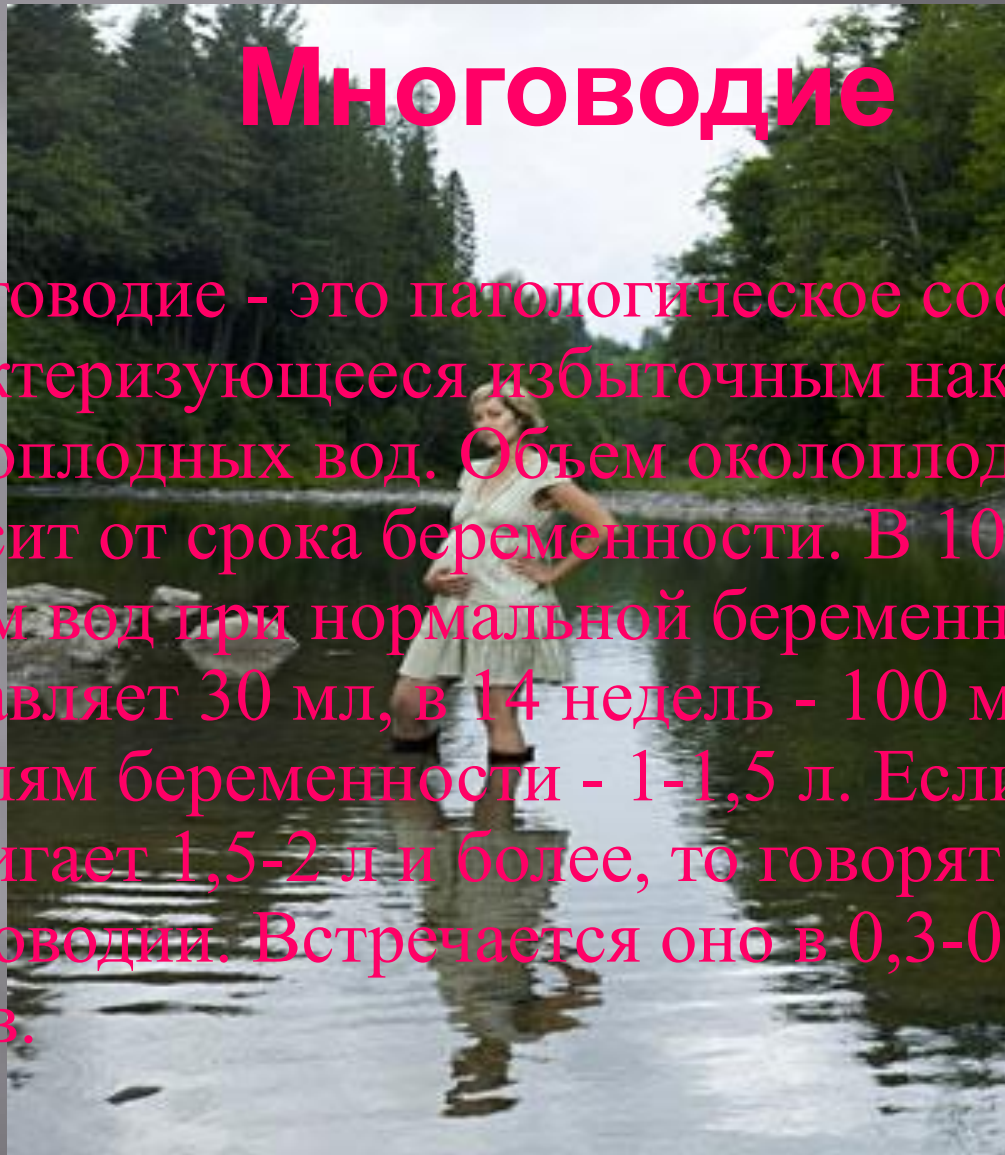


**АНОМАЛИИ
РАЗВИТИЯ И
ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПЛОДНОГО ЯЙЦА.**

- Многоводие
- Маловодие
- Пузырный занос

Многоводие

- Многоводие - это патологическое состояние, характеризующееся избыточным накоплением околоплодных вод. Объем околоплодных вод зависит от срока беременности. В 10 недель объем вод при нормальной беременности составляет 30 мл, в 14 недель - 100 мл, к 37-38 неделям беременности - 1-1,5 л. Если он достигает 1,5-2 л и более, то говорят о многоводии. Встречается оно в 0,3-0,6% всех родов.





