

**ПРОГРАМА
«ЗДОРОВ'Я
МАТЕРІ ТА ДИТИНИ»**



**MOTHER AND CHILD
HEALTH
PROGRAMME**

ШВЕЙЦАРІЯ-УКРАЇНА

UKRAINE-SWITZERLAND



Діагностика багатоплідної вагітності та антенатальний догляд



Swiss TPH



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



Зростання частоти багатоплідної вагітності

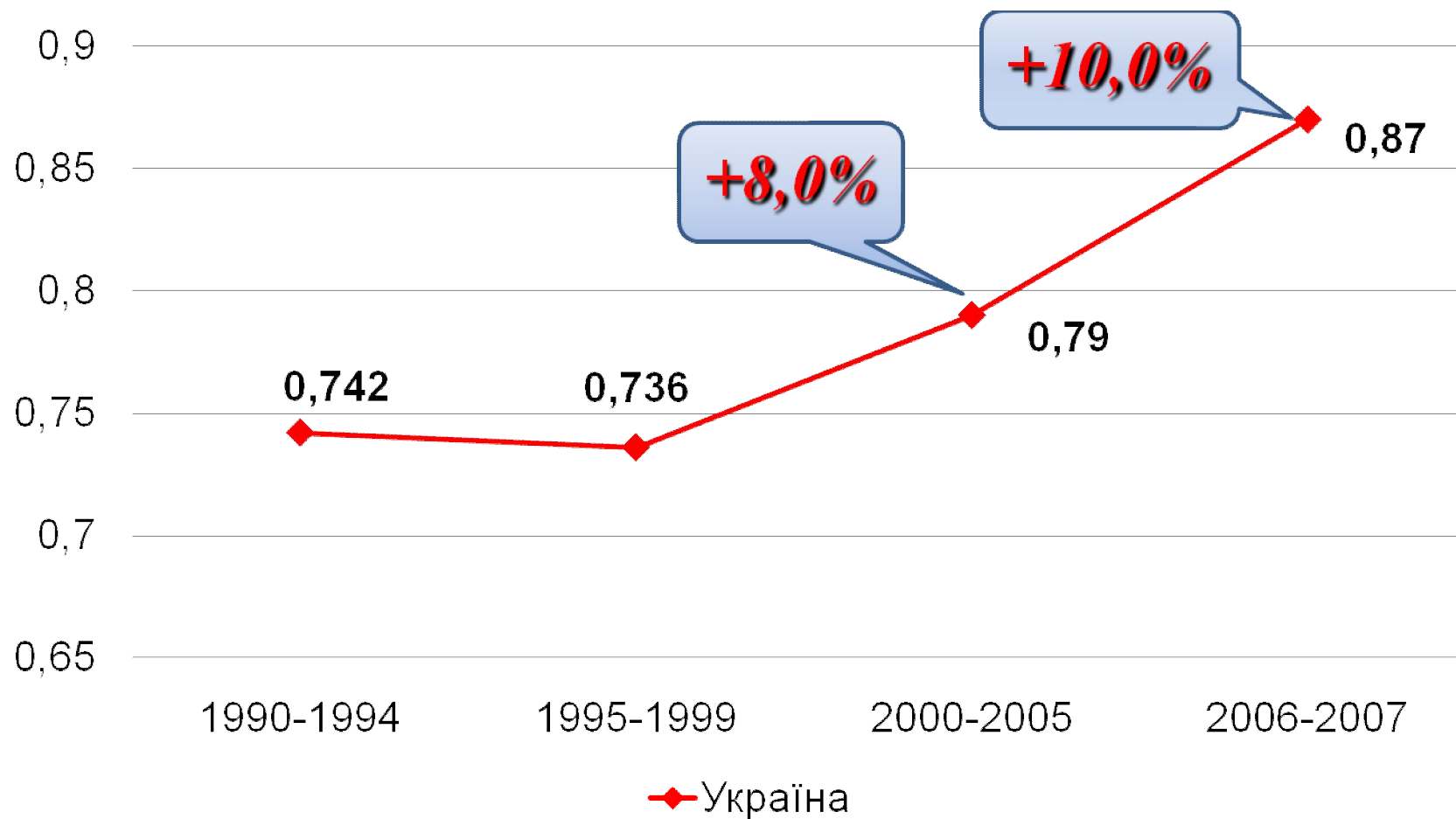


- Після 1980 року:
 - на 50% збільшилась частота двоїн
 - на 400% збільшилась частота трієнь та більше плідних вагітностей
- Фактори, що зумовлюють зростання БВ:
 - Агресивне використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) \approx 60-70%
 - Вік жінки більше 35 років
 - Широке використання гормональних препаратів у лікуванні безплідності (кломіфен, ХГТ)
 - Расовий фактор
 - Спадковість





Динаміка частоти БВ в Україні



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





Наслідки БВ

- БВ супроводжується підвищенням
 - Материнської захворюваності
 - Неонатальної та малюкової захворюваності та смертності

