

© Л. А. Иванова, А. Б. Ильин,
В. Г. Абашин

ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ — ПРОБЛЕМА ГИПЕРДИАГНОСТИКИ

Военно-медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии
им. А. Я. Крассовского, Санкт-Петербург.

УДК: 618.36-008.64-08-07

■ Проведена ретроспективная оценка правильности диагностики и лечения хронической плацентарной недостаточности. Выявлены частота и основные причины гипердиагностики плацентарной недостаточности. Проанализированы последствия несвоевременной и неправильной диагностики патологии системы мать–плацента–плод: необоснованное амбулаторное и стационарное лечение, полипрогмазия. Проведена оценка материальных затрат пациенток на лечение хронической плацентарной недостаточности.

■ **Ключевые слова:** система мать–плацента–плод; плацентарная недостаточность; лечение; гипотрофия плода; доплерометрия; гипоксия.

В современной перинатологии одной из ведущих проблем является хроническая плацентарная недостаточность. Данное осложнение беременности встречается, по данным разных авторов, в 4–22% случаев, сопровождается гипоксией, задержкой внутриутробного развития плода и является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности (до 60%) [4, 5, 6]. Также эта патология обуславливает высокую частоту соматической и инфекционной заболеваемости новорожденных, служит причиной нарушений физического и умственного развития ребенка [1, 2, 5].

В практической деятельности применяется классификация плацентарной недостаточности, основанная на степени выраженности компенсаторно-приспособительных реакций, на абсолютную и относительную [4, 5, 6]. При сохраненных компенсаторных реакциях в плаценте ее недостаточность имеет относительный характер, в этих случаях беременность заканчивается родами жизнеспособным и здоровым плодом. Однако наличие жизнеспособного и здорового плода свидетельствует о благоприятных условиях внутриутробного развития и, следовательно, исключает клинически значимую структурно-функциональную недостаточность плаценты. То есть отождествление компенсаторно-приспособительных реакций, обеспечивающих полное сохранение фетального гомеостаза, с патологическими процессами, влекущими за собой отклонения в состоянии плода и новорожденного, не имеет под собой клинической основы.

При возникновении патологических состояний со стороны плаценты, в отличие от компенсаторно-приспособительных изменений со стороны плаценты, возврата к нормальной функции плаценты быть уже не может, так как появляются патологические изменения в гистологической структуре плаценты [2, 7]. Таким образом, выставленный диагноз «Хроническая плацентарная недостаточность» требует лечения, постоянного наблюдения и проведения ряда контрольных ультразвуковых исследований для фетометрии и доплерометрии в динамике, сопровождает беременную до родов и не может быть снят, кроме случаев его неправильной постановки.

Материалы и методы

Мы проанализировали 228 историй родов и обменных карт нескольких родильных домов и женских консультаций города Санкт-Петербурга. Все пациентки состояли на учете в женской консультации и были обследованы по стандартной методике. Во всех случаях беременность закончилась родами живым доношенным плодом. Мать и ребенок выписаны из акушерского стационара. Имеется заключение патологоанатомического исследования последа.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием метода дисперсионного анализа: кри-

Таблица 1

Причины постановки диагноза «Хроническая плацентарная недостаточность»

№	Частота (п, %)	Основание для вынесения диагноза
1	22 (32,3%)	Диагноз выставлялся при беременности, подтверждался в акушерском стационаре
2	37 (54,4%)	Диагноз выставлялся и снимался неоднократно при беременности
3	6 (8,8%)	Диагноз был выставлен впервые в родах при наличии мекония в околоплодных водах
4	3 (4,4%)	Диагноз был выставлен после родов при наличии задержки внутриутробного развития у новорожденного

Таблица 2

Масса и длина новорожденных разных групп

	Масса, г (среднее, минимум-максимум)	Длина, см (среднее, минимум-максимум)
Норма	3433,18±389,16 (2680–4500)	51,68±1,72 (47–55)
Группа 1	3349,47±308,56 (2600–4800)	51,44±2,27 (48–58)
Группа 2	3491,11±344,20 (4200–2900)	51,85±1,45 (48–54)
Группа 3	3770 ±632,12 (3050–4480)	53,33±2,45 (50–56)
Группа 4	2430±28,28 (2050–2640)	46,33±0,71 (44–48)

терия Фишера, критерия Стьюдента с поправкой Бонферони.

Все пациентки были условно разделены на группы. В группу «норма» вошли 160 (70,2%) пациенток, которым диагноз хронической плацентарной недостаточности не выставлялся ни разу в течение беременности.

У остальных 68 (29,8%) пациенток диагноз хронической плацентарной недостаточности во время беременности выставлялся хотя бы один раз (табл. 1).

У женщин первой группы диагноз выставлялся при беременности, подтверждался врачом акушерского стационара и переходил в послеродовой диагноз.