Признаки многоводия



При многоводии у беременной появляются ощущения тяжести и боли в животе, недомогание, отеки ног. В связи с чрезмерным накоплением околоплодных вод, увеличенная матка надавливает на соседние органы и поднимает вверх диафрагму, затрудняя кровообращение и дыхание беременной, нарушая функции других органов. Живот при многоводии может усиленно покрываться растяжками. Если потрогать его, часто слышится отчетливое бульканье. Матка напряжена, части тела плода прощупать затруднительно, сердцебиение прослушивается нечетко. Диагноз ставят на основании несоответствия размеров матки (окружности живота, высоты стояния ее дна над лоном) сроку беременности. Плод подвижен, отмечают его неустойчивое положение. Решающее значение при диагностике многоводия имеет УЗИ.



■ Острое и хроническое многоводие



Многоводие может быть острым и хроническим. При остром многоводии количество околоплодных вод нарастает быстро. В итоге беременность, как правило, прерывается досрочно, плод гибнет (фетоплацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты) или рождается с пороками развития, возможен разрыв матки. При хроническом многоводии количество околоплодных вод увеличивается постепенно, прогноз беременности зависит от степени выраженности многоводия и скорости его нарастания.

■ Причины многоводия



Причины многоводия до конца не изучены. Чаще всего многоводие развивается у больных сахарным диабетом, женщин, страдающих инфекционными заболеваниями, заболеваниями почек, сердечнососудистыми заболеваниями; возможно развитие многоводия при резус-конфликте, при многоплодной беременности (при чем нередко многоводие одного плода сочетается с маловодием другого). Причиной многоводия может стать крупный плод, снижение выделительной функции плода, нарушение функции заглатывания (в конце беременности ребенок каждый день поглощает около 4 л околоплодных вод, которые полностью обновляются через каждые 3 часа). Так же многоводие встречается при пороках развития плода. В 30% случаев причина многоводия остаётся невыясненной.

□ Чем опасно многоводие?



При многоводии чаще наблюдают различные осложнения беременности. Рвота бывает у 36%, преждевременное прерывание беременности – у 28,4% беременных. Неправильные положения и предлежания плода диагностируют у 6,5%, кровотечения – у 38,4% (при остром многоводии - 41,3%, при хроническом - 6,2%), поздние гестозы – у 5-20% беременных с многоводием. Кроме того, многоводие может прогрессировать и способствовать развитию фетоплацентарной недостаточности и, следовательно, хронической гипоксии и гибели плода.

При многоводии возможны пороки развития центральной нервной системы плода и желудочно-кишечного тракта. Если причиной многоводия явился инфекционный процесс, возможно инфицирование плода. Многоводие при резус-конflikте может свидетельствовать об ухудшении состояния младенца.



Лечение



Беременные с многоводием должны находиться под постоянным наблюдением врача. Если нет выраженного расстройства кровообращения и дыхания (легкая и средняя степень многоводия), врачи стремятся сохранить беременность до ее физиологического завершения. Однако многоводие угрожает развитием хронического кислородного голодания плода. Поэтому необходимо искать причину, вызвавшую развитие многоводия, следить за состоянием плода при помощи доплерометрии и кардиомониторинга и проводить медикаментозную профилактику гипоксии плода. Как правило, проводят терапию антибиотиками.

Чтобы избежать угрозы жизни матери, при выраженном многоводии, нарушении функции дыхания и кровообращения возникает необходимость досрочного родоразрешения.

Роды при многоводии чаще всего преждевременны, они сопровождаются ранним излиянием околоплодных вод, возможно выпадение ручки или ножки плода или пуповины. Из-за перерастяжения матки может возникать слабость родовой деятельности, преждевременная отслойка плаценты, послеродовые кровотечения и другие осложнения.

По причине увеличенного пространства внутри матки ребенок часто принимает неправильное положение: поперечное, косое, тазовое. В этом случае роды проводят путем операции кесарева сечения.

