

УДК 618.346-008.811.1

БАГАТОВОДДЯ: АКУШЕРСЬКА ТАКТИКА ТА ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ

Ласитчук О. М.*

Івано-Франківський національний медичний університет
вул. Галицька, 2, Івано-Франківськ, Україна, 76018
(отримано 12.07.2013, опубліковано 15.10.2013)

У статті наведені результати обстеження вагітних із багатоводдям. Досліджено вплив збільшеної кількості навколоплідних вод на розвиток плода, перебіг вагітності й пологів. На підставі анамнестичних даних, результатів клініко-функціонально-лабораторного обстеження встановлені фактори підвищеного ризику розвитку багатоводдя під час вагітності та розроблено алгоритм лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: вагітність, багатоводдя, фактори ризику, профілактика.

* an_w@i.ua

Вступ

Система державних, медичних та індивідуальних заходів протягом багатьох років спрямована на пошук шляхів зниження перинатальної захворюваності та смертності. Велика увага приділяється вивченню впливу факторів ризику вагітності на перинатальну патологію, оскільки своєчасне формування серед вагітних груп високого ризику, спостереження за ними та застосування профілактичних заходів дозволяють запобігти виникненню тяжких ускладнень вагітності й пологів. Об'єктом поглибленого та всебічного дослідження є також стан фетоплацентарного комплексу, зокрема кількості навколоплідних вод як одного із показників порушення гомеостазу в функціональній системі мати–плацента–плід [1]. Багатоводдя й маловоддя – універсальна інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя в стані здоров'я вагітної чи плода, пов'язане з перенесеними інфекціями, ендокринною патологією чи іншими несприятливими факторами внутрішнього та зовнішнього середовища [2]. Останніми роками в акушерській практиці зросла частота багатоводдя значною мірою завдяки ультразвуковому скринінгу вагітних й за різними авторами коливається від 1–3 до 8 % [1; 3].

Збільшення об'єму навколоплідних вод понад 1,5 – 2 л більшість дослідників розцінює як багатоводдя. Розрізняють хронічне (помірне) і гостре (різке) багатоводдя. Гостре багатоводдя трапляється набагато рідше і частота його не

перевищує 0,014 %, виникає в другому триместрі вагітності й розвивається протягом кількох днів. Хронічне багатоводдя розвивається поступово, в третьому триместрі вагітності й має менш виражену клінічну картину. Розрізняють легкий ступінь багатоводдя – 1,5–3 л, середній ступінь тяжкості – 3,1–5 л і тяжкий – понад 5 л. Під час ультразвукового обстеження про кількість навколоплідних вод роблять висновок за висотою максимального вертикального стовпа амніотичної рідини або визначають амніотичний індекс (сума вертикальних розмірів кишень амніотичної рідини у 4-х квадрантах матки).

Механізми розвитку багатоводдя на сьогоднішні остаточно не встановлені, хоча сукупність спонукальних факторів у науковій літературі окреслена достатньо чітко [4; 5]. Основними теоріями виникнення багатоводдя, як і раніше, залишаються: інфекційно-вірусна інфекція, аномалії розвитку плідного яйця, тяжкі екстрагенітальні захворювання матері. Низка авторів вказує на те, що багатоводдя супроводжує такі стани, як м'язова дистрофія плода, аутосомальні трисомії, а при великому плоді помірно багатоводдя наприкінці вагітності є звичайним явищем [6; 7]. Пізній гестоз вагітних, ізосерологічна несумісність крові матері та плода, багатоплідна вагітність, цукровий діабет, захворювання нирок, патологія серцево-судинної системи з порушенням кровообігу часто поєднуються із багатоводдям. Частота багатоводдя при внутрішньоутробному інфікуванні плода досягає 66,7–74 % випадків

інфікованої вагітності [8; 9]. Результати генетико-кореляційного аналізу показали, що багатоводдя і маловоддя мають виражений генетичний компонент, який більшою мірою пов'язаний з генотипом матері, ніж із генотипом плода і практично не мають між собою в генетичному походженні спільної складової [6].

Багатоводдя часто призводить до таких ускладнень, як неправильне положення плода, передчасні пологи, передчасний розрив плодових оболонок, випадіння пуповини та дрібних частин плода, передчасне відшарування плаценти, гіпотонічна дисфункція матки, хронічна гіпоксія та затримка росту плода, порушення кровообігу та дихання у вагітних.

