

УДК 618.33 – 007: 616 – 073.48 – 035.7

ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

А.Р. Плоцкий*, ассистент кафедры акушерства и гинекологии
Т.В. Драбович**, зав. акушерско-гинекологическим отделением
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*
УЗ «Гродненский областной клинический родильный дом»**

Ультразвуковое исследование при беременности позволяет клиницисту оценить состояние плода. С повышением разрешающей способности аппаратуры можно более детально изучать анатомию плода. Однако в практической работе встречается много трудностей и ошибок.

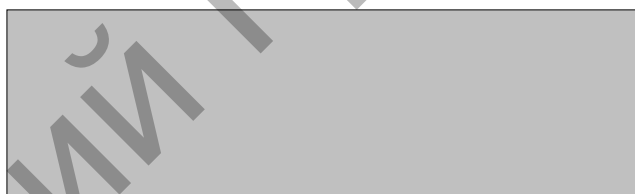
Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, пороки развития.

Ultrasound studies of the fetus allow the clinician to assess the fetal condition. With higher-resolution instruments more accuracy is possible in the examination of the fetal anatomy. However, there are many difficulties and mistakes during this procedure.

Key words: ultrasound diagnostics, congenital anomalies.

Эффективность использования метода эхографии в диагностике врождённых аномалий составляет 70-80%. Используя данный метод, мы пытаемся обнаружить анатомические изменения у плода и на основании выявленной картины ставить диагноз. Определённая группа врождённых аномалий не сопровождается грубыми анатомическими отклонениями, либо эти изменения не столь выражены, и на них не обращается должного внимания при рутинном ультразвуковом исследовании (стигмы дисэмбриогенеза). В эту группу входят некоторые хромосомные аномалии, болезни, связанные с нарушениями метаболизма, и естественно, что при эхографии данные состояния практически не выявляются. С другой стороны, улучшение качества ультразвуковой аппаратуры и повышение квалификации врачей ультразвуковой диагностики неуклонно обеспечивает визуализацию более тонких анатомических структур, что, в свою очередь, приводит к неоднозначной трактовке полученных данных, и, более того, возникает закономерный вопрос: считать увиденную эхографическую картину нормой или патологией и какова будет дальнейшая тактика ведения беременности?

Наибольшие трудности представляет ультразвуковая диагностика врождённых пороков сердца. Частота рождения детей с врождёнными аномалиями сердечно-сосудистой системы составляет по данным Е.П.Затикян 0,7-1,7 %, по данным Р.Роме-ро 0,8-0,9 %. Формирование структур сердца происходит на самых ранних сроках гестации.



Причинами врождённых пороков сердца могут быть хромосомные аномалии, неблагоприятные факторы среды (алкоголизм, инфекции, приём лекарственных препаратов, рентгеновское излучение), метаболические нарушения (сахарный диабет).

Приступая к ультразвуковому обследованию пациентки необходимо обязательно уточнить факторы риска врождённых пороков сердца со стороны родителей. Таковыми являются: заболевания сердца у матери или у отца, метаболические нарушения, перенесённые инфекции в ранние сроки беременности (2-8 нед.), неблагоприятные факторы среды. Во время обследования обязательным является получение 4-х камерного среза сердца. Кроме того, желательно визуализировать выход крупных сосудов из соответствующих камер сердца (аорта, легочной ствол) и их взаимоотношение между собой. Помимо вышеуказанных срезов, в диагностике пороков развития могут помочь косвенные признаки, которые с определённой долей вероятности указывают на возможное наличие кардиальной патологии. К этим признакам относятся: кардиомегалия, неправильное положение сердца в грудной клетке, изменение размеров камер

сердца, изменение толщины миокарда в отдельных или во всех камерах сердца, признаки неиммунной водянки плода либо изолированное скопление жидкости в серозных полостях, нарушения сердечного ритма у плода, гипотрофия плода, наличие экстракардиальной патологии (особенно скелетные дисплазии), визуализация единственной артерии пуповины. В ряде случаев эти признаки позволяют заподозрить порок сердца и направить пациентку на консультацию в медико-генетический центр.

К сожалению, не всегда даже самое тщательное обследование позволяет диагностировать пороки сердца. Тем не менее, это не должно приводить к отказу от целенаправленного поиска данной патологии, особенно в группах повышенного генетического риска.

Помимо пороков сердца, определённые трудности для диагностики могут представлять иные редко встречающиеся аномалии. В частности, в УЗ «ГОКРД» была направлена пациентка для прерывания беременности с диагнозом: Экстрофия мочевого пузыря. При неоднократном осмотре в нашей клинике этот диагноз был снят, а заподозрена крестцово-копчиковая тератома 1-го типа. В процессе осмотра установлено наличие жидкостного образования с толстыми стенками, исходящее из крестцового отдела позвоночника и распространяющееся на промежность плода размерами 4х3,5 см. При исследованиях, проводимых ранее, жидкостной компонент тератомы был принят за свободный пакет околоплодных вод, поэтому не было выявлено маловодие (в данном случае - агидрамнион). Помимо указанных изменений, была заподозрена аплазия левой почки и отсутствие мочевого пузыря. Все предположения были подтверждены при исследовании абортуса (мочевой пузырь всё-таки был обнаружен в виде тонкого цилиндра размером 2х4 мм, заканчивающегося слепо, т.е. имела место обструктивная уродопатия). Анализируя этот случай, можно сказать, что причинами затруднения в диагностике явилась неправильная трактовка ультразвуковой картины: в самом деле, экстрофия мочевого пузыря сопровождается нормальным количеством околоплодных вод, а в данной ситуации отсутствие изображения мочевого пузыря объяснялось сдавлением его опухолью, вследствие чего и наблюдалось выраженное маловодие. Не последнюю роль в ошибочной диагностике сыграла и относительно редкая встречаемость тератом.

