

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КЗ КОР "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ"**

Освітньо-професійний ступінь: Фаховий молодший бакалавр

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Спеціальність: 223 «Медсестринство»

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Освітній компонент: «Медсестринство в акушерстві»

Методична розробка лекційного заняття з теми:

«Багатоплідна вагітність»

Підготувала викладачка
Тетяна КРАВЧЕНКО,
спеціаліст вищої категорії,
викладач-методист

РОЗГЛЯНУТО

на засіданні циклової комісії
клінічних дисциплін

Протокол № _____ від « _____ » _____ 2025

Голова комісії _____ Марія ШУЛЛА

Яготин

2025

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ

Тема лекції: Багатоплідна вагітність

Курс: 2, семестр 3

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Кількість навчальних годин: 2 години

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Багатоплідна вагітність належить до граничних станів в акушерстві, оскільки перинатальна смертність у 6—10 разів перевищує цей показник при вагітності одним плодом.

Зважаючи на велику кількість ускладнень під час вагітності і в пологах при багатоплідді, своєчасне розпізнання та проведення профілактичних чи лікувальних заходів приводять у кінцевому результаті до зниження материнської та перинатальної смертності.

2. МЕТА ЛЕКЦІЇ

а) Навчальна:

Для формування вмінь здобувач повинен знати:

1. Багатоплідна вагітність: перебіг, діагностика, особливості ведення вагітності та пологів.
2. Значення своєчасної діагностики та госпіталізації.

В результаті проведення заняття здобувач повинен уміти:

1. Охарактеризувати багатоплідну вагітність: перебіг, діагностика, особливості ведення вагітності та пологів.
2. Охарактеризувати значення своєчасної діагностики та госпіталізації.

б) Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність,
- спостережливість ,
- тактовність .
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

3. КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

Після вивчення освітнього компонента здобувачі освіти повинні оволодіти компетентностями:

Загальні компетентності (ЗК)

- ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.
- ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

- СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.
- СК. 3. Здатність до самоменеджменту у професійній медичній діяльності.
- СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.
- СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.
- СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
- СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

Програмні результати навчання (РН)

- РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
- РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.
- РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
- РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
- РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.
- РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
- РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.

РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги .

4. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ:

Освітній компонент	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючі) освітні компоненти: анатомія та фізіологія людини, фармакологія та медична рецептура, основи латинської мови з медичною термінологією, медсестринський догляд за пацієнтами та основи медичної маніпуляційної техніки, медсестринство у внутрішній медицині.	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, медичні препарати, медичну термінологію, методи обстеження, медсестринський догляд.	Вміти показати будову жіночих статевих органів, на таблицях, схемах, муляжах, фантомах, назвати необхідні медичні препарати, термінологію, зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження органів та систем, здійснювати медсестринський догляд.
2. Наступні компоненти (що забезпечуються): анестезіологія та реаніматологія, медсестринство у хірургії, медсестринство в гінекології,	Клінічні прояви патологій.	Визначати симптоми, проводити диференційовану діагностику захворювань.
3. Внутрішньопредметна інтеграція (теми даного компонента, з якими інтегрується той, що вивчається):	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, скарги, анамнез, проведення об'єктивного обстеження органів і систем; акушерський анамнез; акушерське обстеження; пологи, їх періоди; медичні препарати.	Зібрати акушерський анамнез; проводити огляд у дзеркалах, бімануальне піхвове дослідження; проводити зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження; проводити додаткові методи дослідження.

5. ПЛАН ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

№ з/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Цілі в рівнях абстракції	Тип лекції, методи і засоби активізації здобувачів, обладнання	Розподіл часу у %
1	2	3	4	5
	Підготовчий етап Визначення навчальних цілей і мотивація Основний етап План викладення лекційного матеріалу. 1. Багатоплідна вагітність: перебіг, діагностика, особливості ведення вагітності та пологів. 2. Значення своєчасної діагностики та госпіталізації. 3. Як вислуховувати серцебиття плодів. 4. Як скласти план ведення вагітності та пологів при багатоплідній вагітності.	аП аП аП аП	Тематична лекція із застосуванням наочності, ТЗН.	85-90 %
1.	2.	3.	5.	6.
	Заключний етап 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки здобувачів		Питання, проблеми і ситуації, задачі, тести, схеми, засоби наочності, технічні засоби навчання, навчальні посібники тощо. Перелік літератури, домашнє завдання: Акушерство: підручник / С.В. Хміль, Л.І. Романчук, З.М. Кучма. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2008. — 393-401 с.	15 хв.

6. ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

- а) структурно-логічна схема змісту теми;
- б) тези або конспект лекції:

БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ

Багатоплідною вагітністю (БВ) називають вагітність, за якої в організмі жінки розвивається два плоди або більше.

Багатоплідними пологам називають народження двох і більше дітей.

Багатоплідна вагітність та багатоплідні пологи знаходяться на межі між фізіологічними та патологічними станами (значно частіше виникають ускладнення).

Актуальність проблеми

За останні 15 років частота багатоплідних вагітностей значно зросла. На 50% збільшилась частота двієнь. На 400% збільшилась частота трієнь та більш плідних вагітностей.

За останні 5 років виявлено зростання питомої ваги багатоплідних пологів на 21,5%, а загальний приріст багатоплідних пологів за період з 1999 року склав майже 30%. Актуальність проблеми багатоплідної вагітності полягає у значній кількості ускладнень під час вагітності та пологів, зростанні питомої ваги кесаревого розтину, ускладнень післяпологового періоду, підвищеному рівні антенатальних втрат у різні гестаційні терміни, високій частоті неврологічних порушень у дітей, що вижили.

Материнська захворюваність зростає в 3-7 разів, а пов'язані з нею матеріальні витрати на медичну допомогу збільшуються більш ніж на 40%, у порівнянні з одноплодовою вагітністю та пологам.

Крім того, період госпіталізації пролонгується більш ніж у 6 разів, що приводить до підвищення ризику нозокоміальної інфекції.

Неонатальна захворюваність та смертність після багатоплідних пологів зумовлена переважно проблемами, які пов'язані з недоношеністю, та їхніми віддаленими наслідками, а також народженням дітей з малою масою тіла. У дітей, що народились від багатоплідних пологів ризик церебрального паралічу у 4 рази вищий (двійня) та у 17 разів вищий (трійня) ніж у дітей від одноплодових пологів. Ризик смерті дитини до одного року у 7 разів вищий, ніж при одноплодовій вагітності.

Частота

Частота багатоплідної вагітності становить 0,7-1,6% усіх пологів і має тенденцію до збільшення в усьому світі.

Hellin (1955p.):

- 1) Двійня народжується в одному випадку на 1:80 пологів;
- 2) Трійня — в $1:80 \times 80 = 80^2$ (6400);
- 3) Четверо близнят — в $1:80 \times 80 \times 80 = 80^3$ (512.000);
- 4) П'ять близнят – $1:80 \times 80 \times 80 \times 80 = 80^4$ (40.960.000) пологів;
- 5) Зрощені (сіамські) близнята — в 1 випадку на 10 млн пологів.

Близько 3/4 двійнят мають однакову стать, причому переважають хлопчики (хлопчиків — 45%, дівчаток — 30% випадків).

Сприяючі фактори

Фактори, що зумовлюють зростання частоти випадків багатоплідної вагітності:

1. Широке використання допоміжних репродуктивних технологій ЕКЗ і ПЕ
2. Часте використання гормональних препаратів як для лікування безпліддя, стимулювання овуляції (кломіфен, ХГТ), кісти яєчника, так і в якості контрацепції (ребаунд-ефект)
3. Вік жінки до 18 та більше 35 років.
4. Расовий фактор.
5. Спадковість.
6. Порушення ОМЦ.

Ймовірність багатоплідної вагітності зростає внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій. Так, у випадку індукції овуляції кломіфен-цитратом частота двійнят становить 6-8%, а внаслідок застосування екзогенних гонадотропних препаратів – 25-35%.

Якщо запліднення відбувається *in vitro* і в матку переносяться одночасно кілька фертилізованих яйцеклітин, частота багатопліддя досягає 35-40%.

Типи розвитку двоєнь

Виділяють два різновиди двійні: двояйцеву (дизиготну) і однайцеву (монозиготну).

Двояйцева (різноййцева, багатояйцева, двояйцеві, дизиготна) двійня розвивається в результаті запліднення кількох яйцеклітин одночасно, що дозріли в одному (дві яйцеклітини) чи кількох фолікулах одного або обох яєчників (поліовуляція), двома різними сперматозоїдами чи більше (зустрічаються у 70% випадків).

Запліднені яйцеклітини розвиваються незалежно одна від одної. Після імплантації у кожного ембріона утворюються свої амніон і хоріон, у подальшому кожний з ембріонів має свою плаценту, окрему систему кровообігу. У близнюків утворюються дві амніотичні, дві хоріальні оболонки і дві плаценти – біхоріальний тип плацентації.

Якщо імплантація яйцеклітин відбулася на значній відстані одна від одної, то краї плацент не дотикаються, кожний ембріон, крім хоріона й амніона, має свою децидуальну оболонку (decidua capsularis).

Якщо імплантація яйцеклітин відбулася на близькій відстані, то ембріони мають спільну децидуальну оболонку і краї їх плацент дотикаються. Перегородка між двома плодовими міхурами складається з двох амніонів (водних оболонок) і двох хоріонів (ворсинчастих оболонок). Проте, кожна плацента має окрему судинну систему.

Двояйцеві двійнята можуть бути однакової чи різної статі, з однаковою або різними групами крові, гено- і фенотипічна схожість у них як у братів, сестер чи як у брата і сестри.

Мал. Дизиготна (двояйцева) двійня: два хоріони, два амніони, дві плаценти.

Однояйцева (монозиготна) двійня (одна третина двосень) розвиваються із єдиної заплідненої яйцеклітини, котра в розділяється на два утворення, котрі в подальшому розвиваються у самостійні організми або в разі фертилізації кількома сперматозоонами багатоядерних яйцеклітин (поліембріонія).