У кожному другому чи третьому випадку встановити причину багатоводдя не вдається, таке багатоводдя називають ідіопатичним [10]. Цей феномен пояснюється складними та інтенсивними процесами обміну амніотичної рідини. На основі радіоізотопних досліджень встановлено, що навколоплідні води повністю оновлюються протягом 3 годин, а обмін усіх розчинених речовин відбувається за 5 діб. Відомо, що в обміні амніотичної рідини в другій половині вагітності беруть участь сечовидільна, дихальна, травна системи плода та плодові оболонки. Тому лікування багатоводдя в більшості випадків є симптоматичним і малоефективним. Сучасна комплексна терапія багатоводдя передбачає трансабдомінальний амніоцентез і лікарські середники. Амніоцентез застосовують як із лікувальною, так і з діагностичною метою, частіше при гострій (різкій) формі багатоводдя та при неефективності консервативних методів лікування.

Вважають, що саме осмотичні зміни у плазмі матері, а не збільшення об'єму циркулюючої рідини, мають безпосередній вплив на зміну кількості навколоплідних вод [11; 12]. У наукових публікаціях доведена ефективність лікування маловоддя довенним введенням ізотонічних розчинів та збільшенням вживання рідини вагітною, що веде до зниження осмолярності плазми і зростання кількості навколоплідних вод. Ми припустили, що інфузії гіперосмолярних розчинів будуть ефективними під час лікування багатоводдя. На нашу думку, препаратом вибору є вітчизняний, доступний препарат реосорбілакт, який розробили в Інституті патології крові та трансфузійної медицини АМН

України [13]. Розчин містить у своєму складі натрію лактат, сорбітол (концентрація 6%), електроліти (кальцію хлорид, калію хлорид, магнію хлорид) у збалансованих кількостях і є засобом для покращання гемодинаміки, поліпшення мікроциркуляції, зменшення інтоксикації та корекції кислотно-основного стану [14]. Натрій-лактат є залужнювальним засобом сповільненої дії, ефект від введення якого проявляється через 20–30 хвилин після застосування, при цьому не виникає різких коливань рН. Сорбітол – багатоатомний спирт, що швидко включається в метаболізм і накопичується у вигляді глікогену в печінці. Він метаболізується шляхом розпаду фруктози незалежно від інсуліну й може перетворюватися навіть пошкодженою печінкою в глікоген, при цьому немає переважання вуглеводами. Сорбітол стимулює окиснення жирних кислот некетогенним шляхом метаболізму та сприяє легкому використанню кетонів тіл у циклі Кребса, що підтверджує його своєрідність як енергетичного субстрату. Теоретична осмолярність реосорбілакту – 900 мОсм/л. Завдяки такій гіперосмолярності цей плазмозамінник посилює процес фізіологічної автогемодилуції, сприяє поліпшенню тканинної оксигенації за рахунок зменшення об'єму еритроцитів і набряку судинного епітелію, істотно збільшує мозковий, коронарний, легеневий, мезентеріальний та нирковий кровопотік.

Аналіз даних наукової літератури та клінічна практика переконують, що на сьогодні проблема багатоводдя і надалі залишається актуальною в акушерстві, оскільки до кінця не вивчені окремі ланки патогенезу цієї патології. Необхідним є і встановлення найбільш частих причин багатоводдя та виділення факторів ризику його виникнення на сучасному етапі, що дасть змогу проводити ефективне лікування і завчасно попереджати розвиток можливих ускладнень вагітності та пологів. Традиційні лікувальні заходи при полігідрамніонії часто є неефективні, оскільки мають не патогенетичну, а симптоматичну спрямованість. Отже, поглиблене вивчення клінічних, біохімічних, морфологічних, мікробіологічних аспектів проблеми багатоводдя на сьогодні має велику науково-практичну значущість і є одним із перспективних резервів зниження материнської і перинатальної захворюваності та смертності.

Мета дослідження – аналіз етіологічних чинників виникнення багатоводдя, впливу збільшеної кількості навколоплідних вод на розвиток плода, перебіг вагітності й пологів. Установити фактори підвищеного ризику розвитку багатоводдя під час вагітності та розробити лікувально-профілактичні заходи.

