

# Невиношування у жінок з ретрохоріальними гематомами у I триместрі

С.Ю. Вдовиченко, С.М. Сальніков

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** вивчення особливостей клінічного перебігу I триместра вагітності, ускладненої загрозою переривання з утворенням ретрохоріальної гематоми (РХГ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 100 вагітних у віці 18–44 років (середній вік –  $28,08 \pm 3,5$  року) у терміні гестації 6–13 тиж. До основної групи увійшли 70 пацієнок, яких розподілено на дві підгрупи: підгрупа А (n=40) – 40 першо-вагітних із загрозою переривання, зумовленою РХГ; підгрупа Б (n=30) – 30 повторно-вагітних, у яких дана вагітність ускладнилась загрозою переривання з утворенням РХГ і обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом. Контрольна група (n=30) – 30 першо- і повторно-вагітних із фізіологічно нормальним перебігом даної і попередніх вагітностей.

Усім жінкам проводили повне клініко-лабораторне обстеження, ультразвукове дослідження матки і плода з доплерометрією, визначення інфекційного профілю (бактеріоскопія).

**Результати.** У більшості пацієнок усіх груп відзначено обтяжений соматичний анамнез, при цьому у половині випадків реєстрували поєднання двох і більше соматичних захворювань – у 45,7% вагітних основної групи і у 33,3% контрольної. У 32,9% жінок основної групи спостерігалась генетично зумовлена форма тромбофілії. Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез встановлено у 22,5% пацієнок підгрупи А, у 30% – підгрупи Б та у 16,6% вагітних контрольної групи.

Найчастіше в основній групі виявляли запальні захворювання органів малого таза – 15–21,4% (в обох підгрупах) та перенесені у минулому оперативні втручання на органах малого таза (загалом 11,4%). Установлено високу частоту мимовільних викиднів у пацієнок підгрупи Б (13–43,3%). У кожній четвертій вагітній основної групи виявлено 3–4-й ступінь чистоти піхвових мазків. Уперше гематому діагностовано до 6 тиж гестації у 8% вагітних підгрупи А (з них у 2,5% пацієнок відбулось мимовільне переривання вагітності у терміні 9–10 тиж) та у 30% жінок підгрупи Б (у 23,3% з них вагітність перервалась на 7–12-у тижні).

Корпоральне розташування РХГ встановлено у 28,6% пацієнок основної групи (15,7% і 12,9% у підгрупах відповідно), супрацервікальне – у 71,4% (майже однаково в обох підгрупах), при цьому гематоми понад  $25 \text{ см}^3$  виявлені у 8 пацієнок основної групи (25% і 75% у підгрупах відповідно), усі розташовані корпорально. При супрацервікальній локалізації РХГ у 70% спостережень діагностували малий і середній об'єм гематоми, який в 1,5 рази частіше виявляли у вагітних підгрупи А. Гематоми більшого розміру реєстрували у 3 рази частіше у жінок підгрупи Б.

Основними клінічними симптомами загрози переривання вагітності з утворенням РХГ були кров'янисті виділення зі статевих шляхів (53–75,7%), больовий синдром (48–68,5%), гіпертонус матки або поєднання цих симптомів (39–55,7%).

**Заключення.** Наявність хронічної екстрагенітальної патології, хронічної урогенітальної інфекції, хірургічних втручань на органах малого таза, висока частота артифіціальних і мимовільних абортів, звичне невиношування, наявність в анамнезі вагітності, що не розвинулась, у поєднанні з великим об'ємом РХГ, її корпоральною локалізацією, терміном гестації, у якому виявлено гематому, а також ультразвуковими ознаками гіпертонусу матки є несприятливими предикторами невиношування вагітності ранніх термінів і репродуктивних втрат.

**Ключові слова:** ретрохоріальна гематома, невиношування вагітності, I триместр, ультразвукове дослідження, клініка, діагностика.

## Threatened abortion in women with retrochorial hematomas in the first trimester

S.Yu. Vdovychenko, S.N. Salnikov

**The objective:** to study the features of the clinical course of the first trimester of pregnancy, complicated by the threat of abortion with the formation of retrochorial hematoma (RCH).