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





Материнська захворюваність при БВ



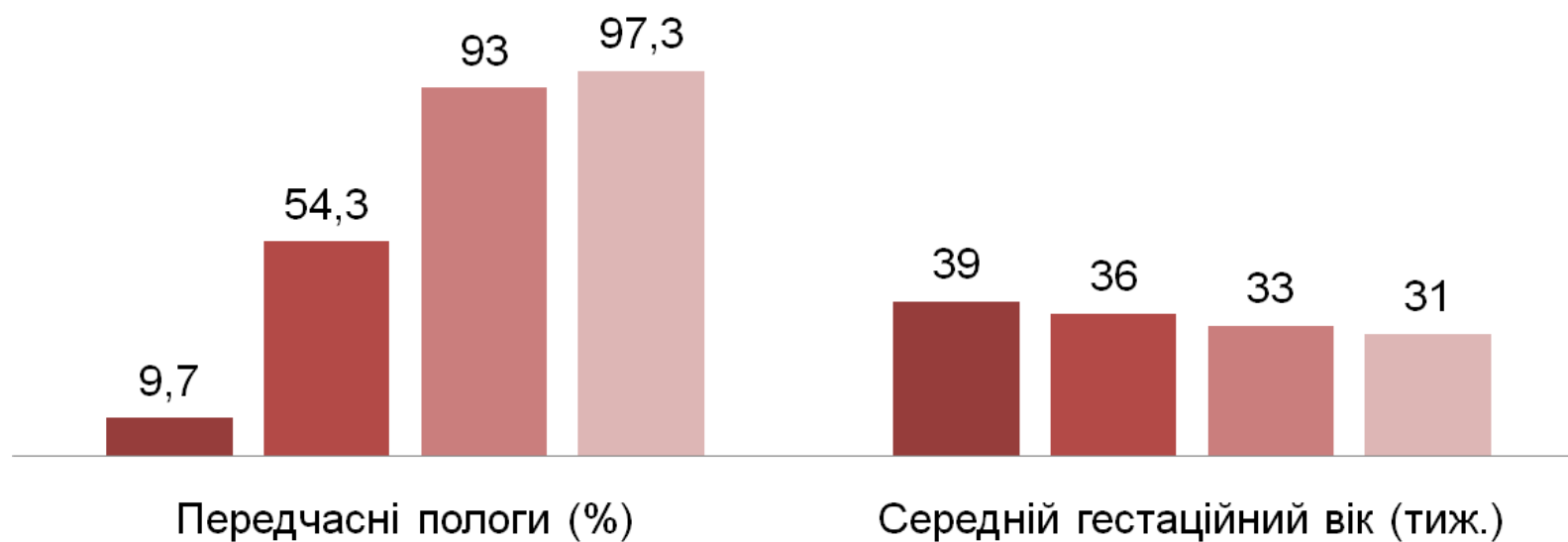
- БВ супроводжується підвищенням частоти:
 - Передчасних пологів (у 30-50% випадків БВ)
 - Прееклампсії
 - ПРПО
 - Відшарування плаценти
 - Анемії, гестаційного діабету, пієлонефриту
 - Післяпологових кровотеч
- Частота госпіталізації в 6 разів вище, чім при одноплідній
 - Вартість лікування на 40% вище, чім при ОВ, за рахунок тривалого перебування на койці та акушерських ускладнень





