


С.Г.ХАЧКУРУЗОВ

**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
РАННЕГО СРОКА**

Восьмое издание

 Москва
«МЕДпресс-информ»
2019

УДК 618.2-073

ББК 57.16

X24

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Хачкурузов С.Г.

X24 Ультразвуковое исследование при беременности раннего срока / С.Г.Хачкурузов. – 8-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 248 с. : ил. ISBN 978-5-00030-595-9

В монографии отражены (с привлечением значительного объема иллюстративного материала – эхограмм и схем) эмбриологические, клинические и эхографические аспекты начального периода (2–3 – 5–6 недель) прогрессирующей маточной беременности. Параллельно с типичным вариантом динамической эхокартины рассмотрены различные модификации и нюансы нормы. Отдельная глава посвящена патологии беременности раннего срока. В ней приводятся эхографические критерии распознавания угрожающего выкидыша и неразвивающейся беременности. Причем информация об ультразвуковой симптоматике этих осложнений расширена, систематизирована и обновлена. В последней главе представлены алгоритмы эходиагностики функциональных нарушений менструального цикла, протекающих «под маской» ранней беременности и поэтому требующих дифференциации с последней.

Книга предназначена для врачей УЗИ и акушеров-гинекологов.

УДК 618.2-073

ББК 57.16

ISBN 978-5-00030-595-9

© Хачкурузов С.Г., 2002

© Издательство «МЕДпресс-информ», 2008

ВВЕДЕНИЕ

Ультразвуковое исследование органов малого таза является ведущим методом для распознавания БРС (от 2–3 до 5–6 НБ), определения срока после зачатия, оценки состояния Пл/Я в полости **М**, уточнения анатомических и функциональных особенностей **М** и **Я** и последующего УЗ-мониторинга, вплоть до родов. БРС или точнее подозрение на нее — одна из самых частых причин обращения женщин чадородного возраста на УЗИ. Подобные пациентки по частоте занимают второе место после больных с воспалительными и поствоспалительными заболеваниями придатков **М** и составляют от 35% до 62% среди молодых (18–38 лет) посетительниц УЗ-кабинета акушерско-гинекологического учреждения.

В то же время, проблемы эхографической диагностики маточной БРС, в качестве собственно проблемы, ни в отечественной и зарубежной литературе, ни в среде врачей-УЗИ и гинекологов практически не существует. Широко распространено мнение о чрезвычайной простоте визуализации и анализа плодного яйца в матке. И это действительно так... в типичных случаях, к счастью, составляющих подавляющее большинство. Однако, именно наблюдения нетипичного и патологического течения маточной беременности ранних сроков (2–3 — 5–6 НБ) обязательно и чаще всего требуют дифференциации с ВМБ.

Кроме того, существует целый ряд функциональных нарушений менструального цикла, клинические и субъективные проявления которых могут быть расценены как следствие начальной фазы беременности. Характерно, что циклические расстройства, симулирующие БРС, встречаются отнюдь не редко. Частота их колеблется от 9% до 30% (и более) среди женщин, приходящих на УЗИ с подозрением на БРС. Идентификация данных нарушений — неотъемлемая часть работы врача-

УЗИ, практикующего в акушерско-гинекологических учреждениях, в первую очередь амбулаторных.

Другая грань этой деятельности заключается в выявлении патологических вариантов течения маточной беременности, а именно: угрозы выкидыша и, реже, неразвивающейся беременности. При этом современный уровень распознавания УВ все еще далек от совершенства и «страдает» стойкой тенденцией к гипердиагностике. Что же касается неразвивающейся беременности, то УЗ-критерии этого осложнения на ранних этапах развития изучены недостаточно, а тактика врача-УЗИ не регламентирована.

Нельзя забывать и о том, что при обращении женщины в УЗ-кабинет по поводу БРС в процессе эхолокации нередко обнаруживаются те или иные органические заболевания **М** и **Я**. Чаще всего они визуализируются параллельно с Пл/Я в **М** в качестве случайной находки бессимптомно протекающей гинекологической патологии. Значительно реже патологические **О** репродуктивной сферы служат причиной дисменореи (аменореи), протекающей под маской БРС.

Таким образом, актуальность настоящей публикации вытекает из того, что УЗИ при БРС — это не только констатация факта наличия Пл/Я в **М** и более или менее точное определение срока гестации, но и обязательная оценка качества гравидарного процесса. В том же случае, если при субъективных проявлениях, подозрительных на беременность, Пл/Я в полости **М** нет, задача врача-УЗИ усложняется многократно, превращаясь в уравнение со многими неизвестными: 1) «эxonегативная форма» маточной БРС, когда при первичном исследовании Пл/Я в **М** не видно из-за очень небольших размеров эмбриональной полости; 2) ВМБ; 3) одно из функциональных нарушений менструального цикла; 4) патологические **О** **М** и **Я** как причина дисменореи.

