

## Результати

Таблиця

Назва операції (маніпуляції) під УЗ-контролем (2016)	Кількість	Результат
Черезшкірна черезпечінкова мікрохолодистомія	12 (11-ЖКХ, 1-ГБкХ)	Покращення стану, виписка — 12
Черезшкірне черезпечінкове дренування абсцесу печінки	1	Одужання
Черезшкірне черезпечінкове дренування печінкових протоків	1	Виписаний із покращенням
Черезшкірна пункція гематоми селезінки	1	Регресія гематоми
Черезшкірна пункція паранефральної гематоми	1	Регресія гематоми

**Висновки.** Таким чином, можливе застосування мініінвазивних оперативних втручань у широкого кола хворих із гострою хірургічною патологією черевної порожнини та різними наслідками перенесених захворювань.

### УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ: ПЛАЦЕНТАРНАЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ

Волик Н.К.

Национальная медицинская академия  
последипломного образования  
имени П.Л. Шупика, г. Киев

**Введение.** Плацентарная мезенхимальная дисплазия (ПМД), также известная как мезенхимальная стволовая ворсинчатая гиперплазия, является редкой плацентарно-сосудистой аномалией, эхографически характеризующаяся плацентомегалией и множественными гроздьеподобными кистозными полостями, напоминающими пузырьный занос.

**Цель.** Представить эхосемиотику плацентарной мезенхимальной дисплазии, обсудить дифференциально-диагностический ряд и прогноз беременности.

**Материалы и методы.** Представлен случай ПМД, диагностированный во втором триместре с нормальным исходом беременности.

**Результаты и обсуждение.** 33-летняя беременная была направлена на консультативное УЗ-исследование в 19 недель беременности в связи с подозрением на крупную хориоангиому плаценты. Настоящая беременность вторая, первая закончилась рождением здорового ребенка. Клиническое течение настоящей беременности без особенностей. При УЗИ размеры и анатомия плода соответствовали сроку беременности. Плацента располагалась на задней стенке матки. Интраплацентарно определялся крупный участок кистозно измененной плаценты, выбухающий в амниотическую полость, размерами 80х60 мм. Измененный участок паренхимы плаценты был представлен множественными кистозными полостями, напоминающими «соты», приблизительно одинаковых размеров, диффузно расположенными на всем протяжении от хориальной до базальной пластины. Зона поражения имела четкое отграничение от нормально сформированной плацентарной ткани. В отличие от хориоангиомы, в

режимах ЦДК в зоне поражения определялись единичные низкоскоростные венозные сосудистые сигналы. Отсутствовали особенности цветового картирования сосудов базальной и хориальной пластин. Пуловина прикреплялась вблизи зоны поражения. На остальном протяжении плацентарная ткань имела обычное эхографическое отображение. Биохимические показатели, в т.ч. уровни АФП и ХГЧ, были близки нормальными. В динамике наблюдения в сроки 24 и 28 недель данный участок не изменялся, рост плода соответствовал должествующему. В 33 недели впервые отмечены участки варикозного расширения сосудов хориальной пластины с венозным спектром кровотока. Последнее УЗИ выполнено в сроке 35 недель. Результаты мультиваскулярного доплеровского мониторинга не выявили отклонений в гемодинамике фетоплацентарного комплекса на протяжении всего периода наблюдения. В связи с выявленными варикозно расширенными сосудами и близким расположением места прикрепления пуповины было принято решение в пользу планового кесарева сечения, выполненного на 40-й неделе. Родилась доношенная девочка массой 3560 г, рост 53 см. Оценка по Апгар — 8-9 баллов. Макроскопически: плацента увеличена, с варикозным расширением вен хориальной пластины, в плацентарной паренхиме определялась зона множественных кистозных полостей (напоминают гроздь винограда, как и при пузырьном заносе). Микроскопически: среди нормальной плацентарной ткани выявляются поля, состоящие из увеличенных стволовых ворсин с цистерноподобными образованиями, хорангиоматозные изменения ворсин. Пролиферация трофобласта и трофобластические включения, патогномичные для частичного пузырьного заноса, отсутствовали.

Прогноз исхода беременности, по данным литературы, неопределенный. Наиболее частым осложнением беременности при ПМД является ЗРП, скорее всего, связанная с шунтированием крови плода в сосудистые мальформации или тромбозом кровеносных сосудов стволовых ворсин, что приводит к гипоперфузии и гипоксии. Также отмечена высокая частота преждевременных родов. Материнские осложнения встречаются редко и вряд ли имеют прямую связь с ПМД. По-видимому, исход беременности скорее определяется относительным размером и ростом функционально полноценной плаценты, а не наличием ПМД. В связи с этим требуется динамический мультиваскулярный доплеровский мониторинг функционального состояния фетоплацентарного комплекса. Необходима тщательная оценка анатомических структур плода для исключения фетальных аномалий, в частности синдрома Беквита – Видемана, опухолей печени. В сомнительных случаях показана инвазивная пренатальная диагностика.

Дифференциальную диагностику ПМД в первую очередь следует проводить с частичным пузырьным заносом, полным пузырьным заносом при бихориальной двойне с нормальным вторым плодом, поскольку утолщенная плацента с множественными анэхогенными полостями являются классическими эхографическими находками как ПМД, так и пузырьного заноса. При фокальном поражении (как в нашем случае) ПМД может потребоваться дифференциальная диагностика с хориоангиомой, субхориальной гема-

томой, плацентарной кистой, идиопатической аневризмической дилатацией субхориальных сосудов.

