

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-

логического профиля спектра кровотока в обеих МА с отсутствием гестационных преобразований в субдоминантной (левой) МА, снижение диастолического компонента кровотока в АП с повышением ПИ выше 95%, снижение абсолютных значений ПИ СМА и ЦПИ ниже 1,0, тенденция к повышению ПИ (0,8) и снижению скорости в фазу изоволюметрического расслабления (повышение S/v) в венозном протоке – отражение кардиальной дисфункции плода. В процессе исследования зарегистрирован эпизод резкого укорочения шейки с открытием внутреннего зева – объективный признак угрожающих преждевременных родов. Через 5 дней после исследования произошли спонтанные преждевременные роды в сроке 29-30 недель. Родилась живая недоношенная девочка массой 840 г, рост 39 см. Оценка по Апгар – 5-6 баллов. Ребенок находился в ОИТ и переведен на второй этап выхаживания. МСХТ имел вид тромботических масс слоистого вида, занимающих до 4/5 площади хориальной пластины со сдавлением ворсинчатого дерева.

В представленных случаях МСХТ не явился смертельным в связи с достаточной абсолютной массой плаценты и достаточными компенсаторными изменениями в зрелом ворсинчатом дереве в первом случае и спонтанными преждевременными родами во втором случае с экзодоплерометрическими признаками несостоятельных компенсаторных механизмов, что привело к клинически неблагоприятному перинатальному результату.

МСХТ требует дифференциального диагноза с другими очаговыми поражениями плаценты – субамниотической, интраплацентарной, ретроплацентарной гематомами, цитотрофобластической кистой, кистами пуповины, хориангиомой, мезенхимальной дисплазией плаценты.

Выводы. МСХТ представляет собой достаточно редкую полиэтиологичную патологию плаценты с высоким риском неблагоприятного перинатального исхода. Для МСХТ характерно раннее появление комплекса признаков в виде угрозы прерывания беременности, маловодия, ЗРП, дистресса плода вследствие циркуляторных нарушений в плаценте. Исход МСХТ для плода определяется массивностью поражения плаценты. МСХТ может быть «ограничен» сформированным ворсинчатым деревом с адекватными реакциями на гипоксические состояния – ангиоматозом сосудов ворсин и увеличением количества синциотальных узлов. Пролонгированное течение МСХТ дает возможность диагностировать данное критическое состояние, разработать тактику ведения беременности и принять решение о сроках родоразрешения.

УЛЬТРАЗВУКОВА ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА БОЙОВОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ І ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ

Гречаник О.І., * Абдуллаєв Р.Я., ** Хоменко І.П., * Ермілова О.В., * Вереш Д.Б. *

* НВМКЦ «ГВКГ», м. Київ, ** ХМАПО, м. Харків

Актуальність. Під час ведення АТО на сході України вогнепальні поранення грудей становлять 12%, а питома вага загиблих з пораненнями грудей і живота досягає 28% санітарних втрат. Рентгенологічні та ультразвукові методи дослідження засто-

суються у госпіталях військової зони (II рівень) та зони евакуації (III рівень), дозволяють оцінити характер та ступінь пошкодження, що необхідно для своєчасної хірургічної тактики та інтенсивної терапії пораненого.

Мета дослідження – визначити можливість сучасних променевих методів діагностики (цифрова рентгенографія та ехосонографія) в діагностиці торакальної і торакоабдомінальної травми у поранених АТО.

Матеріали та методи. Нами проведений ретроспективний аналіз променевих обстежень 93 поранених віком від 18 до 46 років, що надійшли для надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги в період з лютого 2015 р. по квітень 2016 р. Пораненим виконували рентгенологічні дослідження (рентгенографія, рентгеноскопія) з введенням контрастних речовин та без них, за допомогою рентгенодіагностичної пересувної системи «АРМАН» та блоком рентгенографічним цифровим «ЮНА-Р-4000». Ультрасонографія проводилась на портативному приладі SonoSite та стаціонарному УЗД апараті SIEMENS LXE.

Результати та їх обговорення. У процесі ретроспективного аналізу променевих досліджень у поранених з торакальною, торакоабдомінальною травмами оцінювали рентген- та ехоморфологічні, рентген- та ехофункціональні зміни: 1) наявність, тип пошкодження кісткових структур грудної клітки, хребта; 2) наявність, тип пошкодження м'яких тканин (рани, забій, сторонні тіла); 3) стан парієтального та вісцерального листків плеври, очеревини, перикардіальної сумки (наявність, ступінь гемо- та/або пневмотораксу, гемо- та/або пневмоперитонеуму, гемоперикарду), структуру рідини в плевральній та черевній порожнинах; 4) характер та виразність пошкодження легень, серця, середостіння; 5) стан діафрагми; 6) синдром пошкодження паренхіматозних органів; 7) синдром пошкодження порожнистих органів; 8) наявність і локалізація сторонніх тіл; 9) характер і тип раньового каналу. З урахуванням переважаючого пошкодження визначали порядок оперативного та лікувально-діагностичного втручання. Близько у 50% поранених виявлялися вогнепальні переломи нижніх ребер, сторонні тіла (металеві осколки, кулі, обшивки снарядів, кісткові уламки) в м'яких тканинах, легенях, печінці, травматичні зміни в легенях (гідро- та/чи пневмоторакс, забій, розрив легень), пошкодження лопаток, груднини, грудного, поперекового відділу хребта, пошкодження середостіння (серця, аорти). До 15% становили торакоабдомінальні поранення, що характеризувалися травмуванням діафрагми. Найбільш частим ускладненням при бойових вогнепальних пошкодженнях грудей та живота були пневмонії, емпієма плеври, абсцеси легень, печінки, у 5 поранених був діагностований перитоніт. Нами відмічена висока перевага поєднання рентгенологічного та ультразвукового методів діагностики при торакальних і торакоабдомінальних пораненнях із вираженими ознаками пошкодження черевної та грудної порожнини. До 40% торакоабдомінальних поранень переважали пошкодження органів черевної порожнини із симптомами пошкодження порожнистих та паренхіматозних органів.

Висновки. Провідна роль у діагностиці торакальних і торакоабдомінальних поранень відводиться