

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



**MOTHER AND CHILD
HEALTH
PROGRAMME**

ШВЕЙЦАРІЯ-УКРАЇНА

UKRAINE-SWITZERLAND



Частина I

Особливості розродження та ведення пологів при багатоплідній вагітності



Swiss TPH



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



Ускладнення багатоплідних пологів (1)



- Передчасні пологи та передчасний розрив плодових оболонок (25 - 30 % до 60%)
- Слабкість пологової діяльності (до 30%)
 - Надмірне розтягнення матки
 - Виключення з процесу скорочення значної частини міометрію
 - ✓ Велика плацента або 2 плаценти
- Передчасне відшарування плаценти після народження першого плода - від 3 до 7 %

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





Ускладнення багатоплідних пологів (2)



- Неправильне положення плода в пологах (до 60% у другого плоду) та випадіння пуповини та дрібних частин плода
- Дистрес плода
- Колізія (зчеплення) обох близнюків
 - У випадку тазового передлежання першого плоду та головного – другого
- Кровотечі у післяпологовому періоді (до 25%)
- Ускладнення післяпологового періоду (субінволюція матки)

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





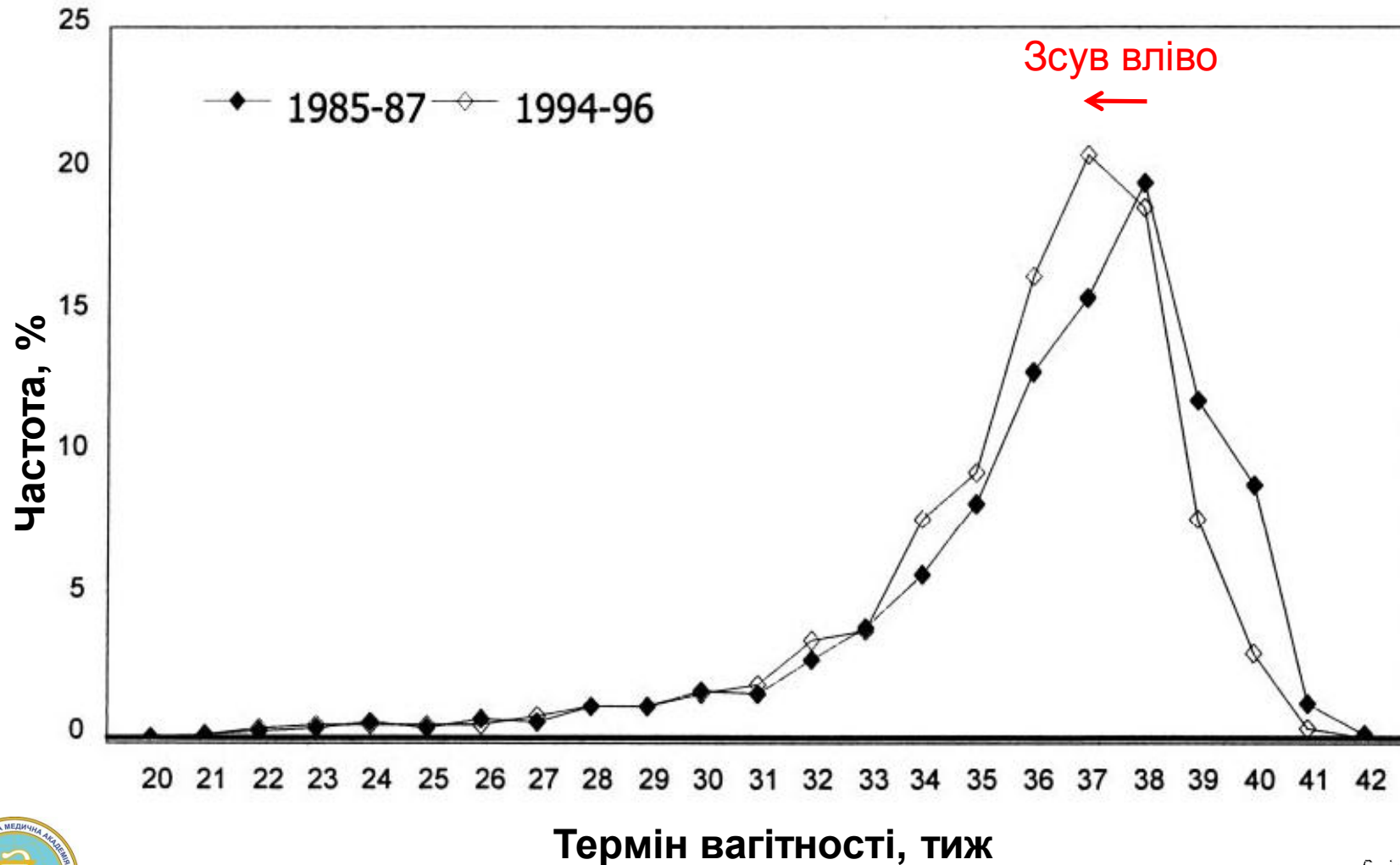
Оптимальний термін розродження багатоплідної вагітності

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





Розподіл двоєнь за гестаційним віком на момент народження (Канада)



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





Зміни перинатальних показників для двоєнь у 1985-87 в порівнянні з 1994-96 (1)



- Частота передчасного розродження збільшилась на 17% ($p < 0,001$)
 - Переважно за рахунок розродження в терміні 34-36 тижнів - зросло на 23%
- Показник мертвонароджуваності:
 - Зменшився у термінах 34 - 41 тиждень загалом на **43%** ($p < 0,001$)
 - В терміні < 34 тижнів – не змінився

Розродження двоєнь в терміні ≥ 34 тижня супроводжується достовірним зниженням рівня мертвонароджуваності





Зміни перинатальних показників для двоєнь у 1985-87 в порівнянні з 1994-96 (2)



- Показник неонатальної смертності зменшився з **31,3/1000** до **25/1000** ($p < 0,001$)
- Загальний показник малюкової смертності знизився з **39/1000** до **29,6/1000** ($p < 0,001$)

– Достовірне зниження у вагових категоріях

- 500-749 – на 20%
- 750 – 999 – на 61%
- 1000 – 1249 – на 38%

- 2500 – 3999 г – на 42%

- Антенатальні кортикостероїди
- Сурфактант
- Неонатальна допомога
- Регіоналізація

Збільшення частоти дострокового розродження

– У вагових категоріях від 1250 до 2499 г показник малюкової смертності не змінився



Joseph K. S., et al., 2001





Планове розродження двійні: який термін оптимальний?



- Ретроспективне когортне дослідження (60 443 пар двоєнь) продемонструвало, що розродження двоєнь після 40 тижнів гестації у порівнянні з 37 тижнями супроводжується збільшенням :
 - Неонатальної смертності - у 2,5 - 3,5 рази
 - Ризику оцінки по шкалі Апгар менше 3 балів на 5 хвилині - у 1,8 рази

Оптимальний термін розродження < 40 тижнів гестації





Проспективний ризик загибелі плода (1)

- Дозволяє визначити ризик загибелі плода у вагітних, які ще не народили
- Може бути розрахований на конкретний тиждень вагітності

$$\text{ПРЗП} = \frac{\text{Народжені мертвими у даному терміні гестації}}{\text{Кількість плодів групи ризику}^*} \times 1000 \text{ плодів групи ризику}$$

* - група ризику – це ще не народжені плоди у даному терміну гестації. Для одноплідної вагітності буде дорівнювати кількості вагітних у даному терміні гестації





Перспективний ризик загибелі плода (2)

- Інтерпретація показника:
 - Показник слід порівняти з неонатальною смертністю для даного терміну гестації
 - Коли значення ПРЗП наближається або дорівнює показнику неонатальної смертності для даного терміну гестації - показано розродження, тому що:
 - Для плода/плодів ризик загибелі внутрішньоутробно та ризик загибелі після народження **однакові**





Планове розродження двійні: який термін оптимальний? (1)