В связи с увеличением акушерской патологии у женщин с многоводием возрастает и количество акушерских пособий и оперативных вмешательств во время беременности и в родах до 21,5-57,7%.



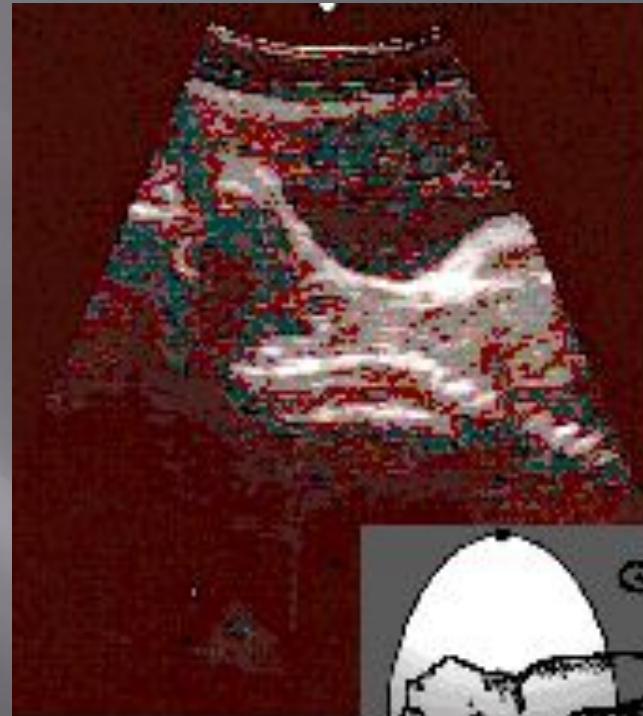
Маловодие

- Маловодие - это уменьшение количества околоплодных вод. Объем околоплодных вод зависит от срока беременности. В 10 недель объем вод при нормальной беременности составляет 30 мл, в 14 недель - 100 мл, к 37-38 неделям беременности - 600 до 1500 мл. Если вод оказывается менее 0,5 л – диагностируется маловодие, которое встречается гораздо реже, чем многоводие. Данные УЗИ помогают поставить диагноз, определить состояние и количество околоплодных вод.



Чем опасно маловодие?

При маловодии часто возникают осложнения беременности и родов. Из-за малого количества вод в матке, беременность иногда сопровождается болями в животе, особенно при шевелении плода. Стенки матки находятся близко от поверхности тела плода, и поэтому сдавливают и сгибают плод. Маловодие отражается на состоянии плода: его кожа становится сухой и морщинистой, он отстаёт в росте и массе тела, возможны искривление позвоночника, косолапость и другие патологии. Маловодие снижает возможность подвижности плода и может быть причиной хронической внутриутробной гипоксии.





▣ **Причины маловодия**



Причины возникновения маловодия выяснены недостаточно. Обычно оно объясняется понижением секреторной деятельности амниона. Основные причины маловодия следующие: инфекционно-воспалительные экстрагенитальные и генитальные заболевания матери, нарушение обменных процессов (ожирение), органические аномалии мочевыделительной системы плода, фетоплацентарная недостаточность.

Нередко маловодие развивается у одного из однояйцевых близнецов. Это объясняется неравномерным распределением между двумя близнецами крови, циркулирующей в общей плаценте.

- ▣ **Формы многоводия:**



Раннее - диагностируют с помощью УЗИ в сроки от 16 до 20 недель беременности, оно обусловлено функциональной несостоятельностью плодных оболочек.

Позднее - выявляют после 26 недель беременности, когда маловодие наступает вследствие гидрорреи из-за частичного дородового разрыва плодных оболочек, встречается в 24% наблюдений.

Пролонгированная ранняя форма при благоприятных регенеративных процессах в амнионе, которые способствуют прекращению истечения околоплодных вод, может перейти в позднюю.

Лечение

Тактика ведения беременности и исход родов зависят от времени возникновения и степени выраженности маловодия. Наиболее плохим прогностическим признаком для плода является развитие маловодия во II триместре беременности, в связи с чем, необходимо своевременно решить вопрос о целесообразности пролонгирования беременности. При выявлении маловодия в начале III триместра в сочетании с задержкой развития плода – пролонгирование беременности остается проблематичным.

