

Аномалії розвитку плідного яйця

Виконала:

студентка **6** курсу **14** групи
медичного факультету №2

Левченко Л.В.



- Маловоддя
- Багатоводдя
- Трофобластична хвороба



Багатоводдя

Це патологічний стан, що характеризується надлишковим накопиченням навколоплідних вод. Об'єм навколоплідних вод залежить від терміну вагітності. У 10 тижнів об'єм вод при нормальній вагітності становить 30 мл, в 14 тижнів - 100 мл, до 37-38 тижнів вагітності - 1-1,5 л. Якщо він досягає 1,5-2 л і більше, то говорять про багатоводдя. Зустрічається воно в 0,3-0,6% всіх пологів.



Багатоводдя

Етіологія багатоводдя

З боку матері:

- перенесені вірусні та бактеріальні інфекції **(60%)** – синдром інфікованих

навколоплідних вод ;

- цукровий діабет (поліурія у плода , реакція амніотичної оболонки у відповідь

на підвищення рівня глюкози в навколоплідних водах

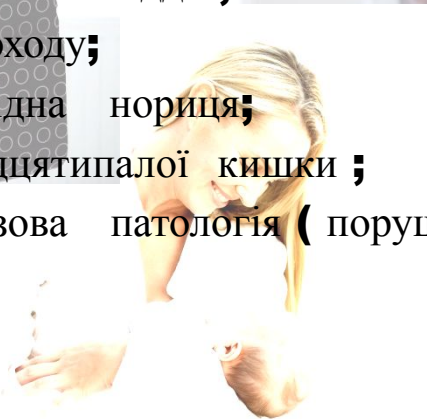
З боку плаценти :

- хоріоангіома ;
- артеріовенозна фістула.

З боку плода :

- багатоплідна вагітність (синдром фето- фетальної трансфузії при монохоріальному типі плацентації).

- ідіопатичне багатоводдя ;
- атрезія стравоходу;
- трахеостравохідна норія;
- атрезія дванадцятипалої кишки ;
- нервово - м'язова патологія (порушення ковтання);
- аненцефалія.



Класифікація

- За часом виникнення:
 - Гостре
 - Хронічне
- За ступенем важкості:
 - Легкий ступень
 - - Середній ступень (3 – 5 літрів)
 - - Тяжкий (більш 5 літрів) (до 3 літрів)

Клініка багатоводдя

При гострому багатоводді :

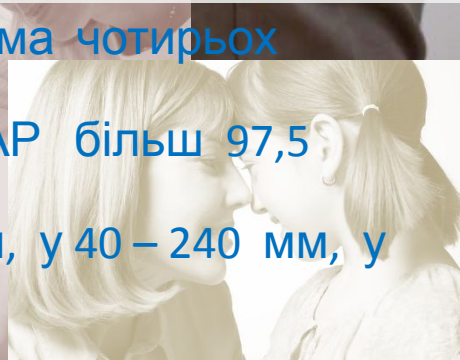
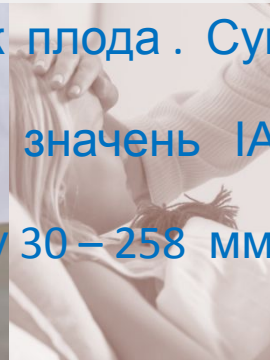
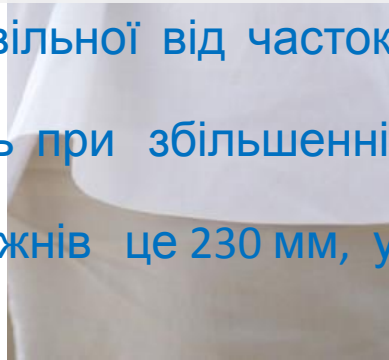
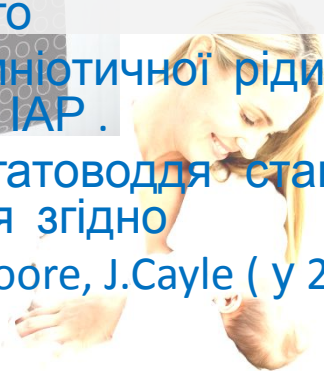
- загальне нездужання;
- швидке збільшення матки ;
 - задуха;
 - біль у череві ;
 - набряки ;
- напруження матки ;
 - акроціаноз.