Однояйцеві двійнята мають одну плаценту, а децидуальна оболонка у них спільна. Судини близнят з'єднуються численними анастомозами. Найчастіше перегородка між двома плодовими міхурами складається з двох амніонів, тобто кожний з плодів (близнят) має свій амніон (біамніотичні двійнята). Інколи амніон є спільним (моноамніотичні двійнята), в цьому випадку можливе народження зрощених (сіамських) близнят.

Однояйцеві близнята завжди однієї статі, мають однакову групу крові, гено- і фенотипічно ідентичні (100% спільних генів). Як правило, мають меншу масу тіла, і частіше, ніж у двоайцевих, спостерігається антенатальна загибель.

Розвиток монозиготної двійні залежновід часу поділу

Якщо поділ заплідненої яйцеклітини відбувається протягом перших 3-х днів після запліднення, то кожний ембріон має свої амніон і хоріон, тобто плодові оболонки будуть біамніотичними і біхоріальними.

Якщо поділ відбувся між 4-м і 8-м днями після запліднення, то кожний ембріон має мати свій амніон, але спільний хоріон (біамніотична і монохоріальна двійня).

Якщо поділ відбувся між 9-м і 12-м днями, тобто після розвитку амніона і хоріона, то утворюються моноамніотична і монохоріальна двійня.

Поділ після 12-го дня вже не буде повним, що призводить до розвитку зрощеної (сіамська) двійня (найчастіше зріщення відбувається грудними клітками, рідше — головним та тазовими кінцями).

Монохоріальна двійня (МХД), в порівнянні з дихоріальною (ДХД), супроводжується більш високим ризиком:

перинатальної смерті (11.6% при монохоріальній і 5.0% при дихоріальній),

внутрішньоутробної загибелі плода після 32 тижнів,

тяжкого дискордантного (несиметричного) розвитку плодів (дискордантність >20%),

некротизуючого ентероколіту.

При моноамніотичних двійнях зростає ризик внутрішньоутробної загибелі внаслідок порушення кровообігу при сплутуванні пуповин між собою з утворенням вузлів.

Перинатальна смертність при моноамніотичних двійнях може сягати 50-60%.

Мал. Монозиготна (однотайцева) двійня: два хоріони, два амніони, дві плаценти.

Мал. Монозиготна (однотайцева) двійня: один хоріон, два амніони, одна плацента.

Схема. Розвиток багатплідної вагітності.

A. Монохоріальна, диамніотична (МХДА) монозиготна двійня.

B. Монохоріальна, моноамніотична (МХМА) монозиготна двійня.

C. Дихоріальна, диамніотична (ДХДА) монозиготна двійня.

D. Монохоріальна, диамніотична МХДА) дизиготна двійня.

E. Дихоріальна, диамніотична ДХДА) дизиготна двійня.

Жорданія І.Ф. (1978 р.) вважає, що двотайцеві близнята народжуються у 10 р. частіше, ніж одотайцеві.

Гентер Г.Г. (1937 р.) двотайцеві близнята – 85%;

одотайцеві близнята – 15%.

Канаєв І. (1936 р.) двотайцеві близнята – 75%;

одотайцеві близнята – 25%.

Дифдіагностика

Одотайцеві близнята	Двотайцеві близнята
1. Одностатеві, дуже схожі.	1. Одностатеві або різностатеві, не завжди схожі.

2.Однакова група крові.	2.Однакова або різна група крові.
3.Мають спільну капсулярну і ворсисту оболонки та окремі амніони.	3.Мають власну капсулярну і ворсисту оболонки та окремі амніони.
4.Перегородка складається з двох листків: амніон – амніон.	4.Перегородка складається з чотирьох листків: амніон+хоріон – хоріон+амніон.
5.Мають спільну плаценту з численними судинними анастомозами.	5.Мають різні плаценти: - віддалені; - злиті (рідко бувають анастомози).

Специфічні ускладнення багатоплідної вагітності

1. Синдром фето-фетальної трансфузії або синдром міжблизнюкового перетікання (СМП)

СФФТ – це скидання крові від одного плода (донора) до іншого (реципієнта) внаслідок незбалансованості плацентарно-плодового та внутрішньо-плацентарного кровообігу за наявності у плаценті великих артеріо-венозних анастомозів між судинними руслами обох плодів.

Частота СФФТ становить приблизно 5%-25% монохоріальних двісень.

СФФТ спостерігається виключно при МХД.

Плід-донор – один з плодів при СФФТ, від якого кров перетікає у судинне русло другого плода (реципієнта), при цьому у «донора» виникають гіповолемія, анемія, олігурія, маловоддя, затримка росту.

Плід-реципієнт - один з плодів при СФФТ, до судинного русла якого кров перетікає від другого плода (донора), при цьому у реципієнта виникають гіперволемія, поліцитемія, поліурія, багатоводдя, серцева недостатність, набряки.

При МХД анастомози між системами кровообігу обох плодів є завжди, але за наявності множинних судинних комунікацій всередині спільної плаценти СФФТ може й не виникнути, поки анастомозування збалансоване.

Клінічна картина СФФТ або СМП розвивається від 16 до 24 тижнів вагітності.

У плода-«донора» розвиваються анемія та гіповолемія, затримка росту та, як наслідок цього, відбувається зниження продукції

сечі нирками. Оскільки процес ковтання рідини не порушується, об'єм амніотичної рідини поступово зменшується.

У плода-«реципієнта» виникає гіперволемія. Внаслідок того, що механізму видалення надлишку крові немає (незбалансоване анастомозування!), плід-«реципієнт» намагається збільшити виділення рідини наскільки можливо (поліурія), що призводить до багатоводдя.

Оскільки при цьому не відбувається втрат білка та формених елементів крові, виникає поліцитемія та гіперосмолярність. За рахунок високого колоїдно-осмотичного тиску в крові плода-«реципієнта», рідина з крові матері активно потрапляє в судинне русло плода, що замикає порочне коло гіперволемія → поліурія → гіперосмолярність. Гіперволемія та поліцитемія призводять до серцевої недостатності та набряків у плода-«реципієнта».

Багатоводдя у плода-«реципієнта» супроводжується підвищенням тиску у його амніотичній порожнині з одночасним притисненням до стінки матки амніотичної порожнини плода-«донора» та судин його пуповини. За рахунок цього ще більше знижується надходження крові до плода-«донора». Такий стан має назву **«стиснутий близнюк»**.

Зменшення кількості навколоплідних вод у амніотичній порожнині плода-«донора» призводить до того, що міжамніотична мембрана щільно обгортає плід-«донор». Тому під час УЗД, особливо якщо вагітна звернулася до жіночої консультації з тяжким СФФТ запізно, може скластися помилкове враження, що двійня є моноамніотичною.

Наслідки СФФТ

- передчасні пологи, ПРПО
- відшарування плаценти
- загибель одного з плодів
- неврологічні порушення у плода, що вижив
- респіраторний та абдомінальний дискомфорт у вагітної

Діагностика СФФТ або СМП

Діагностика СМП ґрунтується на ультразвуковому дослідженні. СМП виникає тільки у МХД, за якою плоди мають однакову стать. Для своєчасного виявлення СМП усім жінкам з багатоплідною вагітністю, які мають монохоріальний тип плацентації (при двійні або при трійні), проводяться **контрольні УЗД щонайменше один раз на два тижні від 16 до 24 тижнів вагітності**.

Основною ознакою СМП є багатоводдя у плода-«реципієнта» (висота найбільшої вільної кишені (далі – ВНК) навколоплідних вод ≥ 80 мм) при одночасному маловодді плодадонора (ВНК навколоплідних вод ≤ 20 мм).

Лікування СМП або СФФТ

Перинатальна смертність у разі нелікованого СМП може сягати 80-100%, особливо у разі появи симптомів до 20-го тижня вагітності.

- вичікувальна тактика та розродження.
- амніоредукція. Амніоредукція полягає у проведенні пункції амніотичної порожнини плода-«реципієнта» та видалення надлишку амніотичної рідини. амніоредукція з септостомією.
- амніоредукція може поєднуватися з септостомією. Септостомія – це формування штучного отвору у міжамніотичній мембрані. Виконується під контролем УЗД тією ж самою голкою, якою проводиться амніоцентез.
- лазерна коагуляція судинних анастомозів.
- селективний фетоцид. Підґрунтям для селективного умертвіння (фетоциду) одного з плодів («донора» чи «реципієнта»), стан якого є критичним, є мета зберегти життя іншого плода.

Техніка фетоциду шляхом оклюзії пуповини плода, який помер чи помирає - перев'язка, біполярна чи монополярна коагуляція, радіочастотна абляція.

Фото. Результат селективного фетоциду (умертвіння) одного з плодів при монохоріальній двійні.

Радіочастотна абляція пуповини проведена в терміні 20+5 тижнів.

Джерело: <http://synapse.koreamed.org>

Специфічні ускладнення багатоплідної вагітності

2. Дискордантний ріст плодів.

Невідповідний ріст плодів (НРП) – це різниця між передбачуваними масами та розмірами плодів, виражена у відсотках.

Фото. Трансфузійний синдром двійнят: відмінність однайцевих близнят.

Плід-реципієнт ліворуч, розвинений відповідно терміну гестації, плід-донор із ознаками глибокої дистрофії - праворуч.

3. Малий для гестаційного віку плід при БВ.

4. Внутрішньоутробна загибель одного з плодів (ВЗОП). ВЗОП – специфічне ускладнення багатоплідної вагітності, що зустрічається трапляється в середньому в 6% випадків (від 1,1% до 12,0%).

За терміном виникнення розрізняють такі форми ВЗОП:

феномен “зниклий близнюк” – на початку та в середині I триместру;
феномен “паперовий плід” (муміфікований плід) – наприкінці I та на початку II триместру;
ВЗОП, що може статися наприкінці II та у III триместрі.