Перечисленные выше и многие другие аспекты УЗИ при БРС, на первый взгляд простые и очевидные, изучены далеко не полностью или представлены в литературных источниках схематично и, как правило, в отрыве от реальной клинической ситуации. В связи с этим, представляется полезным еще раз привлечь внимание врачей-УЗИ и гинекологов к данному вопросу с целью уточнения и дополнения методических приемов и дифференциально-диагностических нюансов, которые все еще недостаточно освещены в литературе и программах обучения специалистов.

Г Л А В А I

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРОЦЕССА НА РАННИХ СРОКАХ

В основе процесса репродукции лежит неразрывно связанная, генетически обусловленная последовательность ряда очень важных процессов и явлений, без которых невозможно наступление и прогрессирование нормальной беременности: созревание фолликула в **Я** и пролиферация **Э** —> овуляция и образование желтого тела в **Я** —> захват яйцеклетки дистальной частью **МТр** и оплодотворение —> транспорт оплодотворенной яйцеклетки по **МТр** —> имплантация бластоцисты в полости **М**. Воспроизведение в данном, сугубо прикладном, издании указанных моментов репродуктивного цикла совершенно необходимо для объективной, адекватной оценки эхографической картины БРС и грамотных, уверенных действий врача-УЗИ при различных функциональных расстройствах, симулирующих беременность.

МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

Фаза пролиферации или I фаза двухфазного, то есть овуляторного цикла. Продолжительность 14–15 дней. Складывается из трех стадий и характеризуется неуклонным повышением содержания эстрогенов и низким фоновым уровнем прогестерона.

Н а ч а л ь н а я с т а д и я (с 1-го по 6–7 день цикла, 2–3 дня после окончания месячных). Концентрация эстрадиола сравнительно небольшая, но постепенно нарастает, в результате чего в одном из **Я** среди мелких антральных фолликулов выделяется один или несколько зре-

ющих фолликулов, от 5–6 до 9–10 мм в Д. Э: сразу после месячных выражен незначительно (2–3 мм), но через 3 дня толщина пролиферативной слизистой достигает 4–5 мм. Двигательная активность **МТр** (общий мышечный тонус, сила, частота и амплитуда сокращений, изменение положения в малом тазу) вялая, что обусловлено все еще незначительным содержанием эстрогенов в общем и региональном кровотоке. Эндосальпингс тонкий, высота реснитчатых клеток минимальная, секреторные клетки уплощены.

Средняя стадия (5–6 дней). Темпы секреции эстрадиола возрастают. Один из зреющих фолликулов доминирует среди остальных своими размерами (> 10 мм) — доминантный фолликул, со скоростью роста (увеличением объема) 2–4 мм ежедневно. К концу этой стадии он достигает 14–20 мм в Д. Параллельно, также под действием в умеренной степени растущей концентрации эстрогенов, толщина пролиферативной слизистой **М** увеличивается на 2–3 мм. Э = 6–7 мм. Активируются **МТр**. Избирательная стимуляция эстрадиолом альфа-адренергических рецепторов мышечной ткани труб сопровождается ускорением расхода энергетического материала и ведет к повышению силы и возбудимости всех групп мышц — нарастает общий тонус, появляются спонтанные сокращения, несколько усиливаются маятникообразные движения. В эндосальпингсе протекают изменения, сходные с таковыми в полости **М**: базальный слой утолщается, секреторные клетки увеличиваются в размерах за счет накопления гранул секрета.

Поздняя стадия (3–5 дней). Резкое ускорение продукции эстрогенов, протекающей так же, как и на предыдущих этапах первой фазы цикла, под контролем ФСГ. За это время доминантный фолликул продолжает увеличиваться до 24–30 мм в Д, а пролиферативный Э = 8–9 мм. Одновременно высокий уровень эстрадиола вызывает специфические изменения в **МТр**. Значительно возрастают общий тонус яйцеводов и амплитуда маятникообразных движений, преимущественно за счет сокращения продольной мускулатуры, что приближает дистальный отдел к **Я**. Этому способствует стойкий спазм гладкомышечных волокон мезосальпингса и мезоооарума, активизирующихся также под воздействием высоких доз эстрогенов. Усиливаются и становятся регулярными перистальтические волны, складывающиеся из синхронных сегментарных сокращений циркулярного мышечного слоя, которые имеют до овуляции центробежную направ-

ленность от трубного угла **М** к воронке **МТр**. В дистальной части ампулы появляются турбинальные движения. Спазмируется трубно-маточный сфинктер, что препятствует несвоевременному попаданию сперматозоидов в просвет трубы и тем самым предохраняет их от «преждевременного старения». Кроме того, вследствие интенсивной эстрогенной стимуляции изменяется слизистая яйцеводов: резко возрастает число реснитчатых клеток из-за трансформации части секреторных клеток в реснитчатые; сами реснички удлиняются, превращаясь в микроворсинки; набухают секреторные клетки, активно выделяя в просвет трубы биологическую жидкость.

