

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ « КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ИПО

Зав.кафедрой д.м.н., профессор

Базина М.И.

РЕФЕРАТ

ПАТОЛОГИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Выполнила:

клинический ординатор

Грицфельд Т.В.

Красноярск 2019 г.

Оглавление

1. Введение	2
2. Общие понятия.....	2
3. Многоводие.....	4
4. Маловодие.....	6
5. Методы диагностики.....	7
6. Заключение.....	9
7. Список литературы.....	9

1. Введение

Околоплодные воды, или амниотическая жидкость, являются биологически активной средой, окружающей плод. Амниотический мешок появляется на 8-й неделе беременности как производное эмбриобласта. В дальнейшем по мере роста и развития плода происходит прогрессивное увеличение объема амниотической полости за счет накопления в ней околоплодных вод.

Амниотическая жидкость в основном представляет собой фильтрат плазмы крови матери. В ее образовании важная роль принадлежит также секрету амниотического эпителия. На более поздних стадиях внутриутробного развития в продукции амниотической жидкости принимают участие почки и легочная ткань плода.

2. Общие понятия

Объем околоплодных вод зависит от срока беременности. Нарастание объема происходит неравномерно. В 10 нед беременности объем амниотической жидкости составляет в среднем 30 мл, в 13-14 нед - 100 мл, в 18 нед - 400 мл и т.д. Максимальный объем отмечается к 37-38 нед беременности, в среднем составляя 1000-1500 мл. К концу беременности количество вод может уменьшиться до 800 мл. При перенашивании беременности (41-42 нед) наблюдается уменьшение объема амниотической жидкости (менее 800 мл).

Околоплодные воды характеризуются высокой скоростью обмена. При доношенной беременности в течение 1 ч обменивается около 500 мл вод. Полный обмен околоплодных вод совершается в среднем за 3 ч. В процессе обмена 1/3 амниотической жидкости проходит через плод, который заглатывает приблизительно около 20 мл вод в 1 ч. В III триместре беременности в результате дыхательных движений плода через его легкие диффундирует 600-800 мл жидкости в сутки. До 24 нед беременности обмен амниотической жидкости осуществляется также через кожные покровы плода, а позже, когда происходит ороговение эпидермиса, кожа плода становится почти непроницаемой для жидкой среды.

Плод не только поглощает окружающую его жидкую среду, но и сам является источником ее образования. В конце беременности плод продуцирует около 600-800 мл мочи в сутки. Моча плода является важной составной частью амниотической жидкости. Обмен околоплодных вод совершается через амнион и хорион. Важная роль в обмене вод

принадлежит так называемому параплацентарному пути, т.е. через внеплацентарную часть плодных оболочек.

В начале беременности околоплодные воды представляют собой бесцветную прозрачную жидкость, которая в дальнейшем изменяет свой вид и свойства. Из прозрачной она становится мутноватой вследствие попадания в нее отделяемого сальных желез кожи плода, пушковых волосков, чешуек десквамированного эпителия, капелек жира и некоторых других веществ.

С химической точки зрения околоплодные воды представляют собой коллоидный раствор сложного химического состава. Кислотно-основный состав амниотической жидкости изменяется в динамике беременности. Следует отметить, что рН амниотической жидкости коррелирует с рН крови плода.

В околоплодных водах в растворенном виде содержатся кислород и CO_2 , в них имеются все электролиты, которые присутствуют в крови матери и плода. В амниотической жидкости также обнаружены белки, липиды, углеводы, гормоны, ферменты, разнообразные биологически активные вещества, витамины. Важное диагностическое значение имеет обнаружение в амниотической жидкости фосфолипидов, которые входят в состав сурфактанта. Для физиологически протекающей доношенной беременности характерным является оптимальное соотношение между концентрацией в водах лецитина и сфингомиелина, равное 2 (концентрация лецитина в 2 раза выше, чем концентрация сфингомиелина). Такое соотношение этих химических агентов характерно для плода, имеющего зрелые легкие. В этих условиях они легко расправляются при первом внеутробном вдохе, обеспечивая тем самым становление легочного дыхания.

Важное диагностическое значение имеет также определение концентрации а-фетопротеина в амниотической жидкости. Этот белок вырабатывается в печени плода, а затем вместе с мочой попадает в околоплодные воды. Высокая концентрация этого белка свидетельствует об аномалиях развития плода, главным образом со стороны нервной системы.