Зниклий близнюк (vanishing twin syndrome) – ембріон, який загинув внутрішньоматково в I триместрі гестації (переважно до 10 тижнів вагітності) та згодом повністю або частково реабсорбувався материнським організмом.

Причинами цього феномену може бути неадекватна плацентація, тяжкі аномалії розвитку (пов’язані з повною відсутністю певних внутрішніх органів), летальні хромосомні аномалії та інші (часто невідомі) причини.

Визначити справжню частоту синдрому зниклого близнюка майже неможливо. Більшість цих станів може навіть клінічно не розпізнаватися або сприйматися як загроза переривання вагітності з кров’яними виділеннями. Деякі автори вважають що 10-12% одноплідних вагітностей починались як багатоплідні. Інші вказують, що частота цього синдрому коливається від 1 випадку на кожні 8 вагітностей до 6 випадків на кожні 100 вагітностей.

Паперовий плід (fetus papyraceous) – являє собою мацерацію плода внаслідок його ранньої (кінець I – початок II триместру) загибелі. При цьому плід, що загинув, стискається зростаючим амніотичним міхуром живого плода, відбувається дегідратація та часткова реабсорбція компонентів плідного яйця, що не розвивається.

Може зустрічатись як при МХ так і при ДХ двійнях.

Справжня частота невідома. Деякі автори вказують таку частоту - 1 на 184 двієнь (0,54%).

Діагностика багатоплідної вагітності

До впровадження УЗД в акушерську практику діагноз багатоплідної вагітності нерідко встановлювали на пізніх строках або навіть під час пологів. Для розробки правильної тактики ведення вагітності та пологів при багатоплідності вирішальне значення має рання діагностика

багатоплідної вагітності та своєчасне і правильне визначення хоріальності (кількість плацент).

В сучасному акушерстві найбільш точний і ранній діагноз багатоплідної вагітності ґрунтується на даних УЗД - ультразвукового дослідження.

При використанні трансвагінального датчика діагностика двійні можлива з 6-го тижня вагітності;

при використанні трансабдомінального датчика — з 10-го тижня.

Клінічні ознаки

1) не відповідне до гестаційного віку плода збільшення розмірів матки (понад 4 см) з 14-16 тижня; (диференціація проводиться з великим плодом, міхурцевим занеском, багатоводдям);

2) значне збільшення маси тіла вагітної без зв'язку з набряками, розвитком гестозу і збільшенням вживання їжі;

3) багатоводдя,

4) підвищений тонус матки;

5) відчуття матір'ю збільшеної активності плода в різних ділянках матки;

6) ранній розвиток пізнього гестозу, залізодефіцитної анемії;

7) пальпація в матці трьох або більше великих частин і великої кількості дрібних,

8) невеликі розміри передлеглої частини при високому стоянні дна матки та великому об'ємі матки;

9) одночасне вислуховування серцебиття двох плодів із різницею понад 8 ударів за 1 хв, асинхронного з материнським, особливо з «зонами мовчання» між ними;

10) УЗД – багатопліддя;

11) рентген – дослідження (після 20 тиж.);

12) обвід живота більше 110 см;

13) високе стояння дна матки в кінці вагітності;

14) бувають не постійні та не досить вірогідні ознаки:

- заглибина в ділянці дна матки (сідлоподібна матка);

- поздовжня заглибина;

- горизонтальна борозна;

15) ФКГ та ЕКГ плодів.

Лабораторні дослідження

1) аномальне підвищення рівня материнського хоріонічного гонадотропіну, альфа-фетопротеїну;

2) зниження рівня материнського гемоглобіну й зменшення гематокритного числа, гіперволемія;

3) зростання частоти порушень толерантності до глюкози.

Ускладнення

Багатоплідна вагітність ставить до організму матері підвищені вимоги і має тяжчий перебіг, ніж одноплідна (велике напруження всіх органів та систем).

Ускладнення багатоплідної вагітності з боку матері

- 1) невиношування, загроза переривання вагітності 25-60% багатоплідних вагітностей (передчасні пологи найчастіше у 34-37 тиж.). Внаслідок зростання кількості плодів тривалість вагітності зменшується. При двійні розродження відбувається, якщо немає ускладнень, близько 37-го тижня вагітності; з кожним додатковим плодом тривалість вагітності зменшується в середньому на 4 тижні.
- 2) анемія у 40%;
- 3) ранній та пізній гестоз (у 4 рази частіше), особливо важко перебігає при дизиготних близнюках(прееклампсія різних ступенів тяжкості);
- 4) передчасний розрив плодових оболонок
- 5) передлежання плаценти
- 6) передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- 7) аномалії пологової діяльності
- 8) гіпотонічна післяпологова кровотеча
- 9) низька маса тіла (вагітність переривають)
- 10) гестаційний діабет
- 11) утруднення діяльності серця (зміщення діафрагми дном матки – задишка)
- 12) розширення вен нижніх кінцівок
- 13) часті позиви до сечовипускання
- 14) пієлонефрит.

Ускладнення багатоплідної вагітності з боку плодів

- 1) затримка внутрішньоутробного розвитку обох (маса плодів у 40-60% випадків не перевищує 2500 г.); різниця між масою у плодів не перевищує 200-300 г.), або одного із плодів, аж до його загибелі (муміфікації);
- 2) вроджені вади розвитку
- 3) синдром міжблизнюкового перетікання

- 4) патологія пупкового канатика
- 5) багатоводдя одного із плодів (іноді маловоддя іншого плода - характерна ознака багатопліддя);
- 6) підвищена анте-, інтра- й неонатальна смертність
- 7) нерівномірний розвиток двійнят;
- 8) дистрес плодів;
- 9) аномалії положення плодів (у 16 разів частіше) – головне передлежання обох плодів (понад 40% випадків двійні); потиличне передлежання одного плода становить близько 40%, відмінне від потиличного передлежання одного плода — близько 20% випадків;

Специфічні ускладнення

- 1) синдром фето-фетальної трансфузії
- 2) дискордантний рост плодів
- 3) ЗВУР (затримка внутрішньоутробного розвитку плодів)
- 4) маса тіла двійнят, які народилися у своєчасно, менша, ніж при одноплідній вагітності
- 5) загибель одного з плодів (нерівномірне кровопостачання плодів, синдром обкрадання)
- 6) вади розвитку плода
- 7) сіамські близнюки (зрощена двійня).

Ведення багатоплідної вагітності

Акушерська допомога жінкам з БВ має надаватися тільки лікарем-акушером-гінекологом.

Лікування ускладнень БВ у закладах III рівня.

Відвідування жіночої консультації. Візит+УЗД:

Дихоріальна діамніотична двійня: 11-13, 20, 24, 28, 32, 34-візит без УЗД, 36, 37 - розродження.

Монохоріальна діамніотична двійня: 11-13, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 32, 34, 36 - розродження.

Монохоріальна моноамніотична двійня: 11-13, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 32 - розродження.

УЗД

Оптимальний термін проведення першого УЗД **11 тижнів + 0 днів – 13 тижнів + 6 днів**

Під час першого УЗД, якщо КТР більшого плода становить 45 – 84 мм, необхідно:

- діагностувати БВ;
- підтвердити життєздатність;
- встановити термін вагітності;
- визначити хоріальність (якщо хоріальність точно встановити не вдається або діагноз сумнівний, УЗД має бути проведене більш кваліфікованим фахівцем без зволікання, точність визначення хоріальності вища до 14 тижнів вагітності, аніж після 14 тижнів);
- провести розрахунки особистих ризиків синдрому Дауна та трисомій 13,18 (на підставі УЗД та показників ХГЧ та РАРР-А).

За наявності монохоріального типу плацентації (двійня або трійня) у термін вагітності з **16 до 24 тижня УЗД має проводитись один раз на два тижні з метою своєчасного виявлення ознак СМП.**

Для пошуку можливих структурних аномалій плодів усім вагітним з БВ має бути проведено **УЗД в терміні 20 тижнів + 0 днів – 20 тижнів + 6 днів.**

При БВ структурні аномалії плода (особливо **вади серця**) виникають частіше, ніж при одноплідній вагітності.

Рекомендації стосовно способу життя та харчування:

- 1) фолієва кислота до 12 тижнів в стандартному режимі для профілактики дефектів невральної трубки плода;
- 2) враховуючи підвищений ризик анемії, проведення ЗАК додатково 20-24 тижні. Контрольний аналіз крові в 28 тижнів;
- 3) збагачення раціону препаратами заліза вагітній у разі її поганого харчування або дотримання вагітною вегетаріанської дієти (для профілактики гіпоксії плода).

Обмежують сіль, рідину, жирне, смажене для профілактики гестозів.

Діагностика та профілактика прееклампсії

- 1) вимірювання АТ та дослідження сечі на наявність протеїнурії (клінічний аналіз сечі або експрес-тест-смужка) під час кожного візиту до ЖК;
- 2) приймання 75-150 мг аспірину щодня, починаючи з 12 тижнів вагітності до розродження, якщо є фактор ризику:

- перша вагітність;
- вік – 40 років або більше;
- інтервал між вагітностями понад 10 років;
- ІМТ – 35 кг/м² або більше при першому візиті в жіночу консультацію;
- прееклампсія в родині.

Найбільша ефективність аспірину спостерігається у разі початку прийому до 16 тижнів та при вживанні перед сном.

Прогнозування передчасних пологів

1) спостереження за довжиною шийки матки шляхом трансвагінальної ультразвукової цервікометрії. Вимірювання довжини шийки матки проводиться під час кожного УЗД.

Довжина шийки матки ≥ 35 мм у терміні 24-26 тижнів свідчить про низький ступінь ризику пологів до 35 тижнів.

Довжина шийки матки < 25 мм при БВ супроводжується збільшенням ризику мимовільних передчасних пологів до 32 тижнів вагітності у 6,9 – 9,6 разів.

2) імунохроматографічні тести для виявлення в цервікальному слизі біохімічних маркерів передчасних пологів лише в комбінації з трансвагінальною ультразвуковою цервікометрією.