У пациенток 2-й группы диагноз появлялся неоднократно при беременности, то есть врач женской консультации при одной явке выставлял данный диагноз, при последующей снимал, после проведенного обследования или без проведения дополнительных диагностических мероприятий.

В третьей группе хроническая плацентарная недостаточность диагностирована интранатально при наличии мекония в околоплодных водах.

У пациенток четвертой группы диагноз был выставлен после родов по данным первичного осмотра педиатра и диагноза «Задержка внутриутробного развития» у новорожденного.

Результаты исследования

При сравнении оценки по шкале Апгар, веса и роста новорожденных выявлено, что достоверной разницы в состоянии детей при рождении нет. Данные веса и роста новорожденных представлены

в таблице 2. Масса и длина новорожденных групп 1 и 2 достоверно не отличаются от нормы и между собой, всем им во время первого осмотра неонатолога выставлен диагноз «здоров». Таким образом, по состоянию новорожденного подтвердить диагноз хронической плацентарной недостаточности не представляется возможным. Масса и длина новорожденных у пациенток 3-й группы были достоверно выше, чем в среднем в норме ($t = 1,76$, уровень значимости 0,05). С этим возможно связать появление признаков гипоксии плода в родах, наряду с другими причинами: перенесенной беременностью, родостимуляцией в связи с вторичной слабостью родовой деятельности.

У пациенток 4-й группы масса и длина новорожденных достоверно меньше ($t = 6,15$, уровень значимости 0,001), чем в норме. У этих пациенток имеется хроническая плацентарная недостаточность, не диагностированная во время беременности.

Диагноз хронической плацентарной недостаточности хотя бы один раз выставлялся 59 пациенткам. Диагноз основывался на данных ультразвукового исследования, причем в ряде случаев его указывал в заключении врач ультразвуковой диагностики, однако чаще диагноз выставлялся врачом-акушером на основании описания ультразвуковой картины. Кроме того, причиной диагноза были клинические данные: отставание от нормативов высоты стояния дна матки, глухость сердечных тонов и снижение частоты сердечбиений (табл. 3).

Врач УЗИ при постановке диагноза использует комплекс симптомов, в основном гипотрофию

Таблица 3

Причины постановки диагноза «Хроническая плацентарная недостаточность»

Причина	Частота
Изменение толщины плаценты	14 (20,6%)
Преждевременное старение плаценты	21 (30,9%)
Запоздалое старение плаценты	8 (11,8%)
Отложение кальциатов и фибриноида	13 (19,1%)
Гипотрофия плода	5 (7,4%)
Нарушение кровотока	2 (2,9%)
Клинические данные	4 (5,9%)
Диагноз выставлен врачом УЗИ	14 (20,6%)

плода, нарушение кровотока, изменение количества околоплодных вод. Врачи-акушеры, получая результаты ультразвукового исследования, делают собственное заключение, при этом они зачастую используют устаревшие данные о диагностике плацентарной недостаточности. Например, по мнению некоторых акушеров, преждевременное или запоздалое старение плаценты, наличие кальцификатов или фибриноида в качестве моносимптома свидетельствуют о наличии хронической плацентарной недостаточности, даже при нормальном развитии плода и нормальном кровотоке. Кроме того, по нормам Демидова В. Н. (1981 г) толщина плаценты может варьировать в очень широких пределах, например в срок третьего скринингового исследования в 32–34 недели беременности толщина плаценты может составлять 26–44 мм, ни в одном из представленных случаев толщина плаценты не выходила за эти пределы. Однако по распространенному заблуждению толщина плаценты в миллиметрах должна соответствовать сроку беременности в неделях. Отклонение более чем на 2 мм уже расценивается как патология, и в результате этого на основании одного только изменения толщины плаценты выставляется диагноз хронической плацентарной недостаточности.

После установления диагноза плацентарной недостаточности (при беременности 59 пациенток), всем женщинам в обязательном порядке назначается лечение, а ряду беременных предлагается госпитализация.

6 пациенток получали по 6–7 сеансов абдоминальной декомпрессии, одной пациентке выполнялись по 3 сеанса плазмафереза и ультрафиолетового облучения крови (других показаний к проведению данных манипуляций, кроме хронической плацентарной недостаточности, не было).

Всего 59 пациенток были госпитализированы 49 раз, 8 беременных были направлены на госпитализацию, от которой отказались. Всего женщины провели в стационаре 385 дней, максимальное число госпитализаций у одной пациентки 5 раз. В среднем каждая госпитализированная пациентка

проводит в стационаре 7,5 дня. 3 пациентки были госпитализированы на 2–3 дня, после дообследования диагноз снят, лечение не проводилось.

Общая длительность лечения на амбулаторном этапе составляла от 10 дней до 12 недель. Максимальная длительность курса лечения 7 недель.