Наряду с этим известное диагностическое значение имеет определение в околоплодных водах содержания креатинина, которое отражает степень зрелости почек плода.

В околоплодных водах имеются факторы, влияющие на свертывающую систему крови. К ним относятся тромбопластин, фибринолизин, а также факторы X и XIII. В целом амниотическая жидкость обладает относительно высокими коагулирующими свойствами.

Околоплодные воды выполняют и важную механическую функцию. Они создают условия для осуществления свободных движений плода, защищают организм плода от неблагоприятных внешних воздействий, предохраняют пуповину от сдавления между телом плода и стенками матки. Плодный пузырь способствует физиологическому течению первого периода родов.

3. Многоводие

Многоводие - количество околоплодных вод, превышающее 1500 мл. Этиология многоводия: беременность и инфекции (пиелонефрит, воспалительные заболевания влагалища, острая респираторная инфекция, специфические инфекции), беременность и экстрагенитальная патология (сахарный диабет, резус-конфликтная беременность); многоплодная беременность, пороки развития плода (поражение ЦНС, желудочно-кишечного тракта, поликистоз почек, аномалии скелета).

Различают:

- а) острое многоводие - общее недомогание, болезненные ощущения и тяжесть в животе, пояснице, одышка, нарушение сердечной деятельности
- б) хроническое многоводие - обычно не имеет клинических проявлений: беременная адаптируется к медленному накоплению околоплодных вод.

Диагностика:

1. Жалобы беременных (если они есть) сводятся к потере аппетита, к появлению одышки, недомогания, ощущения тяжести и болей в животе, в пояснице.
2. Объективное исследование. Отмечается бледность кожных покровов, уменьшение подкожного жирового слоя; у некоторых беременных усиливается венозный рисунок на животе. Окружность живота и высота стояния дна матки не соответствуют сроку беременности (110-120 см при доношенной беременности). Матка резко увеличена, напряжена, тугоэластичной консистенции, шаровидной формы. При ощупывании матки определяется флюктуация. Положение плода неустойчивое, часто поперечное, косое.

возможно тазовое предлежание; при пальпации плод легко меняет свое положение, части плода прощупываются с трудом, иногда совсем не определяются. Предлежащая часть расположена высоко, баллотируется. Сердцебиение плода плохо прослушивается, глухое. Иногда выражена чрезмерная двигательная активность плода.

3. Влагалищное исследование: шейка матки укорачивается, внутренний зев приоткрывается, определяется напряженный плодный пузырь.

4. Дополнительные методы исследования: ультразвуковое сканирование, позволяющее произвести фетометрию, определить предполагаемую массу плода, уточнить срок беременности, установить объем околоплодных вод, выявить пороки развития плода, установить локализацию плаценты, ее толщину, стадию созревания, компенсаторные возможности.

Наличие многоводия свидетельствует о высокой степени риска как для матери, так и для плода. Осложнения: невынашивание беременности; преждевременные роды; преждевременный разрыв плодных оболочек вследствие их дегенеративных изменений (быстрое излитие околоплодных вод может повлечь за собой выпадение пуповины или мелких частей плода, способствовать преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты); синдром сдавления нижней полой вены; гипотрофия плода.

Беременные с подозрением на многоводие подлежат госпитализации для уточнения диагноза и выявления причины его развития. Подтвердив диагноз, выбирают тактику дальнейшего ведения беременности.

Если обнаруживаются аномалии развития плода, не совместимые с жизнью, женщину готовят к прерыванию беременности через естественные родовые пути. При выявлении инфекции проводят адекватную антибактериальную терапию с учетом влияния лекарственных средств на плод. При наличии изосерологической несовместимости крови матери и плода беременность ведут в соответствии с принятой тактикой. Выявив сахарный диабет, проводят лечение, направленное на его компенсацию.

Параллельно с проводимой патогенетически обоснованной терапией необходимо оказывать воздействие на плод, который часто находится в состоянии хронической гипоксии при гипотрофии на фоне недостаточности. Для этого пользуются средствами, улучшающими маточно-плацентарное кровообращение: спазмолитики, препараты, улучшающие реологические свойства крови (реополиглюкин, трентал, курантил),

действующие на обменные процессы (рибоксин, цитохром С), антиоксиданты (токоферола ацетат, унитиол), оксидотерапия.

