Аномалии объема амниотической жидкости (многоводие, маловодие)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O40, O41, O41.0, O41.8, O41.9 · Российское общество акушеров-гинекологов

Аномалии объема амниотической жидкости включают многоводие и маловодие; их оценивают как маркер состояния плода. Главное в рекомендации — ультразвуковые пороги диагностики, поиск причин, динамическое наблюдение и тактика родоразрешения.

Главное

- Маловодие традиционно диагностируют при ИАЖ ≤5 см или МВК ≤2 см; многоводие — при ИАЖ ≥25 см или МВК ≥8 см.
- Степени многоводия по ИАЖ: легкая 25–30 см, умеренная 30,1–35,0 см, тяжелая ≥35,1 см; чем выраженнее многоводие, тем выше вероятность ВПР плода.
- Степени маловодия по ИАЖ: легкая 4,1–5,0 см, умеренная 2,1–4,0 см, тяжелая 0–2,0 см; ангидрамнион — отсутствие возможности измерить ИАЖ или МВК.
- Оценка амниотической жидкости должна входить во все УЗИ плода; классифицировать маловодие и многоводие следует по ИАЖ/МВК или по референсам для срока беременности. УУР С, УДД 5.
- При первичном выявлении многоводия нужно детальное УЗИ плода с оценкой аномалий и роста: макросомия возможна при идиопатическом многоводии, а ЗРП на фоне многоводия повышает риск генетических отклонений. УУР С, УДД 5.
- Маловодие и многоводие легкой и умеренной степени лечения не требуют; инвазивная коррекция применяется как вариант при выраженных формах.
- При маловодии нужен еженедельный контроль МВК и КТГ, фетометрия каждые 2 недели; при умеренном и тяжелом многоводии — УЗИ каждые 1–3 недели с контролем ИАЖ и длины шейки матки.

Диагностика

1. Соберите анамнез матери и семьи: лекарства, перенесенные заболевания, течение беременности, наследственность и ВПР у родственников. УУР С, УДД 5.
2. При увеличении высоты дна матки на 3 см выше ожидаемой для срока или быстром росте матки исключайте многоводие и/или макросомию. УУР С, УДД 5.
3. При подозрении на маловодие измерьте высоту дна матки; при подтекании вод или жидких выделениях выполните осмотр в зеркалах и тесты на разрыв плодных оболочек. УУР С, УДД 4.
4. До 18 недель объем АЖ оценивайте субъективно или по МВК; после 18 недель можно использовать ИАЖ. При многоплодии применяют только МВК. УУР С, УДД 4.
5. Для маловодия используйте пороги ИАЖ ≤5 см или МВК ≤2 см; при маловодии МВК предпочтительнее, так как ИАЖ чаще ведет к гипердиагностике и индукции без улучшения исходов. УУР С, УДД 4.
6. При аномальном объеме АЖ выполните детальное трансабдоминальное УЗИ матки и придатков для поиска аномалий плода; при подозрении на ВПР/хромосомные нарушения — оценка прогноза, генетическое консультирование, ИПД или ДНК-скрининг. УУР С, УДД 5.
7. При идиопатическом многоводии до 35 недель измеряйте МСС СМА для исключения анемии плода, даже без водянки. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Не рекомендуется лечить маловодие во время беременности: материнская гидратация может временно увеличить объем АЖ, но клиническая польза не доказана. УУР В, УДД 2.
- Оральная гидратация 1–2 л воды может временно повысить ИАЖ до 48 часов, особенно при гиповолемии; это указано как возможная альтернатива амниоинфузии, но не как доказанное лечение исходов.
- Не применяйте индометацин только для уменьшения количества АЖ при многоводии. УУР С, УДД 3.

- Индометацин можно рассмотреть при быстро нарастающем многоводии, требующем серийных амниоредукций, если срок < 32 недель; только по врачебной комиссии и с информированным согласием на off-label. Предложенная доза: 25 мг внутрь каждые 6 часов под строгим контролем. УУР С, УДД 5.
- На фоне индометацина контролируйте ИАЖ 1–2 раза в неделю; при маловодии препарат сразу отменяют. В первые 24 часа следует рассмотреть эхокардиографию плода; значимое сужение артериального протока или трикуспидальная регургитация — повод немедленно прекратить препарат.
- Амниоинфузия — введение раствора натрия хлорида или сложного раствора натрия лактата в полость матки; может применяться для профилактического лечения маловодия, при нарушениях ЧСС плода из-за компрессии пуповины в родах и при ПРПО с 26 недель.
- Амниоинфузию не проводят при хориоамнионите, для облегчения наружного поворота при тазовом предлежании, при ПРПО до 26 недель, для профилактики мекониальной аспирации и для лечения ангидрамниона во II триместре с целью улучшения УЗ-визуализации. УУР С, УДД 5.
- Амниоредукция рекомендована при выраженном многоводии с сильным дискомфортом и/или одышкой у матери; за процедуру обычно удаляют 1,5–3 л АЖ, после нее нужен контроль ИАЖ каждые 1–3 недели. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При изолированном идиопатическом маловодии и целых оболочках родоразрешение рассматривают в 36/0–37/6 недель или сразу при постановке диагноза на более позднем сроке. УУР С, УДД 5.
- В родах у пациенток с маловодием нужен непрерывный интранатальный мониторинг ЧСС плода из-за риска компрессии пуповины. УУР С, УДД 4.
- При легком идиопатическом многоводии преиндукцию или индукцию родов не проводят раньше 39 недель. УУР С, УДД 5.
- При умеренном и выраженном многоводии амниоредукция накануне родоразрешения может повысить вероятность вагинальных родов и снизить риск послеродового кровотечения. УУР С, УДД 4.
- При выраженном многоводии родоразрешение проводят в стационарах 3-й группы из-за высокого риска недиагностированных ВПР плода. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какие УЗ-пороги считать маловодием и многоводием?

Маловодие — ИАЖ ≤5 см или МВК ≤2 см. Многоводие — ИАЖ ≥25 см или МВК ≥8 см.

Что лучше использовать при подозрении на маловодие — ИАЖ или МВК?

В тексте указано, что при маловодии МВК целесообразнее: ИАЖ повышает частоту диагноза маловодия и индукции родов без улучшения перинатальных исходов.

Нужно ли искать сахарный диабет при многоводии?

Да, беременную с многоводием дообследуют для исключения диабета. Повторный скрининг на ГСД можно рассмотреть, если многоводие выявлено в III триместре и/или прошло более 1 месяца после скрининга.

Когда при аномальном объеме АЖ нужна генетическая диагностика?

При ВПР плода в сочетании с маловодием или многоводием показаны оценка прогноза, медико-генетическое консультирование и инвазивная пренатальная диагностика. При выраженном многоводии целесообразно рассмотреть ХМА, а при отказе от инвазивной процедуры — ДНК-скрининг.

Как наблюдать беременную после выявления маловодия или многоводия?

При маловодии — еженедельно МВК и КТГ, фетометрия каждые 2 недели. При изолированном легком многоводии дополнительный УЗ-контроль не нужен, а при умеренном и тяжелом многоводии УЗИ выполняют каждые 1–3 недели.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/820-anomalii-obema-amnioticheskoj-zhidkosti-mnogovodie-malovodie. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/820_1