**Materials and methods.** 100 pregnant women aged 18–44 years (average age  $28.08 \pm 3.5$  years) in 6–13 weeks of gestation were examined. The main group consisted of 70 patients and was divided into two subgroups: subgroup A (n=40) – 40 primigravida women with the threat of abortion and RCH; subgroup B (n=30) – 30 multigravida women with the threat of abortion and RCH and a complicated obstetric and gynecological history. Control group (n=30) – primi- and multigravida women with physiological course of the current and previous pregnancies. All women had a complete clinical and laboratory examination, ultrasound examination of the uterus and fetus with Doppler, determination of the infectious profile (bacterioscopy).

**Results.** The majority of the patients in all groups had a complicated somatic history, while in half of the cases there was a combination of two or more somatic diseases – in 45.7% of pregnant women in the main group and 33.3% – control group. 32.9% of women in the main group had a genetically determined form of thrombophilia. A complicated obstetrical and gynecological history was established in 22.5% of patients in subgroup A, 30% – subgroup B and 16.6% of pregnant women in the control group.

Mostly, inflammatory diseases of the pelvic organs were detected in the main group – 15–21.4% (in both subgroups) and previous surgery on the pelvic organs (11.4% in total). A high incidence of spontaneous miscarriages was found in patients of subgroup B (13–43.3%). Every fourth pregnant woman in the main group had a 3–4 degree of purity of vaginal smears. For the first time, the hematoma was diagnosed before 6 weeks of gestation in 8% of pregnant women of subgroup A (2.5% of these patients had a spontaneous abortion at 9–10 weeks) and in 30% of women in subgroup B (23.3% of them had an interruption of pregnancy at 7–12 weeks).

The corporal location of RCH was found in 28.6% of patients in the main group (15.7% and 12.9% in subgroups, respectively), supracervical – 71.4% (almost the same in both subgroups), while hematomas of more than 25 cm<sup>3</sup> were detected in 8 patients of the main group (25% and 75% in subgroups, respectively), all of such RCH were located corporally. In 70% of supracervical RCH, a small and medium volume of hematoma was diagnosed, which was in 1.5 times more often detected in pregnant women of subgroup A. Hematomas of a larger size were found in 3 times more often in women of subgroup B. The main clinical symptoms of threatened abortion with the formation of RCH were bleeding from the genital tract (53–75.7%), pain syndrome (48–68.5%), uterine hypertonus or a combination of these symptoms (39–55.7%).

**Conclusions.** The presence of chronic extragenital pathology, chronic urogenital infection, surgical interventions on the pelvic organs, a high frequency of artificial and spontaneous abortions, recurrent miscarriage, a history of missed pregnancy in combination with a large volume of RCH, the corporal location of PCH, the term of gestation in which a hematoma is found, as well as ultrasound signs of uterine hypertonus are unfavorable predictors of early miscarriage and reproductive losses.

**Keywords:** retrochorial hematoma, miscarriage, I trimester, ultrasound examination, clinic, diagnosis.

## Невынашивание у женщин с ретрохориальными гематомами в I триместре

С.Ю. Вдовиченко, С.Н. Сальников

**Цель исследования:** изучение особенностей клинического течения I триместра беременности, осложненной угрозой прерывания с образованием ретрохориальной гематомы (РХГ).

**Материалы и методы.** Обследовано 100 беременных в возрасте 18–44 лет (средний возраст – 28,08±3,5 года) в термине гестации 6–13 нед. В основную группу вошли 70 пациенток, распределенных на две подгруппы: подгруппа А (n=40) – 40 первобеременных с угрозой прерывания, обусловленной РХГ; подгруппа Б (n=30) – 30 повторобеременных, у которых данная беременность осложнилась угрозой прерывания с образованием РХГ и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Контрольная группа (n=30) – 30 перво- и повторобеременных с физиологически нормальным течением данной и предыдущих беременностей.

Всем женщинам проводили полное клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование матки и плода с доплерометрией, определение инфекционного профиля (бактериоскопия).