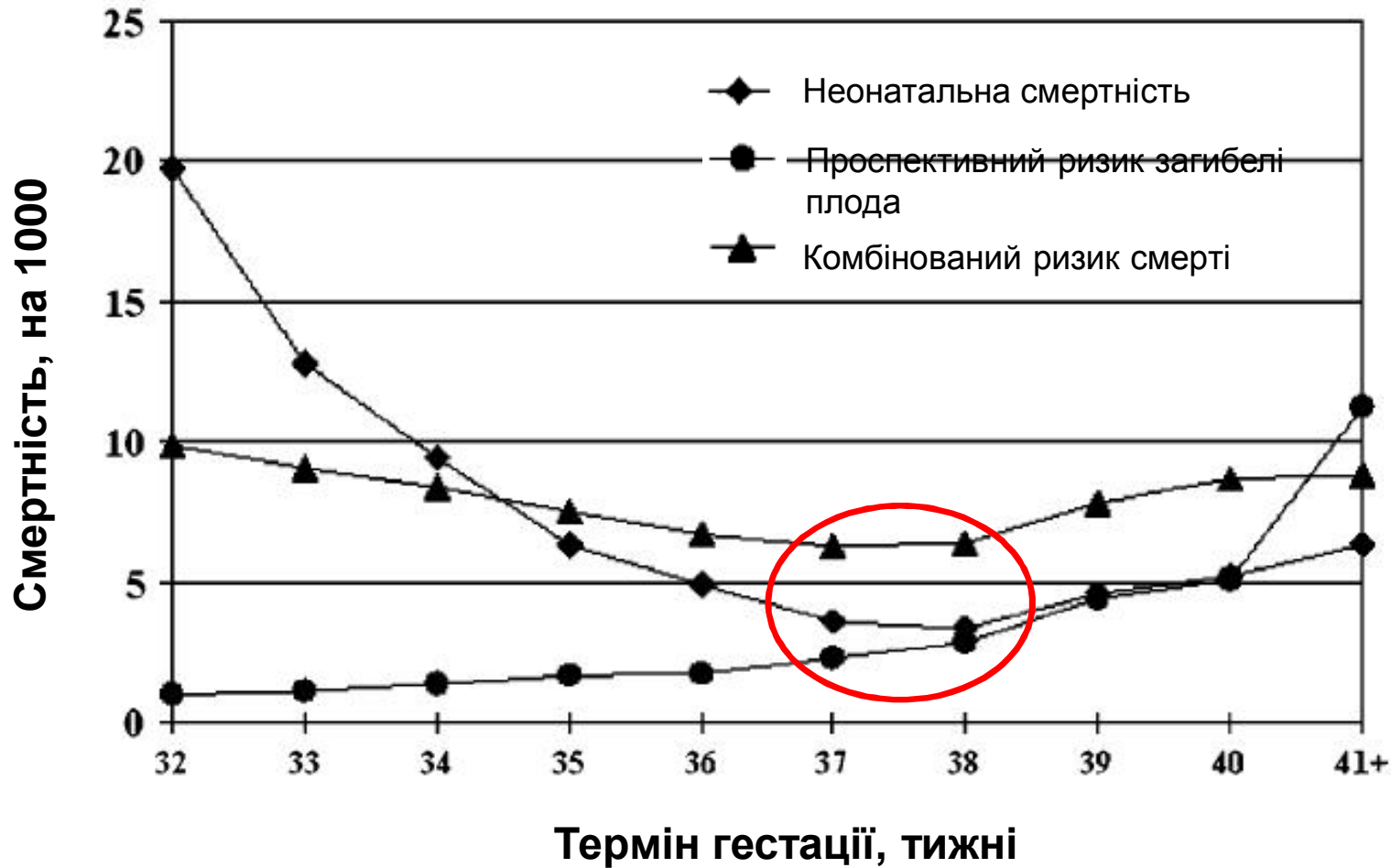


- Ретроспективне когортне дослідження (315 625 пар двоєнь) продемонструвало
 - Ризик неонатальної смерті є найменшим в **38 тижнів** вагітності
 - ПРЗП при двійні дорівнює неонатальній смертності в терміні **39 тижнів** вагітності
 - Найменше значення комбінованого ризику смерті припадає на **37 тижнів** вагітності
- Для зменшення ризику антенатальної та неонатальної загибелі плода розродження при двійні слід здійснювати в терміні гестації **37 тижнів**





Планове розродження двійні: який термін оптимальний? (2)



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



Аналіз 315 625 пар двоєнь

SwissTPH
Julian Robinson et al., 2005 рік



Оптимальний гестаційний вік для розродження двоєнь (1)



- До 36 тижнів вагітності
 - Показання з боку матері чи плода/плодів
 - Будь які стани за яких подальше пролонгування вагітності є більш небезпечним для матері/плодів ніж розродження
- 36-37 тижнів
 - Монохоріальна двійня
 - Ризик внутрішньоутробної загибелі плода(ів) після 32 тижнів вагітності **у 8 разів вище** ніж у дихоріальної
- 37-38 тижнів
 - Дихоріальна двійня





Оптимальний гестаційний вік для розродження двоєнь (2)



- Монохоріальна моноамніотична двійня (ММД)
 - Аналіз 133 випадків ММД в Англії з 1990 по 2002 продемонстрував наступну частоту перинатальних втрат:
 - 15-32 тижні – 2 - 4%
 - 33-35 тижнів – 11%
 - 36-38 тижнів – 22%
- Roque H, et al, 2003*
- Наразі рекомендованим терміном розродження ММД є **32 тижні** вагітності після проведення курсу кортикостероїдів





Оптимальний гестаційний вік для розродження трійні



- 90% трієнь народжують передчасно
 - Спонтанні передчасні пологи
 - Передчасне розродження за показаннями
- Середній гестаційний вік на момент розродження (спонтанного чи індукованого) становить 33 тижні
- У випадку, коли вагітність не має ускладнень та пролонгується, оптимальним терміном розродження слід вважати **36 тижнів** гестації
 - ПРЗП при трійні дорівнює неонатальній смертності саме в терміні **36 тижнів**





Оптимальні терміни планового розродження при БВ

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

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





Вибір способу розродження двійні

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





Вибір способу розродження: Які фактори слід враховувати?

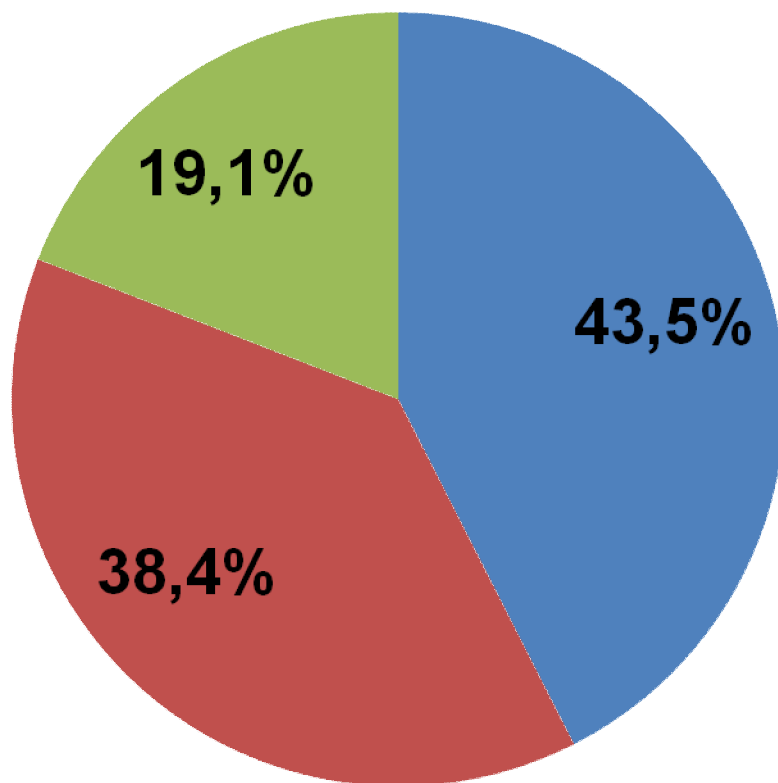


- Наявність/відсутність показань до кесарського розтину (наявність/відсутність умов для вагінальних пологів)
- Для цього слід врахувати:
 - Положення та передлежання плодів
 - Передбачувана маса плодів
 - Хоріальність
 - Стан плодів (СФФТ, ЗВУР, тощо)
 - Стан матері (наявність екстрагенітальної патології та/або ускладнень вагітності)
 - Акушерський анамнез
 - Досвід лікаря