Профілактика передчасних пологів

1) всім жінкам з БВ при першому відвідуванні та за показами має бути проведено бактеріоскопічне дослідження вмісту піхви та, у разі виявлення, лікування бактеріального вагінозу, трихомоніазу та кандидозу.

2) шов на шийку матки або встановлення шийкового песарію не слід використовувати для профілактики передчасних пологів.

3) профілактичне призначення бета-міметиків (per os) та рутинне профілактичне призначення прогестерону при БВ не рекомендуються.

Профілактика респіраторного дистрессиндрому (РДС) плода

1) проводиться кортикостероїдами за тими самими показаннями та за тією самою схемою, що й при одноплідній вагітності.

2) повторний курс, якщо від попереднього минуло більше 7 діб та знову з'явилися симптоми загрози передчасних пологів чи планується дострокове розродження.

Тактика при внутрішньоутробній загибелі одного з плодів (ВЗОП)

Необхідність негайного розродження у більшості випадків зумовлена станом матері та/або живого плода.

Необхідність пролонгування вагітності у більшості випадків зумовлена малим терміном гестації та ризиком неонатальних ускладнень, які пов'язані з недоношеністю.

Якщо немає протипоказань до виношування, вагітність продовжується до:

- якомога більшого терміну вагітності;
- появи показань до розродження з боку матері та/або плода.

Тактика при ВЗОП при ДХД

ВЗОП при ДХД сама по собі не є показанням до розродження. Після виключення материнських чинників ВЗОП та визначення задовільного стану живого плода в терміні < 34 тижнів показана очікувальна тактика.

Тактика при ВЗОП при МХД

1. У разі смерті плода на початку II триместру існує значний ризик пошкодження плода, що вижив. Необхідно обговорити з вагітною та членами її родини альтернативу переривання вагітності.

2. У разі загибелі плода після 25-27 тижнів, але задовго до терміну пологів, а плід, що вижив, виглядає неуразеним на УЗД, необхідно утриматись від діагностичних втручань, оскільки ризик від ускладнень у зв'язку з недоношеністю перевищує ризик неврологічних ускладнень та загибелі іншого плода.

Якщо розглядається питання розродження, необхідно провести курс профілактики респіраторного дистрес синдрому кортикостероїдами, стандартний курс (24 мг протягом 2 діб).

3. У разі загибелі плода після досягнення зрілості, але раніше фізіологічного терміну пологів (28-34 тижні):

1) коли стан плода, що вижив, не порушений, немає підстав у передчасному розродженні, особливо коли час, який пройшов після смерті іншого плода, невідомий;

2) якщо розглядається питання розродження, то необхідно провести курс профілактики респіраторного дистресссиндрому кортикостероїдами;

3) у разі загибелі плода після 34 тижнів або близько до терміну пологів лікар може обрати розродження замість продовження вагітності. Спосіб розродження визначається акушерською ситуацією.

Оптимальні терміни розродження при неускладненому перебігу

БВ

Двійня

- монохоріальна (діамніотична) двійня - 36-37 тижнів,
- дихоріальна двійня - 37-38 тижнів.

У разі подальшого пролонгування двійні, після 38 тижнів вагітності спостерігається зростання показників мертвонароджуваності та ранньої неонатальної смертності.

Слід не допускати пролонгування двійні до 40 тижнів гестації, оскільки це супроводжується різким підвищенням показника мертвонароджуваності.

Трійня

Близько 90% трієнь народжують передчасно внаслідок спонтанних передчасних пологів або передчасного розродження за показаннями.

Середній гестаційний вік на момент розродження трійні (спонтанного чи індукованого) становить 33 тижні.

У випадку, коли вагітність не має ускладнень та пролонгується, оптимальним терміном розродження слід вважати 36 тижнів гестації.

Клінічний перебіг пологів – може бути фізіологічним:

Розкривається шийка матки, розривається перший плодовий міхур, народжується перший плід.

Через 15 хв. – 1 год. (20-30 хв – оптимальна пауза між народженням плодів), за цей час матка пристосовується до своїх зменшених розмірів, посилюється ретракція, відновлюється родова діяльність. Розривається другий плодовий міхур, народжується другий плід.

Після народження другого плода від стінки матки відокремлюються обидва посліди й одночасно зганяються з родових шляхів.

Ускладнення пологів:

- передчасне та раннє відходження навколоплодових вод – у 60% випадків пологів;
- передчасні пологи;
- випадіння пуповини і дрібних частин плодів (внаслідок багатоводдя, неправильного положення і низької маси тіл плодів);
- аномалії пологової діяльності матки (первинна і вторинна слабкість пологової діяльності, дискоординувана пологова діяльність) – у 20-30 % випадків;
- затяжні I та II періоди пологів;
- інфікування в пологах;
- запізнілий розрив плодового міхура другого плода;

- самоповорот плода у поперечне положення після народження I плода;
- передчасне відшарування плаценти до або після народження першого плода;
- зміна положення (поздовжнє на поперечне) другого плода в матці, що потребує проведення акушерських операцій;
- зчеплення близнят (колізія) – внаслідок тазового (сідничного) передлежання одного плода і головного передлежання другого пологи можуть ускладнюватись одночасним опусканням у таз голів обох близнят, що може призвести до їх зчеплення (колізії двійнят), що потребує застосування плодоруйнуючих операцій;
- пологи часто ускладнюються дистресом обох плодів, гіпоксією плода, асфіксією новонароджених;
- мертвонароджуваність (перинатальна смертність підвищується в 4-5 разів);
- незважаючи на материнську гіперволемію, в разі багатоплідної вагітності післяпологова крововтрата може збільшуватися в 5 разів, нерідко виникає масивна гіпо- чи атонічна післяпологова кровотеча;
- в післяпологовому періоді внаслідок порушення скоротливої активності матки, анемії, тривалого та оперативного розродження, значної крововтрати зростає ризик післяпологових гнійно-септичних ускладнень (субінволюція матки, ендометрит).

Успіх розродження значною мірою залежить від типу передлежання плодів, їх гестаційного віку і досвіду лікаря. У разі потиличного передлежання першого плода, як правило, рекомендують піхове розродження. Бажано проводити пологи в операційній, в присутності другого акушер – гінеколога, лікаря-анестезіолога і педіатра-неонатолога (можливим є раптове виникнення показань до абдомінального розродження).

Розродження має бути дуже обережним, спрямованим на мінімізацію пологової травми, особливо у недоношених двійнят. Найчастіше причинами перинатальної смертності у випадку багатоплодової вагітності є незрілість плода, пологова травма, гостра асфіксія внаслідок надмірно активних маніпуляцій під час пологів.

Ведення пологів при багатоплідній вагітності

Медична допомога у пологах надається:

- 1) у закладах II рівня** – з неускладненою дихоріальною діамніотичною двійнею;
- 2) у закладах III рівня** – з ускладненою дихоріальною діамніотичною двійнею, ДХД та трійнею.

Запланований КР не може бути рекомендований як рутинний метод розродження всіх двієнь

Термін розродження

1) двійня:

- Дихоріальна діамніотична двійня – 37-38 тижнів
- Монохоріальна діамніотична двійня – 36-37 тижнів
- МХМА в термін повних 32 тижні шляхом КР після профілактики РДС кортикостероїдами

2) трійня: вагітність без ускладнень – 35-36 тижнів.

Показання до КР при БВ:

- двійня монохоріальна моноамніотична;
- трійня та більша кількість плодів;
- зрощені близнюки;
- поперечне положення першого плода;
- тазове передлежання першого плода;
- двійня у поєднанні з рубцем на матці;
- ЗРП одного чи обох плодів та/або порушення кровоплину в артерії пуповини;
- тазове передлежання другого плода при терміні вагітності 27-29 тижнів;
- двійня дихоріальна діамніотична в терміні вагітності понад 38 тижнів (двійня монохоріальна діамніотична в терміні понад 37 тижнів) при незрілості шийки матки та невдалій спробі підготовки пологових шляхів;
- невдала спроба зовнішньо-внутрішнього повороту другого плода при поперечному положенні після народження першого плода;
- двійня внаслідок допоміжних репродуктивних технологій та відмова від вагінальних пологів;
- інші акушерські показання.

Розродження залежно від положення плодів та передлежання:

Варіант: «Плід А головне/Плід Б головне» – рекомендовані вагінальні пологи;

Варіант «Плід А головне/Плід Б неголовне (тазове передлежання, косе або поперечне положення)» – можливі способи народження Плода Б:

- спонтанні вагінальні пологи у тазовому передлежанні (якщо положення плода Б після народження плода А є поздовжнім);
- зовнішньо-внутрішній поворот на ніжку;
- екстракція плода за тазовий кінець;
- зовнішній поворот на голівку з наступними вагінальними пологами;

- екстрений КР для плода Б (комбіновані пологи).

Вибір способу народження плода Б залежатиме від акушерської ситуації.

Ведення I періоду пологів

При поступленні роділлі у пологове відділення проведення УЗД.

На початку пологів катетеризація периферичної вени діаметр (14-18 G).

Ретельний моніторинг стану матері, плодів та прогресу пологів. Показники записують у партограму.

ЕФМ для спостереження за станом плодів обов'язково електронний фетальний моніторинг у періодичному або постійному режимі із записом на стрічку,

ВАД вагінальні дослідження проводяться **кожні 4 години**, якщо немає показань до частіших;

у разі відсутності адекватної динаміки розкриття шийки матки в активну фазу першого періоду пологів (менше 1 см/год), проводиться

Стимуляція пологової діяльності

- при слабкості скоротливої діяльності менше 3 переймів упродовж 10 хвилин, тривалістю менше 40 секунд, при задовільному стані матері та плодів показана стимуляція пологової діяльності окситоцином за тією самою схемою, що й при ОВ, з контролем стану плодів за допомогою безперервного ЕФМ;

- за відсутності ефекту від стимуляції (швидкість розкриття шийки матки менше ніж 1 см/год) через 2 години від її початку рекомендовано оперативне розродження.