**Результаты.** У большинства пациенток всех групп отмечен отягощенный соматический анамнез, при этом в половине случаев регистрировали сочетание двух и более соматических заболеваний – у 45,7% беременных основной группы и у 33,3% контрольной. У 32,9% женщин основной группы наблюдалась генетически обусловленная форма тромбофилии. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез установлен у 22,5% пациенток подгруппы А, у 30% – подгруппы Б и у 16,6% беременных контрольной группы.

Чаще всего в основной группе выявляли воспалительные заболевания органов малого таза – 15–21,4% (в обеих подгруппах) и перенесенные в прошлом оперативные вмешательства на органах малого таза (в общей сложности 11,4%). Установлена высокая частота самопроизвольных выкидышей у пациенток подгруппы Б (13–43,3%). У каждой четвертой беременной основной группы обнаружена 3–4-я степень чистоты влагалищных мазков. Впервые гематома диагностирована до 6 нед гестации у 8% беременных подгруппы А (из них у 2,5% пациенток произошло самопроизвольное прерывание беременности в сроке 9–10 нед) и у 30% женщин подгруппы Б (у 23,3% из них беременность прервалась на 7–12-й неделе). Корпоральное расположение РХГ установлено у 28,6% пациенток основной группы (15,7% и 12,9% в подгруппах соответственно), супрацервикальное – у 71,4% (почти одинаково в обеих подгруппах), при этом гематомы более 25 см<sup>3</sup> выявлены у 8 пациенток основной группы (25% и 75% в подгруппах соответственно), все расположены корпорально. При супрацервикальной локализации РХГ в 70% наблюдений диагностировали малый и средний объем гематомы, который в 1,5 раза чаще выявляли у беременных подгруппы А. Гематомы большего размера регистрировали в 3 раза чаще у женщин подгруппы Б. Основными клиническими симптомами угрозы прерывания беременности с образованием РХГ были кровянистые выделения из половых путей (53–75,7%), болевой синдром (48–68,5%), гипертонус матки или сочетание этих симптомов (39–55,7%).

**Заключение.** Наличие хронической экстрагенитальной патологии, хронической урогенитальной инфекции, хирургических вмешательств на органах малого таза, высокая частота искусственных и самопроизвольных аборт, привычное невынашивание, наличие в анамнезе неразвившейся беременности в сочетании с большим объемом РХГ, ее корпоральным расположением, сроком гестации, в котором обнаружено гематому, а также ультразвуковыми признаками гипертонуса матки являются неблагоприятными предикторами невынашивания беременности ранних сроков и репродуктивных потерь.

**Ключевые слова:** ретрохориальная гематома, невынашивание беременности, I триместр, ультразвуковое исследование, клиника, диагностика.

Серед численних загрозливих проявів можливого переривання вагітності в акушерській практиці вартій уваги специфічний патологічний стан, що виникає на початкових стадіях вагітності внаслідок часткового відшарування хоріальної пластинки від децидуальної оболонки при генетично нормальному плідному яйці, проявляється у формі крововиливу та скупчення

крові (гематоми) у ретрохоріальному просторі, – ретрохоріальна гематома (РХГ) [1].

Найчастіше РХГ має безсимптомний перебіг (у 29% вагітних), її випадково виявляють під час проведення планового ультразвукового дослідження (УЗД), адже жінка може її не відчувати і загальний стан не погіршується [2]. Це пов'язано з відгалуженням гематоми

від порожнини матки ворсинками хоріона, що не дає їй вилитися назовні. Поява кров'янистих виділень зі статевих шляхів свідчить про вихід РХГ за межі хоріона [2]. При цьому може з'являтися тягучий білий внизу живота і попереку, що свідчить про загрозу переривання вагітності.

У 71% вагітних РХГ супроводжується зовнішньою кровотечею, 9–23% таких вагітностей закінчується викиднем [3]. Частота РХГ, які діагностовано при УЗД у I триместрі вагітності, коливається, за даними різних авторів, від 4 до 22% [1, 4–6]. Існує думка, що РХГ є найпоширенішим і критичним відхиленням від фізіологічного перебігу I триместра гестації за наявності живого ембріона [7].

