**МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.  
 ПАТОЛОГИЯ ОКОЛОПЛОДНОЙ СРЕДЫ**

**(маловодие, многоводие)**

**Цель занятия:** изучить этиологию, диагностику, особенности течения многоплодной беременно, особенности развития плодов, особенности течения и ведения родов, послеродового периода, профилактику осложнений, причины развития патологии околоплодной среды (многоводие, маловодие), классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, сроки и методы родоразрешения, профилактику.

**Студент должен знать:** определение многоплодной беременности, особенности строения плодного яйца, течение беременности и особенности развития плодов, методы диагностики многоплодной беременности, течение родов и особенности их ведения, возможные осложнения со стороны матери и плодов, методы их лечения и профилактику, ведение П периода родов после рождения I плода, особенности течения и ведения III периода родов и послеродового периода, определение многоводия и маловодия, этиологию, патогенез, особенности течения беременности, влияние на плод, диагностику, лечение, прогноз и тактику ведения беременности и родов, осложнения и профилактику.

**Студент должен уметь:** проводить пальпацию и аускультацию при многоплодной беременности, измерения ВСДМ и ОЖ, массы плодов, определить расположение плодов в матке, оценить количество околоплодных вод и подвижность плода, оценить результаты УЗИ при многоплодии и патологии околоплодной среды.

**Содержание занятия**

**МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

*Многоплодной* называют беременность двумя или большим количеством плодов. При наличии беременности двумя плодами говорят о двойне, тремя - о тройне и т.д. Каждый из плодов при многоплодной беременности называется близнецом. Роды двойней встречаются один раз на 87 родов, тройней - один раз на 872 (6400) двоен, четверней - один раз на 873 (51200) троен и т.д. (согласно формуле Галлина).

Причины многоплодной беременности недостаточно изучены. Доказано, что в одном яичнике могут созревать два фолликула и более. Кроме того, овуляция может происходить одновременно в обоих яичниках. В пользу перечисленных возможностей говорят факты обнаружения во время операции по поводу трубной беременности в одном и том же яичнике двух цветущих желтых тел или в каждом из яичников по одному цветущему желтому телу. Кроме того, в одном фолликуле может быть две и более яйцеклетки. Причиной многоплодной беременности может стать оплодотворение спермой разных партнеров, оплодотворение на фоне уже существующей беременности, индуцированная беременность. Двойни, образовавшиеся от оплодотворения двух яйцеклеток, называются двуяйцевыми, однояйцевая двойня возникает в результате атипического дробления яйца. Там, где разделение яйца происходит полностью, образуется два совершенно одинаковых близнеца. Такие двойни называются однояйцевыми. Однояйцевые двойни встречаются гораздо реже, чем двуяйцевые (1:10). Если при полном разделении яйца оба зачатка расположены в матке на достаточном расстоянии друг от друга, то развивающиеся из них зародыши образуют каждый для себя отдельный амнион и остаются обособленными - биамниотическая двойня. Если оба амниональных мешка заключены в один общий для обоих близнецов хорион, а перегородка между ними состоит из двух оболочек (двух амнионов), то такие двойни называются монохориальными. Плацента у них общая. Если оба зачатка лежат рядом, это приводит к образованию одной общей для обеих амниотической полости (моноамниотическая двойня). Однояйцевые близнецы всегда однополы - или оба мальчика, или обе девочки, они похожи друг на друга, группа крови у них всегда одинаковая.

**ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

При многоплодной беременности, из-за большой нагрузки на организм, женщины отмечают раннюю утомляемость, одышку, нарушение мочеиспускания, запоры. Частыми и ранними *осложнениями* беременности являются преждевременные роды (50% случаев), токсикозы и гестозы, варикозная болезнь, многоводие, низкая масса и незрелость плодов, гибель одного из плодов. В некоторых случаях многоводие в одной полости может сопутствовать маловодию в другой.