Ещё один случай прерывания беременности у плода с пороком мочеполовой системы интересен тем, что до поступления в нашу клинику пациентке ставились диагнозы и крестцово-копчиковой тератомы и экстрофии клоаки. При ультразвуковом исследовании был выявлен мочевой пузырь с гипертрофированными стенками, который изменял свой объём в процессе исследования, передняя брюшная стенка не изменена, левая почка не визуализирована, а определить пол плода по наружным половым органам не представлялось возможным из-за совершенно неясной картины. И хотя такие изменения не укладывались в какую-то нозологическую единицу, всё-таки было принято решение о прерывании беременности, тем более, что результат амниоцентеза, проведенного в РМГЦ, был однозначен - патология пола.

На секцию был доставлен плод с неопределённым полом. Выявлена мембранозная атрезия ануса. Наружные половые органы в виде мягкоэластичного образования 2х2 см, похожего на мошонку, внутри которого имеется мочеиспускательный канал. Лёгкие уменьшены в размерах и не разделены на доли. Левая почка отсутствует, на её месте - плоский надпочечник, 2,5х2х0,3 см, у нижнего полюса которого имеется киста диаметром 1 см, от которой идёт тонкий, без просвета, тяж к мочевому пузырю. Внутренние половые органы представлены яичниками с трубами, тело матки отсутствует. Стенка мочевого пузыря гипертрофирована. Таким образом, прерывание беременности было обоснованным. Кстати, по данным Р.Ромеро, описания случаев пренатальной диагностики экстрофии клоаки в литературе нет. Кроме всего прочего, этот случай лишний раз убеждает в необходимости проведения амниоцентеза в области, ибо проведение его в Республиканском МГЦ занимает значительно большее время и доставляет определённые неудобства как для пациенток, так и для врачей.

К сожалению, в практической работе приходится встречаться с ситуациями, когда особенности течения патологического процесса таковы, что не позволяют вовремя установить диагноз. Примером может послужить случай быстрого течения внутриутробной инфекции, приведшего к деструктивным изменениям головного мозга у плода. До 32-х недельного срока при серии ультразвуковых исследований не было выявлено патологии, а перед родами ультразвуковая картина просто поражала сво-

ими изменениями: выявлялись порэнцефалические кисты размерами от 3 до 8 см в диаметре в большом количестве. Выраженность изменений характеризует тот факт, что имели место определённые акушерские трудности при родоразрешении пациентки - рождение головки стало возможным лишь после пункции её и эвакуации около 250 мл жидкости. Головка ребёнка представляла собой мешок, наполненный жидким содержимым. При гистологическом исследовании установлено, что наиболее вероятной причиной таких грубых изменений могла явиться цитомегаловирусная инфекция либо токсоплазмоз. Таким образом, быстрое течение инфекционного процесса может послужить причиной больших неприятностей.

Несмотря на улучшение качества диагностики, всё же отмечаются случаи пропуска спинномозговых грыж. Одной из причин может быть так называемое «неудобное» положение плода, когда ребёнок внутриутробно располагается в заднем виде, и его позвоночник оказывается прижатым к задней стенке матки. Если к этому добавить постоянную угрозу прерывания беременности, которая часто сопровождает такой гестационный процесс, то подобные случаи вполне объяснимы. Тем не менее нужно стараться ставить диагноз в любых условиях: проводить не одно, а несколько исследований, чтобы дожидаться «удобного» положения плода, использовать методику трансвагинального исследования при тазовых предлежаниях и подозрении на *spina bifida*, в конце концов, провести консилиум специалистов по ультразвуковой диагностике или направить пациентку на консультацию в учреждение более высокого уровня. Иногда наблюдается обратная ситуация - ставится диагноз порока развития там, где его нет. Видимо, нужно очень взвешенно и аккуратно подходить к поста-

новке диагнозов. Ведь никто из нас не застрахован от ошибок, а снять диагноз гораздо труднее, чем поставить, тем более, что на чашу весов положена беременность и новая человеческая жизнь.

Подводя итог вышеизложенным рассуждениям, можно выделить ряд факторов, приводящих к трудностям и ошибкам в ультразвуковой диагностике пороков развития:

1. Постоянная угроза прерывания беременности.
2. Маловодие.
3. «Неудобное» для исследователя положение плода.
4. Ошибочная трактовка ультразвуковой картины.
5. Повышенная масса тела у пациентки.
6. Качество ультразвуковой аппаратуры.
7. Квалификация исследователя.

Вышеперечисленные факторы необходимо учитывать в работе и не оставлять неясностей у каждой пациентки, доводя диагностический процесс до логического завершения. Должен быть дан однозначный ответ на вопрос: есть ли патология в каждом конкретном случае? Если она имеется, то всегда необходима консультация детских хирургов для решения вопроса о возможности коррекции порока после родов. Только такая позиция позволит находить пороки развития в самых трудных для диагностики ситуациях и решать судьбу ещё не появившихся на свет детей.

Литература

1. Ромеро Р. Пренатальная диагностика врождённых пороков развития плода. - М.: Медицина, 1994. - 448с.
2. Митьков В.В., Медведев М.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике: В 3-х т. - М.: Видар, 1996. - Т.2.
3. Затицян Е.П. Фетальная кардиология // Акуш. и гин. - 1992. - №3. - с. 6-10.
4. Danforth's Obstetrics and Gynecology. - Philadelphia, 1994.