Широкої межі, у яких варіює частота виявлення РХГ, визначаються, насамперед, характеристиками досліджуваних популяцій: вагітність внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), перша або повторна вагітність, багатоплідна вагітність, вік пацієнток, тромбофілія, синдром втрати плода в анамнезі тощо [1, 6, 8]. У випадку пролонгування вагітності, обтяженої РХГ, підвищується ризик неонатальних та материнських ускладнень: передчасні пологи – 19–77%, затримка внутрішньоутробного розвитку плода – 3–7%, дистрес-синдром новонародженого – 19–25%, відшарування плаценти, прееклампсія – 8–10% та ін. [1, 3, 9]. Частота кесарева розтину у даного контингенту вагітних – близько 29% [10].

Основним методом діагностики РХГ є УЗД. У разі загрози переривання вагітності, яка ускладнилася відшаруванням хоріона з утворенням внутрішньоматкової гематоми, необхідно враховувати локалізацію, обсяг гематоми, оцінювати стан позаембріональних структур, жовтого тіла яєчника та його васкуляризацію для вибору раціональної тактики ведення вагітної [11]. УЗ-ознаками наявності РХГ є:

- локальне потовщення однієї зі стінок матки (місцевий гіпертонус, який свідчить про загрозу переривання);
- зміна конфігурації зовнішнього контуру матки і плідного яйця, яке набуває човноподібної або краплеподібної форми;
- наявність гіпоехогенного прошарку між хоріоном і стінкою матки, при цьому за його ехоструктурою визначають давність РХГ, її обсяг і місце локалізації [3].

У I триместрі РХГ вважається малою, якщо вона становить до 20% від розмірів плідного яйця, і великою, якщо на неї припадає понад 50% [11]. Наслідки вагітності, як і відповідно наслідки для плода залежать від розмірів гематоми, її локалізації, терміну гестації, за якого її виявлено.

Розривання РХГ може відбуватися з поступовим її повним розсмоктуванням і подальшим розвитком вагітності або з прогресивним її збільшенням із загибеллю ембріона та мимовільним викиднем з кровотечею. Основні акценти при веденні вагітних під час виникнення геморагічного синдрому у I триместрі гестації мають бути спрямовані на моніторинг стану ембріона/плода (біохімічний і ультразвуковий); оцінювання ризиків даної вагітності з метою вироблення адекватного

лікування. Своєчасна діагностика ранніх ускладнень вагітності, адекватне оцінювання ризиків для пацієнток із РХГ у I триместрі дозволяє пролонгувати вагітність і досягти сприятливих перинатальних наслідків.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей клінічного перебігу I триместра вагітності, ускладненої загрозою переривання з утворенням РХГ.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети обстежено 100 вагітних у віці 18–44 років (середній вік – 28,08±3,5 року). До основної групи увійшли 70 пацієнток, яких розподілено на дві підгрупи:

- підгрупа А (n=40) – 40 першовагітних із виявленою клінічною картиною загрози переривання, зумовленою РХГ;
- підгрупа Б (n=30) – 30 повторновагітних, у яких дана вагітність ускладнилась загрозою переривання з утворенням РХГ і обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (АГА).

До контрольної групи (n=30) включено 30 першо- і повторновагітних із фізіологічно нормальним перебігом даної і попередніх вагітностей.

На підставі скарг, збору анамнезу, клінічного обстеження були уточнені причини попередніх переривань вагітності, залежно від чого основну групу розподілено на дві підгрупи: вагітні з гормональним генезом втрати вагітності й інфекційно-запальним генезом. До вагітності обстежені жінки отримували необхідну гормональну підтримку, антибіотикотерапію і протизапальні препарати.

У групі контролю скарг під час первинного звернення не зареєстровано, при клінічному і УЗ-дослідженні дані відповідали фізіологічній з нормальним перебігом вагітності I триместра.

