

DOI: 10.52705/2788-6190-2022-02-2
УДК 618.3/5-06:618.344-003.215:618.36-007.1]-036-07-084

Шляхи зниження перинатальної патології при ретрохоріальних гематомах та аномалії розташування плаценти

С.Ю. Вдовиченко, С.М. Сальніков

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

Профілактика перинатальної патології у жінок із різними варіантами патології плацентції, до яких ми віднесли наявність ретрохоріальних гематом та аномальне розташування плаценти, має носити комплексний поетапний характер з урахуванням результатів клінічних та додаткових методів досліджень, а також на підставі впровадження удосконаленого нами алгоритму.

Ключові слова: ретрохоріальна гематома, аномальне розташування плаценти, перинатальна патологія, профілактика.

Незважаючи на прогрес сучасного акушерства, проблема перинатальної патології залишається далекою від свого вирішення. За даними різних авторів, частота плодових втрат та захворюваності залишається достатньо високою порівняно з іншими країнами Європи [1–4].

Причини високого рівня перинатальної патології є різними [5–7], однак в умовах сьогодення вони вивчені недостатньо. У результаті дії різних ушкоджувальних чинників (гормональних, генетичних, імунологічних тощо) у ділянці трофобласта (або плаценти) розвиваються локальні гормональні порушення та імунологічні реакції, що призводять до розвитку цитотоксичних дій на трофобласт, що і зумовлює відшарування хоріона (плаценти) [8, 9]. Внаслідок цього розвиваються ретрохоріальні гематоми (РХГ) та аномальне розташування плаценти (АРП), взаємозв'язок яких широко дискутується в сучасній літературі [10–12]. Можливі наслідки цих ускладнень пов'язані з розвитком плацентарної дисфункції (ПД), затримкою розвитку плода (ЗРП), передчасними пологамі (ПП) та перинатальною патологією.

На сьогодні відсутній чіткий взаємозв'язок перебігу патологічного процесу між I, II та III триместрами. Завдяки впровадженню високоефективних методів дослідження з'явилася можливість комплексної діагностики порушень стану плода з найраніших термінів, визначення їхнього ступеня тяжкості і патогенетичних особливостей розвитку клінічних проявів ПД [3–5].

Усе викладене вище стало для нас підставою до проведення даного наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливу наукову проблему сучасного акушерства.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології при різній патології плацентації (ретрохоріальні гематоми та аномалії розташування плаценти) на підставі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і прогностичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети дослідження були проведені у два етапи.

На першому етапі спочатку було проведено ретроспективний аналіз клінічного перебігу вагітності та пологів у 100 жінок (ретроспективна група) з ретрохоріальною гематомою (РХГ), а потім проспективно обстежено 150 вагітних (1-а група). Пацієнок цієї групи було розподілено на три підгрупи:

- підгрупа 1.1 – 50 першовагітних жінок з виявленою клінікою загрози переривання вагітності та ультразвуковими ознаками РХГ;
- підгрупа 1.2 – 50 повторновагітних жінок з клінікою загрози переривання вагітності та ультразвуковими ознаками РХГ як за даної вагітності, так і в анамнезі (дані про вагітності, що раніше ускладнилися загрозою переривання, передчасними пологомаи);
- підгрупа 1.3 – 50 вагітних без ознак загрози переривання вагітності як за даної вагітності, так і в анамнезі, при цьому дану підгрупу розглядали як контрольну на першому етапі досліджень.

На другому етапі у дослідження увійшли 250 жінок віком понад 18 років – 2-а група, з яких 200 пацієнок – з аномальним розташуванням плаценти (АРП) і 50 – з нормальним.

Усі жінки, включені в дослідження, надали письмову інформовану згоду. У дослідження входили лише стаціонарні пацієнтки та їхні новонароджені.

Усіх вагітних цієї групи було розподілено на три підгрупи:

- підгрупа 2.1 – 100 вагітних, у яких у I триместрі (у 10–12 тиж) встановлено АРП і яких проведено по вдосконаленому нами алгоритму;
- підгрупа 2.2 – 100 вагітних, в яких у ранні терміни визначалося АРП і яких проведено згідно із загальноприйнятими діагностичними і лікувально-профілактичними заходами;
- підгрупа 2.3 – 50 здорових вагітних з фізіологічним перебігом гестації та нормальним розташуванням плаценти (підгрупа контролю на другому етапі).

Критерієм включення вагітних у 2.1 і 2.2 підгрупи було виявлене при УЗД аномальне розташування хоріону і плаценти.

Критерієм включення в 2.3 підгрупу було нормальне розташування плаценти.

Критерії виключення з дослідження:

- субкомпенсовані і декомпенсовані захворювання внутрішніх органів;
- вагітні з діагностованим АФС;
- багатоплідна вагітність;
- використання допоміжних репродуктивних технологій.

Ми вважали необхідним виділити два наведені вище етапи, оскільки одним із клінічних проявів АРП є загроза переривання вагітності в різні терміни, що часто зумовлено наявністю саме РХГ.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи проводилися згідно з протоколами МОЗ України і локальними протоколами клінічного пологового будинку № 2 м. Києва щодо ведення пацієнок із загрозою переривання вагітності, АРП і високим ризиком розвитку плацентарної дисфункції (ПД).