Частота різних варіантів передлежання/положення плодів



- Головне/Головне
- Головне/Тазове, Косе чи Поперечне
- Інші варіанти

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



Ramsey P.S., 2003





Кесарський розтин для двійні (1)

- Сучасні дані доказової медицини рівня достовірності I та II свідчать про те, що плановий КР **не може бути рекомендований для розродження всіх двоєнь**
- Плановий КР для двійні може бути зумовлений показаннями, які:
 - Пов'язані з положенням або/та передлежанням плодів
 - НЕ пов'язані з положенням та/або передлежанням плодів

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

Hogle K.L., et al. 2003





Кесарський розтин для двійні (2)

- Плановий КР є абсолютно показаним, коли вагінальні пологи не можливі:
 - Плід А знаходиться у косому або поперечному положенні
- Плановий КР є виправданим коли Плід А знаходиться у тазовому передлежанні





Плід А у тазовому передлежанні (1)



- У разі вагінальних пологів двійнею, коли Плід А знаходиться у тазовому передлежанні
 - Перинатальна смертність **у 2 рази вище** ніж при плановому КС
 - Частота успішних вагінальних пологів – 36%
- Якщо маса Плода А у тазовому передлежанні <1500 г
 - Вагінальні пологи у порівнянні з КР супроводжуються підвищенням ризику
 - Оцінки за шкалою Апгар на 5-й хвилині менше 7 балів **у 2,4 рази** (ВШ 2,4 95% ДІ 1,2- 4,7; $p < 0,008$)
 - Неонатальної смерті - **у 9,5 разів** (ВШ 9,5 95% ДІ 4,0 - 23,4; $p < 0,001$)





Плід А у тазовому передлежанні (2)



- Ризик “зчеплення близнюків”
 - З 1961 по 1987 роки у Швеції – 41 випадок зчеплення близнюків в пологах
 - З них 29 випадків (70%), коли Плід А тазове/Плід В головне
- Загальний ризик для варіанту “ Плід А тазове/Плід Б головне ” – **1 випадок на 91 пологи**
- Фактори, що підвищують ризик зчеплення:
 - ЗВУР та/або маса плодів менше 2000 г
 - Антенатальна загибель одного з плодів





Вибір способу розродження: Кесарський розтин



Плід А – не головне
(Тазове, Косе, Поперечне)



Кесарський розтин для обох плодів

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





Рубець на матці та БВ

- Наразі відсутні достовірні дані щодо безпеки та можливого успіху вагінальних пологів після КР у вагітних з БВ
- До появи вказаних даних, а також враховуючи особливості перинатальної допомоги в Україні, **БВ у жінок з рубцем на матці слід вважати показанням для повторного КР**

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





Трійня



- Враховуючи високий ризик неправильного положення плодів рекомендують **плановий КР**

Patrick S. Ramsey, John T. Repke. 2003

АЛЕ

- Одне проспективне дослідження вказує на можливість проведення вагінальних пологів, за наступних умов:
 - Плід А у головному передлежанні
 - Термін вагітності ≥ 28 тижнів
 - Можливо проведення електронного моніторингу стану трьох плодів одночасно
 - Відсутні акушерські протипоказання до вагінальних пологів
 - Інформована згода жінки





Монохоріальна моноамніотична двійня

- Поодинокі випадки моноамніотичної двійні не дозволяють отримати ґрунтовні наукові дані з проспективних досліджень щодо оптимального способу розродження
- Враховуючи високий ризик сплутування пуповин, особливо під час вигнання першого плода, рекомендується **плановий КР**

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

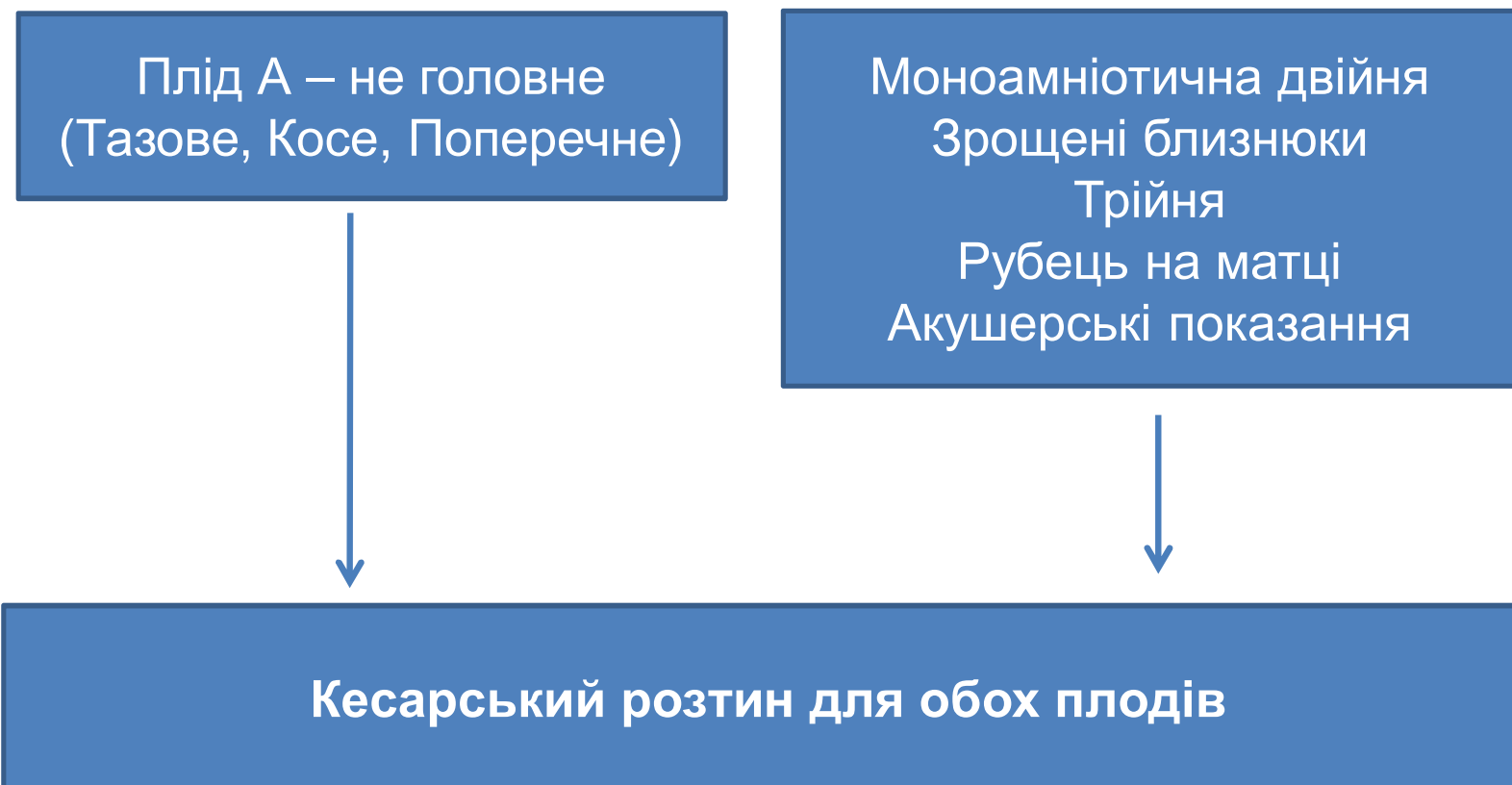
Patrick S. Ramsey, John T. Repke, 2003

Dwight P. Cruikshank, 2007





Вибір способу розродження: Кесарський розтин



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





Плід А головне / Плід Б головне (1)