При хронічному багатоводді :

- збільшення матки поступове ;
- перебіг менш бурхливий ніж при гострому.

Діагностика

- Діагностика
 - виявляється після 22-24 тижнів вагітності;
 - побільшений щодо терміну гестації об'єм матки ;
 - симптом флуктуації та балотування ;
 - напруженість стінок матки ;
 - нестійке положення плода .
- При ожирінні вагітної, неправильному положенні плода , гіпертонусі матки точність і
- достовірність результатів значно знижується. Більш достовірними та інформативними
- будуть результати отримані за допомогою ультразвукового сканування.
- индекс амніотичної рідини (IAP) - для його визначення порожнину матки умовно
- оділяють на чотири квадранта : прямовисно по білій лінії живота й горизонтально по
- лінії пупка . Далі в кожному квадранті визначається глибина (прямовисно) найбільшого
- арману амніотичної рідини, вільної від часток плода . Сума чотирьох значень є IAP .
- Діагноз багатоводдя ставлять при збільшенні значень IAP більш 97,5 процентиля згідно
- таблиці T.Moore, J.Cayle (у 20 тижнів це 230 мм, у 30 – 258 мм, у 40 – 240 мм, у 42 – 192
- мм.).

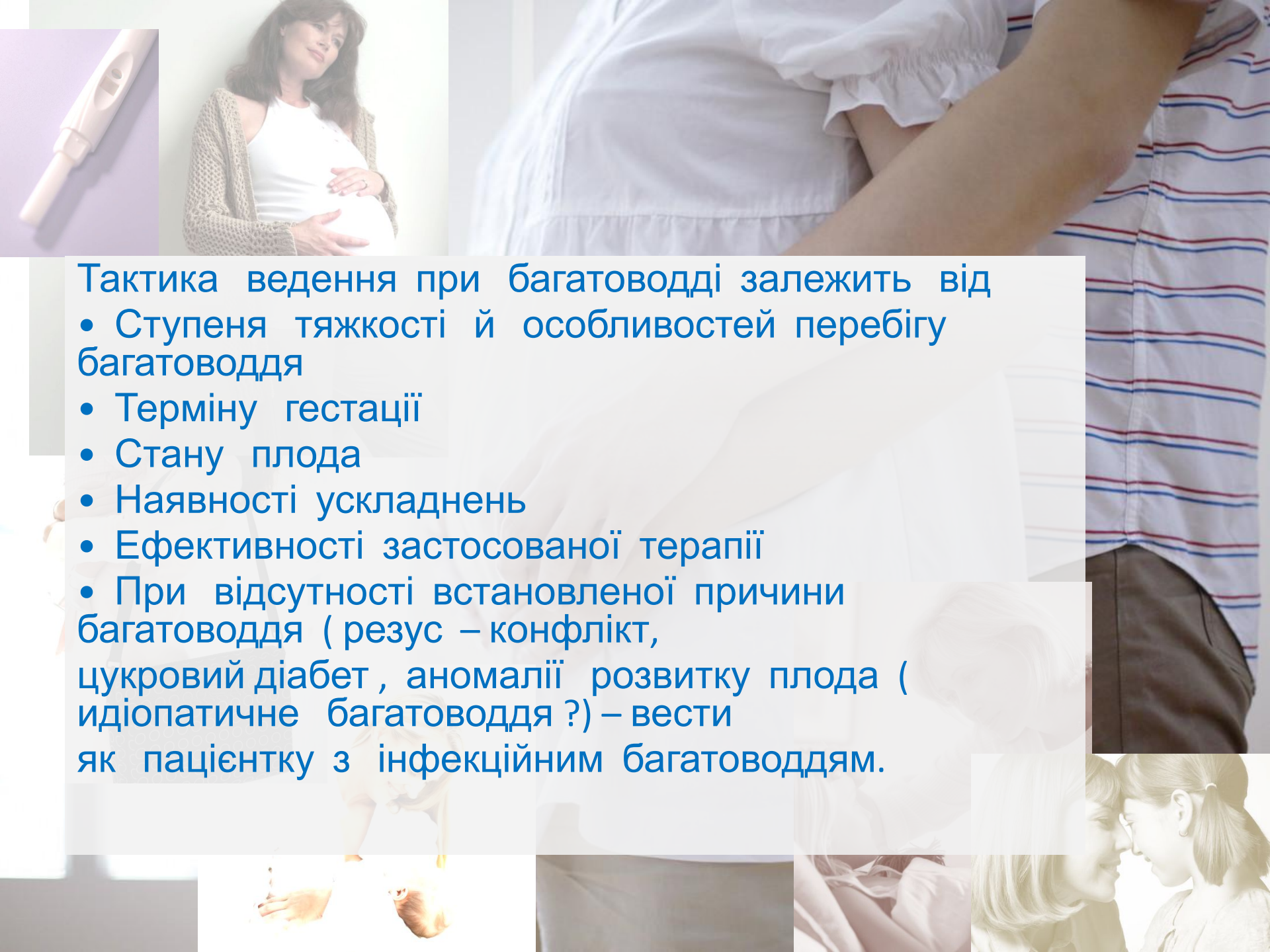


Ускладнення під час вагітності

- Загроза переривання вагітності **(42,3%)**
- Дистрес плода **(52%)**
- Неправильне положення плода **(6,5%)**

Ускладнення в пологах

- Передчасні пологи **(20,2%)**
- Аномалія (слабкість) пологової діяльності **(16 – 26%)**
- Випадіння петель пуповини **(1 – 2%)**
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти **(5 – 7%)**
- Гіпотонічні кровотечі **(4-5%)**
- Синдром здавлення нижньої порожнистої вени.



Тактика ведення при багатоводді залежить від

- Ступеня тяжкості й особливостей перебігу багатоводдя
- Терміну гестації
- Стану плода
- Наявності ускладнень
