

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ

Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 2 від 19.02.2015.

Харків
ХНМУ
2015

Багатоплідна вагітність : метод. вказ. для самост. роботи студентів /
упор. М. О. Щербина, І. Ю. Кузьміна, І. Ю.Плахотна. – Харків: ХНМУ,
2015. – 16 с.

Упорядники М. О. Щербина
 І. Ю. Кузьміна
 І. Ю. Плахотна

Модуль 1: Фізіологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Змістовий модуль 2. Перинатологія. Фактори ризику перинатального періоду.

Тема заняття: **Багатоплідна вагітність.**

Кількість годин – 2.

Матеріальне та методичне забезпечення теми:

Засоби навчання: банк тестових завдань, фантоми, таблиці, дані УЗД; клінічний розбір вагітних або породіль із багатоплідністю, за відсутності таких вагітних вивчення історій пологів.

Устаткування: методичні вказівки.

Місце проведення: палати відділення патології вагітних, кабінет функціональної діагностики, пологовий зал, навчальна кімната.

Обґрунтування теми. Багатоплідною називається вагітність двома чи більшою кількістю плодів, частота її становить 0,5–1,7%. Зважаючи на велику кількість ускладнень під час вагітності і в пологах при багатоплідності, своєчасне розпізнання та проведення профілактичних чи лікувальних заходів приводять у кінцевому результаті до зниження материнської та перинатальної смертності.

Мета заняття. Загальна – після встановлення діагнозу багатоплідності планувати тактику ведення вагітності та пологів при багатоплідності та при ускладненнях цієї вагітності.

Конкретні цілі. Студент повинен знати:

1. Визначення поняття «багатоплідна вагітність».
2. Причини багатоплідності.
3. Різні варіанти розвитку багатоплідності (класифікація).
4. Особливості перебігу вагітності й можливі ускладнення при багатоплідності.
5. Методи діагностики багатоплідної вагітності.
6. Особливості ведення багатоплідної вагітності.
7. Особливості ведення пологів при багатоплідності.

Студент повинен вміти:

1. Встановити діагноз, виробити тактику ведення даної вагітності, розробити план ведення пологів.

2. Визначити положення плодів у порожнині матки.

3. Скласти план ведення вагітності при багатоплідності.

Практичні навички:

1. Огляд вагітних із багатоплідністю, збирання анамнезу, оцінювання факторів ризику розвитку ускладнень під час вагітності, в пологах та у ранньому післяпологовому періоді.

2. Проведення аускультативного огляду плодів.

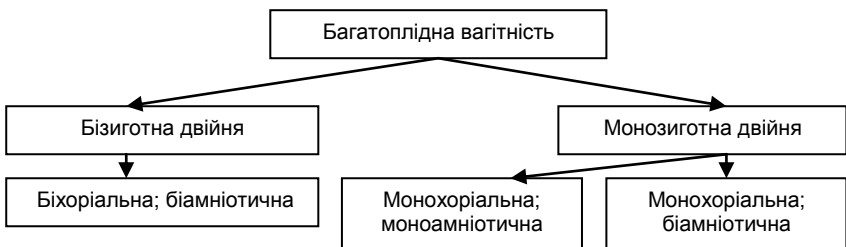
3. Відпрацювання прийомів зовнішнього акушерського дослідження для визначення положення, виду, позиції плідів.