Частота передчасних пологів та середній гестаційний вік при БВ

■ Одноплідна вагітність ■ Двійня ■ Трійня ■ Четверня



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



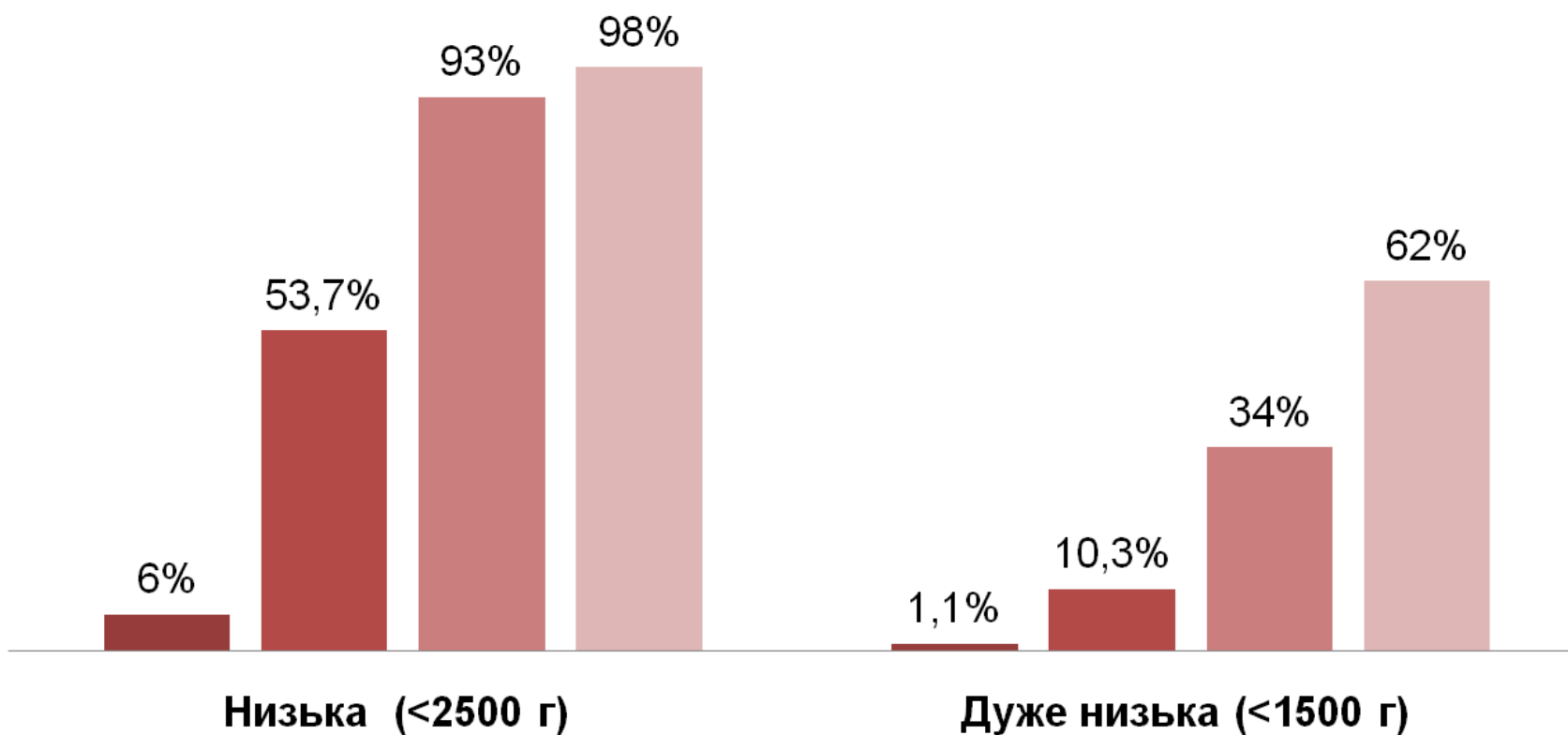
Multiple Pregnancy. Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome.
Edited by I. Blickstein and L. G. Keenleyside





Маса тіла при народженні

■ Одноплідна вагітність ■ Двійня ■ Трійня ■ Четверня



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



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





Неонатальна захворюваність та смертність при БВ



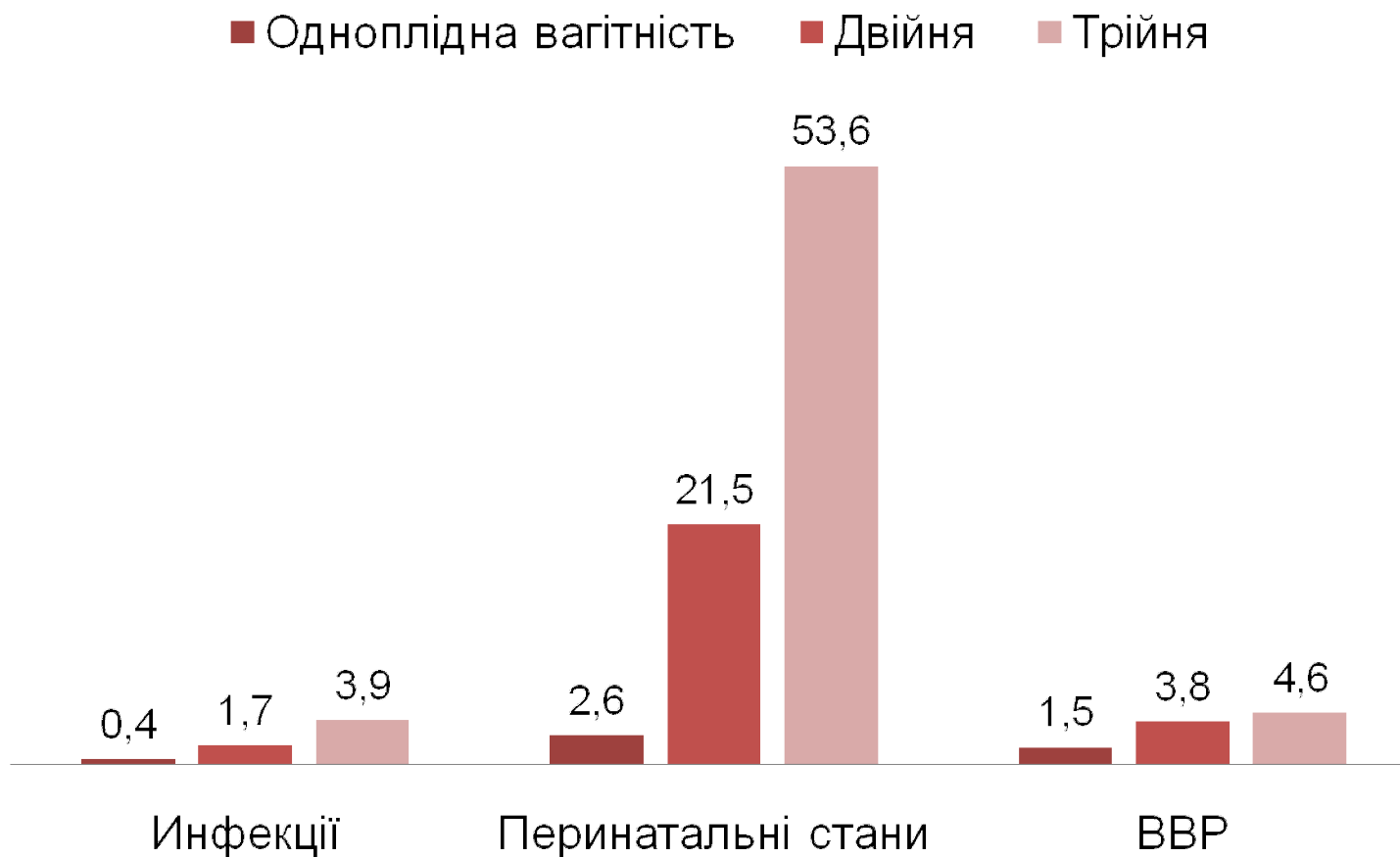
Показники	Двійня	Трійня	Четверня
Середня маса новонародженого	2347г	1687г	1309г
Відсоток МГВП	14-25%	50-60%	50-60%
Показання до перебування у ВРІТ	25%	75%	100%
Кількість ліжко-днів у ВРІТ	18 к/д	30 к/д	58 к/д
Ризик церебрального паралічу	У 4 рази вище, чим при ОВ	У 17 разів вище, чим при ОВ	-
Ризик смерті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