В преовуляторном периоде, продолжающемся от нескольких часов до одних суток, происходит переключение гормональной регуляции с ФСГ на ЛГ-уровень, что еще больше повышает секрецию эстрадиола. Анатомические параметры созревшего фолликула и **Э** прежние. Но именно в данный, довольно короткий промежуток, накапливающийся в интрафолликулярной жидкости ЛГ стимулирует выработку прогестерона (**П**) в преовуляторном фолликуле, что абсолютно необходимо для последующего овуляторного разрыва. В это же время резко возрастает кровенаполнение вен основания воронки **МТр**, которые располагаются кольцевидно по ее краю и проникают внутрь фимбрий. В результате спазма гладкомышечных элементов и перенаполнения вен кровью фимбрии напрягаются и вместе с уже приблизившейся к **Я** воронкой плотно охватывают его. Вот так к моменту овуляции формируется плотный трубно-яичниковый контакт, необходимый для надежного попадания яйцеклетки в просвет яйцевода.

О в у л я ц и я (14–15 день цикла). Гранулезный эпителий преовуляторного фолликула прекращает продуцировать эстрадиол, и концентрация последнего как внутри фолликула, так и в регионарном кровотоке яичниково-трубно-маточного комплекса резко падает. Параллельно, накопившийся в полости созревшего фолликула **П** вызывает выраженные сосудистые изменения в стенке и стимулирует простагландины, усиливающие повреждающее действие **П**. Также, под влиянием данного гормона активируются протеолитические ферменты интрафолликулярной жидкости. Совместное действие трех указанных факторов вызывает локальную деструкцию стенки, и под давлением фолликулярной жидкости происходит гидродинамический разрыв фолликула с выходом яйцеклетки за пределы **Я** — овуляция.

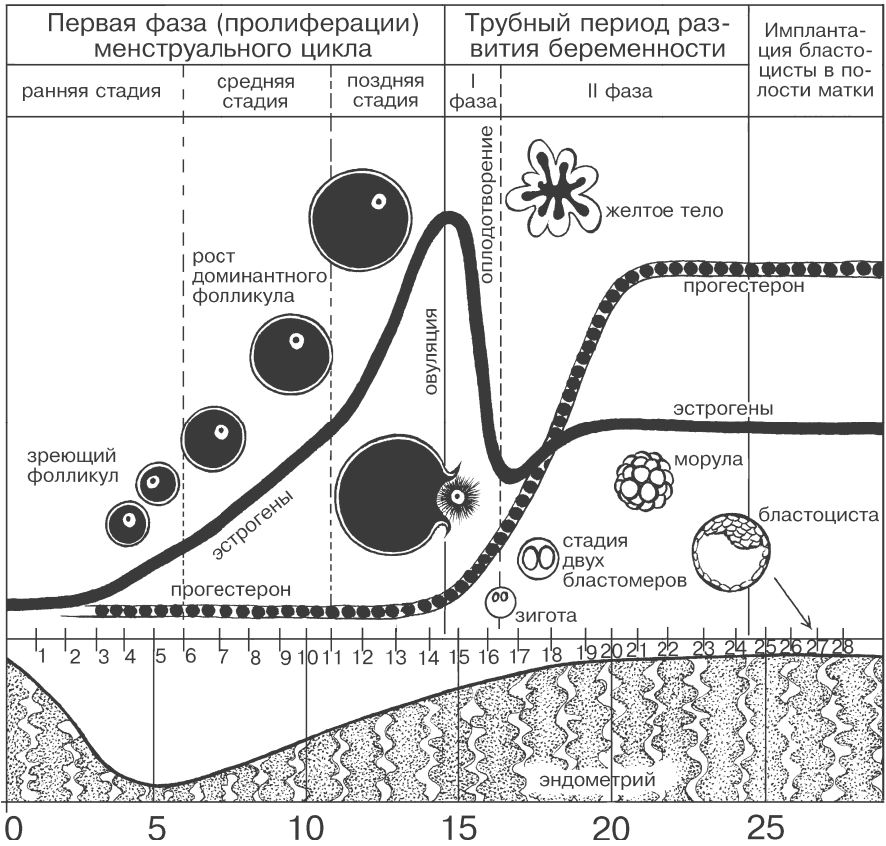


Рис. 1. Морфологические, эндокринологические и хронологические корреляции событий, происходящих в Я, МТр и М в процессе репродуктивного цикла.