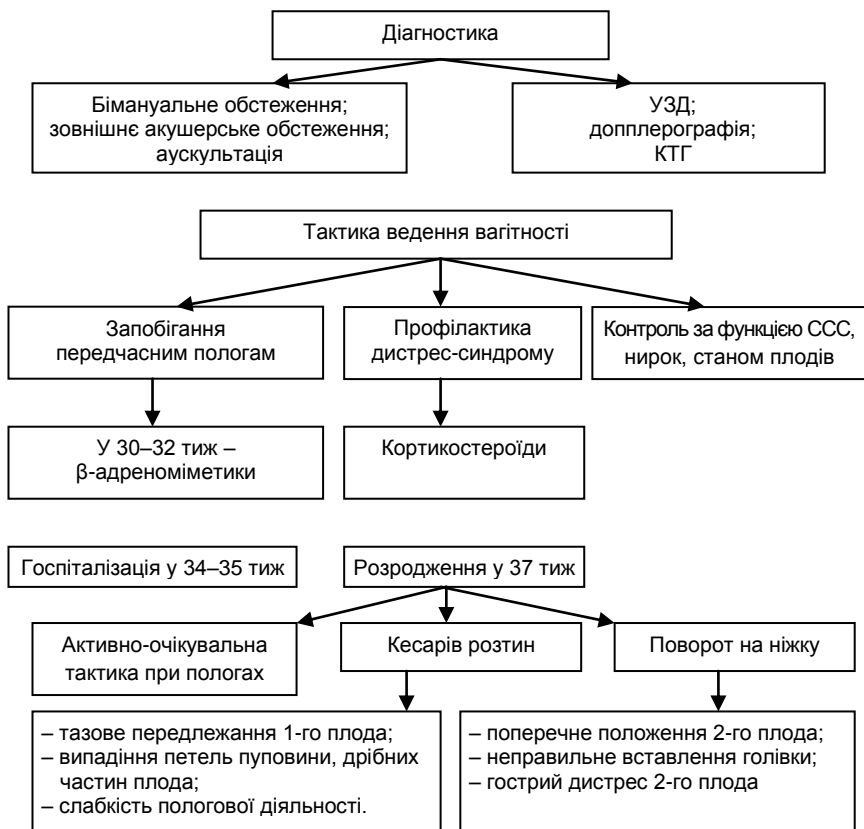
4. Виконання етапів операції класичного зовнішньо-внутрішнього (комбінованого) повороту плода та витягання плода за ніжку на фантомі .

Тести для контролю початкового рівня знань

1. Який метод діагностики багатоплідної вагітності найінформативніший?
A. Аускультация. D. Ультразвукове дослідження.
B. Пальпация. E. Рентгенологічне дослідження.
C. Кардіотокографія.
2. Якщо після народження першого плода другий плід не народився протягом 15 хв, показано:
A. Акушерські щипці. C. Поворот плода на ніжку.
B. Кесарів розтин. D. Амніотомія.
3. Які з перерахованих ускладнень не належать до багатоплідної вагітності?
A. Передчасні пологи. D. Коагулопатична кровотеча.
B. Слабкість пологової діяльності. E. Гіпотонічна кровотеча.
C. Колізія близнюків.
4. Після народження першого плода потрібно розірвати плодовий міхур другого плода:
A. негайно. B. Через 15 хв. C. Через 1 год.
5. У якій термін вагітності показана госпіталізація вагітної при багатоплідності:
A. 30 тиж. B. 34 тиж. C. 37 тиж.
6. У якій ситуації за наявності двійні показаний кесарів розтин?
A. Перший плід у головному передлежанні, другий — у тазовому.
B. Обидва плоди в головному передлежанні.
C. Перший плід у тазовому передлежанні, другий – у головному?

Графологічна структура теми





Орієнтовна карта роботи студентів:

1. Критерії діагнозу з перевіркою біля ліжка хворого: невідповідність розмірів матки терміну вагітності; при пальпації визначають багато дрібних частин, дві голівки, дві спинки (або більше); при аускультатії – дві або більше точок визначення серцебиття плода й зони мовчання між ними; висота стояння дна матки більше, ніж при одноплідній вагітності в ті ж терміни. При вимірюванні довжини плода тазоміром – велика довжина плода при невеличкій голівці.

2. Ведення пологів при багатоплідності: при потиличному передлежанні першого плода, цілому плідному міхурі, регулярній пологовій діяльності й доброму стані плодів пологи ведуть під кардіомоніторним контролем за станом плодів, за характером скоротливої діяльності матки, динамікою розкриття шийки матки (партограма), за вставленням і опусканням передлежачої частини 1-го плода. Щоб попередити аортокавальну

компресію, оптимальним є положення роділлі на боці. Якщо існує багато-воддя, показаний розтин плідного міхура при відкритті шийки матки 4 см та повільне випускання вод. Після народження першого плода показаний розтин плідного міхура другого плода. Якщо після народження першого плода почалася кровотеча або виник дистрес плода, необхідне негайне розродження.

За показаннями проводять абдомінальне розродження: трійня або більша кількість плодів; моноамніотична двійня; зрощені близнюки; поперечне положення обох або одного з плодів; тазове передлежання обох плодів або першого з них; дистрес одного або двох плодів; аномалії положової діяльності; випадіння пуповини або дрібних частин плода.

Ведення післяпологового періоду: необхідна профілактика та лікування субінволюції матки.

Перераховане студент оформлює письмово з відображенням кожного пункту.