Знеболення

- за бажанням жінки або за наявності відповідних показань,
- епідуральна аналгезія не протипоказана.

Ведення II періоду пологів

Другий та третій періоди пологів слід вести у присутності лікаря-анестезіолога та лікаря-неонатолога.

Для новонароджених готують два кювети.

1) вигнання Плода А:

- ретельний моніторинг стан матері та обох плодів (безперервний ЕФМ);

- прогрес пологів (перейми та просування передлеглої частини) оцінюється так, як і при одноплідній вагітності (ОВ);
- у ранній фазі II періоду вертикальне положення роділлі може сприяти просуванню передлеглої частини Плода А;
- пологодісилення окситоцином, епізіотомія, акушерські щипці, вакуум-екстракція плода проводяться за відповідними показаннями, як і при ОВ;
- у разі МХД пуповина Плода А має бути перетиснута одразу після народження для запобігання можливій втраті крові у Плода Б через існуючі судинні анастомози у плаценті;
- після народження плід А необхідно обгорнути в теплу пелюшку, перетиснути та перерізати його пуповину і передати лікарю-неонатологу для здійснення повного медичного огляду.

2) вигнання Плода Б:

- зупинити інфузію окситоцину одразу після народження плода А (якщо проводиться), доки не буде з'ясовано положення плода Б;
- провести зовнішньо-внутрішнє акушерське обстеження для уточнення стану плодового міхура, положення Плода Б, передлежання та рівня стояння передлеглої частини відносно до входу в малий таз. Може бути використане УЗД (особливо у жінок з ожирінням);

Тактика залежить від положення та передлежання Плода Б.

Плід Б у поздовжньому положенні:

- якщо передлегла частина (голівка або сидниці) притиснуті до входу в малий таз, слід провести амніотомію;
- якщо плід знаходиться у поздовжньому положенні, але передлегла частина не притиснута до входу в малий таз, слід зачекати 1-3 перейми, доки передлегла частина не притиснеться до входу в малий таз, і після цього зробити амніотомію;
- проводити безперервний ЕФМ;
- якщо раніше проводилась інфузія окситоцину, відновити її;
- якщо інфузія окситоцину не проводилась, необхідно зачекати появи спонтанних переймів;
- якщо протягом 10 хвилин після народження плода А спонтанні перейми не з'явилися, слід розпочати внутрішньовенну інфузію окситоцину.

Плід Б у косому або поперечному положенні:

- поворот на голівку або на тазовий кінець, голівка чи тазовий кінець знаходиться ближче до входу в малий таз;
- у разі виконання повороту Плода Б на ніжку проведення амніотомії не рекомендується. Необхідно розпочати пошук ніжки з цілим плодовим

міхуром. Головною метою подібної тактики є запобігання скороченню матки після амніотомії та фіксації плода у поперечному/косому положенні;
- під час виконання того чи іншого повороту плода необхідно проводити безперервний ЕФМ, бути готовим до екстреного КР та надання реанімаційної допомоги новонародженому.

Допустимий інтервал між народженням плодів:

- інтервал між народженням плодів з двійні до 30 хвилин є оптимальним;
- якщо після народження Плода А пройшло 30 хвилин, а Плід Б ще не народився, слід:
 - а) при задовільному прогресі пологів, при задовільному стані матері та плода пологи можна продовжити вести через природні пологові шляхи.
 - б) при незадовільному прогресі пологів (слабкість пологової/потужної діяльності, повільне або відсутнє просування передлеглої частини) – оперативне розродження (КР для Плода Б, екстракція плода за тазовий кінець, вакуум-екстракція, акушерські щипці).

Медикаментозне розслаблення шийки матки

Медикаментозне розслаблення матки/шийки матки може бути потрібним після народження Плода А, якщо:

- необхідно виконати поворот плода Б, а матка скоротилась;
- відбулося защемлення шийкою матки послідугою голови Плода Б.

З метою розслаблення матки/шийки матки використовують нітрогліцерин сублінгвально (спрей) або в/в в разовій дозі 200-400 мкг (загалом не більше 600 мкг). Дія препарату при сублінгвальному введенні (спрей) починається через 40-50 секунд. Маркером початку дії препарату є поява або збільшення тахікардії в роділлі.

Нітрогліцерин повинен використовуватись за відсутності протипоказань до його застосування та під контролем гемодинаміки роділлі (артеріальний тиск, пульс).

Комбіновані пологи

Комбінованими називають такі пологи, за яких Плід А народжується через природні пологові шляхи, а плід Б – шляхом КР.

Для комбінованих пологів характерні високі показники неонатальної захворюваності та смертності для Плода Б, тому медичний персонал повинен бути готовим до надання реанімаційної допомоги новонародженому (Плоду Б).

Показання до КР для Плода Б:

- відсутність прогресу у просуванні передлеглої частини внаслідок слабкості пологової діяльності, що не піддається медикаментозній корекції;

- невдала спроба зовнішнього повороту на голівку або зовнішньо-внутрішнього повороту на ніжку чи екстракції за тазовий кінець ізольовано або в поєднанні з:

- дистресом плода; - випадінням пуповини або дрібних частин плода;
- матковою кровотечею.

Ведення III періоду пологів

- активне ведення III періоду пологів з обов'язковим введенням утеротоніка (окситоцин),

- але без проведення тракцій за пуповину (пуповини);

- після народження посліду слід провести ретельну оцінку його будови для визначення / уточнення хоріальності та амніальності, пошук причин ускладнень вагітності (СМП, ЗРП та/або загибель плода).

Ведення раннього післяпологового періоду здійснюється у такому самому порядку, як і для одноплідної вагітності.

- спільне перебування матері та дітей (діти потребують старанного догляду);

- раннє прикладання до грудей та початок грудного вигодовування;

- ретельний контроль тонусу матки, кількості виділень, пульсу, АТ, кольору шкіри та скарг протягом перших 6 год після пологів:

- перші 2 год — не рідше ніж кожні 15 хв;

- 3-я година — кожні 30 хв;

- 4-а, 5-а, 6-а години — щонайменше кожну годину.

Критерії виписування зі стаціонару:

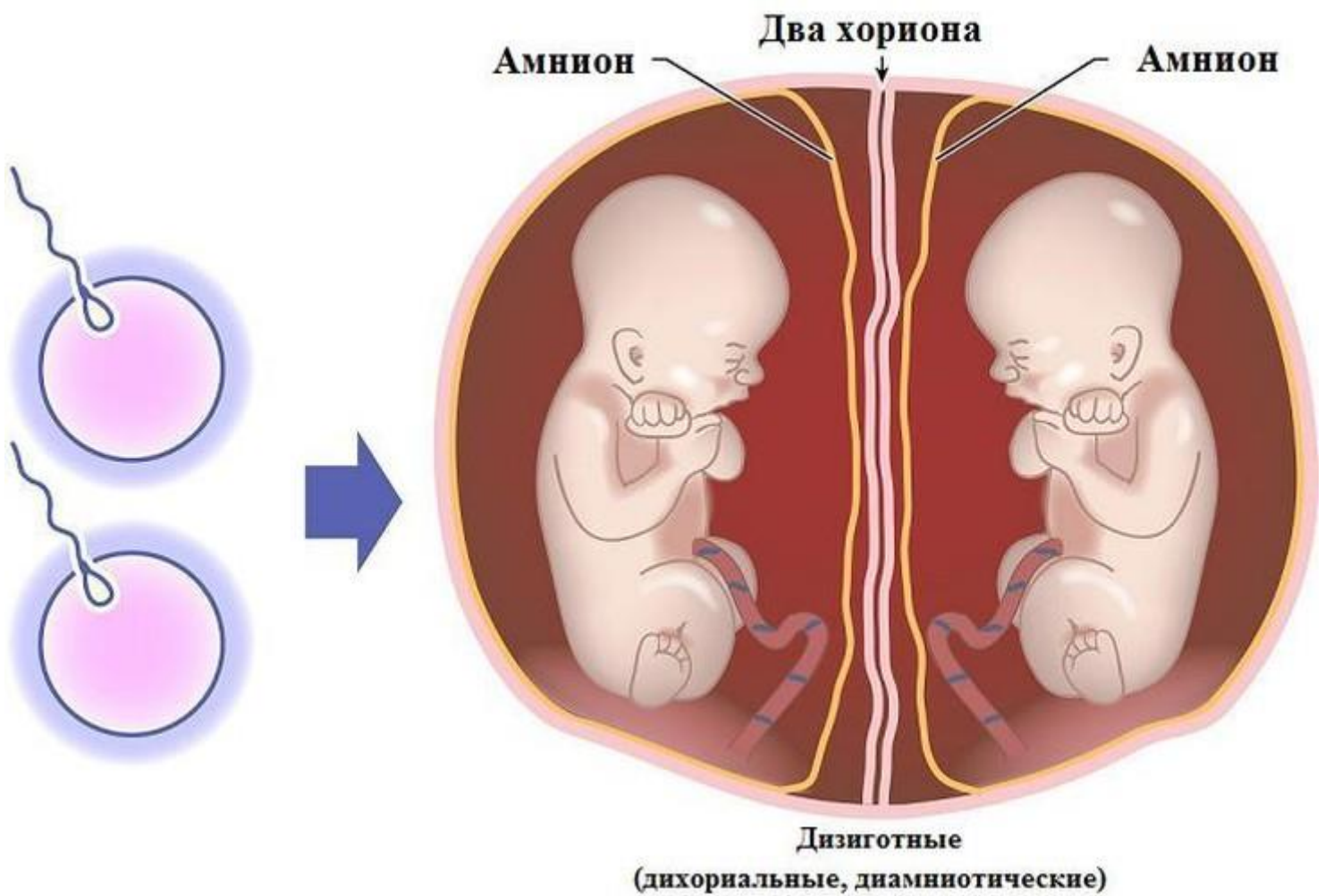
- задовільний стан породіллі (нормальні температура тіла, пульс, АТ);

- відсутність патологічних виділень зі статевих органів;