ПЕРВАЯ ФАЗА ТРУБНОГО ПЕРИОДА

Постовуляторный период и оплодотворение (от нескольких часов до 1,5–2 суток).

В Я из тканей опорожнившегo фолликула образуется ЖТ, которое до оплодотворения называется менструальным желтым телом. Гормональная активность его в основном связана с интенсивной продукци-

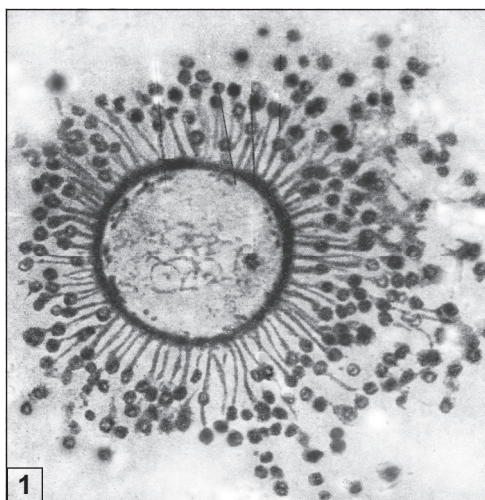
ей П, концентрация которого через 5–6 дней после овуляции достигает максимальных значений. Кроме того, ЖТ продуцирует низкие уровни эстрогенов и андростендиола.

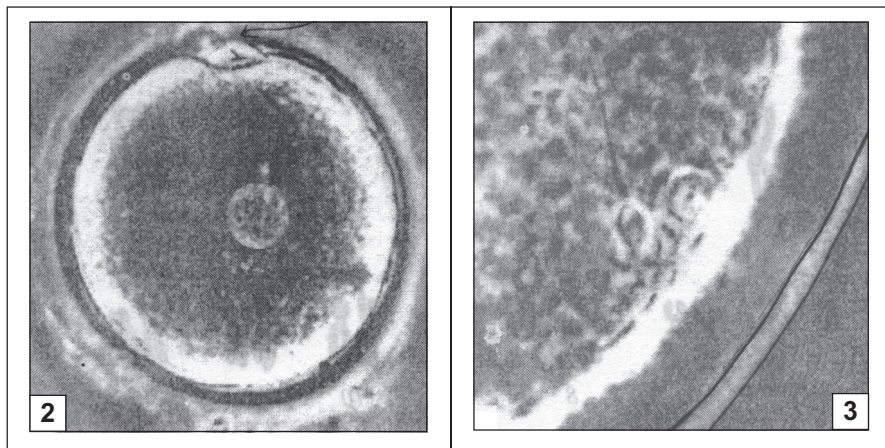
Попавшая в воронку **МТр** яйцеклетка окружена большим количеством фолликулярных клеток и желатинообразной массой — так называемым «лучистым венцом» (*рис. 2*), выполняющим на начальном этапе постовуляторного периода функцию протектора для более плотного контакта с густым реснитчатым покровом дистальной части ампулы трубы. Реснички эндосальпинкса не только удерживают яйцеклетку в просвете воронки, но и проталкивают ее в верхний отдел ампулы, к месту оплодотворения. За это время происходит *денудация* яйцеклетки, то есть постепенное освобождение женской гаметы от «лучистого венца», что необходимо для беспрепятственного проникновения в нее сперматозоида. Процесс денудации осуществляется вследствие механического воздействия ресничек, чему способствуют сложный ветвистый рельеф слизистой нижнего отдела ампулы и турбинальные движения воронки, а также путем растворения элементов «венца» интратубарной жидкостью, выделяемой секреторными клетками эндосальпинкса, функция которых активируется под влиянием П. После денудации яйцеклетка остается покрытой тонкой блестящей оболочкой, которой в самом ближайшем будущем предстоит быть локально разрушенной доминантным сперматозоидом (оплодотворение), а затем выполнять двоякую роль: с одной стороны, она служит защитным экраном для развивающейся в **МТр** зиготы, с другой стороны, в качестве полупроницаемой мембраны обеспечивает «питание» зародыша биологически активными веществами интратубарной жидкости.

Рис. 2 (1, 2, 3).

Ранний постовуляторный период (1, 2) и оплодотворение (3).

1. Сразу после овуляции. Яйцеклетка с лучистым венцом (В. Г. Елисеев, 1963).





2. После денудации. Неоплодотворенная яйцеклетка, окруженная гладкой блестящей оболочкой.

3. Сперматозоид, проникший в яйцеклетку (К. Гробштейн, 1982).