- Ефективності застосованої терапії
- При відсутності встановленої причини багатоводдя (резус – конфлікт, цукровий діабет, аномалії розвитку плода (идіопатичне багатоводдя?) – вести як пацієнтку з інфекційним багатоводдям.

Лікування багатоводдя

- Залежить від етіологічного фактора багатоводдя
- Антибактеріальна терапія (з урахуванням індивідуальної чутливості збудника, що виділяється з цервікального каналу й сечі). Однак при встановленому генезі інфекційного багатоводдя , відсутності ознак інфекції у сечовидільній системі й відсутності ефекту від антибактеріальної терапії багатоводдя протягом **7** днів – рекомендується перейти на роваміцин **3** млн . Од **3** рази на добу, протягом **10** діб)
- Амніоцентез проводиться тільки за наявності імунологічного конфлікту між матір'ю й плодом та у разі багатоводдя , що прогресує .



Тактика ведення пологів

Особливості ведення пологів при багатоводді

- Амніотичну рідину випускають повільно по голці с початком пологової діяльності
- Амніотичні оболонки розтинають не в центрі , а збоку , вище маткового вічка

для запобігання швидкого вилиття амніотичної рідини

- У випадку вилиття вод при вагінальному дослідженні амніотичну рідину

випускають повільно, не виймаючи руку з піхви

- Родозбудження окситоцином починають не раніше 2 годин після вилиття навколоплідних вод з метою запобігання передчасного відшарування плаценти

- Третій період пологів вести активно .

У післяпологовому періоді у пацієнок з багатоводд ґенезу

еобхідно проводити профілактику гнійно - запальних овнонародженого ретельне обстеження з метою викли внутрішньоутробного

інфікування .



Маловоддя

Маловоддя

(олігогідрамніон)

- Патологічний стан, для якого притаманне зниження кількості навколоплідних

вод менш ніж **0,5** літри.

