

Житомирський інститут медсестринства

Фондова лекція

Багатоплідна вагітність

План.

- 1. Перебіг багатоплідної вагітності.**
- 2. Діагностика багатоплідної вагітності.**
- 3. Ускладнення при багатоплідній вагітності.**
- 4. Ведення вагітності та пологів при багатоплідній вагітності.**

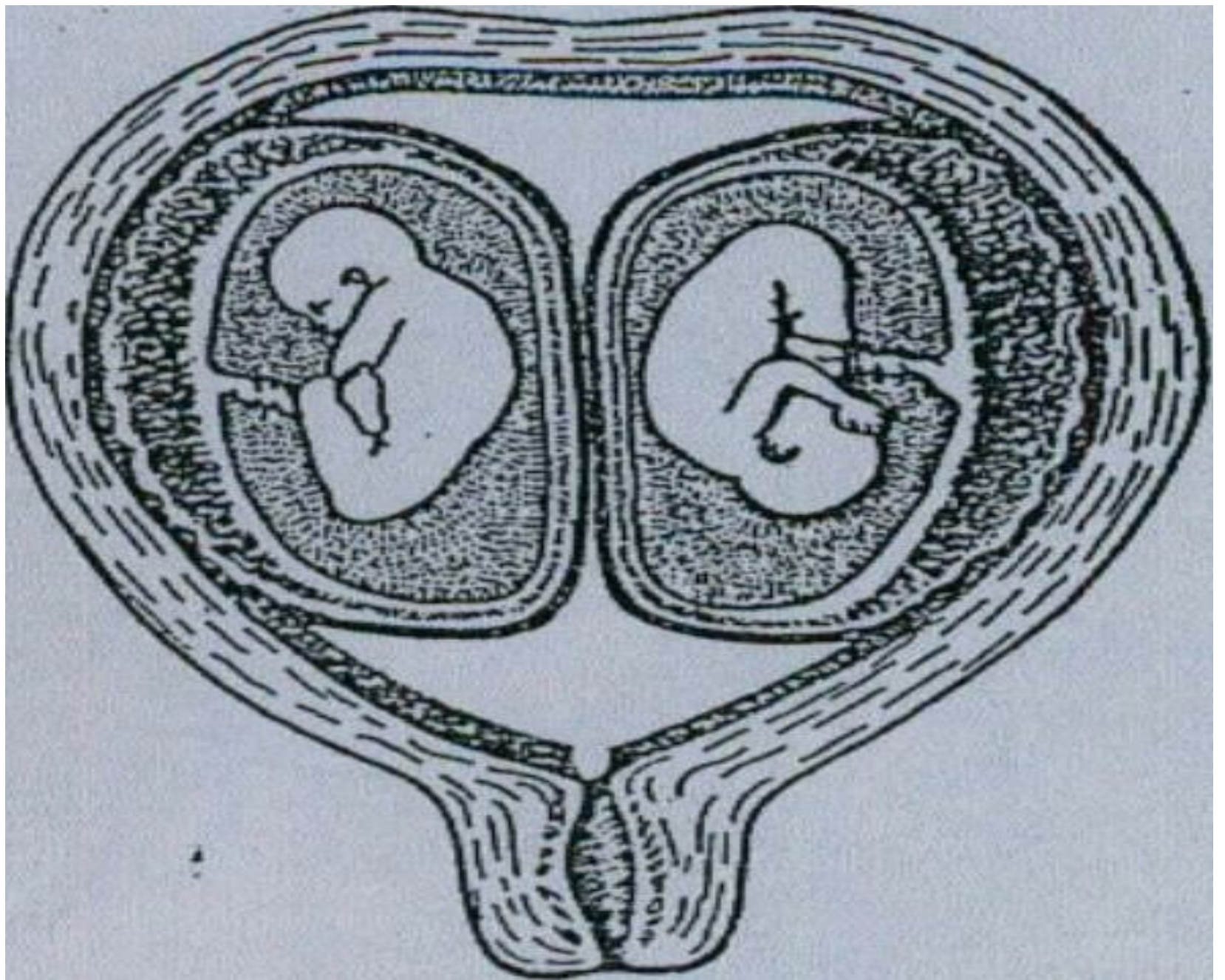
■ **Багатоплідна вагітність** - це така вагітність, при якій в організмі жінки розвивається два плоди або більше яка завершується народженням двох і більше дітей. Частота її складає 0,7-1,5% усіх пологів.

Є два типи близнят:

однойцеві-при однойцевих двійнях запліднюється одна яйцеклітина. Кількість плацент, що формуються, при цьому типі двійні залежить від строку ділення заплідненої яйцеклітини. Якщо ділення відбувається протягом перших 72 год після запліднення (до стадії морули), то формуються два ембріона, два амніона, дві плаценти. Таку однойцеву двійню називають **біхоріальною біамніотичною**.

Коли ділення яйцеклітини відбувається в інтервалі 3-8 діб після запліднення то формуються два ембріона, два амніона, але одна плацента. Такий тип однояйцевої двійні вважають **монохоріальним біамніотичним**. При діленні яйцеклітини в інтервалі 8-13 діб після запліднення формуються одна плацента і два ембріона, оточені єдиною амніотичною оболонкою, – міжплодова перегородка відсутня. Таку однояйцеву двійню називають **монохоріальною моноамніотичною**.

При діленні заплідненої яйцеклітини на більш пізніх термінах (після 13-ї доби), коли вже сформовані ембріональні диски – це зрощена двійня.



