

Pasniedzējai dr. Larisai Tomkovičai

2020.gada 15.jūnijā

Teorija "Daudzaugļu grūtniecība". Linda Vītuma

Daudzaugļu grūtniecība – grūtniecība ar vairāk kā vienu augli.

Horionitāte/Amnionitāte/Zigotitāte:

- Horionitāte - horija (ārējo) membrānu skaits, kas ir ap augļiem daudzaugļu grūtniecības gadījumā, kas norāda uz to, vai bērniem ir kopīga placenta. Izšķir:
 - *Monohoriāla* - bērniem ir kopīga placenta
 - *Bihoriāla* - divas placentas
 - *Trihoriāla* – piem., trīņu gadījumā katram bērnam ir sava placenta
- Amnionitāte – amnija (iekšējo) membrānu skaits, kas ir ap augļiem daudzaugļu grūtniecības gadījumā. Izšķir:
 - *Monoamniāla* – viens kopīgs augļapvalks
 - *Biamniāla* – divi apvalki
 - *Triamniāla* – trīs apvalki
- Zigotitāte – grūtniecības ir vai nu monozigota (attūstās no vienas apaugļotas olšūnas) vai dizigota (attūstās no divām atsevišķām apaugļotām olšūnām). Izšķir:
 - *Monozigotu* – identiski
 - *Dizigotu* - neidentiski

Risku izvērtēšana: augsta riska grūtniecība. Multidisciplināra komanda: ginekologs, dzemdību speciālists, ultrasonogrāfijas speciālisti ar kompetenci daudzaugļu grūtniecības vadīšanā, individuāls grūtniecības vadīšanas plāns

Mātes aprūpe, ņemot vērā riskus:

- Stāties uzskaitē 10 nedēļās.
- Biežāk anēmija – nepieciešams veikt PAA 20-24 nedēļās, lai noteiktu gadījumus, kad nepieciešams uzsākt agrīnu dzelzs vai folskābes lietošanu, atkārtot 28 nedēļās.
- Hipertensija – mēriet spiedienu un pārbaudiet proteīnūriju katrā vizītē.
- Aspirīns 150 mg dienā no 12 nedēļām līdz 36 nedēļām, ja ir viens vai vairāki hipertensijas riska faktori: 1) pirmā grūtniecība 2) vecums ≥ 40 gadi 3) intervāls starp grūtniecībām > 10 gadi 4) pirmās vizītes laikā $\text{KMI} \geq 35$ 5) preeklampsija ģimenes anamnēzē, **pesronīgā anamnēzē un t.t.**

Izmeklējumi 1.trimestrī:

- CRL ir robežās no 45 mm līdz 84 mm (11 nedēļas 0 dienas līdz 13 nedēļas 6 dienas)
- 1) augļu skaitu
- 2) horionitāte - ja horionitāte neskaidra, **obligāts pasākums!!!! nosūtīt pie eksperta**
- 3) gestācijas laiku

- Ģenētiskais skrīnings apgrūtināts / specifisks - MH grūtniecības gadījumā aprēķināt risku grūtniecībai, BH un TH grūtniecību gadījumā katram auglim; trīņu grūtniecībā - nosūtīt uz prenatalās diagnostikas centru.
- USG augļa anatomijas un augšanas izvērtēšana apgrūtināta / specifiska – veic ultrasonogrāfijas speciālisti ar specifisku kompetenci

Īpašie faktori:

- *IUAAA monitorēšana* - augļu izmēru atšķirība >25% - nosūtīt uz perinatālās aprūpes centru
- *Fetofetālās transfūzijas sindroma izslēgšana (FFTS)* - ja tiek novērota kāda pazīme, nosūtīt uz perinatālās aprūpes centru
- *Otra dvīņa nāve* - nosūtīt uz perinatālās aprūpes centru

Dzemdību veidi:

- *Dzemdības 37 nedēļās BH* daudzaugļu grūtniecības gadījumā
 - Nekomplīcētas dvīņu grūtniecības
 - Aptuveni 60% dvīņu grūtniecību beidzas ar spontānām dzemdībām pirms 37 nedēļām.
 - Dvīņu grūtniecības prolongācija > 38 nedēļām paaugstina augļa nāves risku.
 - Piedāvāt plānveida dzemdības: 37 nedēļās BH dvīņu grūtniecības gadījumā.
 - Nekomplīcētas trīņu grūtniecības
 - Aptuveni 75% trīņu grūtniecību beidzas ar spontānām dzemdībām pirms 35 nedēļām.
 - Trīņu grūtniecības prolongācija pēc 36 nedēļām paaugstina augļa nāves risku.
 - Ja grūtniece nevēlas plānveida dzemdības, piedāvāt ik nedēļu veikt USG, reizi divās nedēļās izvērtēt augļu augšanu un reiz nedēļā noteikt biofizikālo profilu
- *Dzemdību laiks MH 36 nedēļās, MA* grūtniecības gadījumā 32 nedēļās pēc GK kursa
 - Nekomplīcētas dvīņu grūtniecības
 - Aptuveni 60% dvīņu grūtniecību beidzas ar spontānām dzemdībām pirms 37 nedēļām.
 - Dvīņu grūtniecības prolongācija >38 nedēļām paaugstina augļa nāves risku.
 - Piedāvāt plānveida dzemdības: 36 nedēļās MH dvīņu grūtniecības gadījumā pēc kortikosteroīdu kursa.
 - Dzemdību laikā var notikt akūta transfūzija (10% risks).
 - MHMA grūtniecības – nabassaites savīšanās risks – optimāli dzemdības 32/40 nedēļās ar ķeizargriezienu pēc kortikosteroīdu kursa pabeigšanas.
 - Nekomplīcētas trīņu grūtniecības
 - Aptuveni 75% trīņu grūtniecību beidzas ar spontānām dzemdībām pirms 35 nedēļām.
 - Trīņu grūtniecības prolongācija pēc 36 nedēļām paaugstina augļa nāves risku.
 - Piedāvāt plānveida dzemdības 35 nedēļās MH dvīņu grūtniecības gadījumā pēc kortikosteroīdu kursa.
- *Dzemdību veids*
 - Vaginālas dzemdības - galvas/galvas priekšgūļa, galvas/iegurņa priekšgūļa.

- Indikācijas ķeizargriezienam:
 - MHMA grūtniecības
 - Iegurņa/iegurņa, iegurņa/galvas priekšguļa.
 - Jebkādas komplikācijas – preeklampsija, IUAAA.

Dzemdību aprūpe:

- Dzemdību nodaļā
- Nepārtraukts KTG
- Būt gatavam paaugstinātai asiņošanai
- Aktīva 3.perioda vadīšana

NEdarīt!

- Otrā trimestra seruma skrīnings.
- Dzemes augstuma mērījumi, lai noteiktu IUAAA → veic *a. umbilicalis* doplerogrāfija, lai diagnosticētu IUAAA vai noteiktu dzimšanas svara atšķirības.
- FFTS kontrole pirmajā trimestrī.
- Priekšlaicīgu dzemdību risku marķieru izvērtēšana un darbības priekšlaicīgu dzemdību novēršanai – **Pasniedzēj, klīniskajā ceļā minēts, ka neveic šādas darbības. Kāpēc? Kāds ir Jūsu viedoklis? Jo praksē taču dara šīs darbības, lai prolongētu grūtniecību? MH vai MA gadījumā apsveram dzemdības līdz 35gr.ned., RDS profilakse. Agrīni, skatāmies dz.kaklu, izmantojam ARABIN pesāriju, lai profilaktētu agrīno augļu ūdeņu noplūšanu. Praktiski lielākai daļai nozīmējam agrīni UTROGESTU (agrīna utrogesta nozīmēšana aizstāj dz.kakla šūšanu). Arī RDS kursiem ir jābūt apsvērtiem un balsītiem uz atradnēm. USG kontrole pie eksperta pēc individuāla plāna!!!! Satacionārā. VADĀM gr-bu TĀ, lai minimalizētu priekšlaika dzemdību risku. Gultas režīms neiespaido gr-as prolongāciju!! Jā, mēs runājam par "bed rest: režīmu, 10-13.00 un 14-17.00, mēs profilaktējam utero-placentāro nepietiekamību, izslēdzot pacienti no stresa, liekām darbībām un t.t. Tas attiecas uz VISĀM pacientēm. Tas ir IDEĀLS. Bet fiziskās aktivitātes, vismaz 6000 soļu apjomā paliek, varam ieteikt jogu vai pilates, atkarībā no pacientes, bet ne pēkšņi, bet no gr-as sākuma un apsverot anamnēzes datus.**

- Atsevišķi fetālā fibronektīna un vai citu bimarķieru noteikšana, vai dzemes aktivitātes uzraudzība mājās, lai paredzētu priekšlaicīgu dzemdību risku.
- Gultas režīms slimnīcā vai mājās, šuves uz dzemes kakla vai perorāli tokolītiķi priekšlaicīgu dzemdību novēršanai.

- Atsevišķi vai vairāki bezmērķiecīgi kortikosteroīdu kursi
- Lūdzu paaugstināties par HEILINA FORMULU un pameklēt datus par mūsdienu sastopamību, no kā tā ir atkarīga. Konspekts deviņi.