

21. Каткова И.О., Соколов О.И. Характеристика репродуктивного поведения и заболеваемости женщин. // Советское здравоохранение. – 1998. – С.42-47.
22. Гусарова Г.И. Основные направления семейной политики в Самарской области. // Профилактика - основа деятельности врача первичного звена: Материалы VI межрегионального съезда акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов. – Самара.- 1999. – С.15-17.
23. Серов В.Н. Основные направления современной диспансеризации женщин. // Акушерство и гинекология. – 1988. - №10. – С.3-7.
24. Ваганов Н.Н. Перинатальная медицина в России: Доклад на Всероссийском объединенном съезде акушеров-гинекологов и педиатров. – Москва. – 1992.- 60с.
25. Нукушева С.Г., Егеубаева С.А. Проблемы и современные подходы в организации ПМСП женщинам старшего фертильного возраста. // Вестник Министерства образования и науки НАН РК. – Алматы. 2002. - №1. – С.95-100.
26. Джусубалиева Т.М. К вопросу о репродуктивных установках и репродуктивном поведении женщин г.Алматы. // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы. – 2000. - №18. – С.56-58.
27. Федорова О.К. Состояние половой сферы и детородной функции у женщин-животноводов мясо-молочных производств. // Вопросы охраны труда и здоровья сельскохозяйственных рабочих. – Краснодар. – 1986. – С.100-104.
28. Гаврилов Н.И., Фофанов В.И. Организация медицинской помощи сельскому населению. – Москва. – 1982. – 128с.
29. Григорьев Ф.Г. Актуальные задачи сельского здравоохранения. // Советское здравоохранение. – 1990. - №2. – С.3-8.
30. Бейсенбекова Т.К. Управление снижением гинекологической заболеваемости сельских жительниц в условиях реорганизации здравоохранения. // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Оренбург. – 1996. - 27с.
31. Сай С.Ю. Состояние репродуктивной системы женщин, работающих в сельскохозяйственном производстве (эпидемиологические исследования). // Гигиена труда и профессиональные заболевания. – 1988. - №2. – С.42-43.
32. Куриленко Л.И. О планировании и рациональном размещении специализированных акушерско-гинекологических коек в области. // Вопросы организации медицинской помощи женщинам и детям в сельской местности. – Москва. – 1976. – С.51-56.

УДК 616 2-056.54

### УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Р.К. Джунусова, Э.А.Абдукасымова, А.И.Абдраманова, А.У.Байкубекова, К.М.Халимова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Гинекологиялық тәжірибеде жатырдан тыс жүктілік кезінде қынаптық сонографияны қолдану тиімді. Бұл әдістің уақытылы диагностика мен емдеудегі маңызы зор.

#### SUMMARY

The transvaginal echosonography is the valuable diagnostic method of different types of extrauterine pregnancy: tubal, ovarian, cervical, abdominal, intraperitoneal, rudimentary uterine horn pregnancy, cesarean scar ectopic pregnancy.

Внематочная (эктопическая) беременность - беременность, при которой имплантация плодного яйца происходит вне полости матки. Частота внематочной беременности имеет стойкую тенденцию к росту и в последние годы отмечается рост заболеваемости среди подростков и женщин 30-39 лет[1].

Внематочная беременность часто характеризуется стертойостью клинических проявлений. Поэтому для ее диагностики самым достоверным методом является трансвагинальная эхография.

Классификация эктопической беременности основана на локализации плодного яйца[1-4]:- трубная беременность (98,5% случаев);- яичниковая беременность (0,1-1,3% случаев);- шеечная беременность (0,1-0,4% случаев);- брюшная беременность ( 0,1-0,9%);- интралигаментарная беременность (0,1%);- беременность в рудиментарном роге (0,2-0,9%);- гетеротопическая беременность (0,02%).

#### Трубная беременность.

Возможны 4 варианта клинического течения трубной беременности[1,2]:- прогрессирующая трубная беременность;- беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта;- беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы;- неразвивающаяся трубная беременность.

Эхографические признаки эктопической беременности[4,5].

Достоверный признак:- обнаружение вне полости матки плодного яйца с живым эмбрионом.

Косвенные признаки:

- визуализация в проекции придатков матки неоднородных образований, имеющих различную форму и размеры;  
- отсутствие маточной беременности;- увеличение размеров матки при отсутствии органических изменений миометрия или маточной беременности;- утолщение срединного М-эха в результате стимуляции эндометрия прогестероном (децидуальная реакция);- обнаружение ложного плодного яйца в полости матки;- выявление свободной жидкости в углублениях малого таза;- обнаружение кисты желтого тела;- зона гиперваскуляризации в придатковом образовании.

