

I, II и III-м триместрах беременности. Известно, что в раннем сроке может диагностироваться предлежание плаценты в 30% случаев, а к концу беременности — 0,3%. Поэтому этот диагноз был установлен на 18-21-й неделе 13 беременным. Если край плаценты достигал или перекрывал внутренний зев, то проводили контроль УЗИ в 26-28 недель и при подтверждении диагноза (и даже отсутствии кровотечения) беременным госпитализировали в стационар до родоразрешения.

Если край плаценты визуализировался меньше чем на 20 мм от внутреннего зева, то при отсутствии клинических проявлений проводился контроль УЗИ после 35-36 недели. И если край плаценты находился больше чем на 20 мм от внутреннего зева, можно было прогнозировать успешные вагинальные роды. Любое перекрывание внутреннего зева было показанием к КС. Всем 13 беременным было проведено плановое КС, которое прошло без осложнений.

У 4 беременных было диагностировано приращение плаценты в области рубца на матке с помощью шести эхо-признаков в серой шкале, четырех — при доплеровском картировании и одного — в трехмерном изображении (согласно рекомендациям Европейской рабочей группы по аномальной инвазии плаценты (EW-AIP), 2014 г.). У каждой пациентки наблюдалась одна из трех видов инвазии от поверхностной до глубокой с прорастанием в мочево-вой пузырь (placenta accreta, increta and percreta).

Всем четверым беременным было проведено КС. Диагноз подтвердился во всех случаях. Одной женщине была проведена гистерэктомия после извлечения плода, а трем — удалось провести органосохраняющую операцию.

**Выводы.** Корректная диагностика с помощью УЗИ и правильная тактика ведения, а также родоразрешение беременных с АИП поможет сохранить репродуктивное будущее женщин.

### **РОЛЬ ДОПЛЕРОГРАФИИ СОСУДОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И ОРБИТЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГЛАУКОМЫ И ГЛАЗНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

*Ткаченко Е.Н. \*, Сардарян В.В. \*,  
Кауркина Л.А. \*, Закревский А.Н. \*\**

*\*Международный медицинский центр*

*«Офтальмика», г. Харьков*

*\*\*ХМАПО, г. Харьков*

**Актуальность.** Глазной ишемический синдром (ГИС) — редко встречающийся симптомокомплекс, характеризующийся функциональными и анатомическими изменениями глаза, которые вызваны гемодинамическими нарушениями в бассейне сонных и/или позвоночных артерий. В 40% случаев в течение 5 лет наступает смерть пациентов, причиной которой являются нарушения мозгового кровообращения и болезни сердца.

Глаукома низкого давления (ГНД) — форма глаукомы, когда повреждение зрительного нерва происходит при внутриглазном давлении (ВГД), не превышающем нормальных величин. Она опасна

прогрессирующей необратимой потерей зрения. Этиология заболевания находится в стадии изучения; считается, что важную роль в формировании данного состояния играет сосудистый фактор.

Клинические глазные проявления двух состояний (по субъективным и объективным исследованиям) очень сходны.

**Цель исследования.** Дифференциальная диагностика ГИС и ГНД.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 14 человек (28 глаз), из них 10 мужчин, 4 женщины. Возраст пациентов — от 58 до 82 лет. Все пациенты предъявляли жалобы на снижение остроты зрения, выпадение участков поля зрения.

Проводились стандартные офтальмологические методы: визометрия, тонометрия (пневмотонометрия, тонометрия по Гольдману), пахиметрия, статическая и кинетическая периметрия, биомикроскопия, гониоскопия, контактная биомикроскопия. Из дополнительных методов обследования глаз выполнялась оптическая когерентная томография (ОКТ) зрительного нерва и макулярной области.

Всем пациентами проведено УЗИ сонных артерий, а также доплерография сосудов зрительного нерва и орбиты. По показаниям некоторым пациентам проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

**Результаты и обсуждение.** У всех пациентов были выявлены различные изменения при исследовании полей зрения — снижение общей чувствительности, расширение слепого пятна, аркообразная скотома, скотома Бьеррума, концентрическое сужение полей зрения. На ОКТ отмечалось истончение слоя ганглиозных клеток и нервных волокон по ходу папилломакулярного пучка и в центральных отделах. Все эти изменения характерны для глаукомы.

Однако внутриглазное давление у всех пациентов было в пределах 14-23 мм рт.ст. (по тонометру Гольдмана) с учетом пахиметрии.

При УЗ-исследовании сонных артерий у всех пациентов выявлены гемодинамические изменения различной степени выраженности.

При доплерографии сосудов орбиты наиболее информативными были изменения показателей в глазной артерии (ГА) — достоверное снижение показателей систолической до  $16,02 \pm 2,11$  см/с и диастолической скоростей до  $3,14 \pm 0,71$  см/с.

По результатам выявленных изменений в сонных артериях 2 пациентам (2 мужчины, 1 женщина) в связи со значительным сужением сонных артерий (на 80%) и выраженными нарушениями гемодинамики проведены операции на сонных артериях. При этом у пациентов не только улучшилось общее состояние (уменьшились головные боли и головокружение), однако полного восстановления зрительных функций не произошло.

**Выводы.** При выявлении изменений зрительного нерва, типичных для глаукомы, но при нормальном ВГД, особую роль играет не только УЗ-диагностика сонных артерий, но и доплерография сосудов орбиты и зрительного нерва. Своевременное выявление ГИС, замаскированного под нормотензивную глаукому, может спасти пациенту не только зрение, но и жизнь.