

УДК 618.179:616-007:618.2/3

© Г.В. Дубковский, Н.С. Демидова, А.Н. Рыбалка, С.С. Аникин, И.А. Хомуленко, 2010.

ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫЕ ДЕФЕКТЫ ПЛОДА ПРИ СИНДРОМЕ АМНИОТИЧЕСКИХ ПЕРЕТЯЖЕК: ДИАГНОСТИКА, ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Г.В. Дубковский, Н.С. Демидова, А.Н. Рыбалка, С.С. Аникин, И.А. Хомуленко

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии (заведующий кафедрой – профессор А.Н. Рыбалка), Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

FOETUS SKULL FACIAL DEFECTS AT AMNIOTIC BAND SYNDROME: DIAGNOSTICS, CURRENT AND CONTROL DURING PREGNANCY AND DELIVERY

G.V. Dubkovsky, N.S. Demidova, A.N. Rybalka, S.S. Anikin, I.A. Chomulenko

SUMMARY

The article includes our own research of amniotic band syndrome causing numerous foetus congenital malformations. We are drawing attention to the complexity of diagnosing this pathology. Controlling the current and monitoring pregnancy and delivery is also described in our article.

ЧЕРЕПНО-ЛИЦОВІ ДЕФЕКТИ ПЛОДУ ПРИ СИНДРОМІ АМНІОТИЧНИХ ПЕРЕТЯЖОК: ДІАГНОСТИКА, ТЕЧІЯ І ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ

Г.В. Дубковський, Н.С. Демідова, А.М. Рибалка, С.С. Анікін, І.О. Хомуленко

РЕЗЮМЕ

У статті приведено власне спостереження синдрому амніотичних перетяжок, яке привело до виникнення множинних вад розвитку плоду. Обернена увага на складність діагностики даної патології. Описана течія і ведення вагітності і пологів.

Ключевые слова: синдром амниотических перетяжек, черепно-лицевые дефекты плода.

Амниотические перетяжки (АП) — это аномалия развития амниона, при которой в амниотической полости образуются тканевые тяжи [1]. Проходя через амниотическую полость, АП могут связывать между собой отдельные участки плаценты, пуповины и (или) тела плода [1, 2].

Частота выявления АП колеблется от 1 на 1200 до 1 на 15000 родов [5]. Вовлечение плода в АП нередко приводит к формированию у него врожденных пороков развития (ВПР). Прикрепляясь одним или обоими концами к внутренней поверхности амниона, АП, таким образом, могут ограничивать подвижность частей плода.

Наиболее часто у новорожденных обнаруживаются кольцевые вдавления на одной или нескольких конечностях. В 12% случаев АП у плода наблюдаются краниофасциальные аномалии: незаращение верхней губы и неба, деформации носа, анофтальмия, микрофтальмия, гипертелоризм, страбизм (косоглазие), колобома радужки, птоз, обструкция лакримальной (слезной) железы [3]. В 10% случаев АП

приводят к сдавлению петель пуповины, способствуя образованию на ней ложных и истинных узлов, вследствие чего возрастает риск развития гипоксии, а также антенатальной и интранатальной гибели плода [5]. АП не всегда приводят к формированию ВПР у плода.

По данным Центра по контролю за заболеваемостью в Атланте (США) [4], АП чаще встречаются у первородящих женщин в возрасте до 25 лет, живущих в неблагоприятных социальных и материально-бытовых условиях.

В 60% случаев у беременных, у которых выявляются АП, отмечается осложненное течение беременности. В 50% АП обнаруживаются у женщин, страдающих экстрагенитальной патологией.

По мнению Wehbeh и соавт. [6], наличие АП, помимо ВПР у плода, является фактором риска преждевременных родов и рождения детей с малой массой тела.

Приводим собственное наблюдение АП, которые привели к ВПР плода. Берем. П., 21 год, поступила в ГКРД г. Симферополя №2 из Черноморской ЦРБ.

доразрушающей операции; 4) в родах проводить профилактику кровотечения.

Роды велись через естественные родовые пути. При полном раскрытии шейки матки была произведена амниотомия. Излились светлые околоплодные воды.

Родоразрешилась живым недоношенным плодом женского пола весом 2050, длиной – 44 см, окружность головы – 28 см, окружностью грудной клетки – 28 см с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов с признаками морфофункциональной незрелости, множественными пороками развития лицевого че-



репа (глаза открыты, глазницы отсутствуют, левый глаз смещен влево, правый глаз значительно смещен вправо; наличие затылочных и частей теменных костей, нижней челюсти; отсутствие лицевого черепа до нижней челюсти, ушные раковины смещены к углу нижней челюсти; носовое дыхание отсутствует) (рис. 1 и 2).

Новорожденный отделен от матери, в связи с множественными врожденными пороками развития к груди не приложен, не выложен на живот матери. Показан матери. Продолжительность родов – 6ч 35 мин. Кровопотеря – 100 мл.



Рис. 1 и 2. Черепно-лицевые дефекты плода при синдроме амниотических перетяжек.

Патогистологическое исследование последа.

Вес – 350 г. Размеры – 16x14x1 см. Пуповина – 22 см, толстая, извитая, краевое оболочечное прикрепление. Микроскопически: хориоамнионит, очаговый базальный децидуит, очаговый гентервиллизит. Ворсины хориона представлены промежуточными дифференцированными ворсинами, ствольными и единичными терминальными ворсинами, что соответствует сроку гестации.

Состояние ребенка с рождения было тяжелым, что было связано с ВПР ЦНС, морфофункциональной незрелостью. Прожив 1 сутки, ребенок умер. Вскрытие проинформировано в присутствии специалиста-генетика.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание. ВПР ЦНС – алобарная голопроэнцефалия, двусторонняя расщелина губы, мягкого и твердого неба, синдром амниотических перетяжек.

Осложнение основного заболевания. Субарахноидальное кровоизлияние с локализацией в области обоих миндалин мозжечка. Отек головного мозга. Венозное полнокровие внутренних органов.

Сопутствующая патология. Недоношенность. Флебит пупочной вены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахарловский В.Г., Громыко Ю.Л., Гусева М.Е., Овсянникова М.А. Влияние амниотических перетяжек на формирование пороков развития у плода // Проблемы Репродукции. 1998. N 5. С. 13-15.
2. Лазюк Г.И. Этиология и патогенез врожденных пороков развития. Тератология человека. М. - 1991; 18-46.
3. Finberg H.J., Glass M. Craniofacial damage from amniotic band syndrome subsequent to pathologic chorioamniotic separation at 10 weeks gestation. J. Ultrasound Med. 1996; 15: 665-668.
4. Ossipoff V., Hall B.O. Etiologic factors on the amniotic band syndrome: a study of 24 patients. Birth Defects: Orig Art Ser. 1977; 13: 117-132.
5. Quintero R.A., Morales W.J., Phillips J. et al. In utero lysis of amniotic bands // Ultrasound Obstet. Gynecol. 1997. V. 10. N5. P. 316-320.
6. Wehbeh M., Fleisher J., Karimi A. et al. The relationship between the ultrasonographic diagnosis of innocent amniotic band development and pregnancy outcomes. Obst. Gynecol, 1993; 81: 565-568.