

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.

Роль плаценты как органа, обеспечивающего формирование и рост плода, очень велика как при физиологической беременности, так и при осложненном ее течении. Своевременная и правильная оценка состояния плаценты предупреждает или ослабляет неблагоприятное воздействие различных факторов на плод [1]. В настоящее время плацентографическое исследование является неотъемлемой частью ультразвуковой диагностики в акушерстве. С внедрением в клиническую практику ультразвукового метода появилась возможность получения информации о локализации, размерах, структуре, патологических изменениях [3].

Плацента человека относится к гемохориальному типу и характеризуется непосредственным контактом хориона с материнской кровью, который возникает вследствие нарушения слизистой оболочки матки со вскрытием ее сосудов. Полноценное развитие плода во многом определено адекватной маточно-плацентарной гемодинамикой, которая зависит от анатомо-морфологических особенностей плаценты [2].

В процессе развития плаценты различают стадии дифференциации, роста, зрелости и старения [1], направленные на удовлетворение потребностей развивающегося плода.

Ультразвуковое исследование при беременности позволяет точно установить локализацию плаценты и высоту ее прикрепления по отношению к области внутреннего зева шейки матки.

#### **Низкая плацентация.**

Эхографическими критериями низкого прикрепления плаценты принято считать обнаружение ее нижнего края на расстоянии менее 5 см от внутреннего зева во втором триместре и менее 7 см – в третьем триместре беременности. Однако, диагноз «низкая плацентация» клинически значим лишь тогда, когда реально влияет на акушерскую тактику, определяя метод и сроки родоразрешения.

В течение беременности расположение плаценты меняется, плацента «мигрирует», ее смещение происходит только в одном направлении- снизу вверх. Этот процесс происходит медленно, на протяжении 6-10 нед., завершается в среднем к 34-35 нед. В случаях полного предлежания плаценты миграция может привести к отслойке плаценты и кровотечению.

Отслойка плаценты возникает вследствие нарушения ее прикрепления к стенке матки, что приводит к кровотечению из сосудов децидуальной оболочки, отслойке базального слоя эндометрия и скоплению крови между ним и миометрием. При нарастании кровотечения происходит прорыв крови с последующим тромбозом, имбиция крови в миометрий и тяжелыми последствиями для матки. В выявлении отслойки плаценты эхография играет вспомогательную роль, так как основное значение в диагностике принадлежит клинической картине. При отсутствии наружного кровотечения УЗИ может помочь при больших размерах гематом. При небольших гематомах (до 10 мм) эхография информативна только в ранние сроки беременности.

Эхографическое изображение гематом меняется в зависимости от давности их существования. Свежие (1-2 суток) гематомы имеют вид гипоехогенных жидкостных образований с мелкодисперсной взвесью. Они имеют четкие границы с окружающей тканью и отличаются высокой звукопроводимостью. Начиная с 2-3 суток структура гематом постепенно приобретает более высокую эхогенность за счет различных по величине и плотности кровяных сгустков. От миомы они отличаются высокой звукопроводимостью, нечеткими наружными контурами, отсутствием капсулы, обязательной для этой опухоли.

Ретракция кровяных сгустков внутри гематомы обычно наступает на 10-15 сутки. Отмечается появление анэхогенной составляющей в сочетании с остатками кровяных сгустков, имеющих высокую эхогенность. Размеры гематомы уменьшаются за счет ее рассасывания. Нарушая плодово-материнское кровообращение, гематомы могут привести к гибели плода.

В дифференцировке отслойки плаценты от миоматозных узлов и расширенной венозной сети *desidua basalis* оказывает помощь ЦДК-цветовое доплеровское картирование.

Истинное приращение плаценты является серьезным осложнением беременности и возникает в результате частичного или полного отсутствия губчатого слоя децидуальной оболочки вследствие атрофических процессов в эндометрии, которое приводит к проникновению в эндометрий ворсин хориона. В зависимости от глубины проникновения ворсин в миометрий различают три варианта приращения плаценты. При *placenta accreta* губчатый слой атрофирован, ворсины контактируют с миометрием, не внедряясь в него и не нарушают его структуру. При *placenta increta* ворсины хориона проникают в миометрий и нарушают его структуру. При *placenta percreta* ворсины прорастают на всю глубину вплоть до висцеральной брюшины.

Наиболее ценным эхографическим критерием приращения является наличие в толще миометрия участков с лакунарным типом кровотока. Эти зоны характеризуются как множественные гипо-и анэхогенные образования в субплацентарном пространстве, распространяющиеся в толщу миометрия. Существенную помощь в уточнении диагноза может оказать ЦДК-метод, позволяющий точно определить локализацию сосудистых зон и оценить глубину проникновения ворсин в толщу миометрия и, соответственно, судить о степени инвазии и форме приращения. Сегодня УЗИ является единственным методом пренатального выявления приращения плаценты. Постановка этого диагноза очень ответственна, поскольку предлежание плаценты в сочетании с ее приращением является показанием к плановому оперативному родоразрешению и экстирпации матки.