- проведення консультування породіллі щодо післяпологової контрацепції, навичок грудного вигодовування та догляду за двома дітьми;

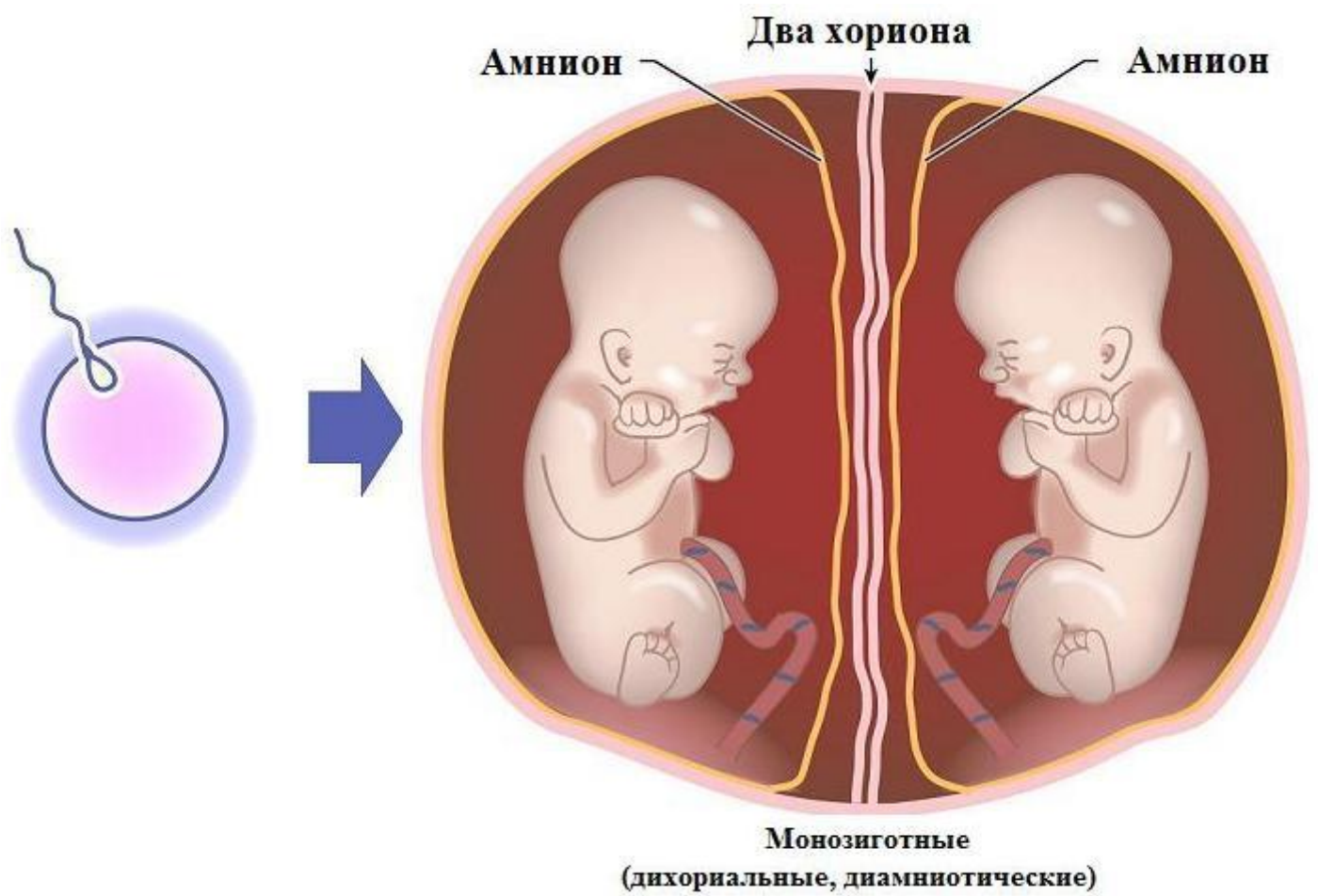
- жінка проконсультована щодо загрозливих станів (у себе та дітей), за появи яких слід негайно звернутися в лікарню.

ДОДАТКИ
Багатоплідна вагітність



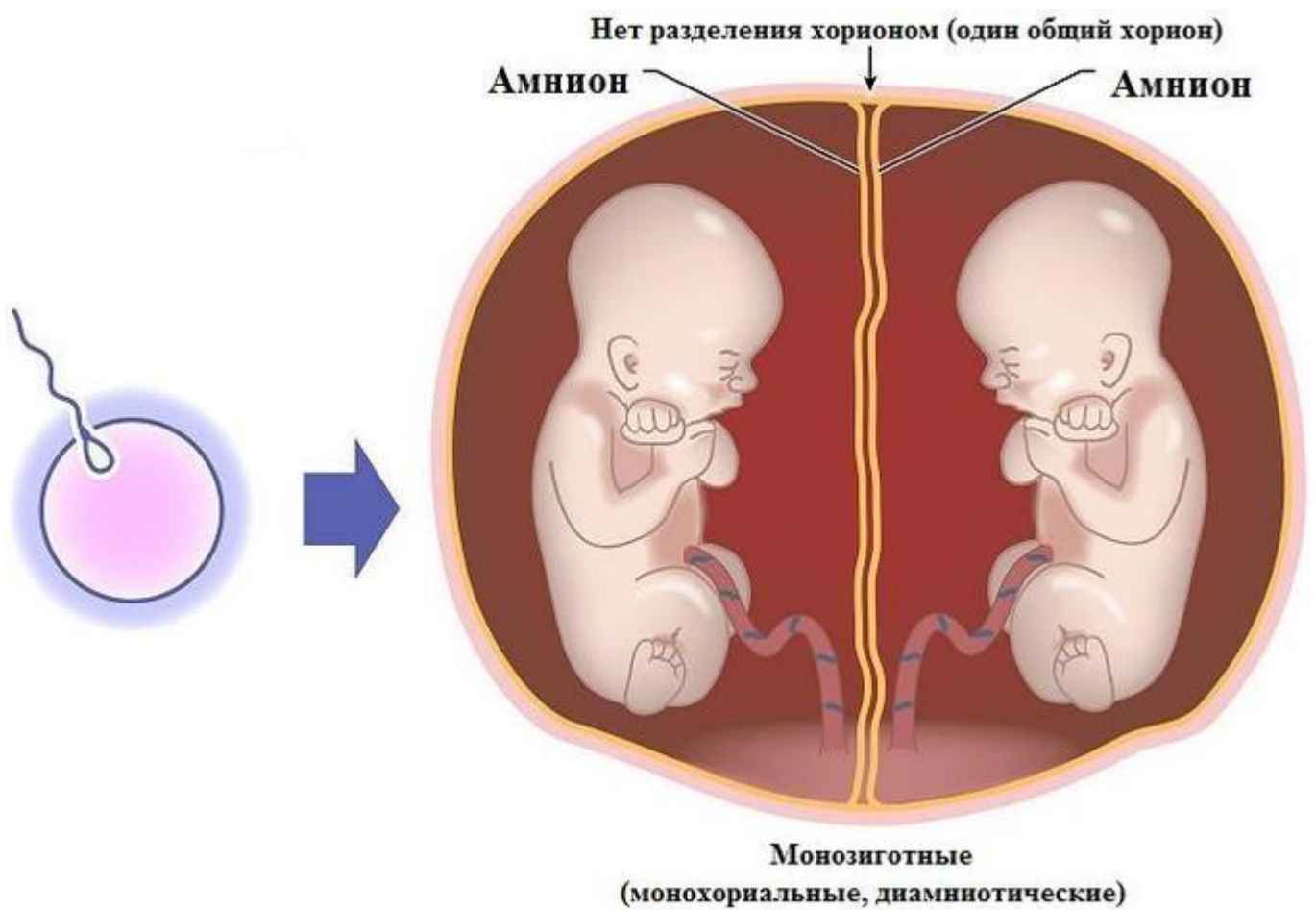
Мал. Дизиготна (двойцева) двійня: два хоріони, два амніони, дві плаценти.

Багатоплідна вагітність



Мал. Монозиготна (однойяцева) двійня: два хоріони, два амніони, дві плаценти.

Багатоплідна вагітність



Мал. Монозиготна (однойяцева) двійня: один хоріон, два амніони, одна плацента.

Багатоплідна вагітність

Таблиця. Розвиток однойайцевої (монозиготної) двійні залежно від часу поділу.

(джерело: USMLE. Step 2 СК. Obstetrics and Gynecology. Lecture Notes. Kaplan, 2013)

дихоріальна, диамніотична	0-3 доба
	морула
монохоріальна, диамніотична	4-8 доба
	бластоциста
монохоріальна, моноамніотична	9-12 доба
	ембріональний диск
з'єднана двійня	>12 доба
	ембріон