- Рекомендовані вагінальні пологи
 - Рутинний плановий КР у порівнянні з вагінальними пологами не покращує перинатальні результати
 - Кесарський розтин – лише за наявності загальних акушерських показань з боку матері та/або плодів

Peaceman AM, Kuo L, Feinglass J., 2009

- Частота успішних вагінальних пологів для обох плодів становить 70 - 80%
 - Близько 20% жінок потребують КР для обох плодів
 - Від 3,5% до 6% потребують КР для Плода Б внаслідок:
 - Дистресу плода
 - Неправильного положення плода
 - Випадіння пуповини та дрібних частин плода
 - Слабкості пологової діяльності





Плід А головне / Плід Б головне (2)



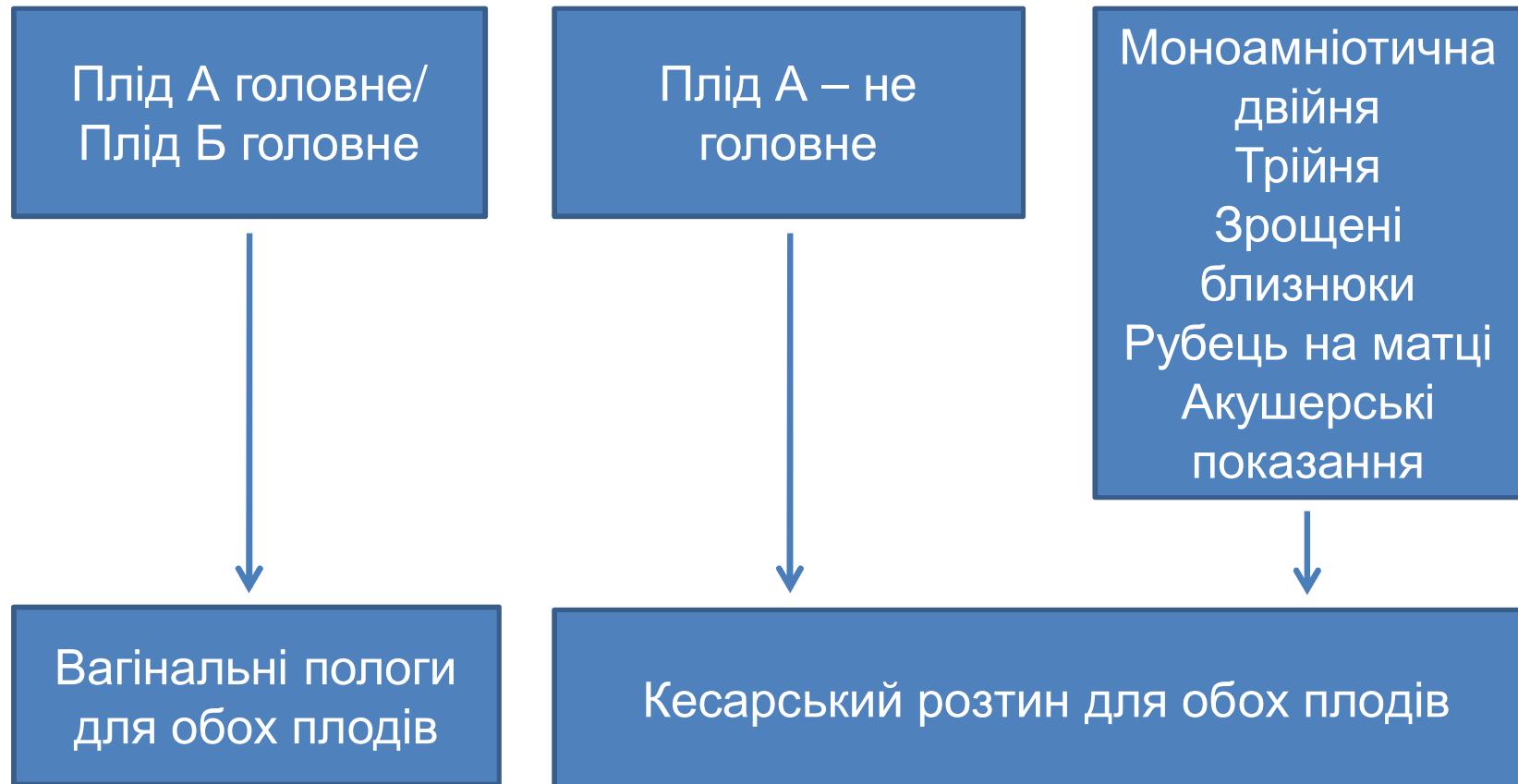
- Маса Плода Б <1500 г
 - Деякі дослідники повідомляють про те, що КР для обох плодів у порівнянні з вагінальними пологами, може супроводжуватися для Плода Б зниженням
 - Випадків неонатальної смерті, яка не пов'язана з аномаліями розвитку
 - Оцінки за шкалою Апгар ≤ 3 на 5-й хвилині
 - Однак, інші дослідники не знайшли різниці у показниках захворюваності та смертності
 - Для того, щоб оцінити справжній ефект КР для цієї когорти, необхідні рандомізовані дослідження

Наразі немає підстав рекомендувати рутинний КР для варіанту **Плід А головне / Плід Б головне** з ПМП Плода Б <1500 г





Вибір методу розродження: КР та вагінальні пологи



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





Плід А головне / Плід Б не головне (1)



- Немає достовірних доказів того, що рутинний КР покращує перинатальні результати у порівнянні з вагінальними пологами
- Рутинний КР для варіанту “Плід А головне / Плід Б не головне” **не рекомендується**
- Наразі вагінальні пологи вважаються оптимальним та відносно безпечним способом розродження, за відсутності інших показань до КР





Плід А головне / Плід Б не головне (2)



- Вагінальне розродження плода Б у тазовому передлежанні після народження Плода А у головному, у порівнянні з КР для обох плодів підвищує ризик:
 - Оцінки за шкалою Апгар ≤ 3 бала на 5-й хвилині (0,1% при КР - 0,3% при ВП)
 - Вентиляції протягом < 30 хвилин (4,5% при КР - 5,2% при ВП)
 - Пологової травми (0,1% при КР - 0,5% при ВП):

АЛЕ

Відсоток ускладнень залишається низьким





Плід А головне / Плід Б не головне (3)



- Варіанти розродження для плода Б:
 - Спонтанні вагінальні пологи у тазовому передлежанні
 - Зовнішньо-внутрішній поворот на ніжку / екстракція плода за тазовий кінець
 - Зовнішній поворот на голівку
 - Екстрений КР для плода Б – “комбіновані пологи”

Який поворот плода краще?





Плід А головне / Плід Б не головне (4)



- Поворот плода на ніжку та екстракція за тазовий кінець має переваги над зовнішнім поворотом на голівку, оскільки супроводжується:
 - Більшою частотою успішних вагінальних пологів (96-98% проти 46-70%)
 - Меншою частотою дистресу плода (0,5% проти 18%)

АЛЕ

Вибір способу народження плода Б залежатиме від власного досвіду лікаря та акушерської ситуації



Robinson C, Chauhan SP, 2004





Плід А головне / Плід Б не головне: Маса плода Б < 1500 г



- За наявності варіанту “Плід А головне / Плід Б не головне” та ПМП плода Б < 1500 г, вагінальні пологи у порівнянні з КР для обох плодів, асоціюються з підвищенням для Плода Б:
 - Неонатальної смертності – ВШ **2,7** (1,79 – 4,12)
 - Смертності, яка не пов'язана з вродженими аномаліями розвитку – ВШ **3,3** (2,04 – 5,44)
 - Частоти оцінки за шкалою Апгар <7 балів на 5-й хвилині - ВШ **2,4** (1,71 – 3,38)

Якщо передбачувана маса Плода Б, який знаходиться у тазовому передлежанні, становить < 1500 г показаний **плановий КР**