Багатоплідна вагітність визначається наявністю двох і більше плодів (двійня, трійня та ін). Висока частота розвитку ускладнень вагітності й пологів при багатоплідній вагітності дає всі підстави зарахувати її до станів, що займають проміжне положення між фізіологічними і патологічними станами. Частота багатоплідної вагітності становить 0,5–1,7%.

У зв'язку із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій нині відзначають тенденцію до збільшення частоти багатоплідності. Настанню багатоплідної вагітності сприяють також більший вік матері (понад 35 років), аномалії розвитку матки, вагітність після застосування пероральних контрацептивів, генетичні фактори.

Типи близнюків. Розрізняють монозиготних (гомологічних, ідентичних) і бізиготних (гетерологічних) близнюків.

Бізіготні двійні в 70% випадків є результатом запліднення двох яйцеклітин. Бізіготні близнюки можуть бути одно- чи різностатевими і характеризуються дихоріальним та діамніотичним типом плацентації. У таких випадках формуються дві плаценти, а міжплодова перетинка розділена чотирма оболонками — амніотичною, хоріальною, хоріальною та амніотичною.

Причиною утворення бізіготної двійні є надмірна гонадотропна активність гіпофіза з акцентом на продукції фолітропіну, в результаті чого дозріває кілька фолікулів, тобто формується феномен поліовуляції. Така ситуація найчастіше виникає при стимуляції овуляції у разі застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Окрім цього, виділяють генетичний фактор розвитку бізіготних близнюків (успадкування за рецесивним типом).

Гіпотетично існує ймовірність запліднення двох яйцеклітин різних овуляційних періодів, тобто настання нової вагітності на тлі вже існуючої (суперфетація), і виникнення багатоплідної вагітності з яйцеклітин одного

овуляційного періоду, але запліднених різними статевими партнерами (суперфекундація).

Монозиготні двійні розвиваються з одного плідного яйця. Поділ заплідненої яйцеклітини відбувається внаслідок запізнілої імплантації. Ця концепція підтверджує і високу частоту аномалій та вад розвитку серед монозиготних близнюків. Причиною поліембріонії є механічне роз'єднання бластомерів на ранніх стадіях поділу при порушеній імплантації в результаті охолодження, порушення кислотного складу навколишнього середовища, дефіциту кисню, впливу різного роду факторів агресії.

Монозиготна двійня може бути наслідком запліднення яйцеклітини, що має два ядра і більше, з якими з'єднується ядерна речовина сперматозоїда. Якщо сепарація плідного яйця відбувається в перші 3–4 дні, тобто до формування ембріобласта, то утворюються два хоріони і два амніони (біамніотична біхоріальна монозиготна двійня). Якщо поділ відбувається на 6–8-й день, тобто на етапі бластоцисти, коли ембріобласт вже сформований, утворюються дві амніотичні й одна загальна хоріальна оболонка (біамніотична монохоріальна монозиготна двійня).

Настання вагітності трійнею і більше може мати змішаний характер, тобто має місце поєднання моно- і бізиготних близнюків. У таких випадках стверджувати про зиготність можна тільки на підставі результатів ретельного дослідження крові немовлят.

Бізиготні близнюки можуть бути одно- чи різностатевими. Монозиготні двійні — одностатеві, мають однакову групу крові, однаковий колір очей, волосся, шкірний малюнок внутрішньої поверхні кінцевих фаланг пальців, однакові захворювання одночасно. Трансплантація органів і тканин у таких близнюків практично ідеальна.

Відмінності зиготності близнюків визначаються статтю, масою тіла, кількістю плацент, їхньою будовою і проляганням судин у них, кількістю оболонок, що відокремлюють плодовмістилице, групою крові, резусналежністю та іншими факторами.

Діагностика багатоплідної вагітності ґрунтується на оцінюванні даних анамнезу, результатів клінічних, інструментальних і лабораторних досліджень.

Анамнез. Велике значення мають наявність у вагітної чи в її найближчих родичів за лінією батька або матері випадків багатоплідної вагітності, а також інформація про використання напередодні настання вагітності стимуляції овуляції чи допоміжних репродуктивних технологій.

Клінічне обстеження. На ранніх етапах гестації (I триместр) про можливу багатоплідну вагітність свідчить невідповідність розмірів матки гестаційному терміну. Однак до цього клінічного симптому варто ставитися критично (міхуровий занос, міома матки та ін.).