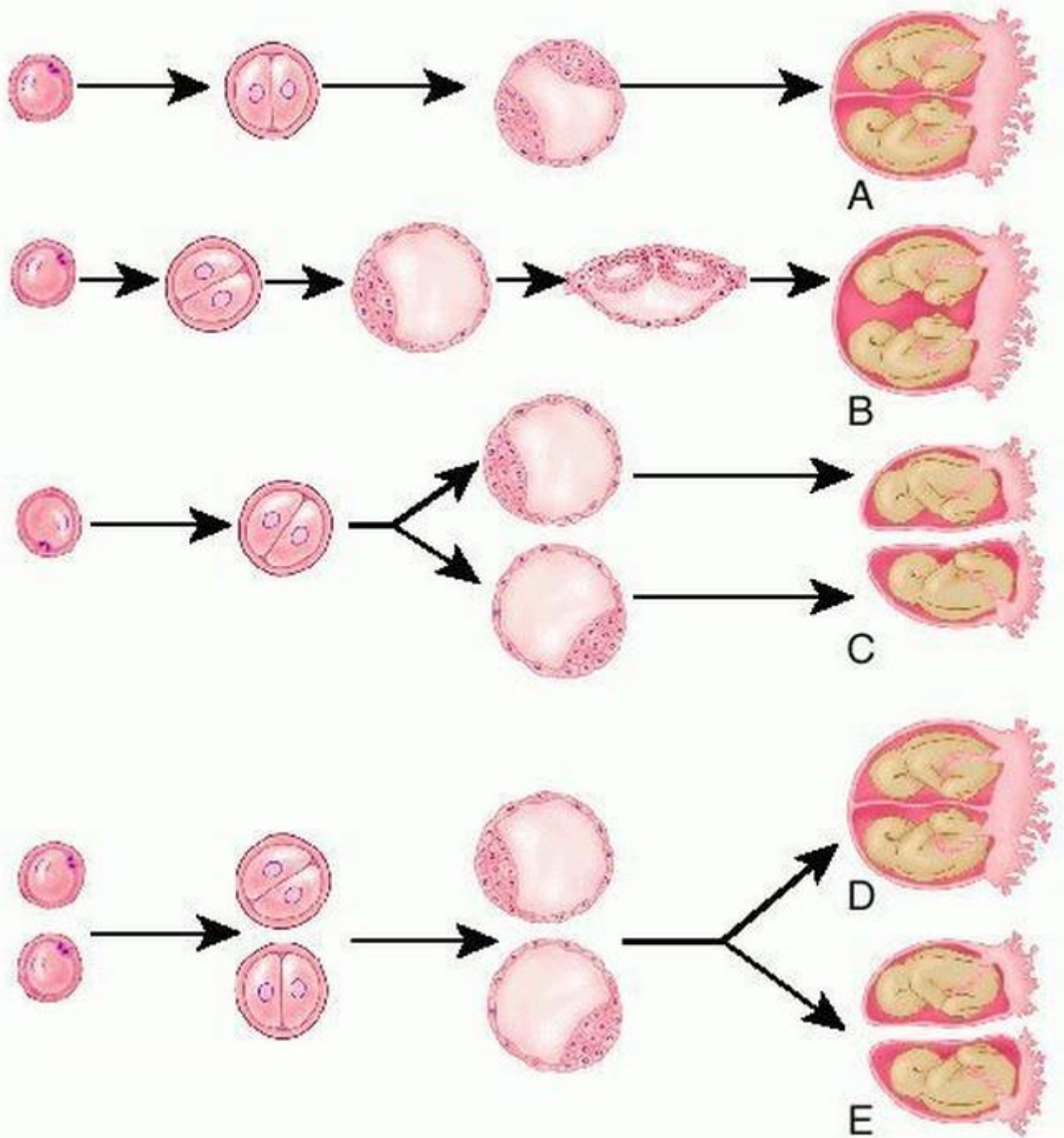
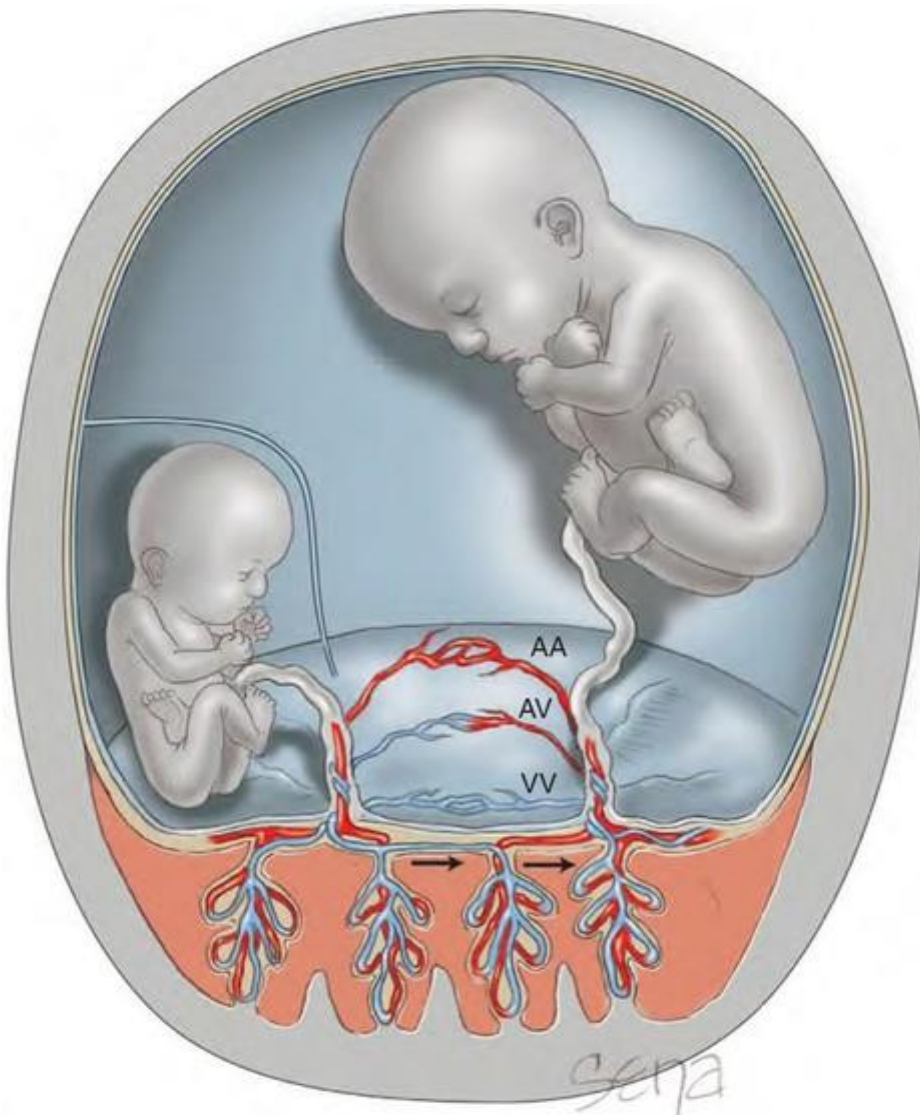


Схема.	Розвиток			вагітності.	
A.	Монохоріальна,	диамніотична	(МХДА)	монозиготна	двійня.
B.	Монохоріальна,	моноамніотична	(МХМА)	монозиготна	двійня.
C.	Дихоріальна,	диамніотична	(ДХДА)	монозиготна	двійня.
D.	Монохоріальна,	диамніотична	МХДА)	дизиготна	двійня.
E.	Дихоріальна,	диамніотична	ДХДА)	дизиготна	двійня.

Багатоплідна вагітність

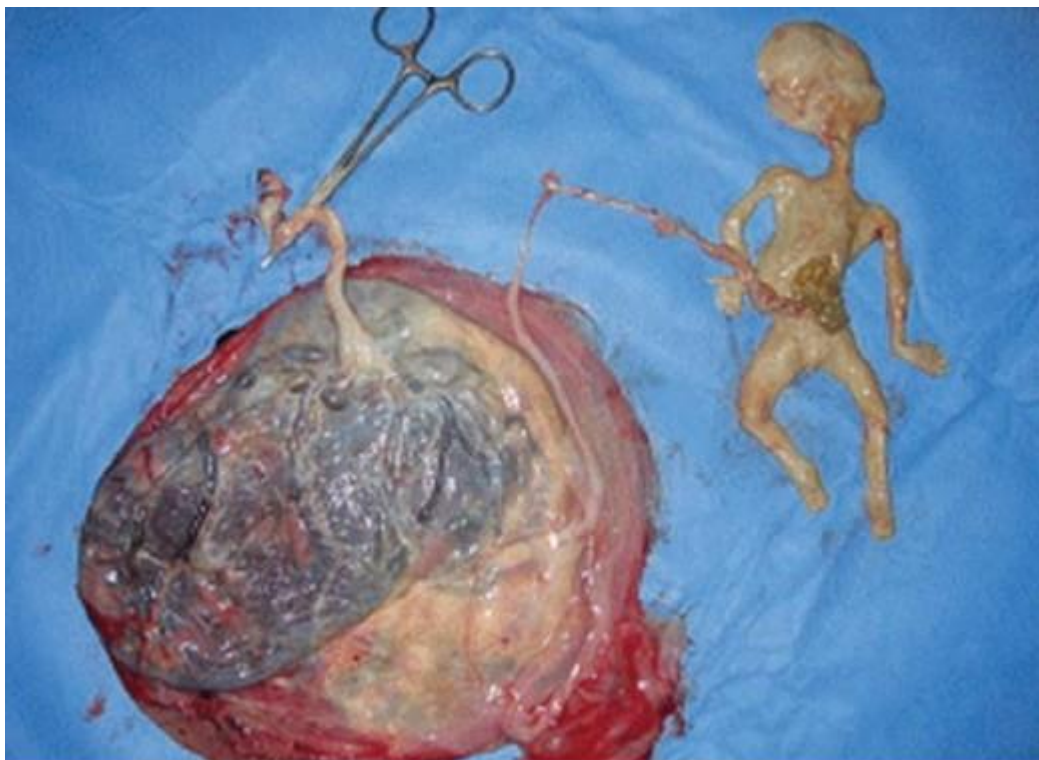


Мал. Синдром фето-фетальної трансфузії - наявність у плаценті великих артеріо-венозних анастомозів між судинними руслами обох плодів.

Джерело: Williams OBSTETRICS, 24th edition, 2014.
Cunningham F. Gary, MD

Клінічна картина СФФТ або СМП розвивається від 16 до 24 тижнів вагітності.

Багатоплідна вагітність



Copyright © 2009 The Korean Academy of Medical Sciences

Фото. Результат селективного фетоциду (умертвіння) одного з плодів при монохоріальній двійні.

Радіочастотна абляція пуповини проведена в терміні 20+5 тижнів.

Джерело: <http://synapse.koreamed.org>



TWIN TO TWIN TRANSFUSION SYNDROME (TTTS)

Source: <http://justbambinos.blogspot.com/2012/12/twinto-twin-transfusion-syndrome-ttts.html>

Фото. Трансфузійний синдром двійнят: відмінність однайцевих близнят.
Плід-реципієнт ліворуч, розвинений відповідно терміну гестації,
плід-донор із ознаками глибокої дистрофії - праворуч.