Удосконалений нами алгоритм включав додаткове використання таких заходів:

- рання ехографічна діагностика РГ;
- раннє доплерометричне обстеження пацієнток при встановленні діагнозу «РХГ» і «АРП»;
- використання ранніх маркерів ПД – вміст плацентарного протеїну, що асоціюється з вагітністю (PAPP-a); визначення АВГ – асоційованого з вагітністю α 2-глікопротеїну; ТБГ – трофобластичного β -глобуліну; β -субодиниць хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) та α -фетопротеїну (АФП) з моменту встановлення діагнозу РХГ і АРП;
- використання кардіоінтервалографії (КІГ) з ранніх термінів вагітності і до розродження;
- диференційований підхід до використання медикаментозної і немедикаментозної терапії.

Диференційований підхід до використання різної терапії включав медикаментозні методи корекції гормональних (моногормонотерапія гестагенами), дисметаболических (антиоксиданти) і нейровегетативних (седативні препарати, комплексні вітаміни і мікроелементів) порушень. При виявленні РГ до лікування додавали препарати транексамової кислоти та венотонічні препарати. З метою корекції вегетативної дисфункції використовували немедикаментозні методи корекції, а саме: консультацію перинатального психолога, фізіотерапевтичні методи лікування (електрофорез на комірцеву ділянку), фітотерапію.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що провідними причинами розвитку РХГ є:

- порушення гемостазу у вигляді ознак гіпокоагуляції (зниження протромбінового індексу, підвищення розчинних фібрин-мономерних комплексів, активованого частково тромбопластинового часу, подовження часу кровотечі і часу здатності згущуватися крові) – у 46,0%;
- гормональні порушення: недостатність лютеїнової фази в анамнезі та зниження рівня ХГЛ та прогестерону у ранні терміни вагітності – у 42,0%;
- наявність інфекційного збудника у вигляді мікст-інфекції – у 30,0%.

Частота клінічних проявів РХГ становить 88,0% (кров'янисті виділення – 65,0%; больовий синдром – 58,0%; їх поєднання – 35,0%), безсимптомно РХГ виникають тільки у 12,0% спостережень. У структурі кров'янистих виділень переважають незначні (84,0%) порівняно з помірними (14,0%) та рясними (2,0%).

РХГ частіше діагностуються з 7-го до 12-й тижнів вагітності (83,0%). За об'ємом переважають малі (об'єм 2–15 см³) – 58,0% та середні (об'єм 16–25 см³) – 32,0% на відміну від великих (об'єм 25–40 см³) – 10,0%. За місцем розташування частіше трапляються супрацервікальні (86,0%) порівняно з корпоральними, а також на передній стінці матки – 67,0%.

При ехографічних дослідженнях слід виділяти такі форми:

- «свіжа», з чітко обмеженим анехогенним вмістом РХГ, з вираженим інтенсивним кровотоком (24,0%);
- «організація з ділянками відшарування», РХГ неправильної форми, інтенсивність кровотоку не змінена, кровотік інтенсивний (20,0%);
- «організація без ділянок відшарування» і відсутністю локального кровотоку (потоншення анехогенного прошарку в діаметрі, місцями повністю відсутній, без ознак кровообігу) (30,0%);

- «повністю організована», визначалася як стандартне місце стику хоріона зі стінкою матки (26,0%).

Використання удосконаленого нами алгоритму ведення жінок із РХГ дозволяє знизити частоту ранніх репродуктивних втрат (з 25,0% до 10,0%), покращує перинатальні результати (відсутність випадків перинатальних втрат у проспективних дослідженнях і 40,0‰ у ретроспективних, зменшити перинатальну захворюваність (з 30,0% до 15,6%), а також сприяє пролонгуванню вагітності.

Серед різних варіантів АРП частіше траплялися міграція плаценти (42,5%) та низьке розташування (37,5%) порівняно з повним (14,5%) та неповним передлежанням (5,5%). Сумарна кількість РХГ у цих жінок у I триместрі вагітності становить 32,0% (64 випадки), при цьому при міграції плаценти – 32,3%; при низькій плацентажії – 26,7%; при повному передлежанні – 31,0% та при неповному передлежанні – 45,5%, що підтверджує наявність взаємозв'язку між цими формами патології плацентажії.

Провідним ускладненням вагітності у жінок з аномальною плацентажією є ПД (42,0%), яка характеризується:

- запізненим дозріванням плаценти – у 50,0%;
- порушеннями гемодинаміки в артеріях пуповини, аорті плода та його внутрішніх сонних артеріях – у 60,3%;
- змінами гормонального статусу – зниження рівня некон'югованого естріолу, трофобластичного глікопротеїну і PAPPA-a – у 86,7%.

Стан вегетативної нервової системи в жінок з АРП характеризується високою частотою депресивних спектрів (86,7%) та змінням реактивності (60,3%). При порівняльному аналізі структури та частоти акушерських ускладнень виявлено, що у жінок зі зміненою реактивністю достовірно частіше траплялися такі ускладнення вагітності, як загроза її переривання, прееклампсія, ПД, розвиток та дистрес плода, а також передчасні пологи, дотрокові індуковані пологи, аномалії пологової діяльності та екстремий кесарів розтин.