Різнояйцеві близнята можуть бути однієї або різної статі, однояйцеві завжди однієї статі, з однаковою групою крові.

Прогнозувати багатоплідну вагітність (50-70%) можна у разі наявності таких чинників:

- попередні пологи з народженням двійні;
- настання вагітності після гормонального лікування з приводу безпліддя або використання гормональних контрацептивів;
- випадки багатоплідної вагітності у родині подружжя;
- вік жінок старше 35 років;
- аномалії розвитку матки.

Діагностика багатоплідної вагітності:

Багатоплідна вагітність частіше діагностують у II половині вагітності.

Характерні ознаки:

- швидке збільшення розмірів матки і невідповідність їх терміну вагітності, особливо у 14-17 тижнів;
- низьке стояння передлеглої частини плода над входом у таз у поєднанні з високим стоянням дна матки;
- раннє відчуття рухів плода (з 15-16 тижня) в різних місцях матки;
- надлишкова маса тіла жінки за відсутності ендокринних порушень;
- анемія, пізній гестоз;
- при об'єктивному обстеженні пальпується більше двох великих частин плоду і вислуховується в двох і більше точках серцебиття плоду з 20-го тижня вагітності.

Додаткові методи дослідження – УЗД (результат можна отримати з 5-8 тижня вагітності), ЕКГ, ФКГ.

Ускладнення під час вагітності при багатоплідді:

- гестаційний діабет,
- пієлонефрит,
- анемія,
- невиношування,
- пізній гестоз вагітних,
- багатоводдя,
- дистрес плода,
- іноді муміфікація одного з плодів.

«Критичні» періоди:

загроза переривання вагітності-18-22 і 31-34 тиж., розвитку анемії – 18, 32 тиж., пізнього гестозу 26-36 тижнів, багатоводдя - 18-22 тижні.

Ускладнення під час пологів:

- дискоординація або слабкість пологової діяльності,
- передчасне і раннє відходження навколоплідних вод,
- випадіння дрібних частин плода і пуповини,
- передчасне відшарування плаценти другого плода або спільної плаценти,
- кровотечі в послідовий і ранній післяпологовий періоди.

План ведення вагітності:

- рання явка вагітної в жіночу консультацію до 12 тижнів;
- повне клініко-лабораторне обстеження та консультація спеціалістів: терапевта, ЛОР, стоматолога, окуліста, ендокринолога;
- з 16-20 тижнів проведення профілактики, а за потреби й лікування залізодефіцитної анемії;
- у термін 18-22 і 31-40 тижнів – профілактична госпіталізація;



- здійснювати динамічний контроль за допомогою ультразвукового дослідження, гістерографії за станом плода й матки, в разі необхідності госпіталізація незалежно від терміну вагітності;
- якщо пологова діяльність розпочалась при недоношеній вагітності і цілому навколоплідному міхурі, то вживають заходів щодо збереження вагітності;
- за наявності показань (непідготовлені пологові шляхи, дистрес плода, тазове передлежання обох плодів, обтяжений акушерський анамнез, поперечне положення одного із плодів, неефективна стимуляція пологів) у терміні вагітності 38 тижнів і більше проводять операцію кесаревого розтину;

- в разі потреби проводять стимуляцію пологів окситоцином (5 ОД на 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду);
- після народження першої дитини необхідно перев'язати кінець пуповини у плода і матері, оскільки за наявності однієї плаценти другий плід може загинути від кровотечі до народження;
- запобігти стрімким пологам чи передчасному відходженню навколоплідних вод аби уникнути випадіння дрібних частин плода чи петель пуповини;
- при прорізуванні передлеглої частини другого плода починають проводити профілактику кровотечі у післяпологовому та у ранньому післяпологовому періоді введенням 1 мл 0,02% розчину метилергометрину внутрішньовенно крапельно в 200 мл 5% розчину глюкози



■ **Ведення післяпологового періоду.**

- В ранньому післяродовому періоді (2 години) потрібно слідкувати за станом породіллі, скороченням матки і кількістю крововтрати. На живіт кладуть лід, при необхідності вводять скорочуючі припарати (окситоцин, метилергометрин), при потребі проводять масаж матки та інші заходи боротьби з кровотечею.
- Після пологів інволюція матки при багатоплідній вагітності проходить повільніше, ніж після пологів одним плодом. Тому потрібно спостерігати за характером виділень (лохії), скороченням матки і загальним станом породіллі. Таким породіллям корисні гімнастичні вправи, які укріплюють м'язи передньої черевної стінки і тазового дна.

Існує низка акушерських ситуацій, за яких пологи набувають патологічного перебігу і часто завершуються оперативним втручанням.

Зокрема це аномалії пологової діяльності, пологи при вузьких тазах, неправильних положеннях плода, розгинальних та тазових передлежаннях.

Література.

- 1.Акушерство. С.В. Хміль, А.Ю.Франчук, З.М. Кучма. Тернопіль: Укрмедкнига, 2009
2. Медсестринство в акушерстві. С.В.Хміль, З.М. Кучма, Л.М.Романчук.
3. Підручники і посібники, 2007.
- 4.Акушерство. Е.К.Айламазян – СПб: Спецмет, 2003
- 5.Клиническое акушерство, И.В.Дуда, В.И. Дуда. Минск: Б.н., 2007
6. Нормативно - регламентуючі документи.