Матеріали і методи

Проведено клініко-функціонально-лабораторне обстеження 307 вагітних та роділь, які отримували лікувальну допомогу в пологовому будинку м. Івано-Франківська. Розподіл за групами був таким: 1-ша група – контрольна, 54 вагітних із нормальною кількістю навколоплідних вод; 2-га група – 199 вагітних жінок із багатоводдям, які отримували загальноприйнятну базисну терапію; 3-тя група – 54 вагітних із багатоводдям, яким проводилося комплексне лікування з використанням препарату реосорбілакту (по 200 мл довенно, крапельно, через день, не менше 5 разів на курс).

До зазначених груп не входили вагітні із цукровим діабетом, двійнею та з вадами розвитку плода. Обстеження вагітних усіх досліджуваних груп проводили в III триместрі вагітності.

Проаналізовано соматичний, акушерсько-гінекологічний анамнези, відомості про особливості перебігу даної вагітності та пологів. Використано загальноклінічні, біохімічні дослідження. Ехографічні та доплерометричні дослідження виконували в реальному масштабі часу на ультразвуковому апараті „Aloka SSD-1700” виробництва Японії, обладнаний дуплексним доплерівським блоком. Для верифікації спектра генітальних інфекцій проводили бактеріоскопічне, бактеріологічне обстеження, а також сучасні імунологічні методи діагностики (імуноферментний, пряму ланцюгову реакцію).

Для опрацювання отриманих результатів клінічних та лабораторних досліджень, їх аналізу та виявлення системних взаємозв'язків, а також для оцінки достовірності використовувалися класичні методи математичної статистики [15]. Припускали, що для досліджуваних показників вибірок властивий нормальний закон розподілу. Достовірність різниці порівнюваних груп визначали за допомогою критерію Стьюдента. Результати вважалися достовірними в тому разі,

якщо коефіцієнт достовірності був меншим або дорівнював 0,05.

Результати та їх обговорення

Проведений аналіз дозволив визначити популяційну частоту багатоводдя, що становить 5,24 %. Вік обстежених жінок коливався від 17 до 41 року, причому в усіх трьох групах більшість вагітних була віком від 21 до 25 років (49,5 %). У групах жінок із багатоводдям достовірної різниці між кількостями першовагітних і повторновагітних немає. Такий самий розподіл спостерігався і в контрольній групі.

в анамнезі вагітних із багатоводдям загальна кількість артифіційних абортів була на 9 % вища, ніж у контрольній групі, але достовірної статистичної різниці між цими показниками не виявлено ($p > 0,05$). Проте за трьома і більше артифіційними абортами різниця показників між вагітними з багатоводдям і контрольною групою була достовірною ($p < 0,01$). Частота двох і більше ранніх мимовільних викиднів у вагітних із багатоводдям становила – 1,98 %, мертвонародження в анамнезі – 1,6 %, хоча частота і невелика, проте різниця з контрольною групою достовірна ($p < 0,05$).

Установлено, що у вагітних із багатоводдям частота генітальної патології на одну жінку майже удвічі перевищує відповідний показник у контрольній групі. Серед перенесених раніше гінекологічних захворювань найчастіше спостерігалися патологія шийки матки – 34 %, сальпінгоофорит – 22 %, кольпіт – 5,5 %, непліддя – 4,3 %, порушення менструального циклу – 4 %. Непліддя і порушення менструального циклу в анамнезі вагітних 1-ї групи не виявлено, в той же час у групах вагітних із багатоводдям ці показники становили відповідно 4,35 і 3,95 % ($p < 0,001$). Необхідно відмітити, що у вагітних контрольної групи доброякісних захворювань тіла матки, гіперпластичних процесів ендометрія не спостерігалось, а в анамнезі вагітних із багатоводдям вони траплялися, причому за сумарним показником різниця була достовірною ($p < 0,05$).

Частота екстрагенітальної патології серед вагітних із багатоводдям в 1,6 раза вища, ніж у вагітних жінок контрольної групи, і становила відповідно 1,06 та 0,65 у перерахунку на одну жінку. Достовірно частіше ($p < 0,05$) у вагітних із багатоводдям трапляється серцево-судинна патологія (на 4,8 %), серед якої вегетосудинна

