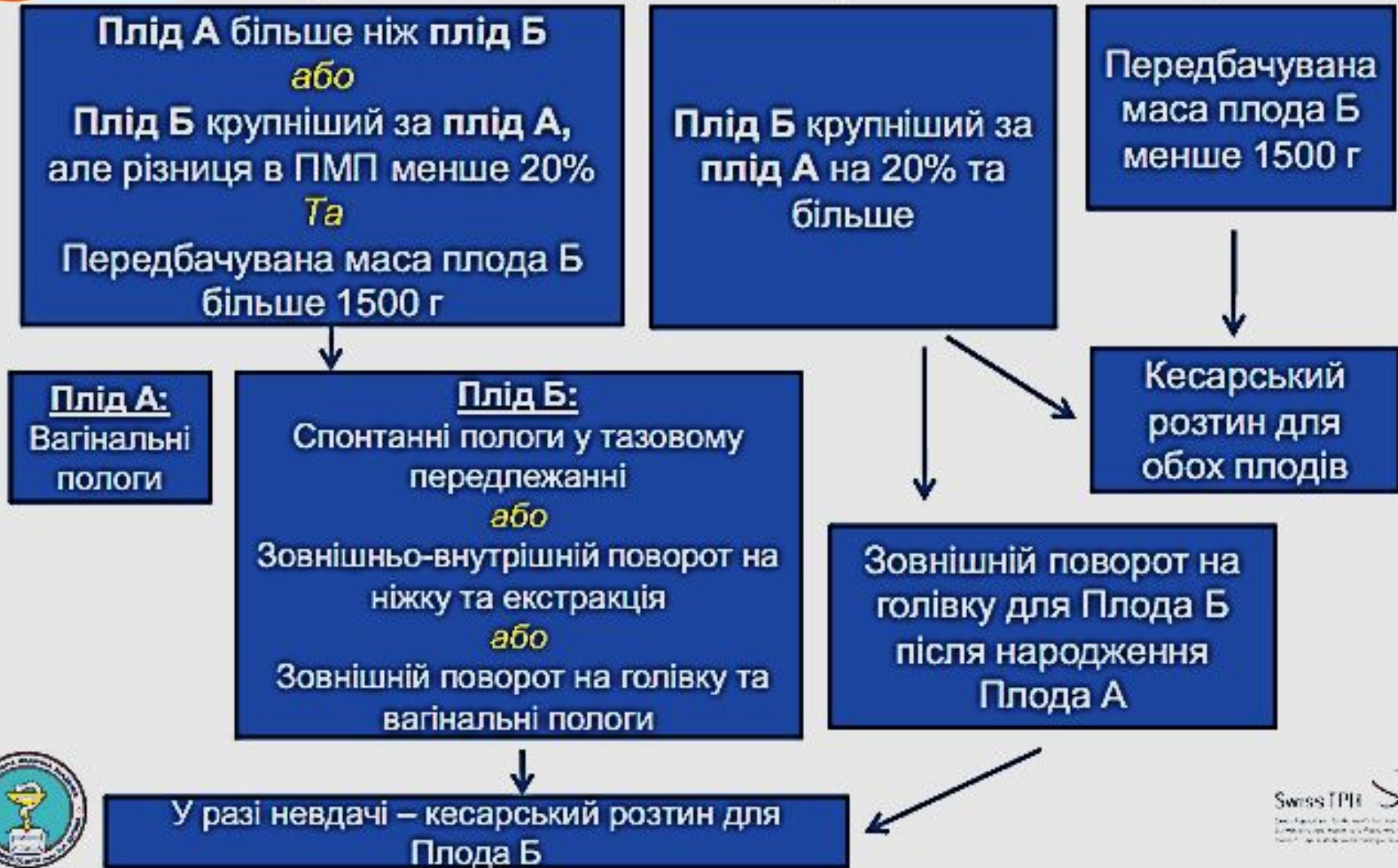
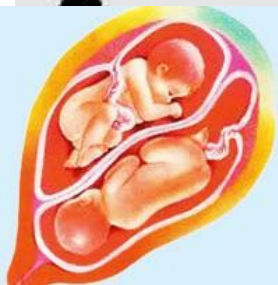


Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна



РОЗРОДЖЕННЯ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ ПОЛОЖЕНЬ ПЛОДІВ

Плід А головне / Плід Б не головне: Висновки



ОСОБЛИВІСТЬ ВЕДЕННЯ II ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ

ПРИ БВ

Ведення II періоду пологів (2)



Положення та передлежання плода Б

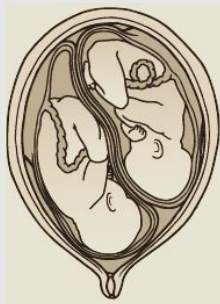
Поздовжнє
Головне або Тазове

Косе положення

Поперечне

Передлегла частина притиснута до входу в таз

Передлегла частина високо???