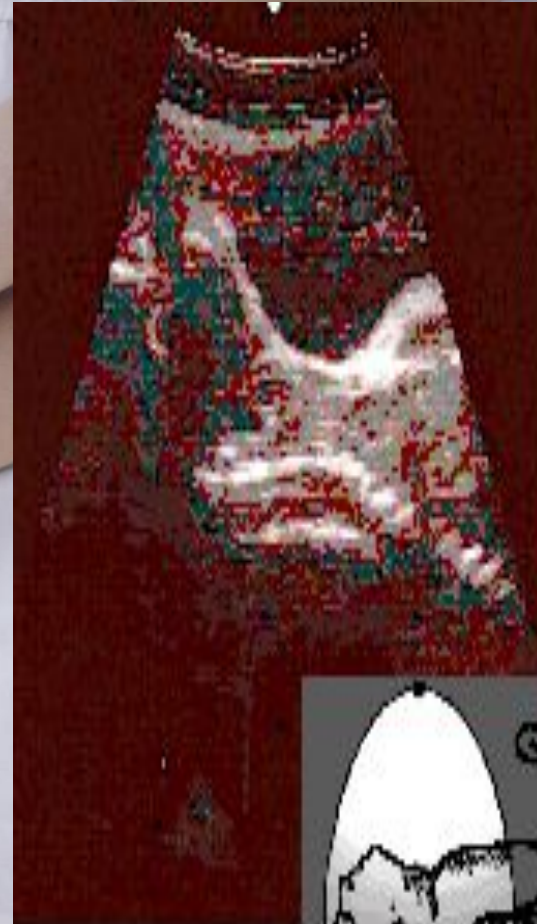
- Частота – **0,3 – 0,4%** всіх пологів, але при наявності уроджених вад розвитку

плода – в **10** разів частіше .



Етіологія маловоддя

- Недорозвинення амніотичного епітелію
- Аномалії розвитку сечовидільної системи плода (агенезія нирок, полікістозна дегенерація нирок, усі види атрезій, задній клапан уретри, обструкції сечовідо – мискового сполучення)
- Первинна плацентарна недостатність
- Інфікування плода
- Патологія плода (синдром затримки розвитку, хромосомна патологія)
- Переношена вагітність
- Антенатальна загибель плода
- Ідіопатичне маловоддя



Класифікація маловоддя (за даними УЗД)

- - Легкого ступеня (ІАР **5 - 10** см)
- -Середнього ступеня (ІАР **2 - 5** см)
- -Важкого ступеня (ІАР менш **2** см)
- -Важкого ступеня (ІАР менш **2** см)

Раннє

Виникає до **24** тижнів гестації , свідчить про наявність вад розвитку плода чи неповноцінності структури амніону .

Пізнє

Виникає після **24** тижнів гестації , найчастіше є наслідком патологічного перебігу вагітності



Діагностика маловоддя

Найбільш точним методом діагностики маловоддя є ультразвукове дослідження, за результатами якого його класифікують за ступенями. Клінічні методи обстеження також можуть вказувати на зменшення навколоплідних вод (зменшений щодо терміну гестації об'єм матки; піхвове дослідження з визначенням кількості передніх навколоплідних вод).

Ускладнення

З боку матері:

- Передчасні пологи
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

З боку плода :

- Косолапість
- Кривошия
- Скривлення хребта
- Деформації кісткової системи
- Вади розвитку плода
- Синдром затримки розвитку плода



Лікування маловоддя

Консервативні методи :

1. Лікування дисфункції плаценти
2. Антибактеріальна терапія за показаннями

Оперативні методи :

Тільки при тяжкому маловодді й необхідності пролонгування вагітності -

Інтраамніональне введення ультрафільтрата плазми материнської крові.

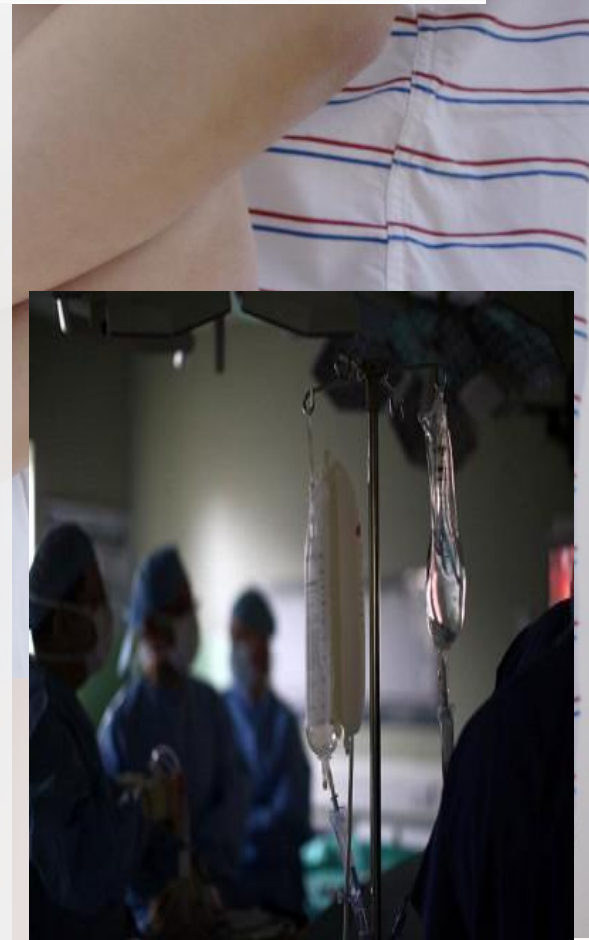


Пологи при маловодді

При доношенній беременності найбільш частим ускладненням родов при маловодді буває слабкість родової діяльності (до 80% родов). При родах відбувається відкриття плодного бульбачки в зв'язі з його недостатнім впливом на процес відкриття шийки матки.

При маловодді в 2 рази частіше відбуваються преждевременно роди, ніж при звичайному перебігу беременності. В 20% випадків настає гостра гіпоксія плода. При важких змінах можлива внутриматочна смерть плода, тому висок відсоток родорозв'язання шляхом операції кесарева розтину (до 40 - 50%).

При помірно маловодді досить часто (около 20%) діти народжуються з гіпотрофією різної ступеня вираженості. Але при цьому перебіг беременності буває сприятливим у переважної більшості жінок - діти народжуються в задовільному стані



Трофобластична хвороба

Трофобластична хвороба — стан, що супроводжується розростанням трофобласта (зовнішній шар клітин зародка), який заповняє порожнину матки. може бути повною (класичною) чи неповною (частковою). При повній трофобластичній хворобі зміни захватують всю плідну оболонку, при частковій — тільки її частину.



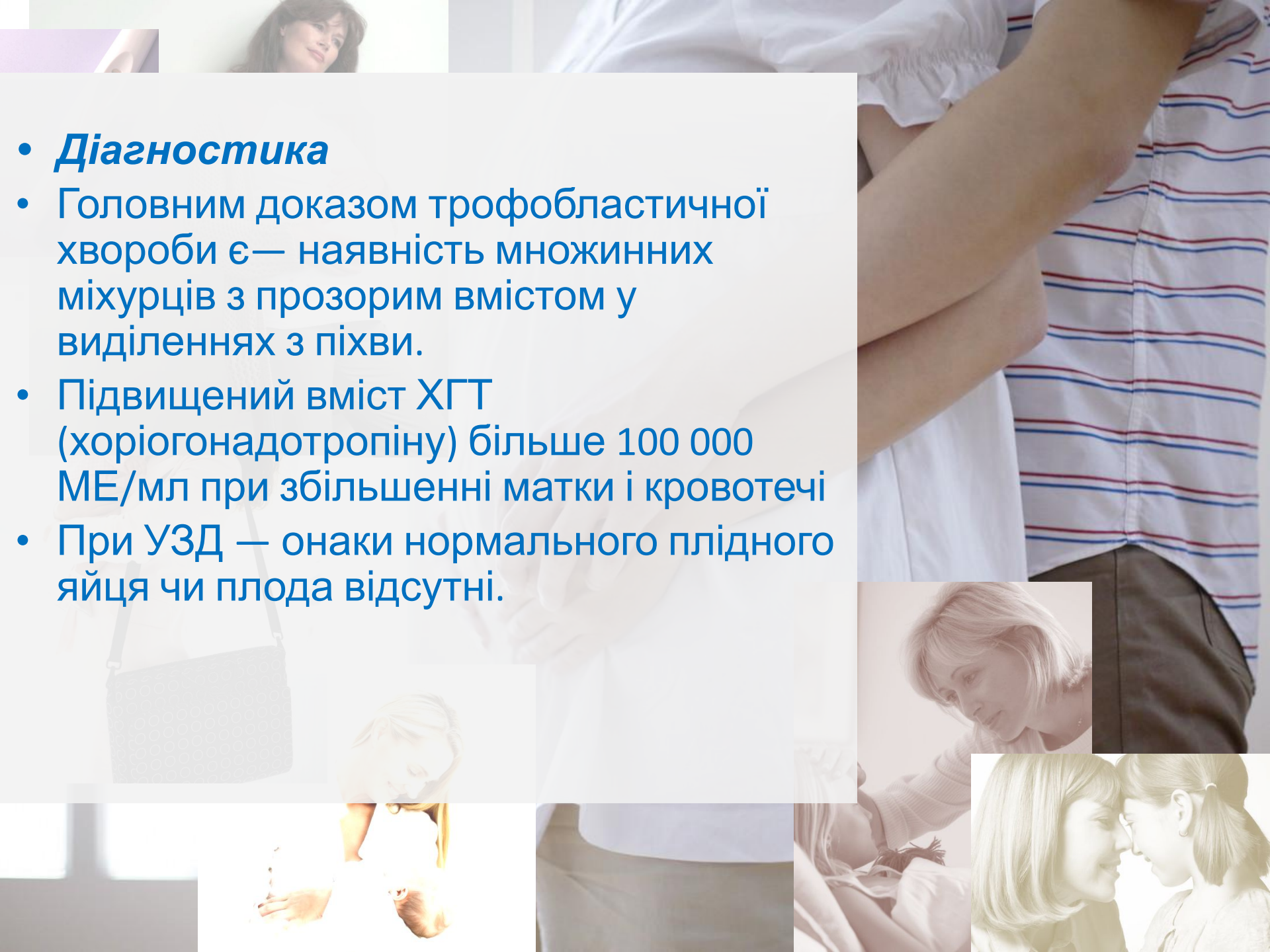
- **Причини**
- Повна трофобластична хвороба виникає при однобатьківській дисомії, коли по невідомим причинам виникає втрата материнських генів і дублювання батьківського генома.
- іноді внаслідок запліднення «пустої» (без'ядерної) яйцеклітини двома сперматозоїдами. Ембріон гине на ранніх стадіях розвитку.
- Неповна трофобластична хвороба викликана заплідненням яйцеклітини двома сперматозоїдами із затримкою набору материнських хромосом.
- Клітини ембріона містять один набір материнських хромосом і подвійний набір батьківських хромосом. Плід гине.