При маловодии, развившемся в III триместре беременности, без нарушения роста плода возможен благоприятный исход родов, оправданно родоразрешение в 37-38 недель беременности.

В большинстве случаев маловодие развивается при перенашивании беременности.

Терапия включает лечение основного заболевания, вызвавшего маловодие, в сочетании с лекарственной терапией, направленной на улучшение маточно-плацентарного кровотока, метаболизма в плаценте, восстановление газообмена в системе мать-плацента-плод. Подбор конкретных лекарственных препаратов осуществляет врач. Необходимо регулярно оценивать состояние плода при помощи УЗИ, кардимониторинга и доплерометрии.

При ухудшении состояния плода по данным КТГ и показателям плодово-плацентарного кровотока проводится родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке.

■ Роды при маловодии



При доношенной беременности наиболее частым осложнением родов при маловодии бывает слабость родовой деятельности (до 80% родов). При родах происходит вскрытие плодного пузыря в связи с его недостаточным влиянием на процесс раскрытия шейки матки.

При маловодии в 2 раза чаще происходят преждевременные роды, чем при обычном течении беременности. В 20% случаев наступает острая гипоксия плода. При тяжелых изменениях возможна внутриутробная гибель плода, поэтому высок процент родоразрешения путем операции кесарева сечения (до 40 - 50%).

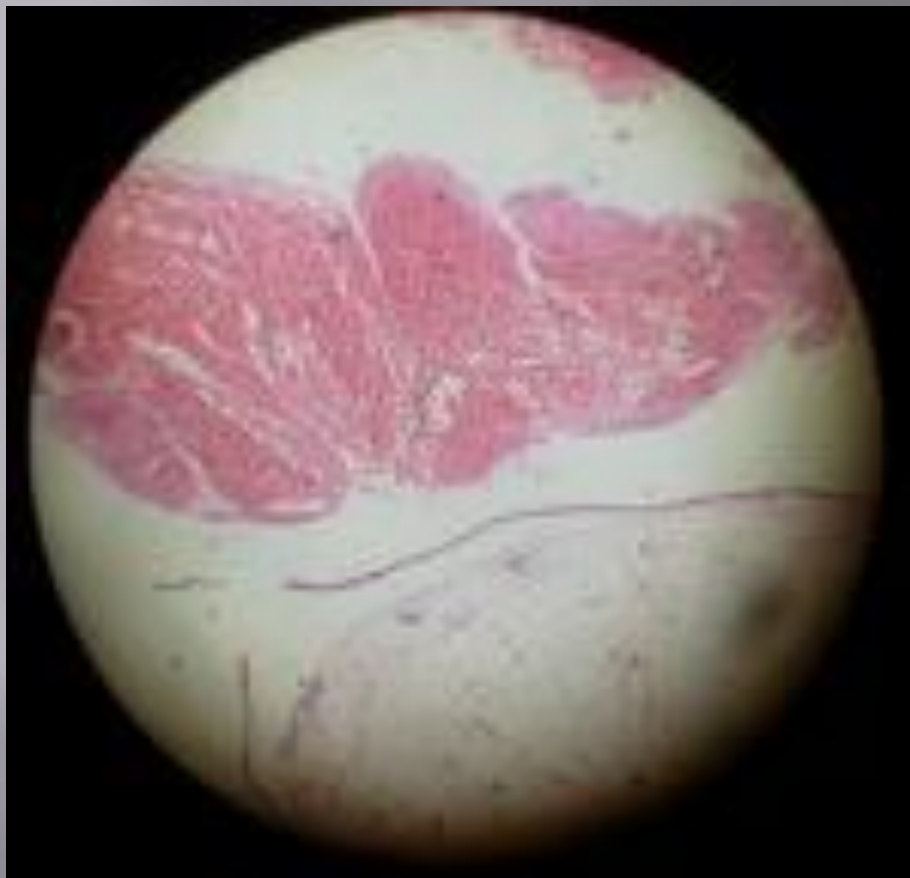
При умеренном маловодии довольно часто (около 20%) дети рождаются с гипотрофией различной степени выраженности. Но при этом исход беременности бывает благоприятным у преобладающего большинства женщин - дети рождаются в удовлетворительном состоянии.