После анализа историй родов, историй развития новорожденных и патолого-анатомического исследования последа диагноз хронической маточно-плацентарной недостаточности можно подтвердить у 17 (28,8%) пациенток, пролеченных от данной патологии, причем у 3 женщин этот диагноз впервые был выставлен после родов. Следовательно, только 14 пациенток из 59 получали лечение в соответствии с имеющейся у них патологией, при этом 3 пациенткам диагноз не был поставлен вовремя и они не получали должного лечения.

Таким образом, 45 (76,3%) пациенток получали лечение заболевания, которого у них не было, что вело к материальным затратам со стороны государства и каждой конкретной семьи. Стоимость лечения пациенток на амбулаторном этапе была 240–5600 рублей (по среднероссийским ценам для Санкт-Петербурга на март 2009 года). Средняя стоимость лечения составила 2500 рублей. При этом мы не оцениваем моральных затрат и потерь у женщин, их волнений относительно патологического состояния и угрозы для плода.

Выводы

1. Отсутствуют четкие критерии постановки диагноза плацентарной недостаточности, что позволяет трактовать одни и те же данные по-разному разными врачами.
2. Диагноз хронической плацентарной недостаточности выносится в окончательный послеродовой диагноз только у 32% пациенток.
3. У 4,4% женщин диагноз своевременно не выставляется, они не получают лечения, диагноз выставляется после рождения ребенка с синдромом задержки внутриутробного развития.

4. Гипердиагностика хронической плацентарной недостаточности проводится врачами-гинекологами на основании неправильной интерпретации данных ультразвукового исследования.
5. Средние затраты семьи на лечение хронической плацентарной недостаточности составляют более 2500 рублей.

7. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности / под ред. В. Е. Радзинского, А. П. Милованова. — М.: МИА, 2005. — 393 с.

Статья представлена О. Н. Аржановой,
ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,
Санкт-Петербург

Литература

1. Внутриутробное развитие человека / под ред. А. П. Милованова, С. В. Савельева. — М., 2006. — 384 с.
2. Глуховец Б. И., Глуховец Н. Г. Патология последа. — СПб.: Грааль, 2002. — 448 с.
3. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Серова, Ю. И. Барашнева. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. — 384 с.
4. Милованов А. П., Патология системы мать–плацента–плод. — М.: Медицина, 1999. — 448 с.
5. Основы перинатологии / под ред. Н. П. Шабалова, Ю. В. Цвелева. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 576 с.
6. Сидорова И. С., Макаров И. О. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности. — М.: МИА, 2005. — 296 с.

THE HYPERDIAGNOSTIC OF PLACENTAL UNSUFFICIENCY

Ivanova L. A., Il'in A. B., Abashin V. G.

■ **Summary:** The retrospective analysis of the diagnostic and treatment of chronic placental insufficiency methods has been made. Define the frequency and main reasons of placental insufficiency hyperdiagnostic. The consequence of untimely and wrong diagnosis of the uteroplacental system pathology; unsubstantiated treatment either in the hospital or at home and polyprogmasia have been analyzed. The expenses to be made by patients for the chronic placental insufficiency treatment has been calculated.

■ **Key words:** uteroplacental system; placental insufficiency; treatment; intrauterine growth retardation; Doppler velocimetry; hypoxia.

■ Адреса авторов для переписки

Иванова Лидия Алексеевна — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии.

Военно-Медицинская Академия им. С. М. Кирова.
194044, Россия, Санкт-Петербург, Клиническая, д. 4.
E-mail: lida.ivanova@gmail.com

Ильин Алексей Борисович — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, начальник НИЛ репродуктологии.

Военно-Медицинская Академия им. С. М. Кирова.
194044, Россия, Санкт-Петербург, Клиническая, д. 4.
E-mail: a-ilyin@inbox.ru

Абашин Виктор Григорьевич — д. м. н., начальник кафедры акушерства и гинекологии, главный акушер-гинеколог МО РФ, профессор.

Военно-Медицинская Академия им. С. М. Кирова.
194044, Россия, Санкт-Петербург, Клиническая, д. 4.
E-mail: rdwma@deti-spb.ru.

Ivanova Lidia Alekseevna — MD.

Obstetrics and Gynecology department of Medical-Military Academy named after S. M. Kirov.
194044 Russia, St. Petersburg, Klinicheskaya st., 4.
E-mail: lida.ivanova@gmail.com

Ilyin Alexey Borisovich — MD, the chief of the Reproductology Laboratory.

Obstetrics and Gynecology department of Medical-Military Academy named after S. M. Kirov.
194044 Russia, St. Petersburg, Klinicheskaya st., 4.
E-mail: a-ilyin@inbox.ru

Abashin Victor Grigorievich — MD, PhD, professor, the chief of Obstetrics and Gynecology department

Medical-Military Academy named after S. M. Kirov.
194044 Russia, St. Petersburg, Klinicheskaya st., 4.
E-mail: rdwma@deti-spb.ru.