



Пуповина играет важнейшую роль как связующее звено между плодовым и плацентарным кровотоком. Современная ультразвуковая аппаратура позволяет не только рассмотреть анатомические особенности строения и оценить функцию пуповины, но и применить полученные данные для более точной оценки состояния плода и прогноза для новорожденного. В норме пуповина состоит из трех сосудов: одной вены и двух артерий, укутанных вартоновым студнем, специальной тканью, выполняющей защитную функцию: она предотвращает компрессию (сдавление) сосудов. Бывают случаи, когда в пуповине определяются два сосуда: одна вена и одна артерия. Именуется это – синдром единственной пупочной артерии.

Единственная пупочная артерия (ЕПА) является самым частым пороком развития плода и встречается в среднем в одном случае на 200 родов (0,5 %). Первые упоминания о ЕПА можно найти в работах Vesalius A. (1543), Fallopio G. (1561), Bauhin C. (1561).

В отечественной литературе употребляется термин единственная артерия пуповины (ЕАП), однако это не только порок артерии пуповины, а также патология интраабдоминального (внутрибрюшного) отрезка артерии. Таким образом, более точное название единственная пупочная артерия что, кстати, соответствует дословному переводу SUA- «single umbilical artery», а не «single artery of the umbilical cord».

Как антенатальная (дородовая), так и постнатальная (послеродовая) выявляемость синдрома ЕПА крайне неудовлетворительна. Так, постнатальная выявляемость приближается к нулю. Несомненно, пренатальное выявление ЕПА при УЗИ более легкая задача (для этого достаточно вывести поперечный срез пуповины, что не требует большого опыта работы), однако до недавнего времени осмотр поперечного сечения пуповины даже не входил в обязательный протокол УЗИ. Первое упоминание об антенатальном выявлении ЕПА принадлежит Jassani M.N. et al. (1980).

Известно, что при ЕПА существенно повышен риск развития задержки развития плода (ЗРП), риск преждевременных родов, хромосомной патологии плода. Отмечены высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Однако, к сожалению, до сих пор мы не имеем взвешенного адекватного отношения акушерского сообщества к данной

патологии. В основном все мнения можно разделить на два полярных взаимоисключающих подхода:

1. синдром ЕПА - случайная находка, мало влияющая на перинатальный исход, поэтому антенатальное выявление ЕПА не требует какого-либо существенного изменения в тактике ведения беременности и родов;
2. ЕПА – это синдром, часто сочетающийся с серьезными перинатальными осложнениями, поэтому подход часто бывает чрезмерно «агрессивным», с ненужными, порой дорогостоящими дополнительными исследованиями, что ведет к эмоциональному напряжению пациентки.

По данным разных авторов частота синдрома ЕПА при доношенной беременности составляет 0,5-1,5 %, а частота всех пороков развития, обнаруживаемых при этом синдроме варьирует от 12% до 25,5%

Синдром ЕПА сочетается с высокой частотой перинатальных осложнений, растет риск перинатальной смертности и заболеваемости. При отсутствии дополнительных аномалий выявляемых при УЗИ, так называемая изолированная ЕПА, ведение беременности и родов все же требует некоторых дополнительных диагностических и лечебных мероприятий.

Сочетание ЕПА с другими ультразвуковыми маркерами служит достаточным основанием для проведения пренатального кариотипирования.

К.К.Отарян, Ч.Г.Гагаев