Для ефективного прогнозування АРП необхідно використовувати складені оцінювальні таблиці ризику виникнення акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних – як перший етап системи профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних, який рекомендується проводити з ранніх термінів спостереження в жіночій консультації.

Використання удосконаленого нами алгоритму ведення жінок з АРП дозволяє знизити частоту ПД з 42,0% до 28,0%; затримки розвитку плода – з 30,0% до 18,0%; передчасних пологів – з 18,0% до 8,0%; перинатальної смертності – з 30,0‰ до 10,0‰ і постнатальної захворюваності – з 28,0% до 16,0%.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що профілактика перинатальної патології у жінок із різними варіантами патології плацентажії, до яких ми віднесли наявність ретрохоріальних гематом та аномальне розташування плаценти, має носити комплексний поетапний характер з урахуванням результатів клінічних та додаткових методів досліджень, а також на підставі впровадження удосконаленого нами алгоритму.

Пути снижения перинатальной патологии при ретрохориальных гематомах и аномалии расположения плаценты

С.Ю. Вдовиченко, С.М. Сальников

Профилактика перинатальной патологии у женщин с различными вариантами патологии плацентации, к которым мы отнесли наличие ретрохориальных гематом и аномальное расположение плаценты, должна носить комплексный поэтапный характер с учетом результатов клинических и дополнительных методов исследований, а также на основании внедрения усовершенствованного нами алгоритма.

Ключевые слова: ретрохориальная гематома, аномальное расположение плаценты, перинатальная патология, профилактика.

Ways of decline of perinatal pathology at retrochorial hematomas and anomalies of locating of placenta

S.Yu. Vdovychenko, S.M. Sal'nikov

Results of the conducted researches testify that prophylaxis of perinatal pathology at women with various options of pathology of placentation to which we referred existence of retrochorial hematomas and placenta misplaced, has to have complex stage-by-stage character taking into account results of clinical and additional methods of researches, and also on the basis of introduction improved by us to algorithm.

Keywords: retrochorial hematoma, placenta misplaced, perinatal pathology, prophylaxis.

Відомості про авторів

Вдовиченко Сергій Юрійович – Кафедра акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: roddom2.kiev.ua*

Сальников Сергій Миколайович – Пологовий будинок № 2, м. Київ. *E-mail: roddom2.kiev.ua*

Сведения об авторах

Вдовиченко Сергей Юрьевич – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, г. Киев. *E-mail: roddom2.kiev.ua*

Сальников Сергей Николаевич – Родильный дом № 2, г. Киев. *E-mail: roddom2.kiev.ua*

Information about authors

Vdovychenko Serhij Yu. – Department of obstetrics, gynaecology and medicine of fetus of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: roddom2.kiev.ua*

Sal'nikov Serhij N. – Maternity hospital № 2, Kyiv. *E-mail: roddom2.kiev.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Schauberger C.W., 2015. Ultrasound assessment of first-trimester bleeding / C.W. Schauberger, M.A. Mathiason, B.L. Rooney // *Obstet. Gynecol.*:105 (2): 333-338.
2. Tower C.L., 2019. Intrauterine haematomas in a recurrent miscarriage population / C.L. Tower, L. Regan // *Hum. Reprod.*:16: 2005-2007.
3. Hung E.C., 2020. Detection of circulating fetal nucleic acids: a review of methods and applications / E.C. Hung, R.W. Chiu, Y.M. Lo // *J. Clin. Pathol.*:62:4:308-313.
4. Johns J., 2019. Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome / J. Johns, E. Jauniaux // *Obstet. Gynecol.*:107(4):845-850.

5. Pelinescu-Onciul D. 2020. Subchorionic haemorrhage treatment with dydrogesterone. *Gynecol. Endocrinol.* 23:77-81.
6. Hu L, Du J, Lv H [et al.]. 2018. Influence in factors of pregnancy loss and survival probability of clinical pregnancies conceived through assisted reproductive technology. *Reprod Biol Endocrinol.* 16(1):74.
7. Jeve YB, Davies W. 2021. Evidence-based management of recurrent miscarriages. *J Hum Reprod Sci.* 7(3):159-69.
8. Nagy S, Bush M, Stone J, Lapinski R, Gard S. 2018. Orv Hetil. Clinical significance of subchorionic and retroplacental hematomas detected in the first trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 146(42):2157-61.
9. Dogra V, Paspulati R M, Bhatt S. 2019. First trimester bleeding evaluation. *Ultrasound Q.* 21(2):69-85.
10. Crane S, Collins L, Hall J. [et al.]. 2021. Reducing utilization by uninsured frequent users of the emergency department: combining case management and drop-in group medical appointments. *J Am Board Fam Med.* 25(2):184-91.
11. Asato K, Mekaru K, Heshiki C. 2021. Subchorionic hematoma occurs more frequently in in vitro fertilization pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 181:41-4.
12. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R. 2020. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost* 4:295-306.