Плід А головне / Плід Б не головне: Висновки

Плід А більше ніж плід Б
або
Плід Б крупніший за плід А,
але різниця в ПМП менше 20%
Та
Передбачувана маса плода Б
більше 1500 г

Плід Б крупніший за
плід А на 20% та
більше

Передбачувана
маса плода Б
менше 1500 г

Плід А:
Вагінальні
пологи

Плід Б:
Спонтанні пологи у тазовому
передлежанні
або
Зовнішньо-внутрішній поворот на
ніжку та екстракція
або
Зовнішній поворот на голівку та
вагінальні пологи

Кесарський
розтин для
обох плодів

Зовнішній поворот на
голівку для Плода Б
після народження
Плода А

У разі невдачі – кесарський розтин для
Плода Б

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





Умови для розродження багатоплідної вагітності

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





Вибір стаціонару

- БП ведуться в умовах пологових стаціонарів 3-го рівня перинатальної допомоги
- БП можуть проводитись у окремих пологових стаціонарах другого рівня, якщо
 - Відсутні показання для скерування на III рівень
 - Забезпечені необхідні інфраструктурні та організаційні умови
 - Достатня кількість досвідченого персоналу





Організація, приміщення та обладнання: загальні умови



- Наявність персоналу та обладнання для цілодобового надання екстреної допомоги матері та новонародженим:
 - Можливість цілодобово проводити екстрений КР
 - Можливість надання екстреної допомоги у разі акушерських ускладнень (кровотеча, еклампсія, тощо)
 - Можливість надання реанімаційної допомоги двом новонародженим
- Цілодобово функціонує клінічна лабораторія
- Цілодобово доступні препарати крові

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





Організація, приміщення та обладнання: акушерська допомога (1)



- Пологова кімната
 - Апарат КТГ з можливістю запису на плівку
 - Бажано мати можливість реєстрації СБ одночасно двох плодів
 - Набір для надання екстреної допомоги матері
 - В/в катетери – мінімум 2 шт. (16G)
 - Системи, шприці, стерильні рукавички
 - Розчини кристалоїдів (Рингеру лактат, фізрозчин) та колоїдів (модифікований желатин)
 - Утеротоніки (окситоцин, ергометрин)
 - Мішок Амбу для дорослих, повітровід
 - Апарат УЗД (бажано)





Організація, приміщення та обладнання: акушерська допомога (2)



- Операційна
 - Наявність окремої акушерської операційної
 - Операційна розташована на тому ж поверсі, що й пологова зала
 - Операція може бути розпочата якомога раніше, але не пізніше ніж за 30 хвилин від прийняття рішення





Організація, приміщення та обладнання: допомога новонародженим



- Наявність **двох** комплектів обладнання для розширеної первинної реанімації новонародженого
 - Два реанімаційних мішка
 - Два ларингоскопи
 - Два комплекти інтубаційних трубок 4-х розмірів (№№ 2,5; 3,0; 3,5; 4,0)
- Два джерела променевого тепла, дві поверхні для реанімації
 - Забезпечити наявність у приміщенні, де народжуються діти (операційна чи пологова зала)
- Мати можливість проведення кисневої терапії двом дітям одночасно





Персонал (1)



- Одна акушерка та один досвідчений лікар акушер-гінеколог, які працюють лише з даною роділлею
 - Акушерка має постійно знаходитись у пологовій кімнаті
 - Лікар має володіти операцією КР, методами акушерського повороту та методами хірургічного гемостазу
- Другий лікар акушер-гінеколог (асистент)
- Анестезіолог та операційна сестра
 - Цілодобовий пост
 - Знаходяться у пологовому відділенні





Персонал (2)

- Для надання допомоги одній новонародженій дитині необхідна присутність принаймні **двох** осіб
 - Один фахівець повинен володіти всіма реанімаційними навичками:
 - Вентиляція за допомогою мішка і маски
 - Непрямий масаж серця
 - Інтубація трахеї
 - Введення ліків
 - Інший (або інші) – бути здатним(и) надати кваліфіковану допомогу основному реаніматологу

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



Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим.

Наказ МОЗ України №312 від 08.06.2007



Swiss TPH
Public Health Institute
Rue des Jeunes-Frères 17
CH-1015 Lausanne, Suisse



Персонал (3)

- Якщо виникає необхідність вводити ліки, до надання реанімаційної допомоги новонародженому мають бути залучені **щонайменше 3 медичних працівника**
- У випадку багатоплідної вагітності потрібна присутність декількох реанімаційних бригаад відповідно до кількості плодів

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

Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим.

Наказ МОЗ України №312 від 08.06.2007





Ведення вагінальних багатоплідних пологів

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





Загальні принципи ведення багатоплідних пологів (1)



- Для ведення багатоплідних пологів мають бути забезпечені стандарти рутинної базові допомоги:
 - Індивідуальна пологова зала
 - Присутність та підтримка партнера
 - Вільний вибір положення у пологах
- Ведення партограми
 - Висновок щодо неадекватного прогресу пологів (слабкість пологової діяльності у I періоді) повинен ґрунтуватися на даних партограми
- Моніторинг стану плодів шляхом електронного фетального моніторингу
- Застосування окситоцину згідно чинного протоколу “Аномалії пологових сил”





Загальні принципи ведення багатоплідних пологів (2)



- Вивчення анамнезу та особливостей перебігу вагітності
- Якомога більш точне визначення терміну гестації
- Акушерське УЗД
 - Кількість плодів, положення та передлежання кожного з плодів, життєздатність, кількість навколоплідних вод, візуалізація міжамніотичної мембрани, кількість плацент та їх локалізація)
- Обмеження перорального вживання рідини та їжі
- Мобілізація вени (катетер не менше 16 G)
- Взяття крові для дослідження (вихідний загальний аналіз крові, група крові, Rh – належність, кров на сумісність)






Епідуральна анестезія при БВ



- Переваги
 - Найкраще знеболення у порівнянні з іншими методами
 - Уникнення наркотичної депресії плодів
 - Не збільшує тривалість першого періоду пологів
 - Не підвищує ризик КР
 - Адекватне знеболення у разі проведення
 - Зовнішнього повороту на голівку
 - Зовнішньо-внутрішнього повороту та екстракції за тазовий кінець
 - Кесарського розтину
- Недоліки
 - Може збільшувати тривалість II періоду пологів при БВ
 - 90 хвилин у порівнянні з 30 хвилинами



Anim-Somuah M., et al, 2005 

Crawford J S., 1987 



Ведення II періоду пологів (1)

