

“Медицинский университет Астана” АО

**ТЕМА: Диагностика и тактика при многоводии,
многоплодии и маловодии**

Выполнила: Жанай Тогжан

Проверила: Билялова Г.Т

План

- Многоводие
- Маловодие
- Многоплодие
- Диагностика
- Тактика
- Литературы

Многоводие у беременных

Многоводие – это патологическое состояние при беременности, когда количество околоплодных вод в амниотической полости превышает нормальные показатели, характерные для данного срока.

Точное количество околоплодных вод определяют на УЗИ. Для этого полость матки условно разделяют на четыре части и измеряют самый большой участок между плодом и стенкой матки. В результате получают показатель, который называется индексом амниотической жидкости. Его превышение выше нормальных значений говорит о развитии многоводия.

Причины

Точные причины развития многоводия до сих пор не установлены. Выделяют несколько групп риска, при которых данная патология развивается чаще: Наличие у женщины хронических заболеваний (сахарный диабет, заболевания мочевыводящей и сердечно-сосудистой систем).

Инфекционные заболевания любой локализации.
Многоплодная беременность (многоводие одного плода часто сочетается с маловодием другого).

Развитие резус-конфликта матери и плода.

Крупные размеры плода.

Пороки развития плода.

Основные симптомы многоводия:

- Несоответствие размеров матки данному сроку беременности. Окружность живота может достигать 110-120 см и более, в результате чего могут появляться стрии.
- Тяжесть, боль в животе.
- Общая слабость, недомогание.
- Появление одышки вследствие высокого стояния диафрагмы.
- Выраженные отеки нижних конечностей.
- Отчетливая флюктуация (бульканье) в животе.
- Учащение пульса.

Лечение

При выявлении развития любой формы многоводия женщина должна быть госпитализирована в стационар. Прежде чем начинать лечение, доктор проведет ряд обследований для определения причины увеличения околоплодных вод:

Общий анализ крови.

Общий анализ мочи.

Анализ крови на глюкозу (сахар).

Мазок из влагалища на флору.

Кардиотография (КТГ).

УЗИ плода.

Допплерометрия.

Анализ крови на антитела при резус-конфликте.

Осложнения

Многоводие является серьезной патологией и может вызвать ряд осложнений в течении беременности и родов:

Несвоевременное отхождение околоплодных вод, что приводит к преждевременному прерыванию беременности.

Развитие поздних гестозов.

Обильная рвота у женщины.

Неправильные предлежания и положения плода.

Фетоплацентарная недостаточность и гипоксия плода, что может привести к его гибели.

Инфицирование плода (в том случае, если многоводие вызвано инфекционным процессом).

Маточные кровотечения во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Преждевременная отслойка плаценты.

Слабость родовой деятельности в первом и втором периоде родов.

Выпадение мелких частей плода (руки, ноги) или пуповины во время родов.

Маловодие у беременных

Маловодие – это патологическое состояние при беременности, проявляющееся уменьшением объема околоплодных вод в амниотической полости по сравнению с нормальными показателями, характерными для данного срока.

Причины

К основным причинам, наиболее часто вызывающим уменьшение объем околоплодных вод, относят:

- ❖ Тяжелые врожденные пороки почек плода. В таком случае тенденция к маловодию намечается уже с ранних сроков беременности.
- ❖ Хронические заболевания женщины (патология сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем).
- ❖ Инфекционные заболевания половых органов (уреаплазмоз, хламидиоз, трихомониаз и др.).
- ❖ Курение матери.
- ❖ Перенесенные вирусные и бактериальные инфекции (в том числе ОРВИ и грипп).
- ❖ Выраженный поздний гестоз.
- ❖ Патологии плаценты (аномалии развития, преждевременное старение, фетоплацентарная недостаточность).
- ❖ Многоплодная беременность (маловодие одного плода часто сочетается с многоводием другого).
- ❖ Перенашивание беременности (связано со старением плаценты, количество вод при этом уменьшено незначительно).
- ❖ Идиопатическое маловодие (точная причина развития патологии не выяснена).

При умеренной форме симптомы практически не выражены, самочувствие женщины не нарушено. Определить недостаток околоплодных вод в таком случае можно только на УЗИ.

При выраженной форме характерны следующие симптомы:

Уменьшение размеров матки. При наружном акушерском обследовании отмечается уменьшение окружности живота и высоты стояния дна матки по сравнению с нормальными показателями для данного срока беременности.

Болезненное шевеление плода.