Распознавание многоплодной беременности в первые месяцы довольно затруднено и становится легче во второй половине беременности. Обращают внимание на несоответствие размеров матки сроку беременности. При пальпации определяют много мелких частей, две головки, две спинки. При аускультации - две или более точек определения сердцебиения плода и зоны молчания между ними. Высота стояния дна матки больше, чем при одноплодной беременности в эти же сроки. При измерении длины плода тазомером - большая длина плода при небольшой головке. Наиболее достоверным диагностическим методом является УЗИ.

В подавляющем большинстве двоен (88,0%) оба плода находятся в продольном положении и занимают один правую, другой - левую половину матки. Чаще всего оба плода предлежат головкой (45,0 %). Возможны другие варианты расположения плодов в матке. Один плод может быть в головном предлежании, второй - в тазовом (43,0%). Оба плода - в тазовом предлежании (6,0%). Один плод - в продольном, другой - в поперечном положении (5,5%), или оба плода - в поперечном положении (0,5%). Врачебное наблюдение беременных с многоплодием осуществляют с учетом возможных осложнений, выделяя их в группу риска по развитию перинатальной патологии.

**ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ**

Прогноз беременности и родов при многоплодной беременности менее благоприятен, чем при одном плоде. При малейшем отклонении от нормального течения беременности показана обязательная госпитализация. Повторную госпитализацию в дородовое отделение осуществляют за 2-3 недели до срока родов, целью которой является обследование беременной и определение срока и метода родоразрешения.

Многоплодие сопровождается частыми осложнениями родового акта. Большинство родов наступает преждевременно, масса новорожденных меньше 2500 г, возможно тазовые и поперечные положения второго плода. Частое несвоевременное излитие околоплодных вод может сопровождаться выпадением мелких частей плода и пуповины, чему способствуют тазовое и поперечное положения и небольшие размеры плода.

В период раскрытия проявляется функциональная недостаточность перерастянутой, истонченной мускулатуры матки, развивается слабость родовых сил, происходит преждевременное излитие околоплодных вод, поэтому период раскрытия затягивается.

Период изгнания также может затягиваться из-за развития аномалий родовой деятельности. Затянувшиеся роды представляет опасность для матери (кровотечения, инфекция) и плода (гипоксия).

Отслойка плаценты до рождения второго плода приводит к его внутриутробной смерти. Могут быть поперечное положение второго плода, коллизия близнецов (сцепление двух крупных частей тела), кровотечение в третьем периоде родов, в раннем послеродовом периоде, задержка инволюции матки и инфекционные заболевания.

Ведение родов при многоплодии требует большого внимания, четкой ориентации в акушерской ситуации и высокой квалификации, позволяющей выполнить любую операцию. В периоде раскрытия надо внимательно следить за состоянием роженицы и плодов. Если имеется многоводие, показано вскрытие плодного пузыря при открытии шейки матки на 4 см и медленное выведение вод (в течение 1-2 часов).

В целях снижения осложнений родов при многоплодии и перинатальной смертности второго плода в настоящее время рекомендуют **производить вскрытие плодного пузыря второго плода сразу после рождения первого плода**, и тотчас начинать внутривенное капельное введение 5 ед. окситоцина на 5 % растворе глюкозы с целью ускорения II периода родов до отделения плаценты. При кровотечении, развитии гипоксии второго плода или его поперечном положении с целью быстрого родоразрешения показан классический наружно-внутренний акушерский поворот плода на ножку с последующим его извлечением за тазовый конец

Особенно опасны III период родов и ранний послеродовый период развитием кровотечения. После рождения последа производят тщательный осмотр его для выяснения целости долек и оболочек и вида двойни (одно- или двуяйцовая).

В послеродовом периоде необходимо тщательное наблюдение за родильницей, профилактика субинволюции матки.

Перинатальная смертность при многоплодии в 2 раза чаще, чем при родах одним плодом. Поэтому в современном акушерстве существует тенденция к расширению показаний к абдоминальному родоразрешению в интересах плодов. Показаниями к кесареву сечению, связанными с многоводием, считают тройню, поперечное положение обоих или одного из плодов, тазовое предлежание обоих плодов или первого из них, и не связанные с многоплодием – гипоксия плода, аномалии родовой деятельности, выпадение пуповины, экстрагенитальная патология матери, тяжелые гестозы, предлежание и отслойка плаценты.

