



Олексій Соловйов, Ірина Судома
клініка репродуктивної медицини «НАДІЯ»

З доповіді «Пропозиції щодо ведення жінок із маловоддям»

Амніоінфузія при загрозі перетискання пуповини в пологах

Введення рідини до порожнини матки під час пологів у разі зменшення кількості оплідних вод може зменшувати частоту аномалій серцевої діяльності плода і зменшувати частоту цісарських розтинів.

Амніоінфузія при передчасному розриві оболонок

Замало даних, аби показати, чи є амніоінфузія після передчасного розриву оболонок корисною для дітей, (evidence, Updated: Oct 3, 2007).

Існує багато визначень маловоддя, оскільки ще не узгоджено ідеального порогу. Маловоддя характеризується такими ознаками:

- зменшенням об'єму оплідної рідини;
- об'єм оплідної рідини у 32–36 тиж. є < 500 мл;
- єдина найглибша кишеня є < 2 см;
- показник оплідної рідини є < 5 см або < 5 перцентилів.

Маловоддя є наслідком втрати оплідної рідини або зменшення виробництва чи виділення плодом сечі.

Зазвичай, маловоддя пов'язано з однією з 4 причин:

- 1 – розрив оплідних оболонок;
- 2 – порушення роботи ниркової тканини чи обструктивна уропатія;
- 3 – хронічне зменшення сечі внаслідок зменшення ниркової перфузії;
- 4 – переносування вагітності (причина цього остаточно невідома).

Частота маловоддя: 0,5–5,5% всіх вагітностей, значного маловоддя — близько 0,7% вагітностей. Частота після 41 тиж. — близько 12%!

В разі розриву (надриву) плодових оболонок навіть раніше 20 тиж. та бажанні батьків можна рятувати дитину, використовуючи амніоінфузію та спроби утворення так званих оплідних латок. Наведено приклади власного успішного застосування технологій.

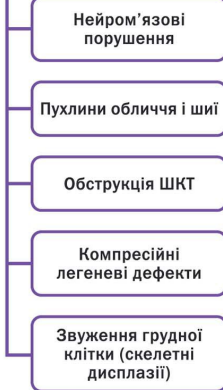
Яна Гончарова, Олексій Соловйов
клініка репродуктивної медицини «НАДІЯ»

З доповіді «Пропозиції щодо ведення вагітних з багатоводдям»

Багатоводдя (патофізіологічно і клінічно) — кількість оплідної рідини більше за 2 л (Brace RA, 1989; Magann EF et al, 2007).

Вертикальний розмір більше за 8 см (Chamberlain PF et al, 1984; Goldstein RB, 1988; Bruner JP et al,

Порушення процесу заковтування рідини плодом



1993) чи **AFI** більший **95 перцентилів** для визначеного віку вагітності (Marino T, 2004; Magann EF et al, 2007) або **особисте враження досвідченого дослідника** (Nyberg DA et al, 2002).

Багатоводдя – чому важливе ?

- 1 з 200 вагітних у II та III триместрах (www.fetalmedicine.com)

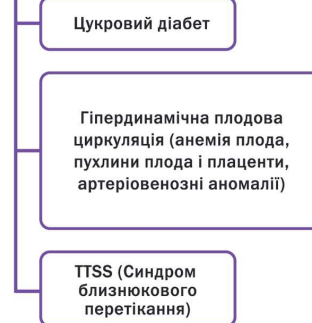
20% новонароджених мають різноманітні вади розвитку.

- Але у **50–60% випадків** — ідіопатичне багатоводдя (з невідомих причин) (Nyberg DA, 2003; Magann EF et al, 2007);
- У 26% — передчасні пологи (11,1–29,4%) (Phelan JP et al, 1990);
- Більша частота ПРПО, відшарування ложиська (placentae), неправильного передлежання, цісарських розтинів, післяпологових кровотеч;
- Збільшення перинатальної смертності (4.12/1000 vs.1.97/1000) (Chamberlain PF et al, 1984).

Визначення причини і лікування

- Контроль цукру (включно з прихованою гіперглікемією);
- Встановлення торако-амніотичних шунтів при пухирях легенів чи олегневному випоті у плода;
- Внутрішньоутробне введення відмитих еритроцитів — при анемії плода;
- Протиааритмічне лікування — в разі аритмії плода;
- Лазерна коагуляція спільних судин — при синдромі перетікання у однояйцевих близнюків;
- Лазерна коагуляція живлячих судин — при пухлинах (Nyberg DA, 2002; James DK, 2006; www.fetalmedicine.com).

Посилення сечовиділення у плода



www.fetalmedicine.com

Зменшення ризику передчасних пологів

- **Спостереження** (якщо багатоводдя не погіршується) — УЗД в динаміці, вимірювання довжини шийки матки;
- **Лікувальне видалення частини оплідної рідини** (амніоредукція) — болі, задуха, вкорочення шийки матки менше 25 мм, паретезії (Abdel-Fattah SA et al, 1999).

Можливі ускладнення (3,1%) (Leung WC, 2004):

- ♦ Плодові втрати (1–2%);
- ♦ Відшарування ложиська (placentae);
- ♦ Передчасні пологи;
- ♦ Додаткова Rh-сенсibilізація;
- ♦ Пневмоторакс у плода.
- **Альтернативний метод** (не при синдромі близнюкового перетікання!) — інгібітори простагландинсинтетаз (індометацин, суліндак) зменшують кількість сечі у плода (Kramer WB et al, 1994; Cabrol D et al, 1996); може призводити до передчасного закриття артеріальної протоки, тому потребує відповідного ультразвукового спостереження).
- **Синдром близнюкового перетікання:**
 - ♦ Амніоредукції;
 - ♦ Лазерна коагуляція спільних судин (Senat MV, Deprest J, 2004);
 - ♦ Септостомія (De Lia JE et al, 1990; Mahony BS et al, 1990).
- Слід уникати гіпердіагностики багатоводдя.
- Амніоредукція може не лише запобігти деяким ускладненням, але й допомагає здійснити ретельніший ультразвуковий огляд плода.