Одновременно с денудацией яйцеклетки в верхней части яйцевода происходит *капацитация* сперматозоидов. Секретируемый ЖТ **Я** прогестерон вызывает расслабление до овуляции спазмированного трубно-маточного сфинктера, и находящиеся в маточном отделе трубы спермии поступают в просвет перешейка. Данный процесс облегчается уменьшением общего тонуса **МТр** из-за резкого падения после овуляции уровня эстрадиола. В перешейке завершается дозревание сперматозоидов (качественный и количественный отбор осуществляется в маточной части трубы, где происходит выбраковка патологических форм — капацитация, то есть удаление с головки адсорбированных веществ, выполняющих ранее защитную функцию, а сейчас — препятствующих оплодотворению. Итак, за период от 5–7 часов до 1,5–2 дней (обычно в течение суток) в **МТр** совершаются очень важные события, обязательно предшествующие оплодотворению (*рис. 3*): 1) проникновение яйцеклетки из овулировавшего фолликула в воронку трубы; 2) денудация и продвижение ооцита в верхнюю часть ампулы; 3) попадание элитных сперматозоидов в перешеек и капацитация.

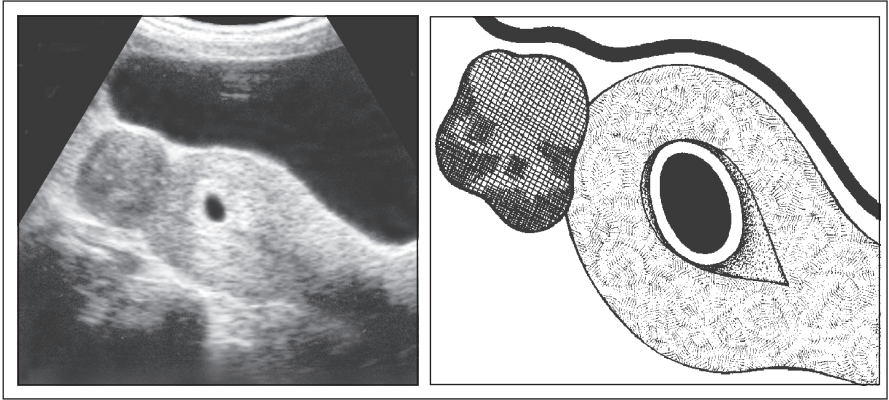


Рис. 33. Фибромиома **М** и БРС.

Пл/Я = 4 НБ. В области дна **М** виден субсерозный ФМ-узел, 28 мм в Д. УЗ-характеристики его верхнего полюса примерно соответствуют нормальному миометрию (изоэхогенная ткань), нижняя половина узла представлена эхонегативными зонами активной миопролиферации.

Множественные ФМ-узлы, а также фибромиомы, в строении которых превалирует фиброзная ткань, встречаются нечасто и в процессе УЗИ в связи с БРС или при подозрении на таковую в основном определяются у обследуемых в возрасте от 37 до 45 лет.

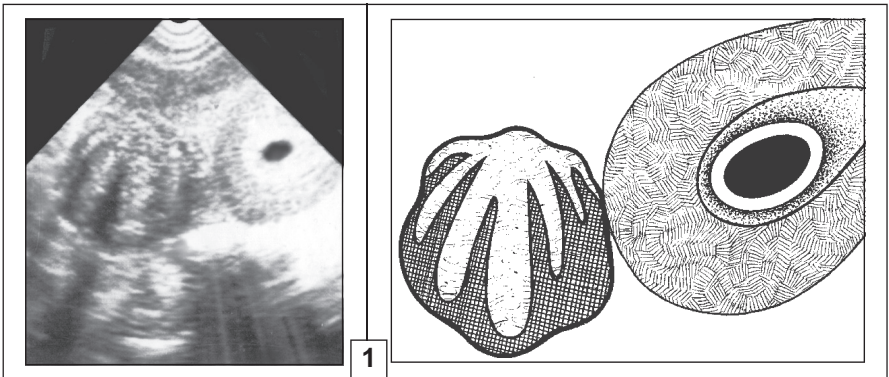


Рис. 34 (1, 2). Фибромиома и БРС.

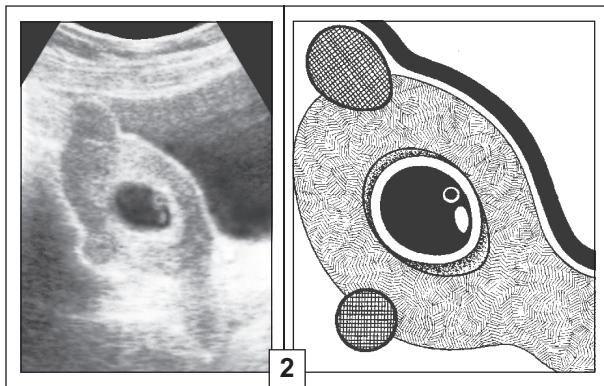
1 (ТВ-УЗИ). БРС = 3 НБ.