дистонія посідає перше місце. Порушення мікроциркуляції виникають і в системі „матиплацента–плід”, що призводить до розладів секреторної та резорбтивної функції плодкових оболонок. Захворювання нирок у вагітних із багатоводдям становило 20,9 % ($p < 0,05$), шлунково-кишкового тракту – 20,6 % ($p < 0,01$), гайморит – 1,6 % ($p < 0,05$). Екстрагенітальну патологію розглядають як істотний фактор ризику розвитку акушерських ускладнень, особливо виділяючи її значущість останнім часом. Зрозуміло, що на такому несприятливому соматичному та генітальному фоні частота ускладнень вагітності була достатньо високою. Так, у I половині вагітності найбільш частими були гострі респіраторні вірусні інфекції – 7,1 % ($p < 0,05$) та кольпіт – 2,4 % ($p < 0,05$). Ранній гестоз теж досить часто зустрічався у вагітних із багатоводдям (15 %), проте достовірної різниці з контрольною групою не було. А таке ускладнення вагітності, як загроза переривання в контрольній групі, траплялося навіть достовірно частіше ($p < 0,05$), ніж у жінок із багатоводдям.

На противагу першій половині вагітності після 20 тижнів гестації різні ускладнення спостерігалися нами достовірно частіше. У вагітних із багатоводдям плацентарна дисфункція (за даними ультразвукового скринінгу) виявлена у 67,6 %, анемія вагітних – у 57,3 %, кольпіт – 37,2 %, загроза переривання вагітності – 31,6 %, а в контрольній групі ці показники відповідно становили: 18,5, 48,1 та 22,2 %. У структурі ускладнень другої половини вагітності у жінок із багатоводдям значний відсоток належить і такій патології, як перинатальні інфекції (29,6 %), гіпоплазії плаценти (26,5 %), дистрес плода (17,0 %). Необхідно зауважити, що ізосенсибілізація за системою АВ0 та приріст у вазі вагітної більше 10 кг у відсотках більший у контрольній групі. Такі ускладнення, як кір, ангіна, пневмонія, гострий бартолініт, істміко-цервікальна недостатність та передлежання плаценти, в контрольній групі не спостерігались, а в жінок із багатоводдям були в поодиноких випадках. Достовірно частіше стосовно контрольної групи у вагітних із багатоводдям діагностували затримку росту плода, нестійке положення плода ($p < 0,01$); передчасні пологи, загрозу переривання вагітності, пізні гестози та кольпіт ($p < 0,05$).

Висока частота ускладнень вагітності зумовила і більшу частоту оперативних втручань під час пологів. У вагітних із багатоводдям порівняно з контрольною групою кесарів розтин проводився достовірно частіше: у другій групі – у 29,1 %, у третій – 31 % проти 9,6 % в контрольній (достовірність різниці відповідно $p < 0,001$ та $p < 0,01$). Такі оперативні втручання, як накладання акушерських щипців, ручна ревізія стінок порожнини матки та ручне видалення посліду проводилися лише в групах вагітних із багатоводдям. Акушерські щипці накладено в п'яти випадках (3,4 %) пологів вагітних другої групи, достовірність відмінності з контрольною та третьою групами $p < 0,05$. Показами до такого втручання був дистрес плода. У трьох породіль другої групи (2,0 %) унаслідок гіпотонії матки виникла рання післяпологова кровотеча, чого не спостерігалось у породіль контрольної та третьої груп ($p > 0,05$).

Передчасний розрив плодкових оболонок у вагітних із багатоводдям зустрічався в 16,3 %, а в контрольній групі – в 5,8 % (утричі рідше). Аномалії пологової діяльності в II групі вагітних із багатоводдям зафіксовано у 16,2 % ($p < 0,001$), у III групі, де застосовувалося запропоноване лікування, в 9,5 % ($p < 0,05$). Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, випадіння пуповини та дрібних частин плода спостерігалось лише в жінок другої групи ($p > 0,05$).

Достовірної різниці за частотою виникнення таких ускладнень пологів, як ранній розрив плодкових оболонок, розриви м'яких тканин пологових шляхів не виявлено ($p > 0,05$).