Для II триместру вагітності характерний симптом стрибка, тобто інтенсивніше збільшення розмірів матки, ніж при одноплідній вагітності. Висота стояння дна матки над лобком, як правило, перевищує аналогічні показники при одноплідній вагітності на 2–5 см.

У III триместрі вагітності темп збільшення висоти стояння дна матки сповільнюється.

Окружність живота зазвичай перевищує аналогічний показник при одноплідній вагітності, проте має відносно діагностичне значення і вимагає проведення диференційної діагностики з вагітністю великим плодом, багатоводдям, міхуровим заносом, міомою матки тощо.

Зовнішнє акушерське дослідження дає змогу визначити в матці три (і більше) великі частини плодів (дві голівки, дві тазові частини) і велику кількість дрібних частин. Діагностичною ознакою багатоплідності є низьке розташування передлежачої частини в поєднанні з високим стоянням дна матки і невеликими розмірами голівки плода. Важливе значення в діагностиці має виявлення при аускультатції двох зон вираженого серцебиття плодів у різних відділах матки, особливо на тлі різної частоти серцебиття, а зони вислуховування серцевої діяльності розділені «німою» зоною. Іноді відзначають поглиблення в середині дна матки, зумовлене випинанням маткових кутів під впливом великих частин плодів.

При використанні кардіомоніторів серцеву діяльність плодів реєструють одночасно.

Ультразвукова діагностика. Центральне місце в діагностиці багатоплідної вагітності займає ультрасонографія.

Поліембріонію в порожнині матки виявляють уже з 3–4-го тижня вагітності, на 5–6-му тижні ембріони візуалізуються досить чітко. У деяких випадках відзначають невідповідність між кількістю ехографічно виявлених ембріонів на початку I триместру вагітності й кількістю народжених плодів. Це явище називають **феноменом зниклого близнюка**, що може бути зумовлене анембріонією одного плідного яйця, загибеллю одного з ембріонів, помилкою діагностики (децидуальні зміни ендометрія, нестандартні контури жовткового мішка, помилкова біамніотична порожнина, технічні огріхи при проведенні УЗД).

Значно спрощується ультразвукова діагностика в II і III триместрах вагітності. Одержання в одній проекції двох і більше плодів можна вважати достовірним підтвердженням багатоплідності. Проте і на цьому етапі можливі діагностичні помилки.

Труднощі ультрасонографії пов'язані з перебуванням голівки одного з плодів у порожнині малого таза. Утруднена також візуалізація плодів в одній площині, у разі загиблого плода, при аномаліях розвитку і вадах плодів.

При ультразвуковому скануванні надзвичайно важливо визначити положення плодів і тип передлежання для вироблення адекватної тактики розродження. Найчастіше плоди двійні перебувають у поздовжньому і поперечному або тільки в поперечному положенні.

Інформативність ультразвукової діагностики зростає в другій половині вагітності. Прийнято розрізняти два типи розвитку близнюків – фізіологічний (рівномірний) і дисоційований (нерівномірний).

Критеріями дисоційованого розвитку близнюків є розбіжності в масі тіла понад 10–15%, понад 6 мм – у значеннях біпаріетального розміру (БПР), більше 5 мм – у показниках довжини стегнової кістки і 20 мм – у показниках окружності живота. При народженні плодів про дисоційований розвиток свідчить різниця в масі тіла понад 500 г.

Одним із завдань ультрасонографії є визначення типу хоріальності й зиготності. У цьому аспекті мають значення візуалізація перегородки між плодвомістищами і локалізація плаценти.

Відсутність перегородки дає всі підстави говорити про моноамніотичну вагітність, що становить високий ризик при пологах.

Ультразвукова фето- і плацентометрія дає змогу діагностувати синдром фето-фетальної гемотрансфузії (трансфузійний синдром близнюків) і синдром зворотної артеріальної перфузії.

Трансфузійний синдром ускладнює перебіг 15–25 % багатоплідних монозиготних вагітностей, призводячи в 70 % випадків до перинатальної смерті. Тригером розвитку трансфузійного синдрому є плацента плода-донора, підвищена резистентність кровотоку якої зумовлює шунтування крові до плода-реципієнта. У цій ситуації страждають обидва близнюки. У близнюка-донора розвиваються стійка гіповолемія і гіпоксія внаслідок зниження ОЦК, а в близнюка-реципієнта — гіперволемія, що зумовлює розвиток серцевої недостатності, поліурії і багатоводдя.