У ході дослідження пацієнтки були комплексно обстежені із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Ретельно вивчали дані анамнезу, менструальну і репродуктивну функції, проводили бімануальне піхвове обстеження, УЗД матки і плода з доплерометрією, визначення інфекційного профілю (бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження, ПЛР інфекційного збудника), а також біохімічних маркерів хромосомних аномалій. Термін гестації – від 6 до 13 тиж.

При УЗД у I триместрі визначали термін вагітності і його відповідність первинній візуалізації ембріона у порожнині плідного яйця. Особливу увагу під час дослідження приділяли РХГ: її розмірам, розташуванню, кровоточу. При позитивних ультразвукових даних щодо життєздатності ембріона вагітним проводили комплексне лікування, спрямоване на збереження і пролонгування вагітності, зменшення і розсмоктування ділянки відшарування хоріона.

Математичне і статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою статистичної програми Microsoft Office Excel, оцінювання статистичної значущості відмінностей – із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок. Різницю між значеннями вважали достовірною при  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  і  $p < 0,001$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час оцінювання соціально-демографічно-го статусу встановлено, що більшість пацієнток основної і контрольної груп перебували у ранньому репродуктивному віці. Незважаючи на відсутність розбіжностей у середньому віці ( $28,08 \pm 3,5$  року) в усіх групах, найбільше першовагітних віком понад 28 років було в основній підгрупі А (12–30%) і в групі контролю (14–46,6%). У всіх групах превалювали жінки з вищою освітою, однак домогосподарок значно частіше (у 2–2,5 разу) реєстрували у групі контролю.

Соматичний анамнез був обтяжений зівставно в усіх групах, при цьому у половини жінок виявляли поєднання двох і більше соматичних захворювань – у 32 (45,7%) пацієнток основної групи і у 10 (33,3%) – контрольної. Найчастіше це були гострі респіраторні захворювання (21,4%) і хвороби травного тракту (27,1%). Отримані дані підтверджують той факт, що екстрагенітальна патологія (ЕГП) зумовлює ураження репродуктивної системи на різних рівнях і призводить до ускладнення вагітності у формі порушень матково-плацентарного кровообігу з розвитком фетоплацентарної недостатності [1–3].

Під час аналізу АГА найчастіше в основній групі виявляли запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) – 15–21,4% (в обох підгрупах), перенесені в минулому оперативні втручання на ОМТ (резекція яєчників, однобічна аднексектомія, консервативна міомектомія та ін.) – загалом 11,4%. Обтяжений АГА мали 9 (22,5%) пацієнток підгрупи А, 9 (30%) – підгрупи Б, 5 (16,6%) вагітних контрольної групи. Привертала увагу висока частота мимовільних викиднів у пацієнток підгрупи Б (13–43,3%): звичне невиношування – у 3 (23,1%), вагітність, що не розвинулась, – у 4 (13,3%), у кожній третій – штучне переривання вагітності (9–30%). Як відомо, артифіціальні аборти і мимовільні викидні є однією з провідних причин репродуктивних порушень і в майбутньому ускладненого перебігу вагітності [6, 9].

Аналіз клініко-діагностичних критеріїв продемонстрував, що основними клінічними симптомами загрози переривання вагітності з утворенням РХГ є кров'янисті виділення зі статевих шляхів (53–75,7%), больовий синдром (48–68,5%), гіпертонус матки або поєднання цих симптомів (39–55,7%). Слід відзначити запізніле звернення більшості вагітних від моменту появи перших скарг до терміну госпіталізації: до 24 год від появи перших симптомів – 23 (32,9%) вагітні, через добу і більше – 47 (67,1%) пацієнток. У багатьох жінок (59–84,2%) при бімануальному обстеженні виявляли підвищений тонус матки, у кожній шостій (11–15,7%) матка мала м'якувату консистенцію, що було доброю прогностичною ознакою.

У ході спостереження всім обстежуваним жінкам проводили дослідження показників периферійної крові. У більшості вагітних основної групи (91,4%) і контрольної (93,3%) біохімічні показники відповідали фізіологічній нормі.