Частым осложнением в родах является слабость родовой деятельности. Акушерская помощь начинается со вскрытия плодного пузыря. Через 2 ч после вскрытия плодного пузыря при отсутствии интенсивной родовой деятельности надо начинать родостимулирующую терапию. Для профилактики кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах «с последней потугой» периода изгнания необходимо ввести внутривенно метилэргометрин или окситоцин. Если роженица получала родостимуляцию при помощи внутривенного введения сокращающих матку средств, то ее продолжают в последовом и раннем послеродовом периодах.

4. Маловодие

Маловодие- количество околоплодных вод при доношенном сроке беременности менее 600 мл. Этиология до настоящего времени не ясна.

Симптомы обычно не выражены. Состояние беременной не меняется. Некоторые женщины ощущают болезненные шевеления плода.

Диагностика основывается на несоответствии размеров матки сроку беременности. Необходимо провести ультразвуковое исследование, которое помогает установить точное количество околоплодных вод, уточнить срок беременности, определить размеры плода, выявить возможные пороки развития, провести медико-генетическое обследование путем хорион-биопсии.

Осложнения: невынашивание; гипоксия, гипотрофия, аномалии развития плода; синдром задержки развития плода; искривление позвоночника, пороки развития конечностей у плода вследствие ограничения движения; кровотечения в последовый и ранний послеродовый периоды; сдавление пуповины и смерть плода.

Роды нередко приобретают затяжное течение, так как плотные оболочки, туго натянутые на предлежащую часть, препятствуют раскрытию внутреннего зева и продвижению предлежащей части. Акушерская помощь начинается со вскрытия плодного пузыря. Вскрыв его, необходимо широко развести оболочки, чтобы они не мешали раскрытию внутреннего зева и продвижению головки. Через 2 ч после амниотомии при недостаточно интенсивной родовой деятельности назначают родостимулирующую

терапию. Для профилактики кровотечения вводят метилэргометрин или окситоцин в конце II периода.

5. Методы диагностики

1. Амниоскопия - трансцервикальный осмотр нижнего полюса плодного пузыря. При амниоскопии обращают внимание на цвет и консистенцию околоплодных вод, примесь мекония или крови, наличие и подвижность хлопьев казеозной смазки.

Показания: подозрение на хроническую гипоксию, перенашивание беременности, изосерологическая несовместимость крови матери и плода.

Противопоказания: воспалительные процессы во влагалище и шейке матки, а также предлежание плаценты.

Для проведения амниоскопии беременную укладывают в гинекологическое кресло и производят влагалищное исследование для определения проходимости канала шейки матки. При необходимости производят осторожное пальцевое расширение его. В асептических условиях по пальцу или после обнажения шейки зеркалами в шейный канал за внутренний зев вводят тубус с мандреном. Диаметр тубуса подбирают в зависимости от раскрытия шейки (12-20 мм). После извлечения мандрена и включения осветителя тубус располагают таким образом, чтобы была видна предлежащая часть плода, от которой отражается световой луч. Если осмотру мешает слизистая пробка, ее осторожно удаляют с помощью тупфера. При низком расположении плаценты на плодных оболочках четко виден сосудистый рисунок. При предлежании плаценты все поле зрения имеет темно-красный цвет, в этом случае исследование необходимо немедленно прекратить.

2. Амниоцентез— операция, целью которой является получение околоплодных вод для биохимического, гормонального, иммунологического, цитологического и генетического исследований, позволяющих судить о состоянии плода.

Показаниями к амниоцентезу являются изосерологическая несовместимость крови матери и плода, хроническая гипоксия плода (перенашивание беременности, гестоз, экстрагенитальные заболевания матери и т.д.), установление степени зрелости плода, антенатальная диагностика пола, необходимость кариотипирования при подозрении на пороки развития плода, микробиологическое исследование. Операцию всегда выполняют

под ультразвуковым контролем, выбирая наиболее удобное место пункции в зависимости от расположения плаценты и мелких частей плода.