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





Причини малюкової смертності при БВ (на 1000 живонароджених)



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



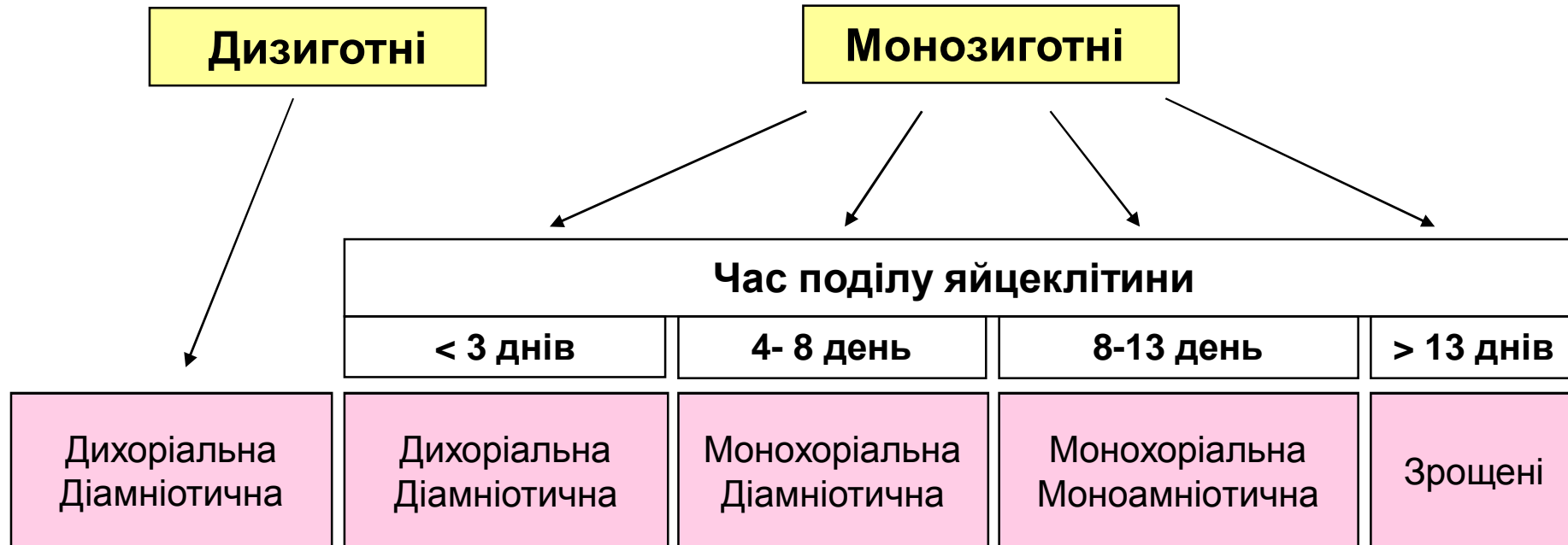
Multiple Pregnancy. Epidemiology, Gestation & Perinatal SWISS TPH
Edited by I. Blickstein and L. G. Keith, 2005