Ультразвукова діагностика трансфузійного синдрому можлива з 20-го тижня вагітності. Ультразвукові ознаки трансфузійного синдрому – багатоводдя і розширення сечового міхура в плода-реципієнта, маловоддя з невеликим об'ємом сечового міхура у плода-донора.

Серед методів лікування тяжкого трансфузійного синдрому виділяють найефективніший — ендоскопічну лазерну коагуляцію анастомозивних судин плаценти під контролем УЗД. Можна використовувати амніоцентез з евакуацією надлишкової кількості амніотичної рідини (амніотичний дренаж) чи кордоцентез плода-реципієнта з реінфузією крові близнюку-донору.

Патофізіологічним підґрунтям синдрому зворотної артеріальної перфузії (акардії) є перфузійні судинні порушення, у результаті чого близнюк-реципієнт розвивається за рахунок пуповинних судинних анастомозів плода-донора. У такій ситуації більшою мірою страждає плід-реципієнт,

у якого виникають несумісні з життям аномалії розвитку (рудиментарне серце, аненцефалія).

При синдромі зворотної артеріальної перфузії тактика ведення вагітності очікувальна, включає проведення редукції (фетоциду) плода-реципієнта і лігування його пуповини.

При моноамніотичній двійні потрібно пам'ятати про можливість зрощення близнюків. Діагностика цієї патології можлива вже в I триместрі вагітності. Частота її становить 40:10 000 новонароджених двійнят і 1 % монохоріальних близнюків. Прогноз залежить від місця і площі зрощення (торакопаги, омфалопаги тощо) і наявності супутніх вад розвитку.

Ультразвукова діагностика зрощених близнюків ґрунтується на таких критеріях:

- відсутність амніотичної перегородки;
- наявність однієї плаценти;
- наявність більше трьох судин у пуповині;
- неможливість відокремити візуалізувати плоди в місці їх зрощення незалежно від площини сканування;
- визначення симетричних частин тіла близнюків та їх синхронних рухів;
- виявлення природжених вад розвитку;
- збереження фіксованого взаємного розташування плодів при зміні положення тіла вагітної.

Допплерографія. При багатоплідній вагітності відзначають знижені індекси периферійного судинного опору в маткових артеріях. Дослідження кровотоку в судинах пуповини дає можливість діагностувати дисоційований розвиток плодів, а доплерографічне дослідження фетоплацентарного комплексу — трансфузійний синдром.

Перебіг багатоплідної вагітності має свої особливості. Серед найпоширеніших ускладнень вагітності виділяють невиношування, анемію, гестози, передлежання і передчасне відшаровування плаценти, плацентарну недостатність, затримку внутрішньоутробного розвитку плодів, аномалії їх розвитку.

Ведення багатоплідної вагітності. Основним методом ведення багатоплідної вагітності є рання діагностика багатоплідності, що дає змогу вчасно розробити адекватну тактику запобігання виникненню ускладнень.

Вагітній рекомендують повноцінне збалансоване харчування. З огляду на підвищену частоту розвитку анемії доцільно призначити залізо і фолієву кислоту.

Найпоширенішим ускладненням багатоплідної вагітності є її невиношування. У зв'язку з цим сам факт багатоплідності диктує потребу життя лікувально-профілактичних заходів з ранніх термінів гестації. На

початку III триместру в терміні 30–32 тиж, щоб запобігти передчасним пологам, призначають бета-адреноміметики (гініпрал) у комбінації з кортикостероїдами (дексаметазон) для профілактики респіраторного дистрес-синдрому новонароджених.

Особливу увагу звертають на функцію серцево-судинної системи, нирок і можливий розвиток пізнього гестозу, контролюють показники коагулограми і кількість тромбоцитів.

У разі неускладненого перебігу вагітності госпіталізацію здійснюють за 2–3 тиж до передбачуваного терміну пологів (34–35 тиж). Розродження дощільно проводять в терміні 37 тиж.

При багатоплідності часто спостерігають синдром фетоплацентарної недостатності, тому в жінок з багатоплідною вагітністю в терміні понад 32 тиж потрібно ретельно контролювати стан фетоплацентарного комплексу шляхом проведення динамічного ультразвукового сканування (кожні 10 днів), доплерографії і КТГ.

У разі виникнення потреби у проведенні амніоцентезу (діагностика гемолітичної хвороби, аномалій розвитку, визначення рівня сурфактанту тощо) навколоплідні води одержують з кожного амніотичного мішка під УЗ-контролем.