Диагностика развивающейся трубной беременности основывается на обнаружении за пределами полости матки плодного яйца с эмбрионом, у которого имеются признаки жизнедеятельности: кардиальная пульсация, двигательная активность.

Обнаружение патологического образования в проекции придатков матки является наиболее точным из всех косвенных признаков[5]. Данное образование представляет собой трубу с плодместилищем. При малых сроках беременности в просвете маточной трубы определяется полость плодного яйца округло-овальной формы, внутри которой можно визуализировать желточный мешок в виде кольцевидной структуры.

Увеличение размеров неизменной по структуре матки отмечается у 20-30% пациенток[6].

Утолщение эндометрия до 3 мм и эхографическое изображение срединного комплекса, характерное для фазы регенерации, встречается в 33% случаев [6].

Ложное плодное яйцо- редко встречающийся признак, визуализируется как анэхогенное включение в полости матки, симулирующее полость плодного яйца, появление его связано с гиперсекрецией трубчатых желез эндометрия или с локальным скоплением крови в полости матки [7].

Если произошел разрыв маточной трубы, то образуется конгломерат, примыкающий к заднебоковой поверхности матки, состоящий из разорвавшейся трубы, плодместилища и геморрагического содержимого, а также петель кишечника и сальника.

Трубная беременность, особенно прервавшаяся, в 60% случаев приводит к появлению свободной жидкости в малом тазу, а кровотечение свыше 300-400 мл позволяет контрастировать не только маточные трубы, но и связочный аппарат матки и яичников [1,7].

#### **Яичниковая беременность.**

Яичниковая беременность возникает при оплодотворении яйцеклетки непосредственно в яичнике (первичная) или вследствие трубного выкидыша путем повторной имплантации (вторичная). Факторами риска считаются перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза, применение стимуляторов овуляции, внутриматочные контрацептивы[1].

Эхографическая диагностика яичниковой беременности ранних сроков невозможна, так как плодное яйцо, желточный мешок симулируют фолликул или желтое тело. Как правило, этот вид эктопической беременности остается нераспознанным в связи с апоплексией яичника и кровотечением на ранних сроках [1]. Если беременность прогрессирует, то ультразвуковая диагностика возможна только при визуализации эмбриона или при обнаружении в плодном яйце желточного мешка в совокупности с данными хорионического гонадотропина [8].

#### **Шеечная беременность.**

Шеечная беременность характеризуется nidацией плодного яйца в цервикальном канале, дистальнее области внутреннего зева[1]. Если плодное яйцо имплантируется в шейке и области перешейка, то такая локализация называется шеечно-перешеечной.

Эхографические признаки шеечной беременности:- визуализация плодного яйца с трофобластом в цервикальном канале;- гравидарная реакция эндометрия;- увеличение размеров шейки матки;- отрицательный симптом скольжения.

Плодное яйцо, расположенное в цервикальном канале, имеет овоидную форму в связи с ригидностью мышечного слоя, а также отсутствием выраженной децидуальной реакции слизистой шейки матки.

Гравидарная реакция эндометрия проявляется расширением полости матки до 1-2 мм за счет анэхогенного содержимого при шеечной беременности.

Симптом скольжения позволяет выявить подвижность плодного яйца в цервикальном канале и тем самым дифференцировать неполный аборт и шеечную беременность. При осторожном надавливании на шейку матки трансвагинальным датчиком в случае шеечной беременности плодместилище по отношению к стенкам канала остается неподвижным.

При оценке границ полости плодного яйца и зоны хориона в сроках, превышающих 5-6 нед., можно определить место инвазии трофобласта.

В отличие от хирургической тактики прошлых лет, в последние годы все чаще прибегают к разным видам органосохраняющих операций на шейке матки с целью сохранения репродуктивной функции женщины. Брюшная беременность.

Брюшная беременность может возникнуть вследствие имплантации плодного яйца на висцеральном или париетальном листке брюшины (первичная брюшная беременность), либо вследствие трубного аборта (вторичная брюшная беременность) [9]. Считается, что риском возникновения брюшной беременности является длительное вторичное бесплодие[1].

Эхографические признаки брюшной беременности 9]:Выраженное маловодие;Атипичное (высокое) расположение плода;Утолщение плаценты;Нечеткий и неровный контур плаценты;Отсутствие изображения стенки матки;Задержка развития плода;Аномалии развития плода;Гемоперитонеум.