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



Типи розвитку двоїн

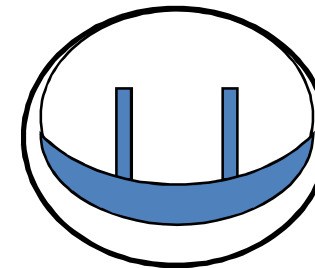
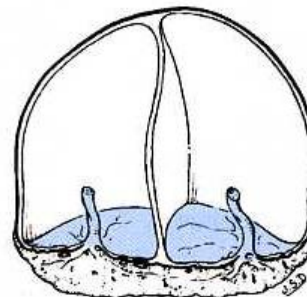
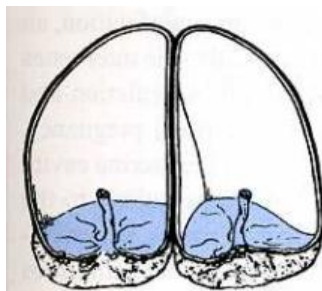


30% двоїн

66% двоїн

1-2% двоїн

0,3%
двоїн



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



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

Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005





Діагностика двійні (1)



- Усім вагітним має бути проведено УЗД в терміні **10-13 тижнів** вагітності з метою визначення:
 - Життєздатності
 - Кількості плодів (одноплідна або многоплідна)
 - Товщини комірцевого простору (анеуплоїдія)
 - Вроджених вад розвитку
 - Точного терміну гестації

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

Достовірність рекомендації B





Діагностика двійні (2)



- Якщо діагностована багатоплідна вагітність, необхідно докласти максимум зусиль для точного визначення хоріальності

Достовірність рекомендації В

- Якщо хоріальність точно встановити не вдається або є сумніви щодо точності діагностики, УЗД має бути проведено більш досвідченим фахівцем якомога скоріше
- Точність визначення хоріальності вище до 14 тижня вагітності, ніж після

Достовірність рекомендації С

Swiss TPH 

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





Чому важливо знати хоріальність?



- 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





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.)

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



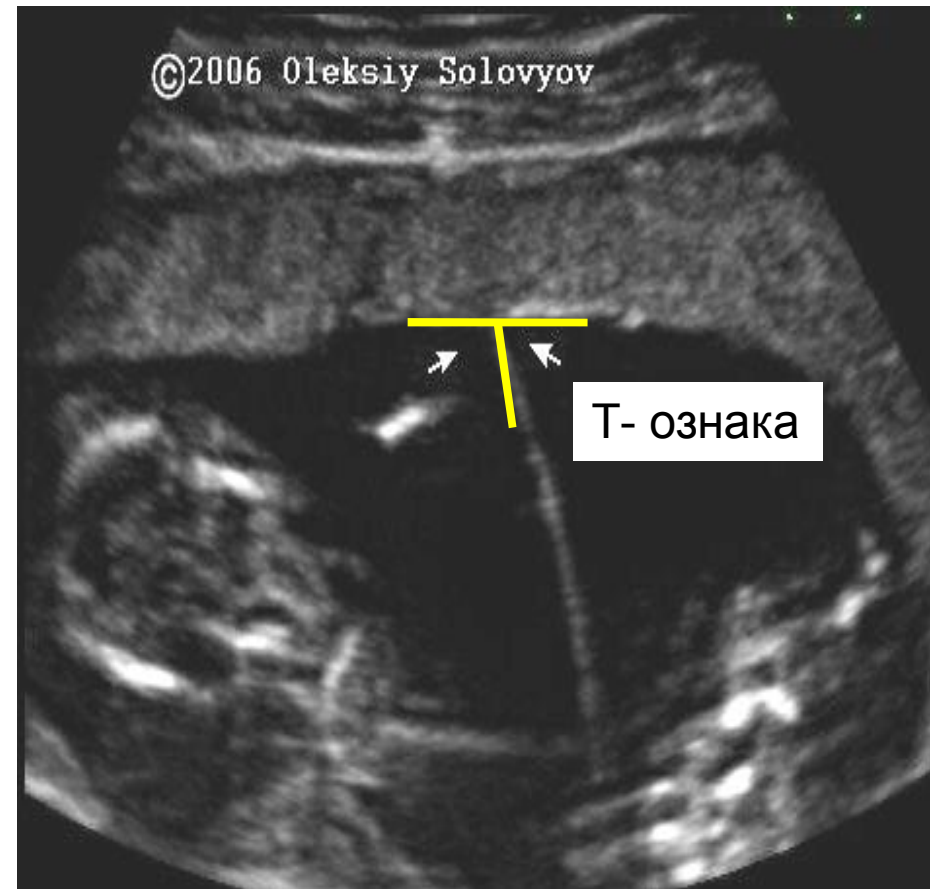
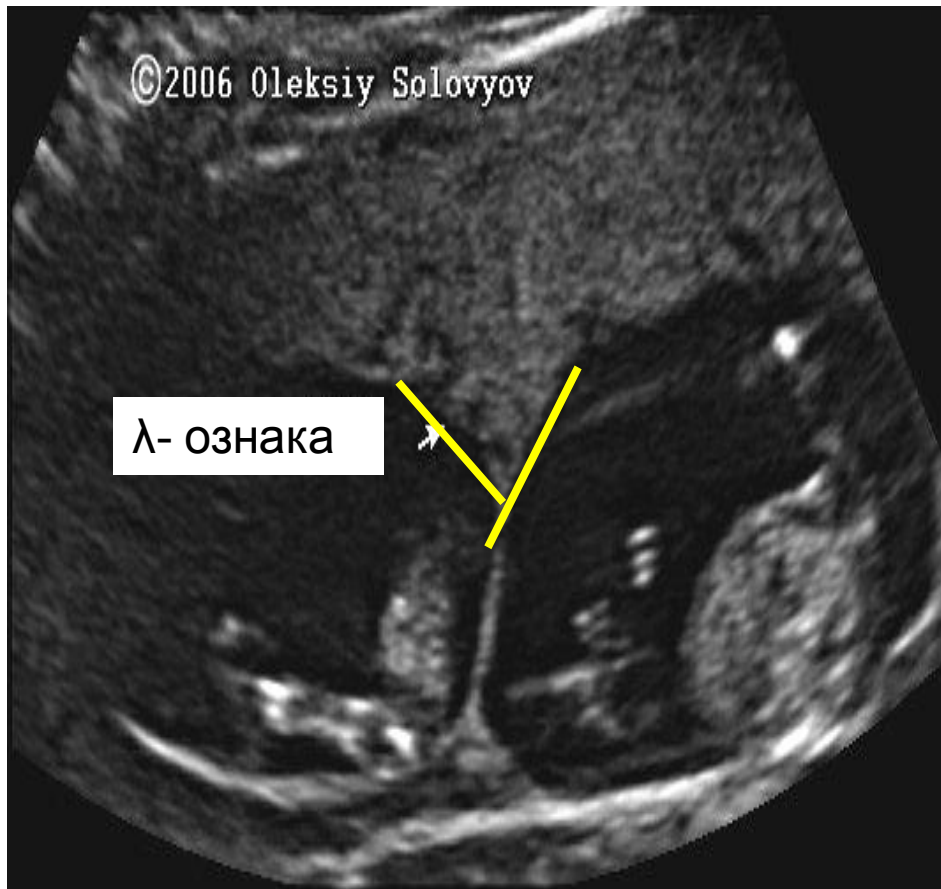