Під час вивчення інфекційного профілю (бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження, ПЛР-діагностика матеріалу із заднього склепіння піхви і каналу шийки матки) у кожній четвертій вагітній виявлено 3–4-й ступінь чистоти піхвових мазків. Частіше виявляли мікст-інфекцію, кокову флору, міцелій грибів роду *Candida*. Зважаючи на те, що наявність хронічної урогенітальної інфекції і хірургічних втручань на ОМТ є серйозними факторами ризику виникнення загрози переривання вагітності і формування РХГ [2, 4], всім вагітним було проведено місцеву комплексну протимікробну і антимікотичну терапію.

Сьогодні не викликає сумнівів, що у патогенезі більшості репродуктивних втрат велику роль відведено гемостазіологічним порушенням, які можна розглядати не тільки як діагностичні, але й як прогностичні критерії ускладненого перебігу гестації, а саме – загрози переривання вагітності і РХГ [6]. Був проведений аналіз як гемостазіологічних, так і генетичних факторів тромбофілії. Отримані дані свідчать про тенденцію до гіпокоагуляції (зниження протромбінового індексу, підвищення РФМК, АЧТЧ) у вагітних із загрозою переривання і РХГ та корелюють з показниками згортання крові й тривалості кровотечі.

Результати порівняльного аналізу довели, що час згортання крові і тривалість кровотечі є значними показниками порушення в системі гемостазу і достовірно вищі у вагітних основної групи порівняно з такими у пацієнток з фізіологічним перебігом вагітності ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ). Достовірних відмінностей серед пацієнток у підгрупах основної групи не спостерігалось.

На наступному етапі дослідження вивчали роль генетичних факторів порушень гемостазу у вагітних з невиношуванням і РХГ, про що свідчать дані інших авторів [2]. Генетичні форми тромбофілії (мутації Factor V Leiden, мутації MTHFR, поліморфізм гена PAI-1, мутації MTRR, поєднаний поліморфізм) діагностували методом ПЛР. У кожній третій (32,9%) пацієнтки основної групи спостерігалась генетично зумовлена форма тромбофілії. Отже, у I триместрі вагітності велику роль у розвитку її ускладненого перебігу (загрозливий викидень і РХГ) відіграють генетичні порушення гемостазу.

В інформаційних джерелах існує багато публікацій, які інформують про значущість ультразвукового дослідження у I триместрі вагітності [1, 3, 5]. З метою виявлення різних ехографічних показників, які дозволяють оцінити стан матки і придатків при зазрозі переривання вагітності і наявності РХГ, пацієнткам усіх груп проводили УЗД ОМТ. У всіх вагітних основної групи ( $n=70$ ) досліджували різні параметри РХГ (об'єм, локалізація, термін гестації, за якого виявлено гематому, ступінь її організації). Корпорально РХГ була розташована у 20 (28,6%) пацієнток основної групи (15,7% і 12,9% у підгрупах відповідно), супрацервікально – у 50 (71,4%) спостереженнях (майже однаково в обох підгру-

пах), при цьому гематоми понад 25 см<sup>3</sup> виявлені у 8 пацієнок основної групи (25% і 75% у підгрупах відповідно), усі розташовані корпорально. При супрацервікальному розташуванні РХГ у більшості спостережень (70%) діагностували малий і середній об'єм гематоми.

Важливо відзначити, що гематоми малого і середнього розміру в 1,5 рази частіше виявляли у вагітних вперше (підгрупа А), а гематоми більшого розміру у 3 рази частіше у повторновагітних з обтяженим АГА (підгрупа Б).

Проведений аналіз розташування гематоми і стану міометрія довів, що при корпоральній гематомі підвищення тонуусу матки виявляли значно частіше, ніж при супрацервікальній, при цьому гіпертонус реєстрували у кожній другій пацієнтки з супрацервікальною РХГ.