По данным А.Н.Стрижакова и соавт.[1], в 35-75% случаев возникают такие аномалии развития плода, как гипоплазия легких, аномалии лица, что, возможно, связано с маловодием.

Прогноз для развития беременности неблагоприятный, чаще всего возникают опасные кровотечения вследствие инвазии сосудов плаценты в стенки кишечника, магистральных сосудов и паренхиматозные органы брюшной полости, поэтому при выявлении брюшной беременности производят срочное родоразрешение. Материнская смертность при этом виде эктопической беременности достигает 20%, а перинатальная-80-91% [1].

#### **Интралигаментарная беременность.**

Интралигаментарная беременность развивается между листками широкой связки матки и имеет те же эхографические признаки, что и брюшная беременность [1].

#### **Беременность в рудиментарном роге матки.**

Беременность в рудиментарном роге матки представляет собой такой вид беременности, при котором имплантация и развитие оплодотворенной яйцеклетки происходят в зачаточном роге. С позиции топографической анатомии локализация плодного яйца в рудиментарном роге матки является вариантом маточной формы беременности[1]. Однако в связи с недостаточным развитием мышечным слоем, неполноценностью слизистой оболочки[10], возможностью рождения плода только в брюшную полость[11] и особенностями клинического течения [1] такую беременность рассматривают как внематочную [1,10].

Беременность в рудиментарном роге матки является редкой акушерско-гинекологической патологией, ее частота составляет 0,19-0,90% [1,10,11]. Материнская смертность при этой патологии достигает 5-6% [1].

Механизм проникновения бластоцисты в полость рудиментарного замкнутого рога связан с трансперитонеальной миграцией сперматозоидов или яйцеклетки[1,10]. Особенности строения рудиментарного рога создают условия для достаточно быстрого прорастания ворсин хориона в миометрий [12]. Это приводит к прерыванию беременности в рудиментарном роге в 18-26 недель по типу наружного разрыва плодместилища, сопровождающегося обильным кровотечением и развитием геморрагического шока, что требует экстренного хирургического вмешательства [10].

В отдельных случаях, по данным литературы, такая беременность может заканчиваться более благоприятно для женщины.

Клиническая диагностика прогрессирующей беременности в рудиментарном роге матки представляет значительные трудности из-за отсутствия патогномичных симптомов [10]. При влагалищном исследовании при этой патологии можно обнаружить слегка увеличенную матку мягкой консистенции, отклоненную в сторону и не соответствующую сроку беременности. Сбоку от матки может определяться подвижное образование округлой формы, мягко-эластической консистенции, с четкими контурами, безболезненное при пальпации, связанное с маткой толстой ножкой [10]. Эти признаки не являются специфичными.

Использование эхографии позволяет с высокой точностью установить беременность в рудиментарном роге матки.

Основными ультразвуковыми признаками беременности в рудиментарном роге являются: - необычная локализация плодного яйца,- тонкая стенка матки,- неполноценность миометрия, - наличие пустой матки, наличие сосудистой ножки, соединяющей плодное яйцо с маткой.Беременность в рубце на матке после кесарева сечения.

Имплантация плодного яйца в области рубца на матке является одной из наиболее редких форм эктопической беременности. Она составляет 0,15% от числа всех беременностей, разрешенных путем операции кесарева сечения [12] и 1,05% от числа всех внематочных беременностей [13].

Первое сообщение о беременности в рубце на матке после кесарева сечения было представлено Larsen J.V.,Solomon M.H. в 1978 г.[14]. Значительное увеличение за последние годы числа операций кесарева сечения привело к существенному росту частоты этой патологии.

Причинами возникновения этой патологии являются различные хирургические вмешательства на матке, внутриматочные инфекции, эндометриоз, небольшой интервал между кесаревым сечением и последующей беременностью, экстракорпоральное оплодотворение.

Это серьезное осложнение, представляющее иногда угрозу жизни и здоровью женщины. Основными неблагоприятными проявлениями данной патологии являются кровотечения и разрыв матки, в ряде случаев приводящие к летальному исходу.

Клиническая диагностика беременности в рубце на матке практически невозможна. Наличие таких клинических проявлений, как аменорея и кровотечение, не является специфичным и поэтому не может способствовать повышению выявления данной патологии.

В настоящее время ведущим методом диагностики беременности в рубце на матке является эхография.