Субсерозный ФМ-узел, в структуре которого преобладает фиброзный компонент (множественные эхопозитивные включения, придающие **О** груботрабекулярное строение), впервые выявленный при УЗИ в связи с задержкой месячных.

2. Пл/Я в полости **М**.
5 НБ.

Два интрамурально-субсерозных ФМ-узла: в области дна, 22 × 12 мм; по задней стенке, 13 мм в Д.

Частота первичного выявления ФМ-узла (узлов) при УЗИ по поводу ранней беременности отмечается у 20%–25% из всех пациенток с фибро-



миомой и БРС. В большинстве случаев факт фибромиомы уже был установлен (эхографически) ранее, но обследуемые нередко умалчивают об этом, поэтому подобные УЗ-находки обычно бывают неожиданными для исследователя. Причины такой «скрытности» были пояснены в разделе «Серозные кисты», но их стоит повторить: 1) желание проведения независимой УЗ-экспертизы состояния **М** на предмет наличия или отсутствия данной патологии; 2) для непредвзятой оценки динамики течения опухоли; 3) с целью планирования последующих исследований у данного специалиста; при этом, если выполняющий УЗИ в связи с БРС врач не заметил узла, то зачастую автоматически делается скоропалительный вывод о его низких диагностических навыках. Не исключено, что в дальнейшем эта негативная информация доводится до сведения знакомых пациентки и наблюдающих ее гинекологов... И опять же, абстрагируясь от упреков в тавтологии, уместно подчеркнуть, что яркая и самобытная эхокартина БРС не должна отвлекать исследователя от полного и внимательного изучения всей **М** в целом.

Как известно, обнаружение фибромиомы у беременной имеет существенное значение не только для уточнения уровня общего гинекологического здоровья, но и для адекватного контроля за прогрессирующей беременностью. Естественно, последнее положение распространяется только на женщин, заинтересованных в ее сохранении. В этом аспекте, наиболее часто встречающиеся субсерозные и интрамурально-субсерозные ФМ-узлы, даже довольно крупные, как правило безопасны, так как не оказывают давления на полость **М** и не вызывают механического повреждения Пл/Я. В то же время, само присутствие опухоли может быть

причиной гипертонуса миометрия, и поэтому рассматривается как один из факторов УВ. Другое дело интрамурально-субмукозные и субмукозные узлы, в той или иной степени деформирующие полость М. Сосуществование таких узлов и беременности никак нельзя назвать мирным. Риск выкидыша, спровоцированного давлением узла на Пл/Я, весьма высок — прямо пропорционален выраженности деформации амниона, определяющейся размерами опухоли, и возрастает с увеличением срока гестации; особенно когда компрессии и травматизации подвергается зона ворсинчатого хориона, что способствует избыточному субхориальному кровоизлиянию → образованию заоболочечной гематомы → частичной или полной отслойке Пл/Я. Конечно, представленная динамика событий не является обязательным правилом (даже наоборот), но, независимо от клинических и эхографических проявлений, все такие наблюдения должны расцениваться как осложненная беременность.

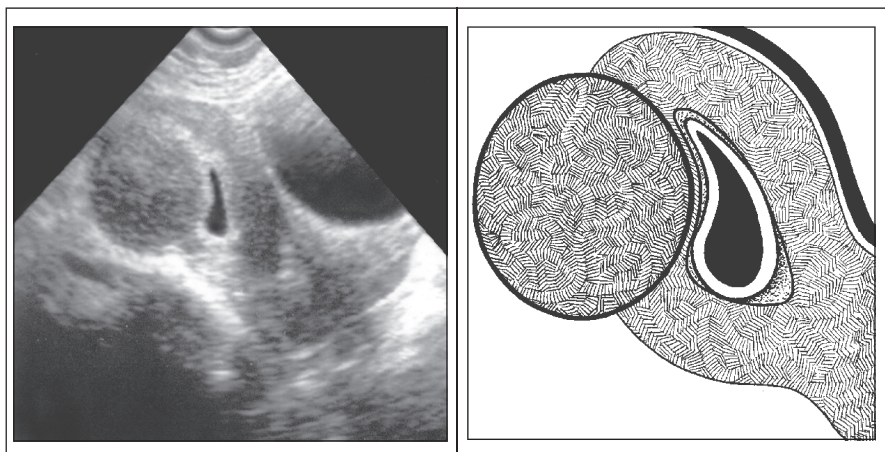


Рис. 35. Пример выраженной деформации амниона (4–5 НБ) крупным интрамурально-субсерозно-субмукозным ФМ-узлом, 52 × 37 мм — УВ, но без отслойки Пл/Я; заоболочечной гематомы нет.