Під час вивчення клінічних проявів загрози переривання вагітності і локалізації гематоми встановлено, що при супрацервікальній локалізації вони спостерігались значно частіше. У 23 (46%) спостереженнях при супрацервікальному розташуванні РХГ відзначали біль внизу живота, у 19 (38%) пацієнок – кров'янисті виділення зі статевих шляхів. При корпоральній локалізації гематоми у 9 (45%) спостереженнях – біль внизу живота, у 5 (25%) – кров'янисті виділення, у кожній четвертій вагітній – поєднання симптомів.

Велике значення має термін гестації, у якому вперше виявлено РХГ. В обстежуваних вагітних гематома у терміні до 6 тиж виявлена у 12 (17,2%), після 6 тиж – у 58 (82,9%) пацієнок. У підгрупі А у 3 (8%) вагітних вперше гематому виявлено у терміні до 6 тиж гестації, з них в 1 (2,5%) пацієнтки відбулося мимовільне переривання вагітності у терміні 9–10 тиж. У 9 (30%) повторновагітних з обтяженим АГА (підгрупа Б) гематому виявлено у терміні до 6 тиж гестації, у 7 (23,3%) з них у подальшому вагітність перервалася на 7–12-у тижні.

Отже, проведені дослідження довели, що виявлення РХГ у терміні до 6 тиж гестації у 8 (11,4%) спостереженнях стали негативними показниками ранніх репродуктивних втрат.

У ході дослідження також була оцінена структура РХГ, яка до початку лікування у 52 (74,3%) жінок була без ознак організації і являла собою анехогенне утворення, у 18 (25,7%) спостереженнях структура гематоми була неоднорідною із вмістом зависі. Пристінкове розташування гематоми виявлено у 46 (65,7%) спостереженнях, у 24 (34,3%) пацієнок вона локалізувалась повністю.

За даними УЗД проаналізовано ступінь організації РХГ. Були виділені:

- 1) свіжа, з чітко відмежованим анехогенним вмістом РХГ, з вираженим інтенсивним кровотоком навколо;
- 2) реорганізація з ділянками відшарування, РХГ неправильної форми, інтенсивність кровотоку не змінена, кровотік інтенсивний;
- 3) реорганізація без ділянок відшарування і відсутністю локального кровотоку (стоншення

анехогенного прошарку у діаметрі, місцями повністю відсутнє, без ознак кровообігу);

4) повністю реорганізована РХГ, визначалась як стандартне місце стику хоріона зі стінкою матки.

Структурні зміни РХГ спостерігались в обох підгрупах. До того ж у більшості вагітних (85,7%) відзначали і зменшення об'єму гематом, особливо у пацієнок з пристінковою локалізацією. У 3 пацієнок підгрупи Б у терміні гестації 7–9 тиж, незважаючи на терапію, що проводили, реєстрували зменшення об'єму гематоми, однак без ознак реорганізації. При динамічному спостереженні протягом 4 тиж у більшості вагітних у ділянці РХГ під час ехографічного дослідження візуалізувалося гіперехогенне включення неоднорідної структури до 1,5–2 мл в об'ємі. Через 2 тиж лікування повна реорганізація РХГ відбулася у 6 (15%) вагітних підгрупи А і у 6 (20%) – підгрупи Б. Повна реорганізація РХГ у більшості вагітних спостерігалась через 1–2 міс з однаковою частотою в обох підгрупах.

За наявності незначних кров'янистих виділень вагітність перервалася у 3 випадках, помірних – у 6, рясних – в 1 випадку. З 10 пацієнок, у яких перервалася вагітність, у 9 гематома вперше виявлена у терміні до 6 тиж гестації, у кожній другій – викидень стався у терміні 7–9 тиж, в інших – 10–12 тиж. Під час проведення стаціонарного обстеження і лікування у 60 (85,7%) жінок з 70 вагітність прогресувала.

## ВИСНОВКИ

Отримані у ході дослідження результати дозволяють сформулювати особливості клінічного перебігу I триместра вагітності, ускладненої загрозою переривання з утворенням ретрохоріальної гематоми (РХГ).

1. Факторами ризику виникнення клініки загрозового викидня з формуванням РХГ є висока частота артифіціальних і мимовільних абортів, наявність в анамнезі звичного невиношування, вагітності, що не розвинулась, хронічної ЕГП, ЗЗОМТ, хірургічних втручань на ОМТ (частіше у пацієнок з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом).