Основные эхографические признаки беременности в рубце:- наличие пустой матки;- дефект нижнего отдела передней стенки матки;- расположение плодного яйца в области дефекта передней стенки матки; - истончение миометрия передней стенки матки в области рубца.

Чаще беременность в рубце на матке диагностируется в 6-12 недель, но имеются наблюдения, когда диагноз не ставился правильно вплоть до разрыва матки. Анализ свидетельствует, что беременность в рубце на матке в основном принимают за маточную беременность, угрожающий выкидыш и пузырный занос [13].

Для устранения этой патологии используют как медикаментозные, так и хирургические методы лечения. При этом наилучшие результаты получаются при ранних сроках беременности, что возможно диагностировать методом эхографии. Ценность данного метода - в своевременной диагностике беременности в рубце на матке после операции кесарева сечения и проведении необходимых лечебных мероприятий.

Частота сочетания маточной и внематочной беременности, по данным разных авторов, составляет от 1 на 100 до 1 на 30000 беременностей [16]. Определив плодное яйцо в матке, при эхографии можно пропустить второе плодное яйцо, локализованное вне ее полости.

Еще реже встречается многоплодная внематочная беременность. В большинстве случаев это ампулярные или истмические трубные беременности, варианты яичниковой и брюшной беременности. Они возможны после резекции маточной трубы и экстракорпорального оплодотворения.

В заключение можно процитировать Б.И. Зыкина о том, что «...внематочная беременность остается «твердым орешком» для диагностики...», а оптимальная диагностика эктопической беременности возможна при «...интеллектуальной корреляции данных ультразвукового исследования и клинической картины болезни...» [15].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. Изд. 2-е перераб. и дополн. М.: Медицина, 2001, 215 с.
2. Акушерство и гинекология/ пер. с англ. Под ред. Савельевой Г.М., Сичинава Л.Г. М.: ГЭОТАР-Мед, 1997. 718 с.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Изд. 3-е, перераб. и дополн. М.: МИА, 2003. 560 с.
4. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. М.: Медицина, 1990, 221 с.
5. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т.3/ Под ред. Митькова В.В., Медведева М.В. М.: Видар, 1997, 320
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Трансвагинальная эхография. Атлас. М.: Медицина. 2001. 154 с.
7. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности. Озерская И.А., Агеева М.И. // Ультразвуковая и функциональная диагностика, научно-практический журнал, ВИДАР, №2. 2005 г.
8. Волков А.Е., Михельсон А.Ф., Волдохина Э.М. Ультразвуковая диагностика прогрессирующей яичниковой беременности // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. 1993. №4. с. 71-72.
9. Васина И.Б., Ступенькова Г.Г., Колесник И.В., Гончарова С.Г. Случай ультразвуковой диагностики брюшной беременности // Ультразвуковая диагностика. 1996 г. №2. с. 56-57.
10. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Нижний Новгород: НГМА, 2000. 171 с.
11. Демидов В.Н. Ультразвуковая диагностика пороков развития матки и влагалища. Клиническая визуальная диагностика. Выпуск 7. М.: Триада-Х, 2006. 119 с.
12. Эхография при беременности в рудиментарном роге матки. Саркисов С.Э., Демидов А.В. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. Научно-практический журнал, ВИДАР, №1. 2009. с. 10-11
13. Применение эхографии для диагностики беременности на матке после кесарева сечения. Саркисов С.Э., Демидов А.В., Белоусов Д.М., Романовская О.А. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. Научно-практический журнал, ВИДАР, №2. 2009. с. 39.
14. Larsen J.V., Solomon M.H. Pregnancy in a uterine scar sacculus -an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report // S. Afr. Med. J. 1978. V.53. № 4. P. 142-143.
15. Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии: Атлас. М.: Видар, 1994.
16. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство под ред. А.Е. Волкова. Изд. 2-е. Феникс. Ростов-на-Дону. 2007.

УДК 616 2-056.54

#### ЭХОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*Р.К. Джунусова, Г.У. Акбердиева, А.И. Абдраманова, А.У. Байкубекова, Д.А. Борибайева  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада плацентадағы патологиялық өзгерістердің негізгі ультрадыбысты белгілері сипатталады. Акушериялық тәжірибеде плацентаның эхосонографиялық зерттеу әдісінің диагностикалық маңызы зор.

#### SUMMARY

In this article the main echosonographic signs of different placental pathology were described. Placental ultrasonography is the valuable diagnostic method in obstetrics.