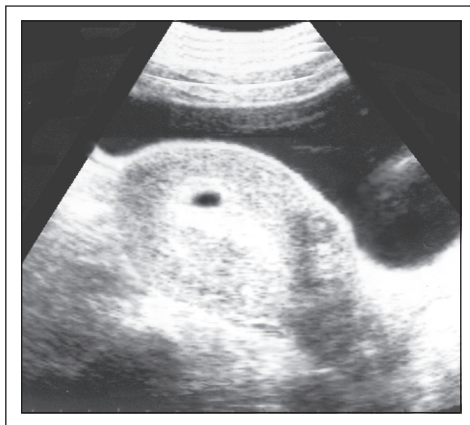
Установлено, что в тех единичных случаях, когда фибромиома обнаруживается у беременной до 28 лет, то чаще всего (59%–78%) она возникает на фоне хронической гиперэстрогении в анамнезе, идиопатической или обусловленной аденомиозом. Эхографическим отражением этого являются чрезмерно крупные размеры беременной М, превышающие как срок гестации, так и степень увеличения ее за счет ФМ-узла.

Рис. 36. ФМ-узел и БРС на фоне аденомиоза у 25-летней женщины.

Пл/Я = 3 НБ.

В передней стенке **М**, около перешейка, виден интрамуральный ФМ-узел, 17×12 мм. Однако, общее увеличение **М** достигает 7 НБ вследствие избыточной диффузной гипертрофии всех мышечных стенок.

В заключении раздела, посвященного необычным эхографическим находкам, в 4%–12% случаев сопутствующим ранней беременности, целесообразно привести еще один, крайне редко встречающийся вариант — сочетание БРС с тазовой дистопией одной из почек, чаще левой. Характерно, что УЗ-распознавание этой аномалии развития мочевыделительной системы осуществляется либо после профилактического гинекологического осмотра, при котором возникает подозрение на субсерозный ФМ-узел или овариальное **О**, либо при обследовании в связи с предполагаемой беременностью.



К., 22 года. Обратилась к гинекологу в связи с задержкой месячных на 10 дней. При вагинальном исследовании обнаружено незначительное увеличение размеров **М** и плотное опухолевидное **О** слева. Сделано УЗИ.

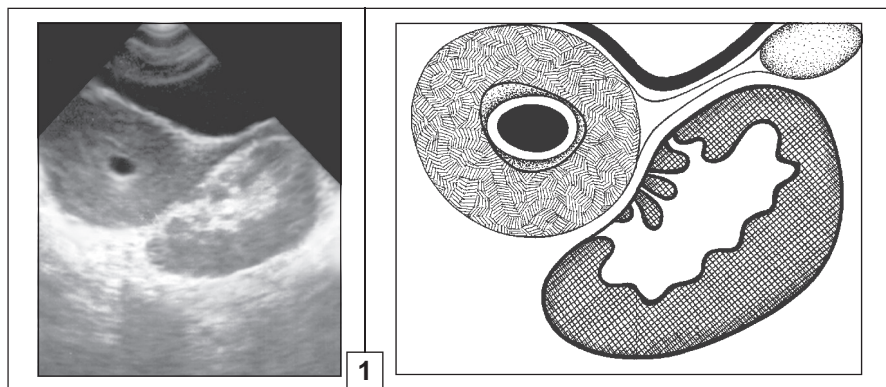
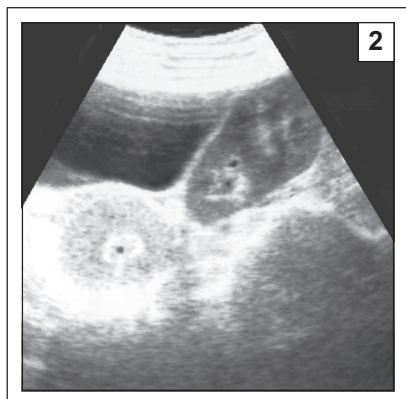


Рис. 37. Два случая тазовой дистопии левой почки, обнаруженной во время УЗИ по поводу БРС.

1. БРС = 3–4 НБ. В левой параметральной области, в пространстве между левой боковой поверхностью **М** и стенкой малого таза имеется мягкотканное **О** овальной формы, с четким и ровным контуром. В центре **О** лоцируется массивное эхопозитивное

включение высокой плотности, по строению — чашечно-лоханочный комплекс почки, окруженный с трех сторон однородной низкоплотностной тканью (паренхима почки). Над дистопированной левой почкой видны собственная яичниковая связка и левый **Я**, смещенные вверх от давления. При полипозиционном эхопоиске левой почки в типичном месте получить ее изображения не удалось.



2. Аналогичное наблюдение (2–3 НБ), но дистопированная левая почка располагается выше, чем на предыдущем рисунке — нижний полюс почки на уровне левого угла **М**.