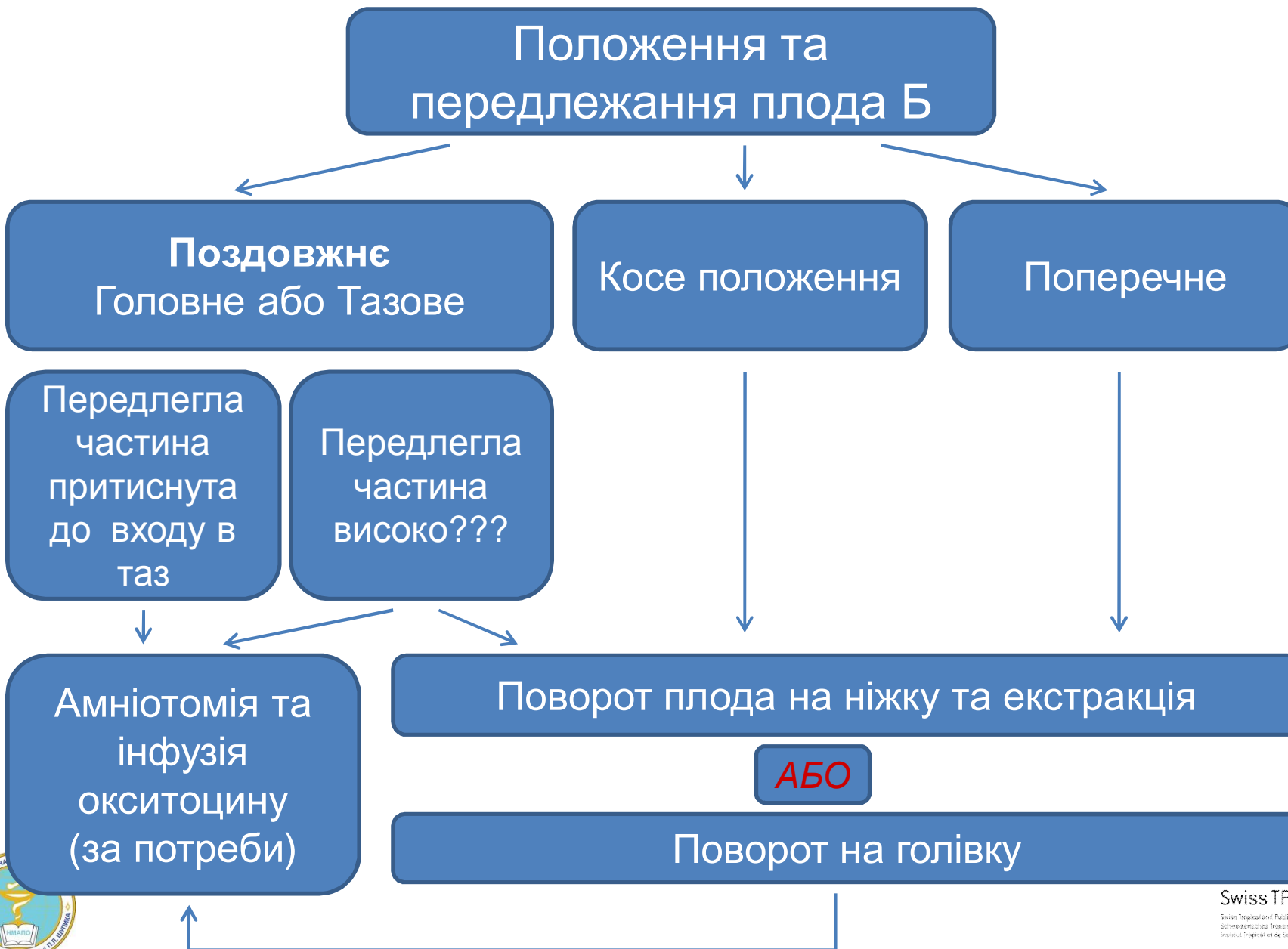


- Ведення періоду вигнання Плода А не відрізняється від загальноприйнятих підходів
- Після народження Плода А
 - Зупинити інфузію окситоцину (якщо проводиться)
 - Перетиснути та перерізати пуповину плода А
 - У разі монохоріальної двійні пуповина Плода А має бути перетиснута одразу після народження для запобігання можливої втрати крові у Плода Б через існуючі судинні анастомози у плаценті
 - Провести акушерське дослідження для уточнення:
 - Положення другого плоду
 - Передлежання та рівня стояння передлеглої частини по відношенню до входу в малий таз
 - Використання УЗД може допомогти отримати більш точні дані





Ведення II періоду пологів (2)





Нітрогліцерин для розслаблення матки

- Розслаблення матки/шийки матки може бути потрібним після народження Плода А, якщо:
 - Необхідно виконати поворот плода Б, а матка знаходиться в тонусі
 - Відбулося защемлення шийкою матки послідууючої голівки Плода Б
- Використовують **нітрогліцерин** сублінгвально (спрей) або внутрішньовенно в разовій дозі 200 мкг (загалом не більше 600 мкг)





Інтервал між народженням плодів (1)



- Існуючі наукові дані підтримують принцип:
“ Чим менше інтервал між народженням плодів з двійні, тим краще для Плода Б ”
- Збільшення інтервалу між народженням плодів є незалежним фактором ризику:
 - КР для Плода Б
 - Ацидозу у плода Б
 - Комбінованих несприятливих наслідків:
 - Перинатальна смертність, асфіксія, РДС, пологова травма, неонатальна інфекція





Інтервал між народженням плодів (2)



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

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



* - у порівнянні з Плодом А



Інтервал між народженням плодів (3)



- Інтервал у **30 хвилин** між народженням плодів з двійні можна вважати критично граничним
- При очікувальній тактиці:
 - Якщо після народження Плода А пологова діяльність не розпочалась протягом **10 хвилин** – почати в/в інфузію окситоцину
 - Якщо після народження Плода А пройшло **30 хвилин**, слід ретельно оцінити акушерську ситуацію та прийняти рішення щодо подальшої тактики ведення пологів
 - За наявності прогресуючого просування передлеглої частини (голівка в порожнині тазу), при задовільному стану матері та плода пологи можна продовжити вести консервативно
 - У разі незадовільного прогресу пологів слід розглянути питання про розроджуючу операцію





Показання для кесарського розтину для плода Б



- Відсутність прогресу у просуванні передлеглої частини, внаслідок непереборної слабкості пологових сил
- Невдала спроба зовнішнього повороту на голівку або зовнішньо-внутрішнього повороту на ніжку або екстракції за тазовий кінець ізольовано або у поєднанні з:
 - Дистресом плода
 - Випадінням пуповини або дрібних частин плода
 - Матковою кровотечею