У ході обстеження вагітних на наявність генітальних інфекцій виявлено, що асоціації мікроорганізмів під час вагітності у жінок із багатоводдям є досить частим явищем на відміну від контрольної групи. Так, у 20,4 % вагітних жінок третьої групи виявлено асоціації із двох мікроорганізмів і у 24 % – із трьох і більше мікроорганізмів. Найчастіше виявляли такі збудники інфекцій, як хламідії – 16,2 % ($p < 0,001$), уреоплазми – 9,5 % ($p < 0,01$), трихомонади – 6,3 % ($p < 0,001$), стафілококи різних видів – 11,9 % ($p < 0,001$), дріжджовий грибок – 35,6 % ($p < 0,01$), вірус генітального герпесу – 7,9 % ($p < 0,05$), гарднерели – 3,2 % ($p < 0,01$). Потрібно зауважити, що кількість інфікованих вагітних у III групі становила 87 %,

у II – 66,3 %, а в контрольній – 29,6 %, причому число мікробних асоціацій на одну інфіковану вагітну дорівнювало відповідно в III групі – 1,89, у другій – 1,36 і в контрольній – 1,0.

Між тяжкістю інфекційного процесу в матері та плода немає паралелізму [10; 16]. Легка, мало- або навіть безсимптомна інфекція у вагітної може призвести до вираженої плацентарної дисфункції та до загибелі плода або тяжкої інвалідизації дитини. Так, за нашими даними, плацентарна дисфункція під час ультразвукового сканування вагітних із багатоводдям діагностована в 67,6 % ($p < 0,001$). Під час проведення досліджень ми виявляли порушення матково-плацентарного та дещо рідше плодово-плацентарного кровопотоку, а також метаболічні розлади у вагітних із багатоводдям. Такі самі розлади характерні й для плацентарної дисфункції.

При виявленні під час обстеження у вагітних із багатоводдям урогенітальної інфекції призначали специфічну антибактеріальну терапію. Вибір антибіотика здійснювався з урахуванням терміну вагітності та чутливості мікроорганізмів. При хламідійній, уреомікоплазмовій інфекціях застосовували джозаміцин (вільпрафен) або спірамідин (роваміцин). При виявленні трихомонадної інфекції, бактеріального вагінозу, генітального кандидозу перевагу віддавали місцевій етіотропній терапії у вигляді мазевих аплікацій 2 % кліндамицинового, міконазолового кремів, метронідазолового гелю та вагінальних супозиторіїв із гінопеварилом, кандибене. При лікуванні вірусних інфекцій застосовували людський імуноглобулін, комплекс метаболічної терапії.

Використання препарату реосорбілакту у комплексному лікуванні вагітних із багатоводдям нормалізує кровопотік, що позитивно впливає на стан плода, перебіг вагітності та пологів. Після застосованого нами лікування реосорбілактом у третій групі вагітних у 69 % роділь нормалізувалася кількість навколоплідних вод, а в другій групі, де вагітні отримували базове лікування, цей відсоток становив 60,8 %. Стовп амніотичної рідини після лікування реосорбілактом знизився майже на 20 мм у третій групі проти 15 мм у другій групі, достовірність різниці за цими показниками $p < 0,05$. При оцінці стану новонароджених на 5-й хвилині життя за шкалою Апгар нами виявлено, що задовільний

стан був у 88,1% новонароджених третьої групи, а в другій групі – в 83,4%. За результатами оцінки біофізичного профілю плода встановлено, що в 3-й групі вагітних задовільний стан плода спостерігався у 50 %, що на 18 % більше, ніж у вагітних 2-ї групи. У третій групі вагітних із багатоводдям знизилася частота таких ускладнень, як передчасний розрив плодових оболонок на 5,7 %, ранній розрив плодових оболонок на 4,3 %, аномалії пологової діяльності на 6,7 %, обвиття плода пуповиною на 8,7 %. Гіпертензія в пологах, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, випадіння пуповини та дрібних частин плода взагалі не спостерігалися.

Таблиця 1

Фактори прогнозування ризику розвитку багатоводдя під час вагітності

Акушерсько-гінекологічний анамнез		Соматичний анамнез		Ускладнення даної вагітності	
Ознака	Бали	Ознака	Бали	Ознака	Бали
3 і більше пологів	1	Вегето-судинна дистонія	1	Загроза переривання вагітності	1
3 і більше абортів	2	Піелонефрит	1	Кольпіт	1
2 і більше ранніх мимовільних викиднів	1	Сечосолевий діатез	1	ГРВІ в I половині вагітності	1
Непліддя	3	Гастро-дуоденіт	3	Пізнні гестози	1
Вроджені вади розвитку плода	1	Тонзилектомія	1	Загострення екстрагенітальної патології	3
Великий плід	1	Гайморит	1	Плацентарна дисфункція	3
Патологія шийки матки	1			Гіпоплазія плаценти	3
Доброякісні захворювання матки	1			Затримка росту плода	2
Оцінка ступеню ризику за сумою балів: низький ступінь ризику – до 3 балів; середній ступінь ризику – від 4 до 9 балів; високий ступінь ризику – 10 і більше балів.				Генітальна моноінфекція	2
				Асоціація 2 і більше інфекцій	3
				Вади розвитку, стигми дизембріогенезу	2