2. Найбільш інформативними методами для оцінювання перебігу і наслідків вагітності у пацієнок з невиношуванням і РХГ є гормональні, гемостазіологічні, ехографічні дослідження, які дозволяють здійснити не тільки діагностику, але й адекватну корекцію виявлених порушень.

3. Клінічно значущими прогностичними критеріями ускладненого перебігу вагітності є великий об'єм РХГ у поєднанні з її корпоральною локалізацією, терміном гестації, у якому виявлено гематому (до 6 тиж вагітності), а також УЗ-ознаками гіпертонусу матки.

4. Пошук ранніх діагностичних і прогностичних маркерів розвитку ускладнень вагітності вже у I триместрі, своєчасна і адекватна корекція РХГ – це можливість прогнозування несприятливих акушерських і перинатальних наслідків у майбутньому.

**Відомості про авторів**

**Вдовиченко Сергій Юрійович** – Кафедра акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04107, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

**Сальніков Сергій Миколайович** – КНП “Київський міський пологовий будинок №2”, 04041, м. Київ, вул. Мостицька, 11; тел.: (044) 432-85-71

**Information about the authors**

**Vdovychenko S.Yu.** – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.

**Salnikov Serhii N.** – Department of Obstetrics, Gynecology and Fetal Medicine Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.; tel.: (044) 432-85-71

**Сведения об авторах**

**Вдовиченко Сергей Юрьевич** – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

**Сальников Сергей Николаевич** – КНП «Киевский городской родильный дом №2», 04041, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 432-85-71

**ПОСИЛАННЯ**

- Romanenko TG, Zhaloba GM, Staselovich LYu, Voronina KI. Pregnancy management on the background of retrochorial hematoma in the first trimester of gestation (Literature review). Women's health. 2018;9(135):118-24.
- Torchinov AM, Umakhanova MM, Doronin GL, Mazurkevich MV, Ron MG. Influence of retrochorial hematoma on pregnancy outcome in recurrent miscarriage. Reproduction problems. 2014;20 (5): 82-6.
- Kiryushchenkov PA [et al.]. Clinical and laboratory and ultrasound evaluation, tactics of pregnancy in various forms of chorionic pathology in the first trimester. Obstetrics and gynecology. 2010; 1:19-23.
- Kravchenko OV, Boyko IV. Predictors of placental dysfunction and methods of its correction in patients with retrochorial hematoma in the first trimester of gestation. Reproductive endocrinology. 2018; 1(39):2-6.
- Jeve YB, Davies W. Evidence-based management of recurrent miscarriages. J Hum Reprod Sci. 2014;7(3):159-69.
- Vovk IB, Trokhimovich OV, Revenko OO. Pathogenetic links of early pregnancy losses. Reproductive health Eastern Europe. 2013;3(27):8-14.
- Dogra V, Paspulati R M, Bhatt S. First trimester bleeding evaluation. Ultrasound Q. 2005;21(2):69-85.
- Crane S, Collins L, Hall J. [et al.]. Reducing utilization by uninsured frequent users of the emergency department: combining case management and drop-in group medical appointments. J Am Board Fam Med. 2012;25(2):184-91.
- Henik NI, Lytvyn NV, Kinash NM. The course of pregnancy with detachment of the chorion and placenta at different stages of gestation. Taurian Medical and Biological Bulletin. 2012; 15(2, 58):48-50.
- Pirogova VI, Missouri AG, Prokopiv IV. Retrochorial hematomas of the first trimester - risks and problems of prolonging pregnancy. Health of Ukraine. 2021;4(8):18-9.
- Norman C. Smith, E. Five M. Smith. 2015. Ultrasound diagnostics in obstetrics and gynecology: lane. with English under ed. Goose AI. M.: Practical Medicine;2015.296.

*Стаття надійшла до редакції 20.10.2021. – Дата першого рішення 25.10.2021. – Стаття подана до друку 25.11.2021*