Профилактика осложнений при многоплодии – это профилактика осложнений во время беременности.

**ПАТОЛОГИЯ ОКОЛОПЛОДНОЙ СРЕДЫ**

**(МНОГОВОДИЕ, МАЛОВОДИЕ)**

***Маловодие (олигогидрамнион)***– это состояние, при котором имеет место малое количество вод, т. е. менее 0,5 л; или полное их отсутствие – ангидрамнион, встречается в 0,3-0,4% всех родов. При врожденных пороках развития у плодов встречается в 10 раз чаще.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Обычно маловодие объясняют недостаточным развитием эпителия, выстилающего водную оболочку или понижением ее секреторной функции. Наиболее часто маловодие сочетается с пороками развития плода - агенезией почек, двухсторонней дисплазией почек, синдромом Меккель-Грубера (комплекс наследственных аномалий: поли- и синдактилия, гипоспадия, эписпадия, эктопия мочевого пузыря, кистомы почек, печени, поджелудочной железы), синдром Поттера (комплекс наследственных аномалий почек и лица). Часто маловодие возникает на фоне гипертонической болезни, причем частота развития маловодия и степень ее тяжести зависят от длительности течения сосудистой патологии и степени ее компенсации. При гипертонической болезни выраженное маловодие сочетается с задержкой внутриутробного роста плода. Инфекционно-воспалительные заболевания матери как причина маловодия составляют 40%, причем при бактериологическом исследовании патогенную микрофлору выявляли в родовых путях (28%) и в околоплодных водах (2,8%). У 19,6% женщин маловодие развивается на фоне нарушения обменных процессов (ожирения 3 степени) и фетоплацентарной недостаточности. Таким образом, причины маловодия следующие: инфекционно-воспалительные экстрагенитальные и генитальные заболевания матери, нарушение обменных процессов (ожирение), органические аномалии мочевыделительной системы плода, фетоплацентарная недостаточность. Патогенез маловодия – недостаточное развитие эпителия амниона или пониженная его функция.

**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.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МАЛОВОДИИ**

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.

***Возможная терапия:*** лечения основного заболевания, на фоне которого развилось маловодие, заместительная терапия путем интраамниального введения ультрафильтрата плазмы материнской крови. При диагностике задержки внутриутробного роста плод проводят коррекцию плацентарной недостаточности и ЗВРП. (магнезиальный и -адреномиметический токолиз, метилксантины -трентал по 7 мл/кг; 2,4% раствор эуфиллина по 10 мл с 5% раствором глюкозы 200,0 мл в/в капельно, эссенциале по 0,5 мг/кг, метионин по 0,25 4 раза в день или глутаминовая кислота по 0,5 4 раза в день, энпит белковый в суточной дозе до 45 г в виде дотаций к пище).

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

***Многоводие (гидрамнион)*** - патологическое состояние, характеризующееся наличием избыточного количества околоплодных вод в амниотической полости (свыше 1,5 л). Встречается в 0,3-0,6% всех родов.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Многоводие может развиваться у беременных, страдающих сахарным диабетом, заболеваниями почек, сердечно-сосудистыми заболеваниями, после инфекционных заболеваний во время беременности, вследствие иммунологической несовместимости крови матери и плода. Многоводие развивается при нарушении секреторной и резорбционной функции амниона.

**ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ВЛИЯНИЕ МНОГОВОДИЯ НА ПЛОД**

Многоводие может быть острым и хроническим. При остром многоводии беременность, как правило, прерывается досрочно, плод гибнет (фетоплацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты) или рождается с пороками развития, возможна угроза или разрыв матки. При хроническом многоводии количество околоплодных вод увеличивается постепенно, прогноз беременности зависит от степени его выраженности и скорости нарастания. Возможно многоводие и при однояйцовой двойне. Диагноз ставят на основании увеличения матки, несоответствия ее размеров (окружности живота, высоты стояния ее дна над лоном) сроку беременности. Матка становится тугоэластической консистенции, напряженная. Плод - подвижен, отмечают его неустойчивое положение, затрудненную пальпацию частей плода, приглушенное сердцебиение. Решающее значение при диагностике многоводия имеет УЗИ (наличие больших эхонегативных пространств в полости матки, измерение свободного от частей плода пространства околоплодных вод в двух взаимно перпендикулярных сечениях).

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.

Беременные с подозрением на многоводие должны быть госпитализированы для уточнения диагноза, лечения и, при наличии показаний, родоразрешения.

Роды при многоводии являются довольно опасными для матери и плода, так как часто сопровождаются осложнениями (преждевременные роды, дородовое излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, преждевременная отслойка плаценты, выпадение мелких частей и пуповины, неправильные положения плода, его гипоксия). 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%.

В случае наличия пороков развития плода беременность прерывают по медицинским показаниям.

При не выраженных симптомах многоводия (легкая и средняя степень) беременность пролонгируют до физиологического завершения на фоне соответствующего лечения. Обязательным является терапия антибиотиками (интраамниально, при определении чувствительности), диуретиками, витаминотерапия, терапевтический амниоцентез (под контролем УЗИ - 500 мл в 1 час с интервалом 1 сутки). Используют ингибитор простагландинсинтетазы – индометацин, (начинают в срок 24-25 недель и заканчивают в 35-38 недель по 2,2-3 мл/кг массы) в течение 2-11 недель.

При нарастании клинических симптомов многоводия, несмотря на лечение, появления признаков внутриутробного страдания плода применяют досрочное родоразрешение. Родовозбуждение при многоводии начинают амниотомией. При этом следует соблюдать определенные правила: околоплодные воды выпускать медленно по игле, плодные оболочки вскрывать не в центре, а сбоку, выше внутреннего зева, не извлекать руку из влагалища, чтобы предупредить выпадение пуповины или ручки плода. Медикаментозное родовозбуждение начинают не ранее, чем через 2 часа после выведения околоплодных вод, конец II и весь III период родов до полного сокращения матки ведут на фоне утеротонических средств.

**ПРОФИЛАКТИКА**

В женской консультации выделяют группу риска по возможности развития многоводия. В нее входят беременные, страдающие сахарным диабетом, хроническими инфекциями, Rh-отрицательной принадлежностью крови, уродствами плода в анамнезе, с двойней. Проводят всестороннее обследование - бактериологическое, иммунологическое, генетическое, эндокринологическое, биохимическое.

**Контрольные вопросы:**

1. Что такое многоплодная беременность?

2. Как диагностировать многоплодную беременность?

3. Каковы осложнения в течение многоплодной беременности?

4. Каковы особенности ведения родов при многоплодной беременности?

5. Определение маловодия.

6. В чем заключается диагностика маловодия?

7. Какова тактика врача при ведении беременности при маловодии?

8. Определение многоводия.

9. Основные причины многоводия?

10. Лечение и тактика ведения беременности при хроническом многоводии.

**Задача № 1**

Беременная 22 лет поступила с жалобами на тошноту, рвоту до 6-8 раз в день. Предполагаемый срок беременности 9 недель, однако, при влагалищном исследовании обнаружено, что матка увеличена соответственно 12 недельной беременности.

Предполагаемый диагноз? Какие методы обследования следует провести для уточнения диагноза? План ведения?

**Задача № 2**

Беременная 25 лет поступила с указанием на увеличение массы тела, увеличение ОЖ, повышение тонуса матки (тянущие боли внизу живота и пояснице), быструю утомляемость. Эти симптомы появились с 25 недель и продолжают нарастать за последнюю неделю беременности. В 1 триместре перенесла ОРЗ с температурой 38,8, лечилась домашними средствами. Срок беременности 32 недели.

Предполагаемый диагноз? Какие методы обследования следует провести для уточнения диагноза? План лечения?