**Выводы.** При проведении дифференциального диагноза кистозных изменений в плаценте, выявленных при УЗИ, следует помнить о редкой патологии — плацентарной мезенхимальной дисплазии, при отсутствии высокоскоростных сигналов кровотока внутри очага и нормально сформированном плоде. Необходимо тщательная оценка анатомии плода, динамики роста плода и функционального состояния фетоплацентарного комплекса для раннего выявления осложнений и предотвращения ненужного прерывания беременности или досрочного родоразрешения.

### УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ: МАССИВНЫЙ СУБХОРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ

*Волик Н.К.*

*Национальная медицинская академия  
последипломного образования  
имени П.Л. Шупика, г. Киев*

**Введение.** Массивный субхориальный тромбоз (массивный взбухающий субхориальный тромбоз) (МСХТ) — редкая форма тромбоза субхориальной зоны, обусловленная обструкцией венозных коллекторов в области плацентарного ложа матки и затрудненного оттока по ним венозной материнской крови. МСХТ представляет собой тромботические массы толщиной до нескольких см, отделяющие хориальную пластинку от ворсинчатой ткани на значительном протяжении, иногда с поражением до базальной пластинки, что приводит к формированию трансплацентарного тромбоза.

**Материалы и методы.** Представлены 2 наблюдения МСХТ при одноплодной беременности с рождением живых детей в сроки 29-30 нед. и 34-35 нед. Приведена динамика изменений эхографической картины МСХТ на протяжении беременности и функционирования фетоплацентарного комплекса по данным мультиваскулярного доплеровского мониторинга и 3D-энергетической доплерографии (3D-ЭДК) внутриплацентарного кровотока.

**Результаты и обсуждение.** *Случай 1.* Беременная 33 года. Настоящая беременность — 4-я. Предстоящие 2-е роды. Отягощенный акушерский анамнез: преждевременные роды в 34 нед., 2 самопроизвольных аборта в 6-7 и 8-9 нед. Отягощенное течение настоящей беременности: перманентная угроза прерывания, повторные кровянистые выделения до 20 нед. Тяжелый антифосфолипидный синдром. Ранняя ЗРП с 19 недель, маловодие. Плацента располагалась по передней стенке матки. В 19 нед. МСХТ определялся в виде гипозоногенных зон, взбухающих в амниотическую полость, с медленно перемещающейся взвесью, занимающих до  $\frac{3}{4}$  толщины плаценты на протяжении левой половины плаценты. Узкая прослойка сформированной хориальной ткани толщиной до 11 мм поджата к базальной пластинке. В режимах ЦДК сосудистые сигналы в данной зоне отсутствовали. Нормально сформированная плацентарная ткань определялась в правой парацентральной и краевой зоне. Здесь же прикреплялась пуповина. В 22 недели зона тромбоза приобрела вид «многокамерного» образования с практически ан-

эзогенным содержимым и толстыми эзогенными «септами», в режимах ЦДК определялись сосудистые сигналы в отдельных стволовых ворсинах. Сохранная ткань плаценты имела хорошо развитую сосудистую сеть. После 28 недель зона тромбоза уменьшилась в размерах, приобрела более высокую эзогенность и «сетчато-слоистую» эхоструктуру за счет увеличения количества эзогенных включений. Правая половина плаценты имела типичное эхографическое отображение с хорошо развитыми сосудистыми ветвями в режимах ЦДК и 3D-ЭДК. После 30 недель в сохранной паренхиме левой половины плаценты появились интраплацентарные сосудистые сигналы. Результаты мультиваскулярного доплеровского мониторинга: патологический профиль спектра кровотока в обеих МА на протяжении беременности с отсутствием гестационных преобразований в субдоминантной (левой) МА. Отсутствие прироста интенсивности кровотока в АП с 19 до 34 недель беременности со значениями ПИ, соответствовавшими 95% для данного гестационного срока в 34 недели. Повышение пиковой систолической скорости в СМА плода в 19, 22, 24 и 28 недель. Снижение ЦПИ в 34 нед. ниже 5% при неизменных абсолютных значениях ПИ — трудно интерпретируемый признак в данном сроке беременности. Неизменный профиль спектра кровотока в венозном протоке плода в 19, 28 и 34 нед. Досрочное родоразрешение путем планового кесарева сечения выполнено на следующий день после последнего исследования. Родилась недоношенная девочка массой 1480 г, рост 47 см. Оценка по Апгар — 7-7 баллов. Неонатальный период протекал без осложнений. Макроскопически МСХТ был представлен крупноочаговыми субхориальными тромботическими массами толщиной 1-3 см, занимающих до половины площади хориальной пластинки. Имело место краевое прикрепление пуповины.

*Случай 2.* Беременная 25 лет. Настоящая беременность первая. Клинически течение беременности без особенностей. Из анамнеза с первого триместра отмечали утолщение плаценты, преждевременное старение плаценты. При плановом УЗИ в 19-20 недель биометрические параметры плода соответствовали сроку беременности. В 28-29 недель при клиническом осмотре заподозрено отставание роста плода, в связи с чем беременная направлена на УЗИ, в ходе которого установлено отставание биометрических параметров плода на 2-3 недели и «опухоль» плаценты. Беременная направлена на консультативное экспертное УЗИ, в ходе которого были выявлены следующие изменения. Биометрические параметры плода отставали от должствующих на 2-3 недели. Плацента располагалась по правой боковой стенке. В подхориальной области на всем протяжении определялась зона «сетчато-слоистой» эхоструктуры за счет чередования разноэзогенных участков условной толщиной до 35 мм, ахроматичная в режимах ЦДК, взбухающая в сторону амниотической полости. Сохранная хориальная ткань «поджата» к базальной пластине с наличием участков расширения МВП с признаками стаза крови и тотальной гиповаскуляризации в режимах ЦДК и 3D-ЭДК. По результатам мультиваскулярного доплеровского исследования выявлены декомпенсированное нарушение гемодинамики в фетоплацентарном комплексе в виде пато-