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





Комбіновані пологи

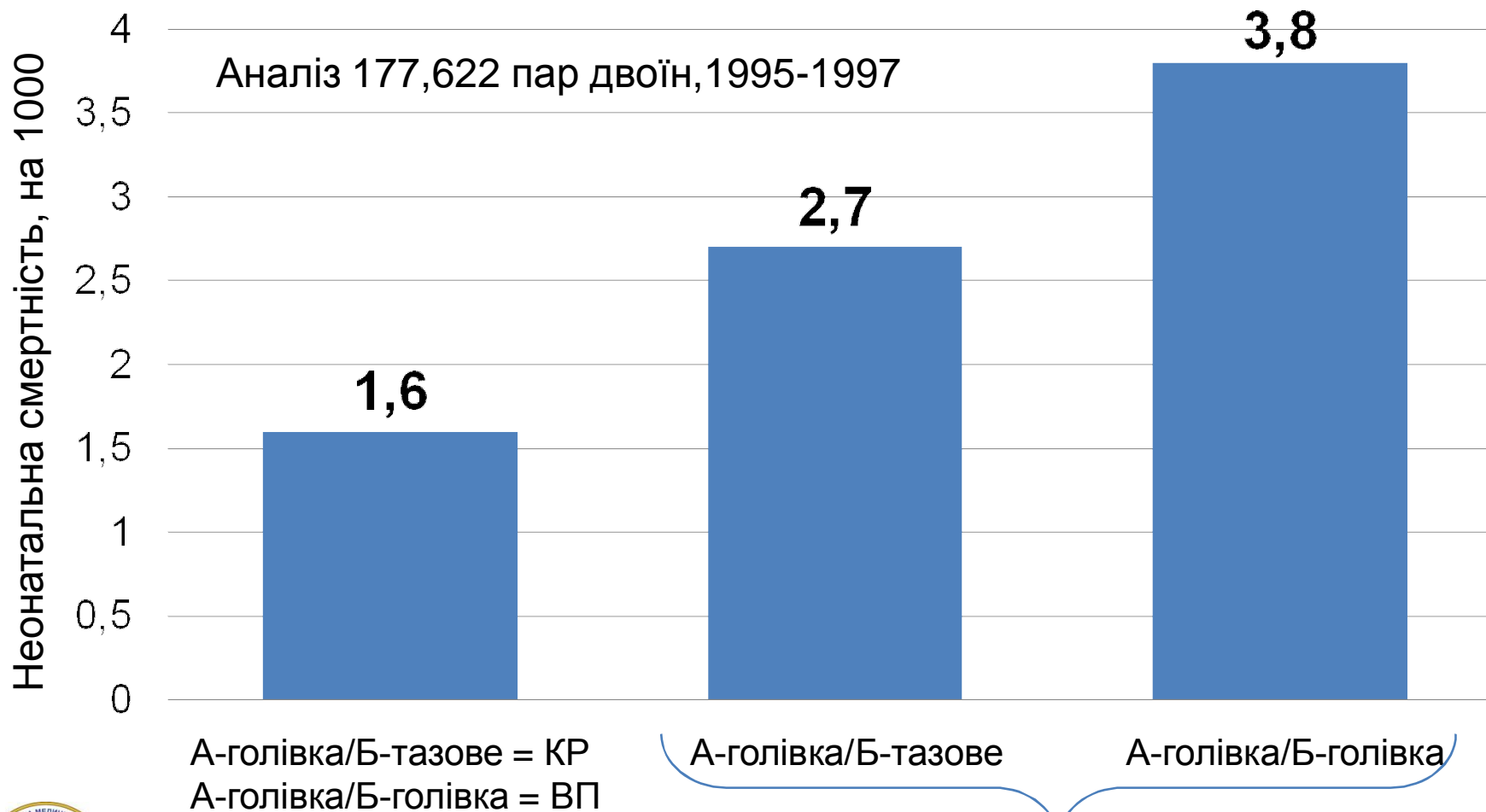


- **Комбінованими** називають такі пологи за яких Плід А народжується через природні пологові шляхи, а плід Б – шляхом кесарського розтину, внаслідок появи показань до абдомінального розродження
 - 4% - 6% від двоїн, що здійснили спробу вагінальних пологів
- Фактори ризику комбінованих пологів:
 - Плід Б не у головному передлежанні - **у 2,3 рази** (Відносний ризик [ВР] 2,3; 95% ДІ 1,3-3,8; $p < 0,002$)
 - Проміжок між народженням плодів ≥ 60 хвилин – **у 8,2 рази** (ВР 8,2; ДІ 4,6-14,6; $p < 0,001$)
- Для комбінованих пологів характерні високі показники неонатальної захворюваності та смертності





Комбіновані пологи та неонатальна смертність



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



Konotopoulos E. V. et al, 2004

Комбіновані пологи





Ризик захворюваності та смертності для Плода Б



- Комбінований ризик “несприятливих наслідків” для Плода Б **у 3,8 разів вище** незалежно від маси та статі плода, передлежання та способу розродження, в порівнянні з плодом А
 - Несприятливі наслідки:
 - Перинатальна захворюваність та смертність
 - Асфіксія
 - РДС
 - Неонатальна інфекція
 - Травма в пологах

Програма “Здоров’я матері та дитини” Швейцарія - Україна



Armson B. 2006





Комбіновані пологи та ризик для Плода Б: Висновки



- Медичний персонал, який надає допомогу новонародженим з двійні має усвідомлювати, що:
 - Плід Б має більш високий ризик неонатальної захворюваності та смертності, у порівнянні з Плодом А
 - Особливо цей ризик підвищується у разі комбінованих пологів





Ведення третього періоду пологів



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





Ведення раннього післяпологового періоду



- Спільне перебування матері та дітей
- Раннє прикладання до грудей та грудне вигодовування
 - Мати має бути навчена прийомам вигодовування двох дітей
- Ретельний контроль тонуусу матки, кількості виділень, пульсу, АТ, кольору шкіри та скарг протягом перших 6 годин після пологів:
 - Перші 2 години – не рідше ніж кожні 15 хвилин
 - Третя година – кожні 30 хвилин
 - Четверта, п'ята та шоста години – щонайменше кожену годину





Критерії виписки із стаціонару



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



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



**MOTHER AND CHILD
HEALTH
PROGRAMME**

ШВЕЙЦАРІЯ-УКРАЇНА

UKRAINE-SWITZERLAND



Частина II

Надання допомоги новонародженим з МГВП/ЗВУР та СФФТ



Swiss TPH



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



ЗВУР



- Більший ризик негативних наслідків
 - порушення розумового розвитку
 - нейромоторна дисфункція
 - поведінкові проблеми та дефіцит уваги
 - лейкомаляція
 - ДЦП
- Тактика ведення новонародженої дитини залежить від
 - Терміну гестації
 - Особливостей анамнезу
 - Потреби в наданні реанімаційної допомоги при народженні
 - Оцінки ризиків розвитку патологічних станів
 - Своєчасності профілактичних втручань
 - Клінічних проявів захворювання





Патологічні стани у дітей зі ЗВУР



- Поліцитемія
 - 10-15% дітей зі ЗВУР в перші дні життя
 - Одна з причин – активація еритропоезу у відповідь на гіпоксемію
- Гіпотермія
 - Ретельне спостереження
 - Нейтральне температурне середовище!!!
- Гіпоглікемія, гіпокальцемія, гіпомагніемія
 - Ранній початок вигодовування (ентерального або парентерального у разі важкого або середньоважкого стану)
 - У разі потреби в інфузійній терапії: 10% глюкоза + 10% кальцію глюконат з першої доби
- Респіраторні розлади незалежно від терміну гестації
 - Транзиторне тахіпноє
 - Інфекція
 - Персистуюча легенева гіпертензія
- Жовтяниця
- Кровотечі





ЗВУР при багатоплідній вагітності



Дискордантна двійня, 32 тиж гестації
Маса тіла при народженні 1550,0 та
450,0 відповідно

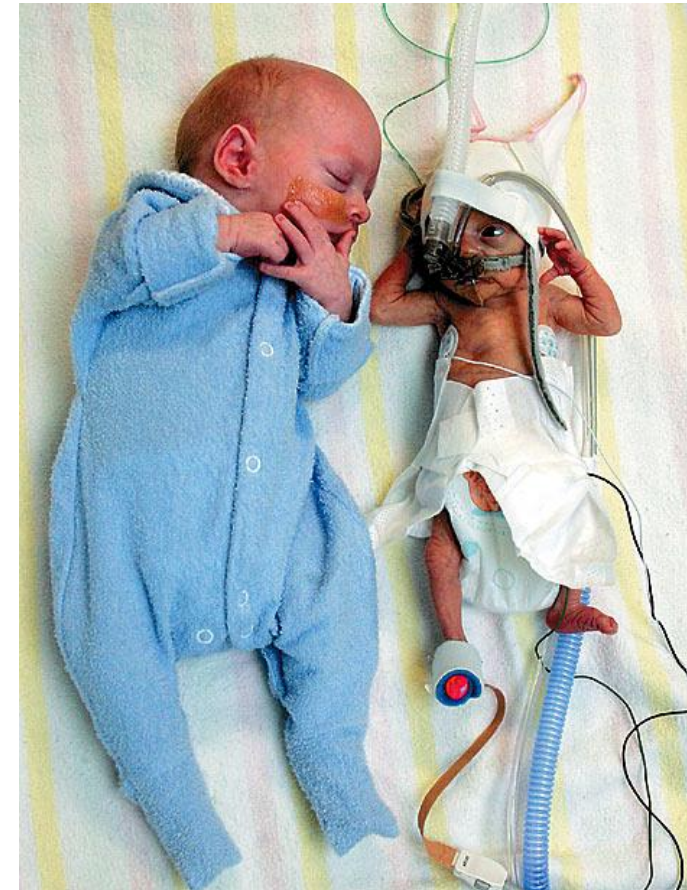
Та сама двійня в віці 2,5 роки →





Двійня: СФФТ та ЗВУР

- Дитина – донор
 - Маловоддя
 - Анемія
 - Серцева недостатність
 - Затримка внутрішньоутробного розвитку
 - Гіпоплазія легень
 - Дуже рідко - набряки
- Дитина-реципієнт
 - Багатоводдя, передчасний розрив плідних оболонок
 - Поліцитемія
 - Перевантаження ОЦК
 - Серцева недостатність
 - Набряки
- Клінічні ознаки залежать від тривалості процесу
 - Біля 1/3 новонароджених що вижили демонструють важкі неврологічні ураження