Ознаки хоріальності



Дихоріальна двойня

Монхоріальна двійня



Edwards M, *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 1995



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

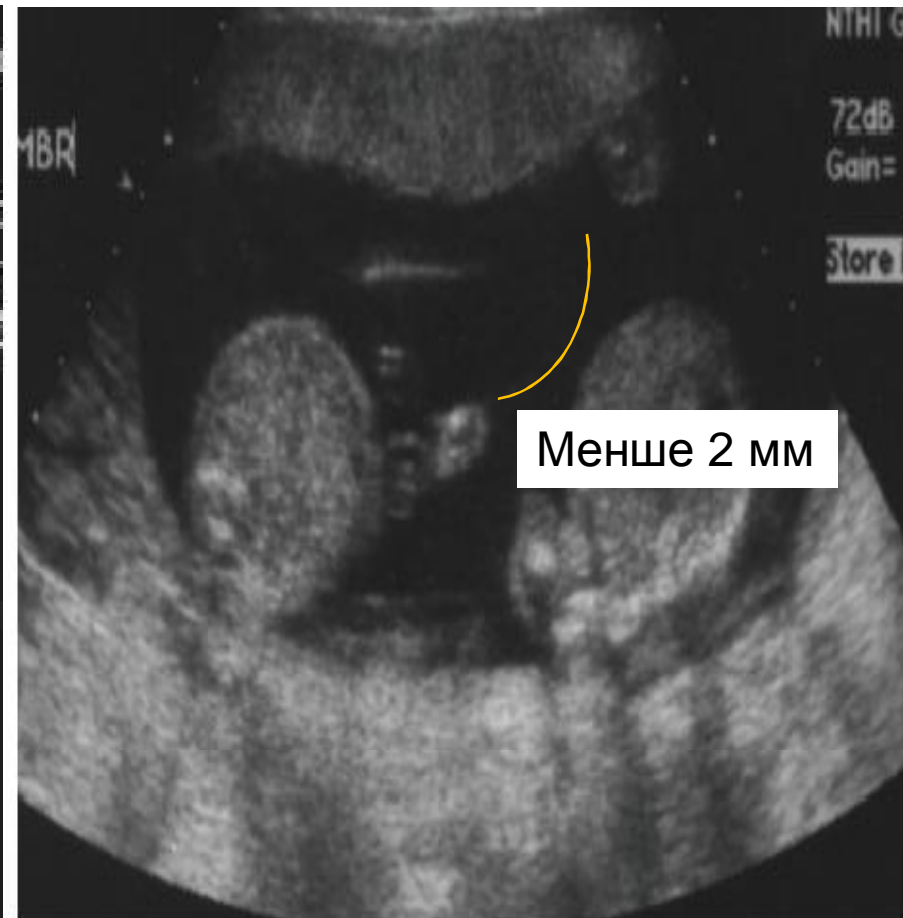


Визначення товщина міжамніотичної мембрани



Дихоріальна

Монохоріальна



Multiple Pregnancies: Determining Chorionicity and Amnionicity Traci B. Fox, 2006