Периодические ноющие боли внизу живота.

Ухудшение общего самочувствия (слабость, тошнота, сухость во рту).

ЛЕЧЕНИЕ

- витаминотерапия;
- препараты для улучшения функций плаценты;
- препараты для улучшения маточно-плацентарного кровотока (Курантил, Актовегин);
- антибиотикотерапия при нахождении инфекций половых органов (Ровамицин, Джозамицин).
- Во время лечения необходим постоянный контроль над количеством околоплодных вод и состоянием плода: ежедневно проводят кардиотографию плода, через 4-5 дней повторяют УЗИ и доплерографию.

Если комплекс лечебных мероприятий не дает эффекта и состояние плода ухудшается, усиливается выраженность маловодия, то принимается решение о досрочном родоразрешении, независимо от срока беременности. Учитывая высокий риск развития осложнений в родах, отдается предпочтение родоразрешению путем кесарева сечения.

Многоплодия

Многоплодной называется беременность, при которой одновременно развивается два или большее число плодов, составляет 1-2 % от общего количества родов, на многоплодные роды приходится 10-14 % от всей перинатальной смертности, что в 5-10 раз выше, чем при одноплодной беременности.

Роды через естественные родовые пути или путем кесарево сечение двумя или большим количеством плодов с 22 полных недель

Клиническая классификация

По зиготности:

- Монозиготные, идентичные, однайцевые (1/3 часть всех двоен). Имеют идентичный генотип, поэтому однополые. Сходство гентической «композиции» связано с ранним делением яйцеклетки, оплодотворенной одним сперматозоидом, на две клеточные массы, содержащие идентичную генетическую информацию.
- Дизиготные, двуйцевые, неидентичные (2/3 всех двоен). Образуются при оплодотворении двух яйцеклеток двумя сперматозоидами, вследствие чего каждый эмбрион получает генетический материал отдельно как от матери, так и от отца.

По типу хориальности (плацентации) выделяют:

1. Дихориальная - диамниотическая (две плаценты – 80%)
2. Монохориальная (одна плацента – 20 %):
 - монохориальная, диамниотическая;
 - монохориальная, моноамниотическая.

Тактика лечения

1. В настоящее время недостаточно данных в пользу рутинной госпитализации женщин для соблюдения постельного режима. Постельный режим не снижает риск преждевременных родов и не снижает перинатальную смертность. При неосложненной беременности госпитализация увеличивает риск ранних преждевременных родов (Кокрановское руководство: беременность и роды, 2010г).
2. Родоразрешение при неосложненном течении беременности: дихориальная диамниотическая -38 недель. Недостаточно данных в пользу elective родоразрешения в более ранние сроки (Кокрановское руководство: беременность и роды, 2010г). Монохориальная диамниотическая двойня госпитализация в 36-37 недель, монохориальная моноамниотическая -33-34 недель, тройня -35-36 недель;
3. При антенатальной гибели одного из плодов при глубоко недоношенной беременности (до 34 недель), беременность пролонгировать. При монохориальной двойне при гибели одного из плодов очень часто развивается острая кровопотеря второго плода, что невозможно предотвратить даже срочным родоразрешением путем операции кесарево сечение. Поэтому при малых сроках гестации беременность также пролонгируется до 34 недель.

Тактика многоводие и маловодие

Тактика ведения беременности и родов при многоводии во многом зависит от времени возникновения и степени выраженности состояния. Учитывая высокий перинатальный риск у беременной с ЗРП на фоне выраженного маловодия, развившегося во II триместре, необходимо решить вопрос о целесообразности дальнейшего пролонгирования беременности. Если маловодие возникло (или выявлено) при сроке беременности более 28 нед, показано комплексное обследование (гормональное, биохимическое, УЗИ) для определения состояния фетоплацентарного комплекса. В случае выявления ВПР плода беременность прерывают по медицинским показаниям. При сочетании маловодия в III триместре беременности с ЗРП исход беременности предсказать сложно.

Медикаментозная терапия по поводу ЗРП эффективна у 73% беременных с нормальным объёмом ОВ и лишь у 12,1% — с маловодием. Такие результаты объясняют сочетанием декомпенсированной плацентарной недостаточности и маловодия, вследствие чего возникает ЗРП. В данной ситуации наиболее оправданородоразрешение в 37–38 нед беременности. При маловодии, развившемся в III триместре беременности безнарушения роста плода, при правильном ведении беременной возможен благополучный исход родов.

Литературы

Интернет

Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г.
Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер