

УДК 618.34-07

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Г.В. Долгая

Проведена оценка качества диагностики фетоплацентарной недостаточности.

Ключевые слова: фетоплацентарная недостаточность; ультразвуковое исследование.

VALUATION OF PLACENTAL INSUFFICIENCY DIAGNOSTICS

G.V. Dolgaya

In the article diagnostics of fetoplacental insufficiency is valuated.

Keywords: fetoplacental insufficiency; ultrasound diagnostics.

Актуальность. Плацентарная недостаточность – синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте, при прогрессировании которых развивается задержка развития плода, нередко сочетающаяся с гипоксией. Плацентарная недостаточность встречается при невынашивании в 50–77 %, при гестозе – в 32 %, при сочетании беременности с экстрагенитальной патологией – в 25–45 % случаев, у беременных, перенесших вирусную и бактериальную инфекцию, – более чем в 60 % наблюдений. Перинатальные потери у женщин, перенесших плацентарную недостаточность, составляют среди доношенных новорожденных 10,3 %, среди недоношенных – 49 %. В 60 % случаев плацентарная недостаточность приводит к задержке развития плода [1–4].

Основную роль в патогенезе плацентарной недостаточности играет нарушение маточно-плацентарной перфузии, когда снижается транспорт кислорода и питательных веществ через плаценту к плоду, развивается ишемия, откладываются иммунные комплексы, возникают некротические изменения плацентарного ложа вплоть до полного отграничения транспорта кислорода и нутриентов через плаценту и доставки кислорода к плоду, что приводит к гибели плода. При хронической плацентарной недостаточности беременные предъявляют жалобы, характерные для акушерских и экстрагенитальных заболеваний, на фоне которых отмечается уменьшение числа шевелений плода. При острой плацентарной недостаточности в родах могут наблюдаться клинические симптомы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты [1–4].

Наиболее часто среди инструментальных методов для диагностики плацентарной недостаточности используют УЗИ и КТГ, однако ультразвуковые методы играют также ведущую роль в диагностике плацентарной недостаточности и задержке развития плода. Во II и III триместрах беременности в сроки ультразвукового скрининга (20–24 и 30–34 нед.), а также по дополнительным показаниям выполняют ультразвуковую фетометрию и доплерометрическое исследование кровотока в артериях и венах функциональной системы “мать – плацента – плод”. Допплерометрическое исследование кровотока в артериях и венах функциональной системы “мать – плацента – плод” является основным диагностическим методом. Его результаты дают возможность оценить состояние плацентарного кровообращения и его соответствия потребностям плода на протяжении II и III триместров беременности. Чаще всего исследуют кровотоки в маточных артериях, в артерии пуповины, средней мозговой артерии плода. Отсутствие нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения является критерием нормального функционирования плаценты. При легкой степени гемодинамических расстройств в функциональной системе “мать – плацента – плод” (ФПН Ia, ФПН Ib) прогноз считается благоприятным. Сомнительный – при выраженной гипотрофии и тяжелых нарушениях гемодинамики (ФПН II, ФПН III) [1–4].

Материал и методы исследования. Эффективность применения УЗИ для диагностики плацентарной недостаточности была испытана нами на 1125 женщинах, наблюдавшихся в клинике.

Каждая женщина в течение беременности проходила УЗИ, в том числе с применением доплерометрии. Диагноз у всех женщин верифицировался результатами гистологических исследований плацент после родов.

Женщины с острой плацентарной недостаточностью в родах исключались из дальнейшего исследования.

В целом плацентарная недостаточность при ультразвуковом исследовании в течение беременности среди обследуемых женщин диагностирована в 322 случаях (28,6 %) (рисунок 1).

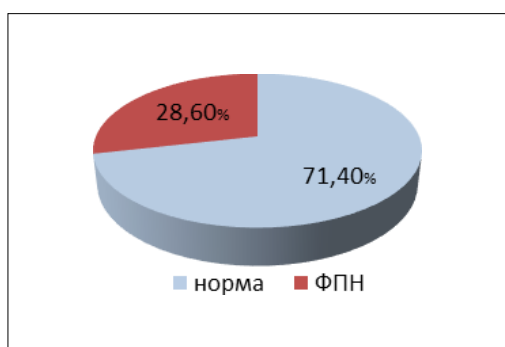


Рисунок 1 – УЗ -исследования у наблюдаемых женщин

Результаты исследования и обсуждение. В 136 случаях обнаружена плацентарная недостаточность различной степени тяжести (рисунок 2).

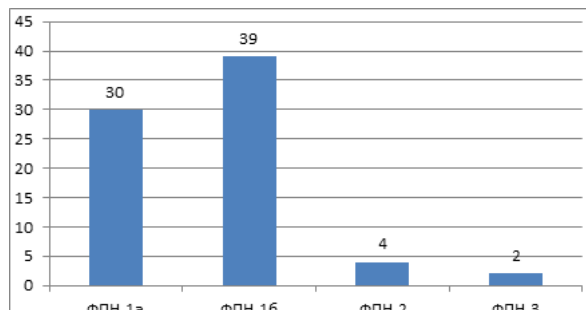


Рисунок 2 – Показатели маточно-плацентарно-плодового кровотока при УЗИ с применением доплерометрии

Как видно из рисунка 2, легкая степень плацентарной недостаточности (ФПН 1а, ФПН 1б) встречается чаще, что позволяет своевременно провести коррекцию тактики ведения беременной.

Морфология плацент указывает на полиэтиологичность плацентарной недостаточности. Из них заслуживают внимания изменения, связанные с инфекционными поражениями (39,24 %) (рисунок 3), гормональной патологией эндометрия (23,2 %) (рисунок 4), иммунными нарушениями при формировании плаценты (12,66 %) (рисунки 5–8).

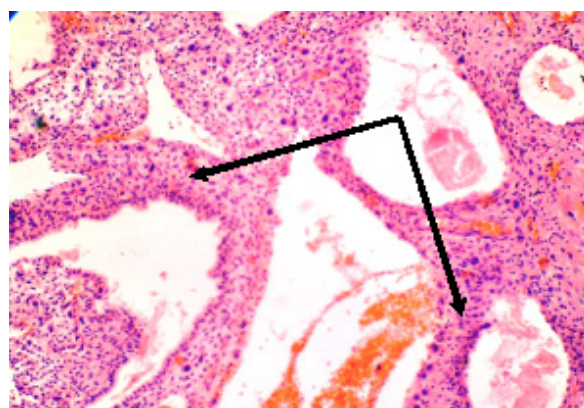


Рисунок 3 – Лейкоцитарная инфильтрация, вызванная инфекционным поражением (окр. гематоксилин-эозином, × 10)

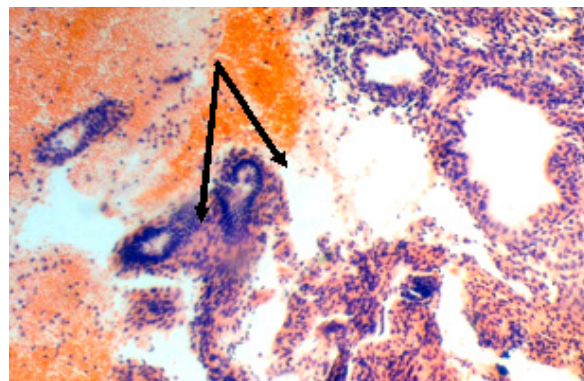


Рисунок 4 – Гипоплазия желез эндометрия (окр. гематоксилин-эозином, × 10)

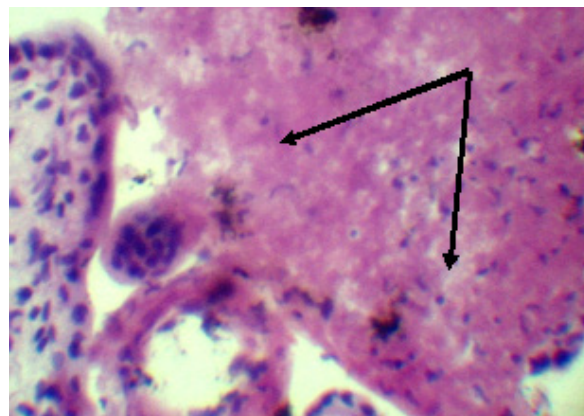


Рисунок 5 – Фибриноидная альтерация при иммунном конфликте (окр. гематоксилин-эозином, ×10)

Диагноз плацентарной недостаточности подтвержден в 89 и не подтвердился в 47 случаях. Кроме того в 189 случаях в гистологических срезах была диагностирована плацентарная недоста-

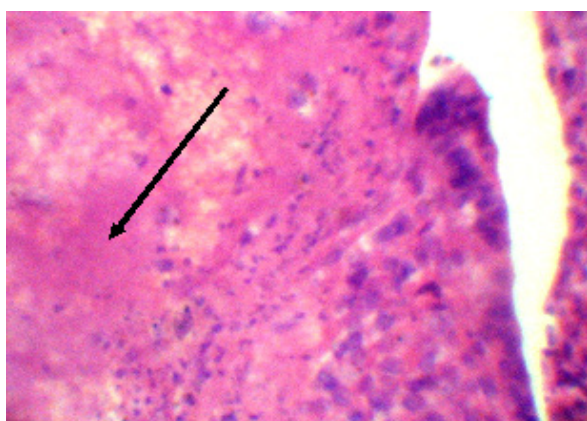


Рисунок 6 – Фибриноидный некроз как исход фибриноидной альтерации при иммунном конфликте (окр. гематоксилин-эозином, ×10)

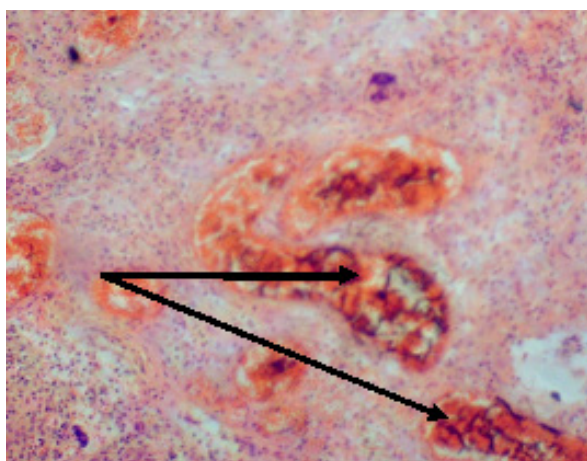


Рисунок 7 – Тромбоз плацентарных вен при иммунном конфликте (окр. гематоксилин-эозином, ×10)

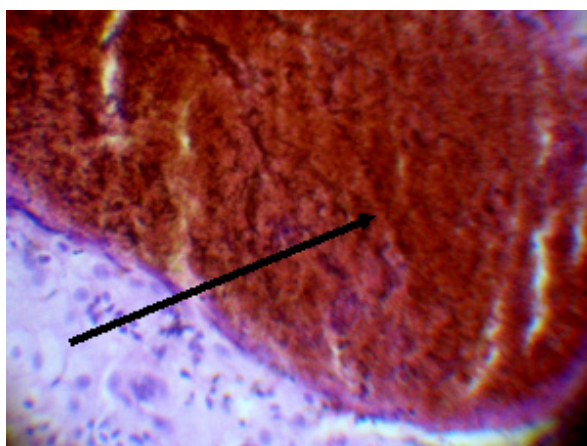


Рисунок 8 – Тромбоз плацентарных вен при иммунном конфликте (окр. гематоксилин-эозином, ×40)

точность, хотя в течение беременности при УЗИ с применением доплерометрии нарушение плацентарного кровотока не было обнаружено (рисунок 9).



Рисунок 9 – Результаты гистологического исследования плацент

Таким образом, УЗИ, в том числе с применением доплерометрии, не является достоверным методом исследования и поэтому в ранней диагностике плацентарной недостаточности дополнительно следует применять различные методы оценки состояния плацентарной системы, например, такие, как лабораторные исследования, направленные на оценку гормональной функции плаценты:

- определение в сыворотке крови общей и плацентарной щелочной фосфатазы с последующим определением ее доли в общей фосфатазной активности;
- определение в сыворотке крови содержания плацентарного лактогена и окситоциназы;
- исследование экскреции с мочой эстриола.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1200 с.
2. Полянин А.А. Оценка функционального состояния плода при беременности и в родах / А.А. Полянин, И.Ю. Коган, Н.Г. Павлова // Журнал акушерства и женских болезней. 2003. Т. LII. Вып. 2. С. 110–116.
3. Федорова М.В. Плацента и ее роль при беременности / М.В. Федорова, Е.П. Калашникова. М.: Медицина, 1986. 256 с.
4. Harding R. Fetal growth and development / R. Harding, D.A. Bocking. Cambridge university press, 2001. 266 p.