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%**

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

Акушерство: національне керівництво / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М.Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007





Ведення багатоплідної вагітності

- 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)
 - Відрізняються для моно- та дихоріальної двійні

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





Базові підходи до ведення багатоплідної вагітності

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





Відвідування ЖК

- 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
- У вагітних з БВ високого ризику частота відвідувань ЖК має вирішуватися **індивідуально**

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



ACOG Practice Bulletin Number 56, 2005



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



Консультування (1)



- **Жінка з БВ має бути навчена розпізнаванню небезпечних симптомів вагітності**
- **Небезпечні симптоми**
 - Біль внизу живота
 - Кров`яні виділення зі статевих шляхів
 - Слабкість, запаморочення, втрата свідомості
 - Зменшення рухової активності плодів
 - Нудота, блювання, головний біль
 - Порушення зору
 - Спрага, зменшення сечовиділення
 - Раптові набряки рук, ніг, обличчя
- **Поява хоча б одного з небезпечних симптомів – показання до термінової госпіталізації**





Консультування (2)



- Жінка з БВ має бути проінформована про:
 - Особливості перебігу БВ
 - Найбільш часті ускладнення БВ
 - Особливості антенатального спостереження та необхідні лікувально-діагностичні втручання
- На заняттях «Школи Відповідального Батьківства» вагітній/подружній парі необхідно надавати інформацію про особливості перебігу пологів та догляду за двома новонародженими (грудне вигодовування та інш.)