Ретельно проаналізувавши акушерсько-гінекологічний, соматичний анамнез вагітних із багатоводдям, ми виділили фактори ризику, що були згруповані за даними перебігу вагітності, акушерського та соматичного анамнезів (табл. 1). Оцінка ознаки від „1” до „3” балів відповідала ступеню достовірної відмінності її прояву у вагітних із багатоводдям порівняно з вагітними із нормальною кількістю навколоплідних вод.

Жінкам, які входять до групи ризику виникнення багатоводдя, необхідно проводити передгравідарну підготовку та подальше динамічне спостереженням. Передгравідарна підготовка передбачає планування вагітності, санацію хронічних вогнищ інфекцій, оцінку соматичного та генетичного здоров'я подружжя, профілактику гострих інфекційних хвороб. З такими жінками необхідно проводити санітарно-освітню роботу щодо формування здорового способу життя: усунення гіподинамії, відмова від шкідливих звичок, раціональне харчування. У зв'язку з високою частотою генітальної інфекції у вагітних із багатоводдям необхідно проводити контроль мікробіоценозу піхви з подальшим, за потреби, лікуванням.

Вагітні групи високого ступеня ризику в обов'язковому порядку повинні бути госпіталізовані в 37–38 тижнів до акушерського стаціонару для проведення комплексної оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу, допологової підготовки й вибору способу розродження вагітної. У пологах вагітним із багатоводдям необхідно проводити кардіомоніторне спостереження за станом плода, своєчасну амніотомію, профілактику аномалій пологової діяльності та кровотеч. Породіллям, вагітність яких була ускладнена багатоводдям, у післяпологовому періоді доцільно проводити профілактику субінволюції матки та післяпологових інфекційних ускладнень.

Ураховуючи Наказ № 620 Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2003 року „Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні” та результати проведених досліджень, пропонуємо схематичне зображення нашого бачення алгоритму дій при багатоводді (рис. 1).

Дотримання вищевказаних профілактичних заходів у вагітних з груп ризику розвитку багатоводдя та правильне ведення вагітних із

цією патологією дадуть можливість знизити перинатальну захворюваність і смертність, підняти рівень репродуктивного здоров'я населення.

Висновки

До факторів ризику виникнення багатоводдя необхідно віднести: обтяжений акушерсько-гінекологічний, соматичний анамнези та ускладнення перебігу даної вагітності (загострення екстрагенітальної патології, плацентарна дисфункція, гіпоплазія плаценти, перинатальні інфекції), що призводять до зростання відсотка аномалій пологових сил, передчасного розриву плодових оболонок, дистресу плода в пологах та оперативних втручань. Серед збудників генітальної інфекції достовірно частіше виявляли хламідії, патогенні стафілококи та трихомонади. У більшості випадків помірною ідіопатичною багатоводдя спостерігалось народження здорових немовлят із масою тіла більше 4000 г, що можна розцінювати як фізіологічне явище при великому плоді.

Використання препарату реосорбілакт у комплексному лікуванні вагітних із багатоводдям покращує реологічні властивості крові, фетоплацентарну гемоперфузію та нормалізує кількість навколоплідних вод, що позитивно впливає на стан плода, перебіг вагітності та пологів.

Жінки групи ризику виникнення багатоводдя повинні проходити підготовку на етапі планування вагітності. Під час вагітності вони потребують подальшого ретельного спостереження, що передбачає контроль за динамікою приросту обводу живота та висоти стояння дна матки, за показаннями медико-генетичне консультування та додаткове ультразвукове обстеження. У пологах необхідно своєчасно проводити амніотомію, профілактику аномалій скоротливої діяльності матки, а також профілактику дистресу плода.

Перспективи подальших досліджень

Оскільки загальноприйняті на сьогодні лікувально-профілактичні заходи дозволяють лише до певної міри зменшити частоту багатоводдя, то необхідним є подальше вивчення етіопатогенезу цієї акушерської патології, вдосконалення існуючих та впровадження нових методів лікування. Створення програми прогнозування і профілактики багатоводдя, алгоритму дій та їх впровадження в практику дасть змогу зменшити

кількість ускладнень вагітності, пологів і є запорукою безпечного материнства.