Отек плаценты- неспецифическая реакция органа при иммунологической изоиммунизации матери вследствие Rh или ABO конфликта, сахарного диабета, инфицирования. Ведущим эхографическим маркером отека плаценты является увеличение ее толщины на 30-100% и более. Также отмечается увеличение

эхогенности ткани плаценты и усиление звукопроводимости [4]. Первые эхографические признаки отека плаценты могут появляться уже в 15-22 недель беременности. При иммунологическом конфликте сроки появления отека плаценты зависят от титра антител. Наиболее часто эхографические признаки гемолитической болезни плода развиваются к 33 неделям. К ним относятся отек плаценты, увеличение печени и селезенки плода, асцит. В тяжелых случаях появляется гидроторакс.

Отек плаценты при сахарном диабете наблюдается только у 1/4 беременных. Наряду с увеличением толщины плаценты отмечается увеличение биометрических параметров плода, что указывает на наличие макросомии. Сроки возникновения отека плаценты при сахарном диабете обычно варьируют в пределах 25-30 недель беременности. Одной из важнейших проблем современной перинатологии является прогрессирующий рост инфекционной патологии плода и новорожденного. В структуре заболеваемости новорожденных внутриутробные инфекции (ВУИ) занимают второе место после гипоксии и асфиксии в родах [5].

ВУИ во многом определяют уровень мертворождаемости и ранней неонатальной смертности [6,7]. В структуре перинатальной смертности удельный вес ВУИ достигает 65,6% [8]. В настоящее время насчитывается более 2500 возбудителей, способных вызвать ВУИ плода, при этом количество их постоянно пополняется [9,10].

Возбудители этих инфекций обладают прямым и косвенным воздействием на плодово-плацентарную систему. Чем меньше гестационный возраст плода, тем более выражена альтерация тканей. Основным проявлением инфекции плода, возникающим на ранних сроках беременности, являются пороки развития. По мере увеличения сроков беременности в клинике преобладают симптомы классического системного воспаления, что проявляется в виде гепатита, пневмонии, менингита, энтероколита и др.

Косвенное воздействие возбудителей на плодово-плацентарную систему приводит к угрозе прерывания внутриутробной гипоксии плода, задержке внутриутробного развития, метаболическим нарушениям без специфических клинических признаков ВУИ. Метод ультразвуковой диагностики является доступным, высокоинформативным, неинвазивным и позволяет провести эхографическую оценку структурной патологии плода, плаценты, амниона, определить степень гемодинамических нарушений фето-плацентарного комплекса при ВУИ. К ультразвуковым маркерам плацентита относятся: увеличение толщины плаценты; появление кистозных полостей в плаценте или формирование псевдокист неправильной формы, с гиперэхогенным венчиком по периферии кист, отсутствием турбулентной жидкости во внутренней структуре. Ультразвуковая картина плацентита зависит от стадии процесса. Отек плаценты чаще носит транзиторный характер, наблюдается в период разгара заболевания, длится около 2-8 недель [11]. Обратные изменения в плаценте проявляются постепенным снижением ее эхогенности, нормализацией ее толщины и эхоструктуры. Утолщение базальной мембраны плаценты происходит при длительно текущем инфекционном процессе.

Ультразвуковое обследование плаценты, несмотря на трудоемкость процесса, оправдывает себя высокоинформативностью, возможностью контролировать беременность в динамике и оптимально решить срок и вид родоразрешения в случае необходимости.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Федорова М.В., Калашникова Е.П. Плацента и ее роль при беременности. М.: Медицина, 1986.
2. Медведев М.В., Стрижаков А.Н., Кирющенко А.П. и др. Морфо-функциональное обоснование результатов доплерометрического исследования кровотока в маточных артериях при физиологической и осложненной беременности // Ультразвук. диагн. акуш. гин. педиатр. 1992. №1. с.44-51.
3. Зыкин Б.И. Возможности эхографии в оценке состояния плаценты, плодных оболочек и околоплодных вод // Клинические лекции по ультразвуковой диагностике в перинатологии / Под ред. Медведева М.В., Зыкина Б.И. М.: 1990. с.109-116.
4. Стыгар А.М. Эхографические аспекты физиологии и патологии последа. II. Плацента. // Ультразвук. Диагн. 1997. №1. с.78-92.
5. Кан Н.Е., Орджоникидзе Н.В. Современные представления о внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. 2004. №6. с.3-5.
6. Григорьев К.И. Внутриутробные и неонатальные инфекции // Медицинская помощь. 2004. №5. с.7-15.
7. Самсыгина Г.А., Буслаева Г.Н., Непокульчицкая Н.В. Гематологическая и иммунологическая характеристика внутриутробных инфекций у детей. // Педиатрия. 1997. №4. С.59-62.
8. Царегородцев А.Д., Рюмина И.И. Заболеваемость новорожденных внутриутробными инфекциями задачи по ее снижению в РФ // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2001. №2. С. 4-7.
9. Поморцев А.В., Никулин Л.А., Бойко Н.В., Астафьева О.В. Комплексная ультразвуковая оценка функциональной системы «мать-плацента-плод» при внутриутробном инфицировании. Ультразвуковая и функциональная диагностика. Видар. №5. 2008. С.99-102.
10. Макаров О.В., Бахарева И.В., Таранец А.Н. Современные представления о внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. 2004. №1. С. 10-12.
11. Цхай В.Б., Волков Н.А., Голубцов П.С. Возможности ультразвуковых методов исследования в диагностике внутриутробного инфицирования // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии, педиатрии. 2000. Т.8. №2. С.89-95.