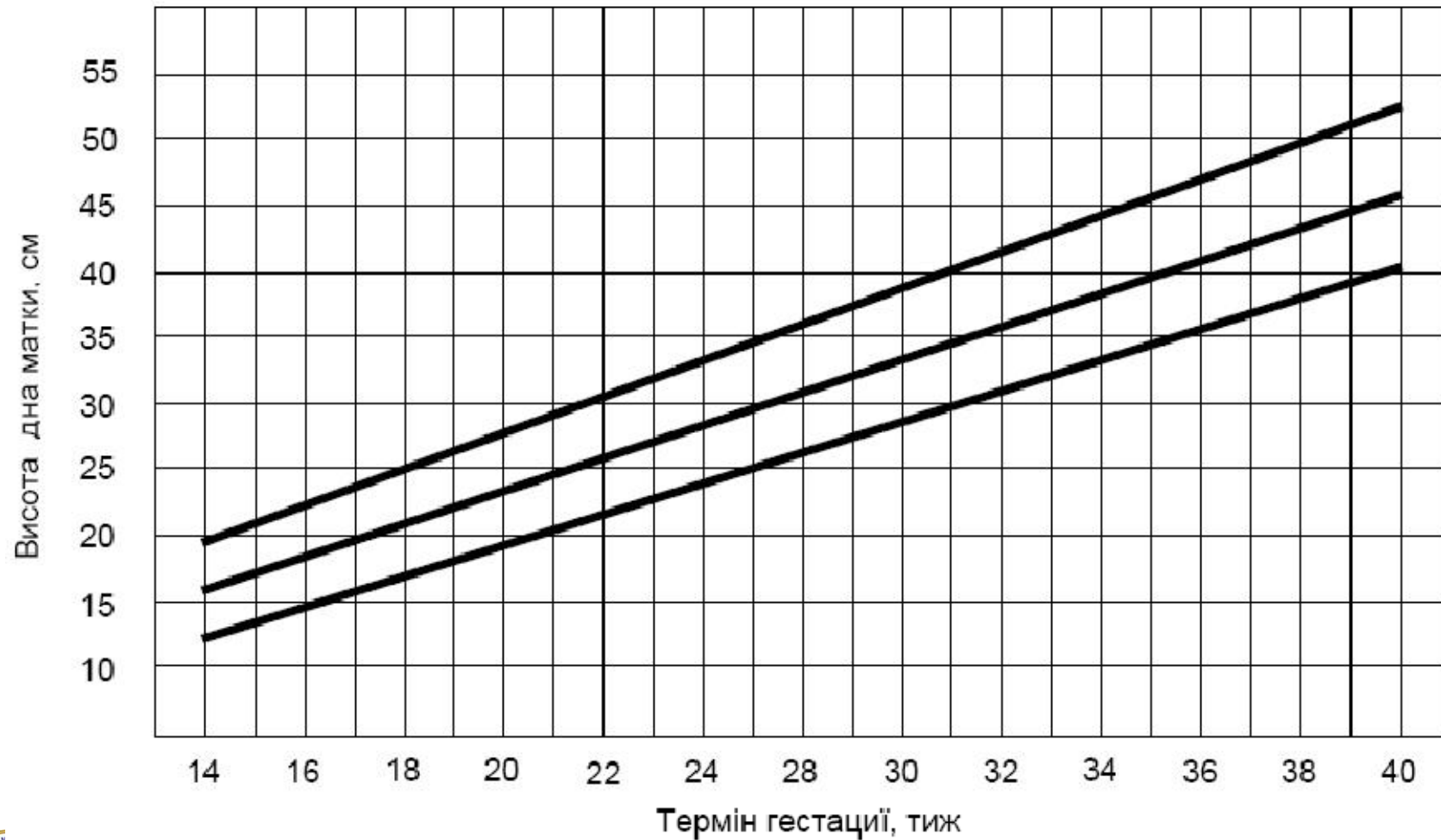
Скринінг

- УЗД
 - №1 - 10–13 тижнів
 - №2 - 20–22 тижня (структурні аномалії)
- Рутинний скринінг з урахуванням підвищеного ризику прееклампсії
 - АТ и Загальний аналіз сечі у 20, 24, 28 тижнів, а потім раз у 2 тижні
- Висота стояння дна матки (ВДМ)
 - Ведення гравідограми для двійні
 - $ВДМ (см) = \text{Термін гестації (тиж.)} + 10\%$ від значення показника для терміну гестації





Гравідограма для БВ



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





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





Профілактика прееклампсії при БВ (1)



Вживання препаратів Са **1 г/добу** (у перерахунку на елементарний кальцій) починаючи з 16 тижнів вагітності

- Достовірно знижує частоту:
 - Гіпертензії – на 30%
 - Прееклампсії – на 52%
- Максимальний ефект в групі високого ризику
 - Частота прееклампсії знижується на **80%**
- Знижує тяжку материнську захворюваність та смертність на **20%**

Достовірність рекомендації А



Hofmeyr G.J., 2005 TPH



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



Профілактика прееклампсії при БВ (2)



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

- Супроводжується достовірним зниженням частоти прееклампсії на **13%**

Достовірність рекомендації А

- Є доцільним у вагітних з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, вадами серця, протезами клапанів серця, тощо





Профілактика передчасних пологів при БВ (1)



- 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 активністю матки

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



Dodd JM., 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 (2)



- 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

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



Sangkomkamhang US et al; 2008



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



Трансвагінальна цервікометрія (1)



- Кому?
 - Показана вагітним групи високого ризику передчасних пологів
 - Коли?
 - За відсутності симптомів загрози передчасних пологів чи вкорочення - при кожному УЗД в термінах від 26-го до 34-го тижня вагітності
 - За наявності симптомів загрози передчасних пологів
 - Навіщо?
 - Не знижує вірогідність передчасних пологів
- АЛЕ**
- Дає можливість скерувати у належний заклад для розродження
 - Своєчасно провести курс профілактики РДС





Трансвагінальна цервікометрія (2)



- В нормі довжина шийки матки у другому триместрі є відносно постійною величиною
- За даними різних авторів становить в середньому – **35 мм** (але не менше 30 мм)
- Чим менше довжина шийки матки, тим вище ризик передчасних пологів





Цервікометрія – інтерпретація результатів та тактика ведення (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 та тактика ведення (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





Специфічні підходи до ведення багатоплідної вагітності

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





Ведення дихоріальної двійні

- УЗД (фетометрія) в 26, 30, 33, 36 тижнів
 - Дискордантний ріст
 - Цервікометрія
- 34–36 тижнів: вибір способу розродження та тактики ведення пологів
- Елективні пологи у повних 37-38 тижнів
 - Найменший ризик перинатальної смертності й захворюваності для дихоріальної двійні у 36-38 тижнів

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



CONSENSUS VIEWS ARISING FROM THE 50TH STUDY GROUP, RCOG. 2005

Swiss TPH



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



Ведення монохоріальної двійні (1)



- УЗД у 16 тижнів виявляє **48%** ускладнень з боку плода
- Комбінація УЗД у першому триместрі (10-13 тижнів) та у 16 тижнів виявляє близько **58%** ускладнень з боку плода
- У разі неускладненого перебігу вагітності УЗД має проводитись **кожні 2-3 тижня, починаючи з 16 тижня вагітності**
 - УЗД між 16 і 24 тижнями спрямовано на виявлення СФФТ
 - Після 24 тижнів вагітності, коли рідко трапляються перші ознаки СФФТ, основна мета - виявити МГВП та дискордантний ріст

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

Lewi L et al., 2008

CONSENSUS VIEWS ARISING FROM THE 50TH STUDY GROUP, RCOG, 2005



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





Ведення монохоріальної двійні (2)



- У 32–34 тижні: вибір способу розродження та тактики ведення пологів.
- Навіть при неускладненій МД існує ризик **НЕПЕРЕДБАЧЕНОЇ** антенатальної загибелі плода (4,3%), незважаючи на інтенсивність спостереження
- Розродження у повних 36–37 тижнів
 - Якщо немає показів для більш раннього розродження

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



CONSENSUS VIEWS ARISING FROM THE 50TH STUDY GROUP, RCOG, 2005

Swiss TPH



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