Амніотомія та інфузія окситоцину (за потреби)

Поворот плода на ніжку та екстракція

АБ
О

Поворот на голівку

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна



ОСОБЛИВІСТЬ ВЕДЕННЯ II ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ ПРИ БВ

(ПРОДОВЖЕННЯ)



Інтервал між народженням плодів (2)



Несприятливі наслідки для Плода Б	Інтервал між народженням плодів		
	< 15 хвилин	15-30 хвилин	> 30 хвилин
Ризик КР для другого плода			Більше у 5-8 разів
pH артеріальної пуповинної крові < 7,0	0%	5,9%	27%
Ризик комбінованих несприятливих наслідків*	Більше у 1,3 рази	Більше у 2,3 рази	Більше у ~ 1,8-2,0 рази

Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна



* - у порівнянні з Плодом А

ОСОБЛИВІСТЬ ВЕДЕННЯ ТРЕТЬОГО ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ ПРИ БВ:

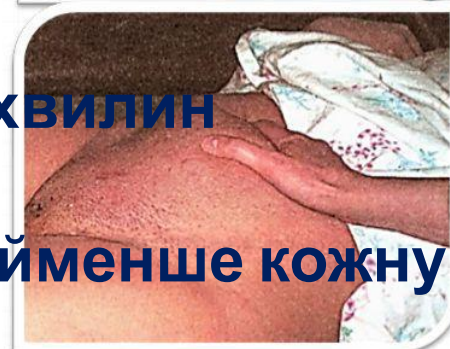
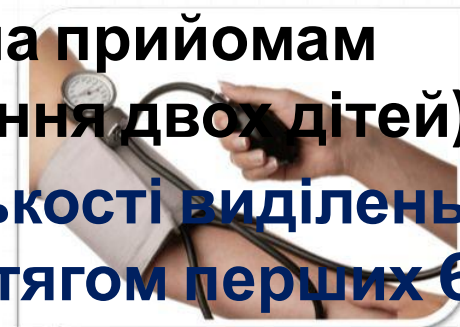
- ❑ Уточнення хоріальності;
- ❑ Після народження Плода Б обов'язковим є введення **10 ОД окситоцину в/м**;
- ❑ За наявності **дихоріальної двійні**, коли невідомо яка з плацент почне відділятися раніше, рекомендовано **уникати тракцій за пуповину** та використовувати **“очікувальну тактику”**;
- ❑ За наявності підтвердженої **монохоріальної двійні** - активне ведення III періоду пологів з проведенням **тракцій за обидві пуповини одночасно**.
- ❑ Ретельний **огляд плаценти** (плацент);

ОСОБЛИВІСТЬ ВЕДЕННЯ РАНЬОГО ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

- ❑ Спільне перебування матері та дітей;
- ❑ Раннє прикладання до грудей та грудне вигодовування (мати має бути навчена прийомам вигодовування двох дітей).

❑ Ретельний контроль тону мати, кількості виділень, пульсу, АТ, кольору шкіри та скарг протягом перших 6 годин після пологів:

- ❑ Перші 2 години - не рідше ніж кожні 15 хвилин
- ❑ Третя година - кожні 30 хвилин
- ❑ Четверта, п'ята та шоста години - щонайменше кожну годи-ну



КРИТЕРІЇ ВИПИСКИ ІЗ СТАЦІОНАРУ ПРИ БВ:

- Задовільний стан породіллі;**
- Нормальна температура тіла;**
- Нормальні пульс, АТ;**
- Відсутність патологічних виділень зі статевих шляхів;**
- Жінка проконсультована з питань післяполого-вої контрацепції, навчена навичкам грудного вигодовування та догляду за двома дітьми;**
- Жінка проконсультована щодо “загрозливих станів” (у себе та дітей) за появи яких слід негайно звернутися до лікарні**



ДЯКУЮ ЗА
УВАГУ!