Пузырный занос

- Пузырный занос — состояние, сопровождающееся разрастанием трофобласта (наружный слой клеток зародыша), заполняющего полость матки. Пузырный занос может быть полным (классическим) или неполным (частичным). При полном пузырном заносе изменения захватывают всю плодную оболочку, при частичном — только ее часть. Кроме того, выделяют злокачественную форму пузырного заноса — деструирующий пузырный занос.

- ▣ **Причины пузырного заноса**
- ▣ Полный пузырный занос возникает при однопородительской дисомии, когда по неизвестным причинам происходят потеря материнских генов и дублирование отцовского генома. Иногда полный пузырный занос вызван оплодотворением «пустой» (безъядерной) яйцеклетки двумя сперматозоидами. Эмбрион погибает на ранних стадиях развития
- ▣ Неполный пузырный занос вызван оплодотворением яйцеклетки двумя сперматозоидами с задержкой набора материнских хромосом. Клетки эмбриона содержат один набор материнских хромосом и двойной набор отцовских хромосом. Плод погибает.





Проявления пузырного заноса

Кровотечение, обычно возникающее в I триместре беременности

Матка большего размера, чем можно предположить, учитывая дату последней менструации, на данном сроке беременности

Тошнота и рвота, возникающие примерно у трети пациенток

Признаки гестоза в I триместре беременности

Отсутствуют достоверные признаки беременности в виде определения частей плода, сердцебиения, движений плода, при УЗИ в матке выявляют только мелкокистозную ткань в отсутствие плода

Боли в животе беспокоят 15% пациенток

Злокачественная форма пузырного заноса: ткань пузырного заноса проникает в толщу стенки матки и распространяется с током крови в лёгкие, влагалище. Проявления злокачественной формы пузырного заноса — продолжающиеся кровянистые выделения из матки после удаления пузырного заноса; матка не сокращается; сохраняются боли внизу живота, крестце, пояснице

- ▣ *Диагностика пузырьного заноса*
- ▣ Главное доказательство пузырьного заноса — наличие множества пузырьков с прозрачным содержимым в выделениях из влагалища
- ▣ Повышение содержания ХГТ (хориогонадотропина) более 100 000 МЕ/мл при увеличении матки и кровотечении
- ▣ При УЗИ — признаки нормального плодного яйца или плода отсутствуют.

▣ *Лечение пузырного заноса*

- ▣ Вакуум-аспирация. Для удаления пузырного заноса применяют чаще других методов, даже если матка увеличена до размеров, соответствующих 20 неделям беременности. После вакуум-аспирации внутривенно вводят окситоцин для лучшего сокращения матки. При значительном кровотечении и больших размерах матки (свыше 20 недель беременности) может быть произведена лапаротомия с удалением матки.
- ▣ Удаление матки. Если женщина не хочет в дальнейшем иметь детей, можно провести удаление матки. Яичники не удаляют. Если в яичниках присутствуют множественные кисты, после падения уровня ХГТ происходит их обратное развитие.
- ▣ Профилактическая химиотерапия. Профилактическую химиотерапию проводят после удаления пузырного заноса, если титр ХГТ растёт или долго находится на постоянном уровне, а также при выявлении метастазов. У 80% пациенток с пузырным заносом наступает самостоятельное выздоровление без проведения дополнительной терапии. Систематическое определение содержания ХГТ помогает своевременно выявить развивающуюся хорионэпителиому; поэтому, учитывая высокую вероятность токсических эффектов, профилактическую химиотерапию всем пациенткам не проводят.

Список использованной литературы.

- АНДРОСОВА Е.Н., ОБРУЦКАЯ З.Л., НОВИЦКИЙ С.Н. и МАРЧЕНКО А. М. "Акушерство и гинекология", учебное пособие для учащихся медицинских училищ, Москва, издательство "АНМИ", 1995 год, стр. 9.
- АРШАВСКИЙ И.А. "Ваш ребёнок. У истоков здоровья", Москва, 1992 год, стр. 12.
- МАЛЕИН М.Н. "Человек и медицина в современном мире", Москва, издательство "Бек", 1995 г., стр. 69.

Спасибо за внимание!!!