Внутрішньоутробна загибель одного з плодів. Тактика ведення багатоплідної вагітності визначається хоріальністю і гестаційним віком плодів. у разі загибелі одного з плодів можливе мимовільне переривання вагітності внаслідок гіперпродукції плацентою мертвого плода цитокінів і простагландинів. Ризик загибелі другого плода при монохоріальній двійні у п'ять разів вищий, ніж при біхоріальній. Крім того, при монохоріальній двійні значну небезпеку для першого плода становлять епізоди артеріальної гіпотензії внаслідок фето-фетального перерозподілу крові від живого плода до загиблого.

У разі загибелі одного з монохоріальних близнюків у терміні до 22 тиж здійснюють переривання вагітності. У терміні понад 22 тиж за умови життєздатності одного з плодів вагітність пролонгують і проводять дострокове розродження. При біхоріальній двійні розродження проводять через природні пологові шляхи. При монохоріальній плацентації перевагу віддають кесаревому розтину.

Природжені вади розвитку. Ведення вагітності у разі природжених вад розвитку одного з плодів залежить від ступеня вираженості вади, терміну гестації і характеру плацентації.

Аномалії розвитку одного з плодів при монозиготній двійні є показанням до переривання вагітності в терміні до 22 тиж. При бізиготній двійні вагітність пролонгують. При цьому можливим є здійснення селективного фетоциду шляхом внутрішньосерцевого введення хворому плоду розчину калію хлориду під УЗ-контролем.

У разі виявлення зрослих близнюків вагітність переривають у терміні до 22 тиж. У пізнішому терміні гестації показане динамічне ультразвукове спостереження за їх розвитком. Розродження проводять шляхом виконання кесаревого розтину.

Показанням до селективного переривання вагітності є або бажання жінки зменшити кількість плодів, або наявність патології в одного з близнюків. Редукція ембріона можлива при біхоріальному типі плацентації в терміні гестації 7–10 тиж. Редукцію проводять під УЗ-контролем трансвагінальним доступом шляхом пунктування грудної клітки ембріона з руйнуванням його серця та аспірацією амніотичної рідини.

Розродження при багатоплідній вагітності

Передчасне пологів. При багатоплідній вагітності в 40 % випадків пологи передчасні. Досить поширеним ускладненням у зв'язку з відсутністю пояса притиснення є раннє чи передчасне вилиття навколоплідних вод, випадіння дрібних частин тіла плода і петель пуповини. У результаті перерозтягнення матки і зниження її скоротливої здатності нерідко виникає слабкість пологових сил. Дискредитація функціонального стану міометрія зумовлена також зниженням процесів синтезу і ресинтезу актоміозину і глікогену. Знижує маткову моторику збільшена плацентарна площа за рахунок двох і більше плацент: значна частина матки «виключається».

Народження першого плода менших розмірів можливе при неповному розкритті шийки матки, що може утруднити народження другого близнюка з більшою масою тіла. Така сама ситуація може виникнути при сідничному передлежанні першого плода (труднощі народження наступної голівки).

Швидке зменшення об'єму матки і зниження внутрішньоматкового тиску після народження першого близнюка здатне спричинити передчасне відшарування плаценти другого ненародженого близнюка. Після народження першого плода створюються умови для надмірної рухливості в матці другого близнюка, у результаті чого плід, що перебував у поздовжньому положенні, набуває неправильного положення (поперечне чи косе).

До рідкісних ускладнень відносять колізію (зчеплення) близнюків голівками при тазовому передлежанні першого плода і головному другого. При тазовому передлежанні обох плодів колізія виникає за умови перебування другого плода на шії першого (поза «вершника»).

Ускладнення послідового періоду — кровотеча внаслідок порушення відділення плаценти і народження посліду, що пов'язане з недостатньою скоротливою здатністю матки.

Ведення пологів при багатоплідній вагітності залежить від типу передлежання плодів, терміну вагітності, загального стану плодів, характеру пологової діяльності, цілості плодового міхура. При головному передлежанні плодів пологи проводять через природні пологові шляхи. При

головному передлежанні першого плода і тазовому передлежанні другого пологи так само проводять через природні пологові шляхи з діставанням другого плода за тазову частину або трансабдомінальним шляхом з урахуванням конкретної акушерської ситуації.

Важливо при плануванні ведення пологів враховувати гестаційний вік плодів. У разі недоношеної вагітності (до 35–36 тиж) пологи проводять згідно з правилами ведення передчасних пологів, застосовуючи бета-адреноміметики і кортикостероїди, які стимулюють продукцію сурфактанту в легенях плодів, що є профілактикою дистрес-синдрому.

За доношеної вагітності тактика ведення першого періоду пологів така сама, як і при одноплідній вагітності. У разі багатоводдя показана амніотомія щодо першого плода. У пологах широко застосовують спазмолітичні й знеболювальні засоби, за потреби виконують епідуральну анестезію.

З огляду на часте порушення пуповинного кровообігу оптимальним методом розродження при монохоріальних двійнях вважають кесарів розтин. При вагітності трьома плодами і більше перевагу віддають кесаревому розтину. Питання про абдомінальне розродження другого плода в разі ускладнення акушерської ситуації (поперечне положення плода тощо) вирішують індивідуально в конкретній акушерській ситуації.

При слабкості пологової діяльності вдаються до посилення пологів шляхом застосування окситоцину і простагландинів F_{2d}, E. Стимулювати пологову діяльність потрібно обережно, забезпечуючи адекватність маткових скорочень на тлі введення спазмолітиків.

Під час пологів обов'язковою є присутність лікаря-неонатолога, який готує кювез і засоби інтенсивної терапії для новонароджених. У другий період пологів роділлі у вену вводять голку для забезпечення готовності до інфузійно-трансфузійної терапії.

Після народження першого плода шляхом зовнішнього акушерського дослідження визначають положення другого. Надалі для уточнення акушерської ситуації виконують вагінальне дослідження з метою визначити позицію, вид, передлежання, характер вставлення голівки тощо.

Тактика лікаря після народження першого плода – активно-вичікувальна. Здійснюють ретельний контроль за серцевою діяльністю плода. За відсутності ускладнень через 5–10 хв після народження першого плода виконують амніотомію і під контролем руки поволі випускають навколоплідні води.

У разі поздовжнього положення плода пологи проводять вичікувально, за потреби стимулюючи їх. При поперечному положенні другого плода або неправильному вставленні голівки здійснюють поворот на ніжку з подальшим його витяганням. У деяких випадках, залежно від акушерської ситуації (незадовільний стан першого плода та ін.), пологи завершують кесаревим розтином.

Перевагу кесаревому розтину віддають за умови появи слабкості пологової діяльності, випадіння дрібних частин тіла плода і петель пуповини, гострої гіпоксії одного з плодів тощо. Після народження першого плода потрібно лігувати не тільки плодовий, а й материнський кінець пуповини, оскільки до народження другого плода не завжди вдається визначити тип зиготності близнюків. Як наслідок при монохоріальних двійнях другий плід може загинути від крововтрати через пуповину першого плода. Ведення третього періоду пологів і раннього післяпологового періоду вимагає особливої уваги до роділлі у зв'язку із загрозою розвитку гіпотонічної маткової кровотечі. Саме тому наприкінці другого періоду пологів і в післяпологовий період потрібно проводити інфузійну терапію окситоцином, а після народження посліду ретельно стежити за станом роділлі, матковим тонусом, характером виділень з матки. З профілактичною метою можна ввести ректально 800 мг мізопростолу.

У післяпологовий період для профілактики субінволюції матки призначають утеротонічні засоби.

У зв'язку з вираженим перерозтягненням передньої черевної стінки в ранній післяпологовий період рекомендують гімнастичні вправи, щоб зміцнити черевні м'язи і м'язи тазового дна.

Новонароджені близнюки внаслідок недоношеності, незрілості й низької маси тіла потребують ретельного спостереження і догляду в спеціалізованих відділеннях.

Завдання для самостійної роботи

Питання, що підлягають вивченню:

1. Частота багатоплідної вагітності.
2. Визначення поняття "багатоплідна вагітність".
3. Причини багатоплідності.
4. Класифікація багатоплідної вагітності.
5. Ускладнення багатоплідної вагітності.
6. Діагностика багатоплідності.
7. Варіанти положення плодів у матці.
8. Особливості перебігу пологового акту при багатоплідній вагітності.
9. Ведення пологів при багатоплідності.

Завдання та уміння, які необхідно виконати:

1. Курація вагітних із метою набуття практичних навичок, інтерпретація результатів апаратних та інструментальних методів дослідження.
2. Самостійне розв'язання ситуаційних задач.
3. Складання плану проведення пологів.

Ситуаційні завдання для оцінки кінцевого рівня знань

Задача 1. Вагітна, 25 років, термін вагітності 38–39 тиж, перші пологи, двійня, перший плід у тазовому передлежанні, другий – у головному, перший період пологів. Визначте акушерську тактику.

А. Вичікувальна. В. Стимуляція пологів. С. Кесарів розтин.

Задача 2. Вагітна, 26 років, термін вагітності 38 тиж, перші пологи, двійня, обидва плоди в поперечному положенні. Відійшли навколоплідні води. Визначте тактику ведення пологів.

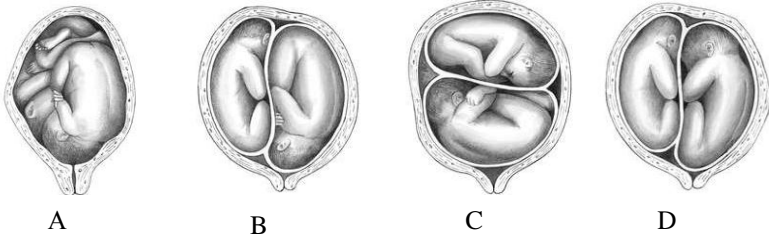
*А. Стимуляція пологів. С. Кесарів розтин.
В. Вичікувальна. D. Поворот першого плода на ніжку.*

Задача 3. Вагітна, 24 роки, термін вагітності 37 тиж, другі пологи, двійня. Перший плід народився в головному передлежанні. Плодовий міхур другого плода цілий, він розміщений у поперечному положенні. Визначте тактику ведення пологів.

*А. Кесарів розтин. С. Провести амніотомію і чекати.
В. Вичікувальна. D. Провести амніотомію і здійснити поворот плода на ніжку.*

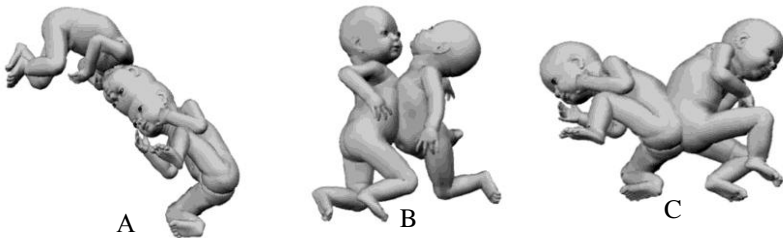
Завдання для оцінки кінцевого рівня знань

Варіант 1



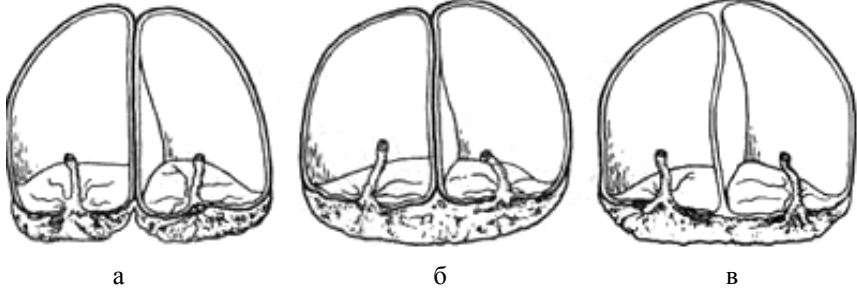
Опишіть варіанти положення близнюків та акушерську тактику.

Варіант 2



Опишіть акушерську патологію.

Варіант 3



Опишіть типи близнюків.

Варіант 4



Опишіть акушерську патологію.

Відповіді:

	1	2	3	4	5	6
Тести	Г	Г	Г	Б	Б	В
Завдання	В	В	Г			



Література

Основна:

Акушерство : підручник / за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини. – К., 2012.

Додаткова:

1. Сапин М. Р. Анатомия человека / М. Р. Сапин, Г. Л. Балич. – М. : Медицина, 1996.

2. Акушерство : учебник для вузов / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава и др. – М., 2009. – 656 с.

3. Бодяжина В. И. Акушерство / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко. – М. : Медицина, 1998.

Навчальне видання

БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ

Методичні вказівки для самостійної роботи студентів

Упорядники Щербина Микола Олександрович
 Кузьміна Ірина Юріївна
 Плахотна Ірина Юріївна

Відповідальний за випуск Кузьміна О. О.



Редактор М. В. Тарасенко
Коректор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

План 2015, поз. 9.
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 4,0.
Тираж 150 прим. Зам. № 15–3300.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.



БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ

*Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів*