

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

А.Б. Сухарев, Ю.А. Задорожная
Сумский государственный университет

В статье представлены возможности использования ультразвуковых доплеровских методик для диагностики инфекционной патологии фетоплацентарного комплекса.

ВВЕДЕНИЕ

Рождение здорового поколения - проблема огромного медицинского значения, которая выходит за ее пределы и становится социальной [1, 2, 3, 4]. Защита беременной женщины от влияния вредных, в частности, инфекционных, факторов является одной из главных задач современного акушерства, поскольку в последнее время происходит рост инфицирования плода, заболеваемости и смертности новорожденных [5, 6, 7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Цель настоящего исследования - исследование эхографических признаков внутриутробного инфицирования плода различного генеза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 40 беременных, которые были распределены на две группы: основную - 30 беременных с признаками внутриутробного инфицирования плода и контрольную - 10 женщин с физиологическим течением беременности, у которых отсутствовал отягощенный акушерско-гинекологический и эпидемиологический анамнез.

Комплексное динамическое обследование беременных включало общее клиническое обследование, оценку состояния плода по данным функциональных методов (определение биофизического профиля плода), доплерометрическое исследование.

Определение биофизического профиля плода (БФПП) проводили трансабдоминальным сканированием с помощью ультразвукового портативного сканера «Aloka SSD-1800» (Toshiba, Япония) с датчиком от 3,5 до 10 Мгц.

Оценку БФПП проводили на основании оценки данных фетометрии, антенатальной кардиотокографии, результатов исследования тонуса, дыхательной и двигательной активности плода, ультразвуковой плацентометрии, определения объема амниотической жидкости [8, 9, 10].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе женщин беременность чаще осложнялась хронической фетоплацентарной недостаточностью (ФПН), которая была диагностирована: до 32 недель беременности - у 9 (30%), в 32-36 недель - в 15 (50%), после 36 недель - у 6 (20%) пациенток.

У беременных с признаками внутриутробного инфицирования плода патологические изменения отмечены со стороны сердцебиения плода (нестабильная ЧСС - у 13,4% и тахикардия - у 6,7%), дыхательных движений плода (увеличение количества эпизодов дыхательных движений - у 10%, нарушение формы дыхательных движений плода - движения типа gasps - у 20%), двигательной активности плода

(повышенная двигательная активность – у 6,7%) и тонуса плода (снижение - у 6,7%).

Среди маркеров нестабильности фетоплацентарной системы ведущее место занимали нарушения структуры плаценты, фетометрических показателей (задержка внутриутробного развития плода – у 60%), объема околоплодных вод (многоводие - у 40%, маловодие - у 20%).

При изучении структуры плаценты у 10% беременных основной группы имело место расширение межворсинчатого пространства. У беременных с признаками внутриутробного инфицирования плода гипертрофия плаценты (54%) наблюдалась чаще, чем гипопластические изменения (16%). У беременных основной группы чаще выявлялось преждевременное созревание плаценты (63,3% и 10,0% соответственно) или отставание ее созревания (6,7% и 0% соответственно).

Деструктивные изменения плаценты у беременных с признаками внутриутробного инфицирования плода наблюдались чаще, чем у здоровых беременных (80% и 20% соответственно, $p < 0,05$). Отслойка плаценты была диагностирована у 2 (6,7%) беременных основной группы.

У 6 (20%) женщин с признаками внутриутробного инфицирования плода изменения структуры плаценты сопровождалось нарушением характера сердцебиения плода (тахикардия, нестабильная ЧСС), у 2 (6,7%) женщин - изменением двигательной активности плода, у 9 (30%) - нарушением дыхательной активности и у 2 (6,7%) - снижением тонуса плода.

При оценке БФПП отмечено, что у беременных с патологическими изменениями плаценты он составлял $3,9 \pm 0,3$ балла, тогда как у беременных контрольной группы - $4,9 \pm 0,1$ балла.

Признаки компенсированной формы ФПН (4 балла) определялись у 60% беременных основной группы, субкомпенсированной формы ФПН (3 балла) – у 20%, декомпенсированной формы ФПН (2 балла) – у 3,3%.

У 80% беременных контрольной группы ФПН отсутствовала, а признаки компенсированной формы ФПН наблюдались у 20%.

Общая оценка БФПП у женщин основной группы составила $3,9 \pm 0,3$ балла, то есть имели место признаки гипоксии плода, тогда как у беременных контрольной группы - $4,9 \pm 0,1$ балла, что свидетельствовало о достаточных компенсаторно-приспособительных возможностях ФПК, которые направлены на поддержание нормальной жизнедеятельности плода.

Преждевременное созревание плаценты оказывается наиболее благоприятным для плода, которое объясняется достаточным объемом компенсаторных реакций в плаценте. Задержка созревания плаценты менее благоприятна для плода, потому что замедленному эхоструктурному созреванию плаценты соответствует развитие тяжелой ФПН, которая определяет неблагоприятные условия для развития плода.

Анализируя результаты ультразвукового исследования, можно выделить наиболее существенные эхографические маркеры поражения фетоплацентарного комплекса при внутриутробном инфицировании плода, которые выявлены у беременных основной группы. К ним можно отнести ультразвуковые признаки угрозы прерывания беременности, которые были чаще выявлены у беременных с признаками внутриутробного инфицирования плода (30%, $p < 0,01$), причем в виде гипертонуса миометрия в участке плацентации (13,4%) и вне места плацентации (16,7%). Следующим маркером является синдром "инфекции околоплодных вод" (многоводие, утолщение оболочек, мелкодисперсные включения в околоплодных водах), который был определен у 13% беременных основной группы. Кроме того, у 4 (13%) беременных основной группы выявлены признаки плацентита в виде утолщения плаценты за счет отека и ее гиперплазии, снижение

эхогенности и гетерогенность паренхимы, несоответствие состояния созревания плаценты гестационному сроку с характерными экзопозитивными включениями на плодовой поверхности плаценты.

При проведении плацентометрии установлено, что толщина плаценты отвечала определенным срокам гестации лишь у 30% беременных основной группы, что было достоверно реже, чем у женщин контрольной группы (10%, $p < 0,05$). При этом утолщение плаценты имело место в 54% беременных. У беременных основной группы чаще, чем у женщин контрольной группы, наблюдалась гипоплазия плаценты (46% и 10%, $p < 0,05$).

Преждевременное старение плаценты чаще всего выявлялось у беременных с признаками внутриутробного инфицирования плода (63,3% и 10% соответственно, $p < 0,05$). Отставание зрелости плаценты выявлено только у 6,7% беременных основной группы.

Почти у всех беременных с признаками внутриутробного инфицирования плода имела место ЗВУР по асимметрическому типу (гипотрофичный вариант). Хроническая внутриутробная гипоксия плода имела место у 60% беременных основной группы, что достоверно чаще, чем у женщин контрольной группы (10%, $p < 0,01$).

Выраженное многоводие нами выявлено у 12 (40%) беременных основной группы, тогда как у женщин контрольной группы оно диагностировалось значительно реже (10%, $p < 0,05$). У 6 (20%) беременных основной группы выявлено умеренное маловодие, что чаще, чем у обследуемых контрольной группы (10%, $p < 0,05$).

УЗ-признаки инфекционного поражения плода диагностированы у 21 (70%) беременной основной группы. Среди них увеличение диаметра живота за счет гепатомегалии, гастромегалии, нефромегалии диагностировано у 3 (10%) женщин, долихоцефалическая форма головки – у 1 (3,3%), повышенная эхогенность сосудистых сплетений желудочков мозга – у 4 (13,4%), перивентрикулярные кальцификаты – у 1 (3,3%) и кисты сосудистых сплетений желудочков мозга – у 2 (6,7%) наблюдаемых.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что при внутриутробном инфицировании плода развивается фетоплацентарная недостаточность, в патогенезе которой решающая роль принадлежит нарушению плацентарного гомеостаза на различных уровнях. Наиболее существенными эхографическими маркерами внутриутробного инфицирования плода можно считать признаки плацентита, синдром “инфицирования околоплодных вод”, аномальное количество околоплодных вод, развитие ЗВУР плода. Для достоверной оценки состояния фетоплацентарного комплекса при инфицировании плода различного генеза можно использовать ультразвуковое исследование как более быстрый, относительно дешевый и достаточно информативный метод диагностики. Допплерометрическое исследование может быть использовано как вспомогательный метод ранней диагностики внутриутробного инфицирования плода.

SUMMARY

The modern methods of Doppler ultrasound implementation for diagnostics of fetoplacental unit infection pathology have been represented in the review.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Паращук Ю.С., Авраменко Н.В. Обследование беременных женщин с целью выявления материнско-плодовой инфекции // Ультразвуковая перинатальная диагностика. - 2000. - №13. - С. 64 - 65.
2. Шунько Е. TORCH-инфекции - Взгляд перинатолога. В кн.: Перинатологические потери при TORCH-инфекции // Материалы научно-практической конф. - К., 2000. - С. 34 - 39.

3. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. - М.: Знание, 2000. - 127 с.
4. Кузьмин В.Н. Значение внутриутробной инфекции в акушерской патологии: Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1995. - 28 с.
5. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Орджоникидзе Н.В., Тютюник В.Л. Цитомегаловирусная инфекция в акушерстве.- М., 2001. - 143 с.
6. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. - М., 2002. - 419 с.
7. Сидорова И.С., Макаров И.О., Воеводин СМ. Диагностика и лечение внутриутробной инфекции в различные периоды беременности // Акушерство и гинекология. - 2004. - №2. - С. 40 - 45.
8. Дубоссарская З.М. Проблемы перинатальных инфекций. - Днепропетровск; 2001.-141с.
9. Vintzileos A.M. Antepartum fetal surveillance //Clin. Obstet. Gynecol. -1995.-Vol. 38. - № 1. - P.1 - 2.
10. Stagno S. The Infection Piseases of the Fetus and Newbord Infant. Remington J.S., Klein J.O. (Eds.). - Philadelhia, 1990. - P. 241 - 281.

А.Б. Сухарев, доцент Медицинского института
СумГУ, г. Сумы

Ю. А. Задорожная, магистр Медицинского
института СумГУ, г. Сумы

Поступила в редакцию 26 января 2007 г.