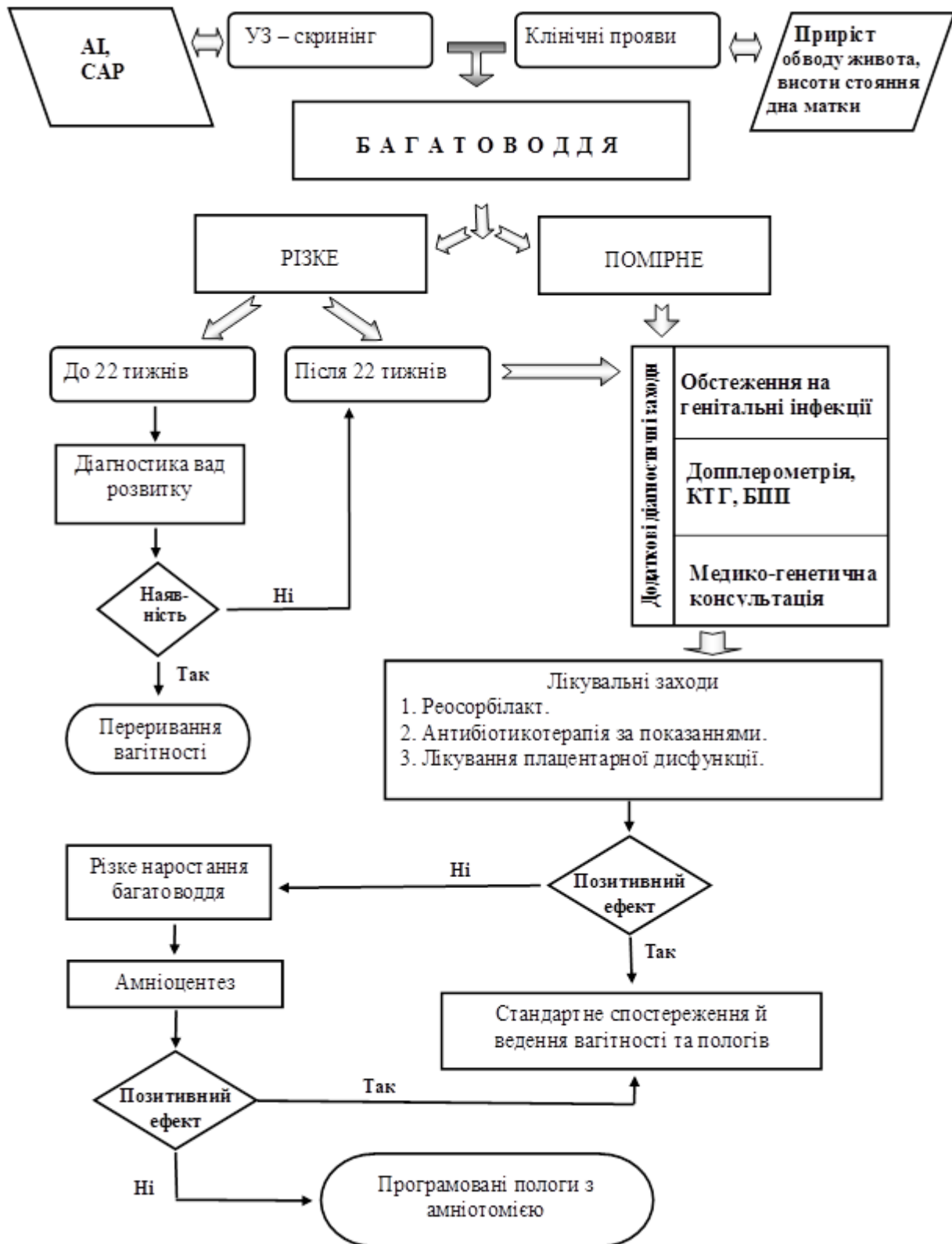


Рис. 1. Схема алгоритму дій при багатоводді

Список літератури

1. Орджиникидзе Н. В. Формирование околоплодной среды в норме и при многоводии / Н. В. Орджиникидзе, И. Н. Пасхина, Л. П. Пономарева // Проблемы беременности. – 2004. – № 8. – С. 6-12.
2. Цхай В. Б. Взаимосвязь между количественной патологией околоплодной среды и состоянием плода / В. Б. Цхай, С. В. Фадеев // Журнал РОАГ. – 2008. – № 4. – С. 22–23.
3. Кулавский Е. В. Особенности течения беременности и родов при многоводии // Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. / Е. В. Кулавский – Уфа, 2004. – 37 с.
4. Пустотина О. А. Частота, факторы риска и причины развития мало- и многоводия / О. А. Пустотина, Б. Л. Гуртовой // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 5. – С. 19–22.
5. Многоводие: диагностика и лечение / Н. М. Побединский, М. А. Ботвин, А. П. Кирющенко [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 1. – С. 7–10.
6. Генетико-корреляционный анализ маловодия, многоводия и их взаимосвязи / М. В. Зубкова, П. Н. Веропотвелян, А. Н. Прытков, С. И. Козлова // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2 (26). – С. 46–49.
7. Встречаемость врожденных пороков развития плода при патологическом содержании околоплодных вод у матери во время беременности / А. Н. Прытков, Л. В. Захаров, А. В. Каркусова [и др.] // Медицинская генетика. – 2004. – № 11. – С. 529–532.
8. Орджиникидзе Н. В. Современные принципы профилактики и лечения многоводия при бактериальной и вирусной инфекциях / Н. В. Орджиникидзе, Е. К. Ушницкая // Журнал РОАГ. – 2007. – № 2. – С. 8–11.
9. Морфофункціональні особливості амніону при бактеріальному багатоводді / О. В. Грищенко, Т. А. Яковлева, Г. В. Сторчак, І. В. Полторацька // Вісник наукових досліджень. – 2003. – № 1. – С. 89–90.
10. Ушницкая Е. К. Современные представления о многоводии / Е. К. Ушницкая, Н. В. Орджиникидзе // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 2. – С. 6–9.
11. Орчаков В. О. Сучасні уявлення про етіологію та патогенез порушень формування амніотичної рідини / В. О. Орчаков, О. О. Дрозд, О. О. Чорна // Фізіол. журн. – 2002. – Т. 48, № 5. – С. 93–99.