Багатоплідна вагітність

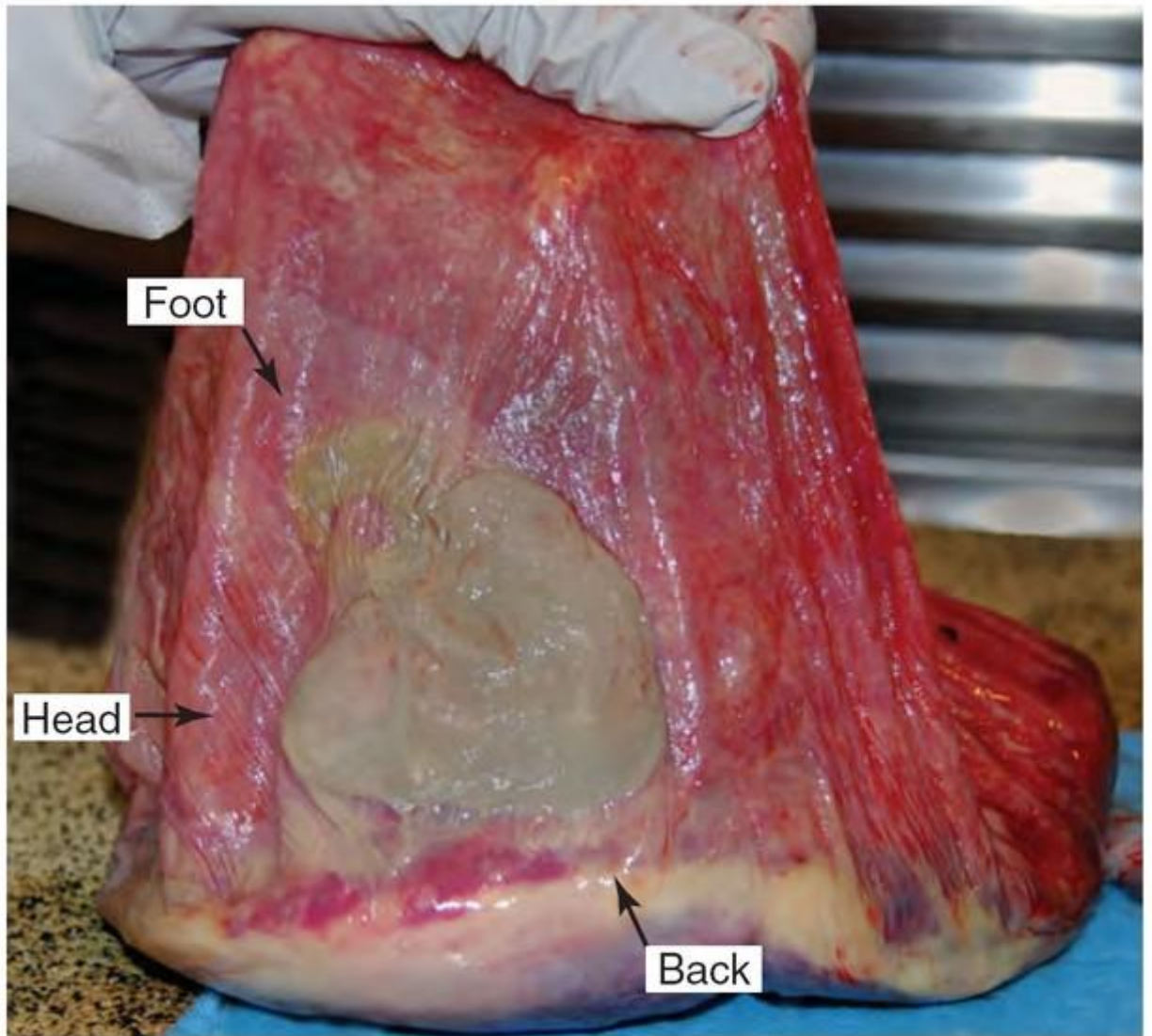
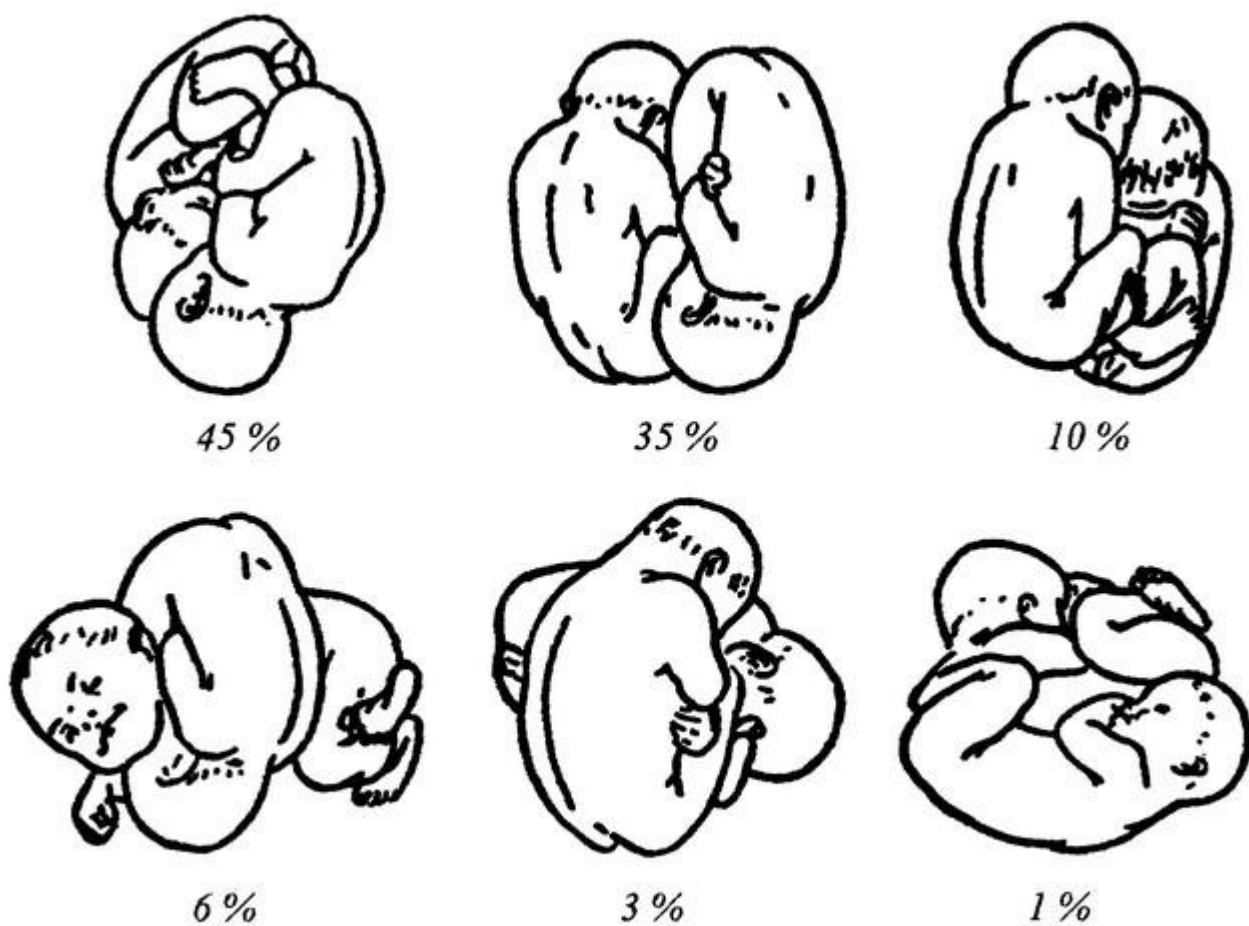


Фото. Паперовий плід.

Джерело: Williams OBSTETRICS, 24th edition, 2014. Cunningham F. Gary, MD

Багатоплідна вагітність



Мал. Положення близнюків у матці відносно одне одного

Багатоплідна вагітність

Таблиця. Оптимальні терміни планового розродження при БВ

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

7. МАТЕРІАЛИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ:

Контрольні запитання

1. Назвіть варіанти розвитку багатоплідної вагітності.
2. Назвіть причини розвитку багатоплідної вагітності.
3. Назвіть методи діагностики багатоплідної вагітності в різні терміни вагітності.
4. Опишіть діагностику багатоплідної вагітності прийомами Леопольда-Левицького.
5. Назвіть особливості перебігу вагітності.
6. Назвіть можливі ускладнення багатоплідної вагітності.
7. Назвіть особливості диспансерного спостереження за вагітною при багатоплідній вагітності.
8. Назвіть особливості ведення пологів при багатоплідній вагітності.
9. Опишіть роль акушерки під час ведення пологів при багатоплідній вагітності.
10. Назвіть профілактичні заходи щодо попередження ускладнень з боку матері та плодів під час пологів.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

I. Ви працюєте медичною сестрою лікарської амбулаторії. Для чергового огляду звернулася вагітна, термін вагітності – 25 – 27 тиж. Скаржиться на підвищену втомлюваність, ворухіння плода по всьому животу. З анамнезу – жінка з двійні.

1. Визначте діагноз.
2. Необхідні заходи.

II. При поступленні роділлі в стаціонар діагностована багатоплідна вагітність в терміні 36 тижнів. Розміри плодів нормальні, положення плода поздовжнє, передлежання головне, пологова діяльність активна: перейми по 35-40 с, через 4-5 хвилини. Через 1 годину після поступлення народився перший плід у головному передлежанні.

Визначте подальшу тактику лікаря.

8. МАТЕРІАЛИ САМОПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЗА ТЕМОЮ ЛЕКЦІЇ:

Перелік літератури, домашнє завдання:

1. *Акушерство: підручник* / С.В. Хміль, Л.І. Романчук, З.М. Кучма. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2008. — 393-401 с.