Таким образом, перечень доброкачественных патологических **О**, выявление которых возможно во время УЗИ по поводу БРС, включает довольно широкий спектр кист **Я**, а также некоторые мягкотканые опухоли (фиброма **Я**, фибромиома **М**) и аденомиоз. При этом в 75%–87% наблюдений приходится сталкиваться с

первичной манифестацией бессимптомной гинекологической патологии, что, безусловно, означает практическую реализацию главного принципа современной лучевой диагностики и медицины вообще — раннюю, доклиническую диагностику различных заболеваний, состояний и вариантов (аномалий) развития женской репродуктивной сферы. Представленные выше фактические материалы убедительно показывают, что врач, выполняющий УЗИ с подозрением на беременность, должен иметь не только солидную теоретическую подготовку, но и определенный опыт клинической работы в данной сфере. А главное, он просто вынужден находиться в постоянной «боевой» готовности не только к грамотной оценке гравидарного процесса, но и к визуализации и идентификации целого ряда дополнительных деталей, иногда сопутствующих БРС.

Г Л А В А IV

ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННЕМ СРОКЕ

Эходиагностика патологических вариантов маточной БРС в основном касается угрожающего (угрозы) выкидыша (УВ) и неразвивающейся беременности. Значительно реже приходится регистрировать выкидыш (аборт) «в ходу» или оценивать состояние полости **М** после самопроизвольного, полного или неполного, выкидыша, а также после искусственного прерывания беременности. За исключением последней ситуации, предлагаемые ниже сведения относятся к группе женщин, заинтересованных в пролонгировании БРС и, реже, колеблющихся в решении вопроса о ее сохранении. Данный факт определяет большое клиническое, и даже социальное, значение адекватной УЗ-диагностики ненормального течения гравидарного процесса, так как именно результаты УЗИ в большинстве наблюдений служат: для первой группы женщин — базовой информацией при выборе акушером-гинекологом оптимальной тактики «ведения»; во втором случае — часто определяющим фактором в разрешении дилеммы о судьбе БРС. Ну а если же планируется искусственный аборт, то отражение в УЗ-протоколе каких-либо отклонений от нормы является не более, чем формальной обязанностью эхографиста.

УГРОЖАЮЩИЙ ВЫКИДЫШ

или угроза выкидыша (аборта) — наиболее типичная патология беременности на ранних сроках.

Согласно данным официальной статистики, самопроизвольное прерывание (от 2–3 до 28 НБ) встречается в 10%–25% случаев (по статистике ВОЗ — 15%) от общего числа сохраняемых беременностей, причем частота данного осложнения за последние 5 лет не имеет тенден-

ции к снижению. Однозначных же сведений о частоте выкидышей на ранних сроках нет, но опыт практической работы позволяет фиксировать цифровые данные в пределах 18%–37% среди всех (до 28 НБ) наблюдений спонтанных абортов.

Сразу нужно подчеркнуть, что в повседневной деятельности женских консультаций и гинекологических отделений больниц в основном приходится сталкиваться не с выкидышами как таковыми, а с УВ — динамическим состоянием, часто сопровождающим гравидарный процесс на ранних сроках. При этом исход угрозы прерывания беременности в собственно выкидыш наблюдается редко. В подавляющем большинстве случаев — это обратимое патологическое состояние, как правило ликвидируемое с помощью своевременного лечения. Данный факт определяет актуальность раннего и адекватного распознавания УВ, осуществляемого по 4 диагностическим векторам: 1) субъективные ощущения беременной; 2) гинекологический осмотр; 3) кольпоцитологическое исследование («мазок на угрозу»); 4) УЗИ.

Различают следующие клинические фазы выкидыша.

1. **УВ.** Тонус миометрия повышен (гипертонус), но Пл/Я полностью сохраняет связь с **М**. Субъективно проявляется периодически возникающими болями внизу живота, небольшой или средней интенсивности. Могут отмечаться ноющие, иногда постоянные, боли в пояснице. Гинекологический осмотр — без особенностей, реже пальпаторно тело **М** может представляться несколько напряженным.

2. **Начавшийся аборт** (частичная отслойка Пл/Я) обычно характеризуется повторяющимися приступами схваткообразных болей и небольшими кровянистыми выделениями. Вагинальное исследование показывает некоторое укорочение **ШМ** при закрытом или чуть приоткрытом наружном зеве. **М** часто напряжена.

3. **Аборт в ходу.** Пл/Я теряет связь с плодовместилищем и опускается в нижний отдел **М** или в канал **ШМ**. Сопровождается довольно сильными схваткообразными болями и кровотечением. **ШМ** укорочена, наружный зев раскрыт.

Неполный аборт. Жалобы на кровянистые или сукровичные выделения из половых путей, **М** остается несколько увеличенной, цервикальный канал проходим для одного пальца.

Полный аборт. Характерен для самопроизвольного опорожнения **М** при БРС. Жалоб обычно нет или определяются незначительные сук-