

ДИАГНОСТИКА РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Оруджева П.Ф.¹, Шамхалова И.А.²

¹Оруджева Парвана Фатали Кызы – заведующая отделением,
отделение гинекологии,

3-я клиническая больница, пос. Сабунчи;

²Шамхалова Иззет Ариф кызы - доктор медицинских наук, профессор,
кафедра акушерства и гинекологии,

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, г. Баку,
Азербайджанская Республика

Присутствие ретрохориальной гематомы (РХГ) тесно связано с осложнениями во время беременности, включая гестационную гипертензию, преэклампсию, отслойку плаценты, преждевременные роды, малый гестационный возраст и низкий 5-минутный показатель Апгар [1]. По мнению А.М. Торчинова и соавт. [2], РХГ и, в частности, ее размеры связаны с риском потери беременности. Однако другие исследователи не обнаружили никакой связи между РХГ и неблагоприятными перинатальными исходами [3].

Цель - определение ультразвуковых и доплерометрических параметров у женщин с ретрохориальной гематомой в I триместре беременности.

Методы. Было обследовано 65 беременных с угрозой прерывания беременности и РХГ в сроке 7-13 недель в возрасте от 20 до 36 лет, средний возраст - 27,6±1,48 лет. Контрольную группу составили 22 беременные женщины без угрозы прерывания беременности, средний возраст которых составил 28,2±1,0 лет.

Обследованным беременным проведен сбор анамнеза, общеклинический осмотр, УЗИ с доплерометрией на аппарате «Siemens sonoline G40» (Германия). Применялись стандартные методики: трансвагинальная эхография и трансабдоминальное сканирование с наполненным мочевым пузырем с использованием трансвагинального датчика 6,5 МГц и конвексных датчиков 3,5 и 5 МГц в двухмерном эхорежиме, доплеровское исследование в импульсном и цветном режимах. Определяли систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР) и индекс пульсации (ИП). Индексы рассчитывали по следующим формулам: СДО = С/Д, отношение максимальной систолической фазы к минимальному показателю в фазе диастолы.; ИР = (С-Д)/С, где С и Д - соответственно максимальная скорость систолы и скорость диастолы сосудистого кровотока; ИП=(С-Д)/М, где М - это средняя величина скорости кровотока. Индекс массы тела рассчитан по формуле Кетле.

Результаты. У 24 (36,9%) срок гестации составил 7-10 нед, у остальных 41 (63,1%) пациентки - 11-13 нед. Индекс массы тела в среднем составил 22,82±1,06 кг/м² и 26,40±0,9 кг/м² соответственно у беременных с РХГ и контрольной группы.

В структуре и частоте перенесенных гинекологических заболеваний (эктопия шейки матки, воспалительные заболевания, рубцовая деформация, гиперплазия эндометрия и т.д.) у пациенток с РХГ преобладали эктопия шейки матки и воспалительные заболевания.

Согласно данным анамнеза, возраст менархе колебался от 12 до 15 лет и в среднем составил 13,9±0,53 лет, в контрольной группе - 12,3±0,28 лет. В целом нарушения менструального цикла отмечались у 62 пациенток (95,4%), тогда как в контрольной группе нарушения наблюдались у 2 (9,1%). Наиболее часто отмечались меноррагия - в 43,1% случаев (контроль - 0) и альгоменорея - в 33,8% случаев (контроль - 9,1%, p<0,01). Первородящие и повторнородящие составили соответственно 24,6 и 75,4%, первородящие и повторнородящие - 73,8 и 26,2%. При этом у повторнородящих настоящая беременность была второй у 40,0%, третья беременность - у 24,6%, четвертая беременность - у 7,7% и пятая беременность у 3,1% пациенток. Аборты в анамнезе отметили 27,7% (против 9,1% в контрольной группе, p<0,01), выкидыши - 16,9% (контроль - 0) и неразвивающуюся беременность - 26,2% обследованных (контроль - 0).

Боли внизу живота отметили 23,1%, кровянистые выделения - 35,4% пациенток. В 41,5% случаев отмечалось сочетание болей и кровянистых выделений. В 50,8% случаев определялось полусное, 49,2% случаев - пристеночное расположение гематомы. По данным доплерометрии средние показатели индексов СДО, ИР и ИП спиральных артерий у пациенток с РХГ в I триместре беременности были повышены относительно контрольной группы. У пациенток с РХГ величина СДО была повышена в среднем в 2,5 раза (p<0,01), ИР- в 1,5 раза (p<0,05). Индекс пульсации был увеличен, но разница с контрольным показателем не была статистически значимой. При цветовом доплеровском картировании единичные цветные локусы или прерывистая васкуляризация выявлены в 7,7%, множественные - в 66,2% наблюдений и в 6,1% случаев цветных локусов не наблюдалось. У женщин с угрозой прерывания беременности, осложнившейся РХГ, определение расположения и величины гематомы, оценка объема

желточного мешка является важным. Женщин с РХГ можно отнести к группе высокого риска самопроизвольного выкидыша и развития других осложнений беременности и нарушений функционального состояния плода, в частности фетоплацентарной недостаточности и синдрома задержки плода.

Выводы. Применение эхографических критериев оценки развития желточного мешка и развития фетоплацентарной гемодинамики в I триместре беременности, особенно у пациенток с привычной потерей, позволит определить риск неблагоприятного течения и исхода гестации, а также своевременно подобрать соответствующее патогенетическое лечение.

Ключевые слова: беременность, I триместр, ретрохориальная гематома, УЗИ, доплерометрия, кровоток.

Список литературы

1. *Van Oppenraaij R.H., Jauniaux E., Christiansen O.B., Horcajadas J.A., Farquharson R.G. et al.* Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review. *Hum Reprod Update*, 2009; 15: 409–421.
2. *Торчинов А.М., Умаханова М.М., Доронин Г.Л., Мазуркевич М.В., Рон М.Г.* Влияние ретрохориальной гематомы на исход беременности при привычном невынашивании. *Проблемы репродукции*, 2014. 5:82-86.
3. *Tower C.L., Regan L.* Intrauterine haematomas in a recurrent miscarriage population. *Hum Reprod.*, 2001. 16: 2005–2007.