В зависимости от места пункции различают:

а) трансвагинальный амниоцентез. Производят через передний свод влагалища, канал шейки матки или задний свод влагалища. Выбор места введения пункционной иглы зависит от расположения плаценты. После предварительной санации влагалища шейку матки фиксируют пулевыми щипцами, смещают вверх или вниз в зависимости от выбранного метода и производят прокол стенки влагалища под углом к стенке матки. При попадании пункционной иглы в полость матки из нее начинают выделяться околоплодные воды.

б) трансабдоминальный амниоцентез. После обработки передней брюшной стенки антисептиком производят анестезию кожи, подкожной клетчатки и подапонеуротического пространства 0,5 % раствором новокаина. Для выполнения процедуры можно применять иглу, как для спинномозговой пункции. Для исследования берут 10—15 мл околоплодных вод. Непригодными считаются пробы, загрязненные кровью или меконием. У беременных с Rh-сенсibilизацией, когда необходимо исследование оптической плотности билирубина, пробу амниотической жидкости следует быстро перенести в темный сосуд, для того чтобы избежать изменения свойств билирубина под влиянием света. Место пункции на передней брюшной стенке обрабатывают антисептиком и накладывают асептическую наклейку.

Осложнения: преждевременное излитие околоплодных вод (чаще при трансцервикальном доступе), ранение сосудов плода, ранение мочевого пузыря и кишечника матери, хориоамнионит, преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды, отслойка плаценты, ранение плода и повреждение пуповины. Однако благодаря широкому внедрению ультразвукового контроля проведения этой операции осложнения встречаются крайне редко.

Противопоказания: практически единственным противопоказанием к нему является угроза прерывания беременности.

6. Заключение

Маловодие и многоводие обращают на себя внимание врача не сами по себе, а как свидетельство возможного (не обязательного) неблагополучия у плода. Примерно в половине всех случаев маловодия и многоводия причину найти не удаётся. Баланс ОВ — процесс вполне автономный, поэтому от потребления женщиной жидкости напрямую не зависит. Прогноз беременности зависит от этиологии многоводия или маловодия. В 60% случаев причину состояния выявить не удаётся.

7. Список используемой литературы

1. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой 2015г.
2. Клиническое руководство «Преждевременный разрыв плодных оболочек» (Преждевременное излитие вод) - Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Н.Е., Клименченко Н.И., Митрохин С.Д., Тетруашвили Н.К., Ходжаева З.С., Шмаков Р.Г., Дегтярев Д.Н., Тютюнник В.Л.— 2016г
3. Панайотиди, Д. А. Роль информированного добровольного согласия на проведение амниоскопии в улучшении качества оказания помощи в акушерских стационарах. / Д. А. Панайотиди, К. Р. Некрасова, Ю. Э. Доброхотова и др. // Российский медицинский журнал. — 2017. № 5
4. Киселевич, М. Ф. Течение беременности и родов у женщин с многоводием. / М. Ф. Киселевич, М. М. Киселевич, В. М. Киселевич // Научные ведомости Белгородского государственного университета. — 2016. № 25.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Рецензия КМН, доцента кафедры акушерства и гинекологии ИПО Шапошниковой Екатерины Викторовны на реферат клинического ординатора первого года обучения по специальности «Акушерства и гинекологии» Грицфельд Татьяна Валерьевны по теме «Патология околоплодных вод».

На фоне прогрессирующей индустриализации нашего общества и изменения социальных основ семьи проблема сохранения здоровья матери и ребенка в XXI веке становится все более актуальной. Образование и поддержание объема и состава околоплодных вод отражает совокупность функционирования систем плода и провизорных образований — плаценты, плодных оболочек, пуповины. В настоящее время остается актуальным поиск маркеров, позволяющих в кратчайшие сроки оценить угрозу развития осложнений у новорожденного. По мнению ряда исследователей, высокую информативность в этом плане имеет определение содержания фетальных продуктов в различных средах (крови матери, плода, околоплодных водах). Выяснение механизмов развития много- и маловодия у беременных женщин с высоким инфекционным риском, их комплексная клинко-лабораторная характеристика даст возможность оптимизировать методы лечения и профилактики этих состояний. Это будет способствовать решению проблемы прогнозирования инфекционных и неинфекционных осложнений у новорожденных детей и приведет к снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Актуальность	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+/-
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9. Наличие общего вывода в теме	+/-
10. Итоговая оценка	+

Дата: «18» марта 20 19 год

Подпись рецензента

Подпись ординатора

(подпись)

(ФИО рецензента)