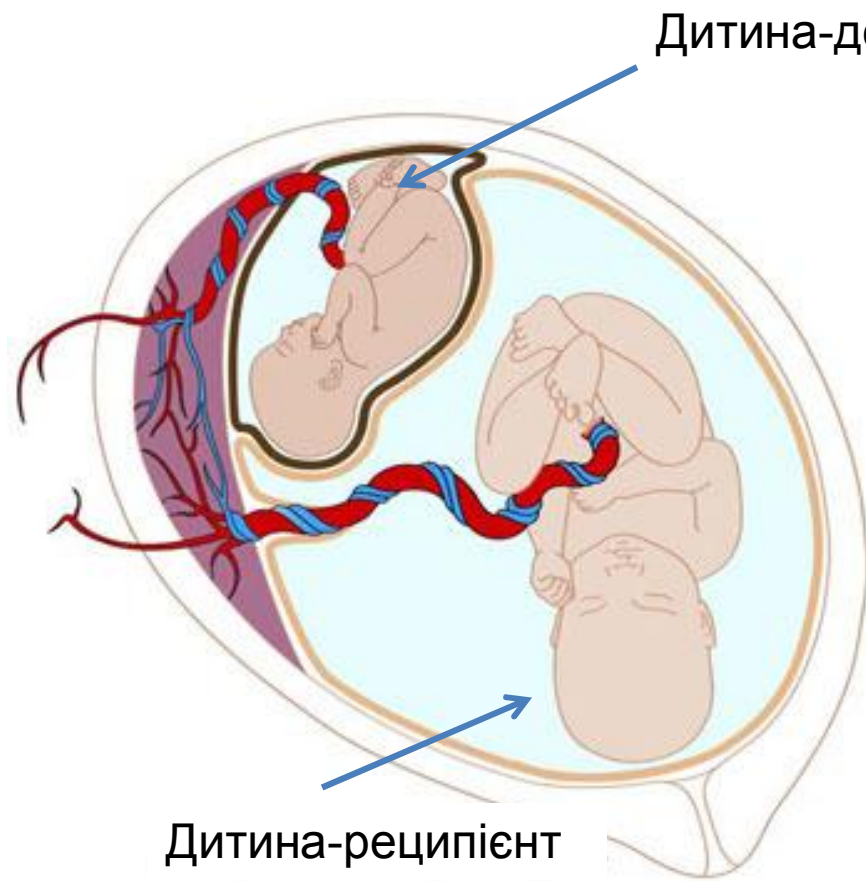


Програма "Здоров'я матері та дитини" Швейцарія - Україна





Фето-фетальна трансфузія



У біля 15-30% випадків монохоріальних двоєнь спостерігаються аномалії розвитку судин плаценти

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





Організація надання допомоги



- Оцінка анамнезу
- Оцінка стану дитини відразу після народження
- Ретельне спостереження
 - Дихання (частота, характер)
 - Колір шкіри (блідість, гіперемія)
 - ЧСС та геодинаміка (тиск)
 - Температура тіла
 - Рухова активність
 - Вигодовування
 - Діурез
 - Сатурація
- Забезпечення калоріями і рідиною
 - Вигодовування або інфузійна терапія
- Обстеження
 - Визначення рівнів Hb, Ht, Rf, еритроцитів
 - Рівень глюкози крові
 - При підозрі на фето-материнську трансфузію – визначення фетальних еритроцитів в материнській крові
 - При підозрі на інфекцію – лейкоцитарний індекс, СРБ





Поліцитемія



- Визначення: Ht > 65%
 - Якщо рівень капілярного гематокриту > 65-70%, визначити показник венозної крові
- Клінічна картина
 - Дихальні розлади (тахіпноє)
 - Плетора
 - Серцева недостатність (тахікардія)
 - Пригніченість, сонливість або гіперзбудливість
 - Постійний тремор, можливі судоми
 - Проблеми з вигодовуванням (мляве смоктання, блювання)
 - Гіпоглікемія
 - Гіпербілірубінемія та гепатомегалія
 - НЕК, кишкова непрохідність
 - Гостра ниркова недостатність
- Особливості лабораторного обстеження
 - При визначенні капілярного гематокриту зігріти кінцівку
 - Проводити обстеження не раніше чим через 1 годину після народження





Поліцитемія: лікування



- Мета лікування – знизити в'язкість крові
- Рутинне лікування ВСІХ новонароджених з поліцитемією не покращує наслідків
- 1 ситуація: рівень венозного гематокриту $< 65-70\%$ і дитина не має клінічних проявів
 - Забезпечити ретельний моніторинг
 - Забезпечити необхідною кількістю рідини
 - Годування або інфузійна терапія
- 2 ситуація: рівень венозного гематокриту $> 60-65\%$ і дитина має клінічні прояви
 - Провести часткове замінне переливання крові
- 3 ситуація: рівень гематокриту $> 70\%$ і дитина не має клінічних ознак
 - Забезпечити необхідною кількістю рідини
 - Забезпечити спостереження
 - Перевірити рівень гематокриту





Поліцитемія: лікування



- Вибір розчину
 - Колоїди (СЗП) не мають переваги перед кристалоїдами (фізіологічний розчин або розчин Рінгера)
- Методологія часткового замінного переливання
 - Розрахунок потрібного об'єму крові в мл: $\text{ОЦК (маса (кг) \times 85 \text{ мл})} \times (\text{Ht фактичний} - \text{Ht бажаний}) / \text{Ht фактичний}$
 - Бажаний гематокрит приблизно становить 55%
 - Виводять по 10 мл крові дитини, заміщуючи її фізіологічним розчином
 - Забезпечення спостереження за станом дитини
 - Бажано не годувати дитину ентерально протягом 8-12 годин після операції замінного переливання і забезпечити адекватну інфузійну терапію





Анемія



- Критерії діагнозу в першій тиждень життя
 - Hb < 140 г/л в капілярній крові
 - Рівень еритроцитів - < $4,5 \times 10^{12}$
 - Ht < 0,38
- Клінічна картина залежить від тривалості та інтенсивності крововтрати
- Дитина-донор
 - Блідість
 - Потреба в кисні
 - Серцево-судинна недостатність
 - Метаболічний ацидоз
 - Дихальні розлади
 - Надмірна збудливість
 - Млявість
 - У важких випадках – водянка новонародженого
 - Систолічний шум
 - Можуть бути гепато- та спленомегалія за рахунок утворення екстрамедулярних місць кроовтворення





Анемія



- У 15% монозиготних двоєнь різниця в Нв становить до 50 г/л
 - Дитина-донор знаходиться з артеріальної сторони анастомозу
- Лабораторні обстеження: особливості
 - Кінцівка повинна бути зігріта
 - Рівень Нв в капілярній крові на 20-25 г/л вищий за рівень у венозній крові (з центральної вени)
 - Рівень ретикулоцитів може бути нормальним або підвищеним
 - Можуть визначатись гіпохромія та мікроцитоз
 - Низький рівень сироваткового заліза (< 12,5 мкмоль/л)
- Лабораторні обстеження проводити за чіткими показами
 - Протягом першого тижня життя у дитини в ВІТН забирають до 38,9 мл крові на обстеження
- Стратегія ведення
 - Тепловий захист
 - Забезпечення калоріями
 - Оксигенотерапія
 - Спостереження





Лікування

- Переливання еритроцитарної маси
- При народженні $Ht < 0,4$ л/л, $Hb < 130$ г/л
 - У разі підозри на гостру крововтрату або
 - При гострому кардіореспіраторному захворюванні
 - Дихальні розлади, які потребують ШВЛ
- В залежності від віку та наявності дихальних розладів

Дитина потребує ШВЛ		
≤ 28 днів		≥ 28 діб
$FiO_2 \geq 30\%$	$FiO_2 \leq 30\%$	
$Hb < 120$ г/л або	$Hb < 110$ г/л або	$Hb < 110$ г/л або
$Ht < 0,40$	$Ht < 0,35$	$Ht < 0,30$





Лікування

- В залежності від віку та наявності дихальних розладів

CPAP/неінвазійна вентиляція		Самостійне дихання
< 28 днів	≥ 28 днів	FiO ₂ > 21%
Hb < 100 г/л або	Hb < 80 г/л або	Hb < 80 г/л або
Ht < 0,30	Ht < 0,25	Ht < 0,25

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