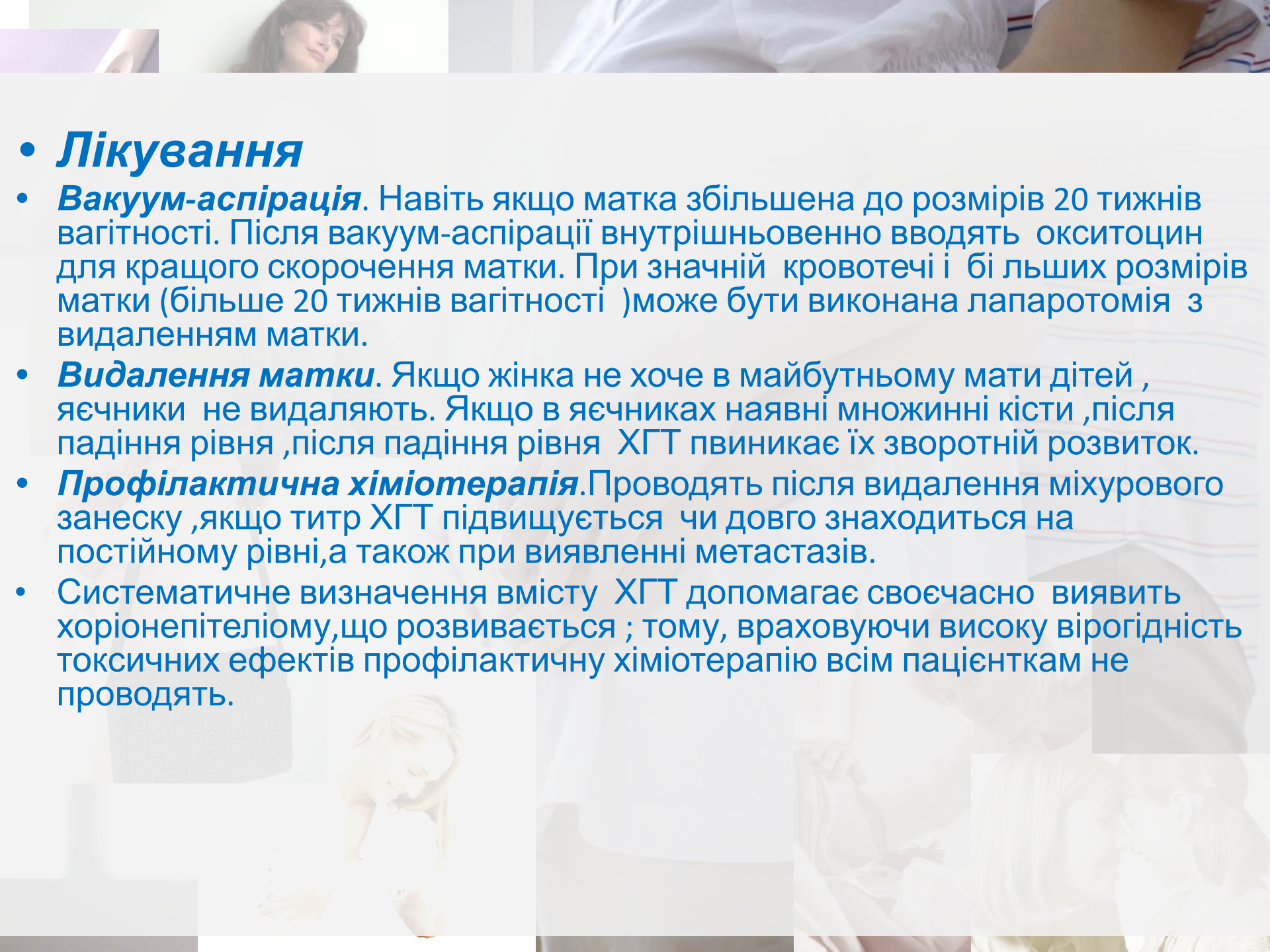


- **Прояви трофобластичної хвороби**
- кровотеча, що зазвичай виникає в 1 триместрі вагітності
- Матка великого розміру,
- Нудота і блювання,
- Відсутні достовірні ознаки вагітності у вигляді визначення частин плода, серцебиття, рухів плода, при УЗД матці виявляють тільки дрібнокістозну тканину
- Біль в животі турбує 15% пацієнток
- Злоякісна форма трофобластичної хвороби: тканина міхурового занеску проникає в товщину стінки матки і поширюється з током крові в легені, піхву.-при цьому продовжуються кров'яністі виділення із матки після видалення міхурового занеску, матка не скорочується, зберігається біль внизу живота, куприку, поперековій ділянці.



- **Діагностика**
- Головним доказом трофобластичної хвороби є— наявність множинних міхурців з прозорим вмістом у виділеннях з піхви.
- Підвищений вміст ХГТ (хоріогонадотропіну) більше 100 000 МЕ/мл при збільшенні матки і кровотечі
- При УЗД — онаки нормального плідного яйця чи плода відсутні.





- **Лікування**

- **Вакуум-аспірація.** Навіть якщо матка збільшена до розмірів 20 тижнів вагітності. Після вакуум-аспірації внутрішньовенно вводять окситоцин для кращого скорочення матки. При значній кровотечі і більших розмірів матки (більше 20 тижнів вагітності) може бути виконана лапаротомія з видаленням матки.
- **Видалення матки.** Якщо жінка не хоче в майбутньому мати дітей, яєчники не видаляють. Якщо в яєчниках наявні множинні кісти, після падіння рівня, після падіння рівня ХГТ повинна бути їх зворотній розвиток.
- **Профілактична хіміотерапія.** Проводять після видалення міхурового занеску, якщо титр ХГТ підвищується чи довго знаходиться на постійному рівні, а також при виявленні метастазів.
- Систематичне визначення вмісту ХГТ допомагає своєчасно виявити хоріонепітеліому, що розвивається; тому, враховуючи високу вірогідність токсичних ефектів профілактичну хіміотерапію всім пацієнткам не проводять.

A close-up photograph of a pregnant woman's bare belly. She is wearing a white top. Her hands are gently cradling her belly. A large white daisy with a yellow center is placed on the right side of her belly. The text "Дякую за увагу!" is overlaid in red on the left side of the image.

Дякую за
увагу!