12. Effect of maternal hydration on amniotic fluid volume / E. F. Magann, D. A. Doherty, S. P. Chauhan [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 101. – P. 1261-1262.
13. Пат. 32466 Україна, МКИ А 61К 9/08. Комплексний інфузійний препарат „Реосорбілакт” / М. В. Миндюк, Б. О. Кондрацький, В. Л. Новак, В. В. Орлик, О. М. Оборін. – Опубл. 15.12.2000, Бюл. № 7.
14. Ройтман Е. В. Влияние объемных концентраций растворов, применяемых в трансфузионной терапии, на реологические свойства крови (экспериментальное исследование in vitro) / Е. В. Ройтман, Ю. А. Морозов // Гематол. и трансфузиол. – 2003. – Т. 48, № 6. – С. 19–23.
15. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненька, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
16. Диагностическое значение исследования амниотической жидкости при внутриутробном инфицировании / О. В. Макаров, Л. В. Ковальчук, Л. В. Ганковская [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 4. – С. 3–4.

МНОГОВОДИЕ: АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Ласитчук О. М.

*Ивано-Франковский национальный медицинский университет
ул. Галицкая, 2, Ивано-Франковск, Украина, 76018*

В статье представлены результаты обследования беременных с многоводием. Исследовано влияние увеличенного количества околоплодных вод на развитие плода, течение беременности и родов. На основании анамнестических данных, результатов клинико-функционально-лабораторного обследования установлены факторы повышенного риска развития многоводия во время беременности и разработан алгоритм лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: беременность, многоводие, факторы риска, профилактика.

POLYHYDRAMNIOS: MANAGEMENT AND METHODS OF PREVENTION

Lasytchuk O. M.

*Ivano-Frankivsk National Medical University
2 Halytska St., Ivano-Frankivsk, Ukraine, 76018*

The article presents the results of examination of pregnant women with polyhydramnios. We study the effects of amniotic fluid on fetus development, pregnancy and labor. We point out some risk factors of polyhydramnios due to the anamneses, clinical signs, functional and laboratory examinations. Besides, we have developed the algorithm to manage and treat this pathology.

Key words: pregnancy, polyhydramnios, risk factors, prevention.