

УДК 618.344 – 06

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА У ПАЦИЕНТОК С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ В I ТРИМЕСТРЕ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА

Е.С. Андреева, Е.А. Степанькова

ГОУ ВПО СГМА Росздрава

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики.

Резюме: обследованы 35 беременных с угрозой выкидыша и наличием внутриматочной гематомы в I триместре, проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Изучены особенности дальнейшего течения беременности по данным ультразвукового сканирования, доплерометрии, кардиотокографии. Отмечена возможность пролонгирования беременности, при этом в большинстве случаев состояние плода не имеет отклонений от нормы.

Ключевые слова: невынашивание беременности, внутриматочная гематома, доплерометрия, ультразвуковое сканирование, кардиотокография.

THE COURSE OF PREGNANCY AND THE STATE OF FETAL PATIENTS WITH THREAT OF INTERRUPTION IN I TRIMESTER, COMPLICATING ABRUPTIO CHORION

E.S. Andreeva, E.A. Stepankova

Resume: 35 pregnant women with intrauterine hematoma in the first trimester were examined using clinical, laboratory and instrumental methods. Particular qualities of subsequent gestation were studied by analyzing data of ultrasound scan, dopplerometry, cardiotocography. Possibility of pregnancy prolongation was noticed; fetus condition turned out not to have any deviations from the norm in the majority of cases.

Key words: miscarriage of pregnancy, intrauterine hematoma, dopplerometry, ultrasound scan, cardiotocography.

Актуальность: самопроизвольный аборт относят к наиболее актуальным видам акушерской патологии. Частота спонтанных выкидышей составляет 15-20% от всех желанных беременностей, до 80% из них приходится на первый триместр. Нередко угрожающий выкидыш сопровождается отслойкой хориона с образованием внутриматочной гематомы, что небезразлично для дальнейшего пролонгирования беременности, из-за возможного инфицирования, гибели эмбриона, формирования фето-плацентарной недостаточности. Кроме того, отмечается более поздний возраст наступления как повторной, так и первой беременности, поэтому возросла необходимость ее сохранения даже при осложненном течении.

Целью исследования явилась оценка состояния внутриутробного плода у пациенток с отслойкой хориона в первом триместре с наличием внутриматочной гематомы.

Материалы и методы: изучены особенности течения беременности и состояние плода у 35 беременных, I триместр которых осложнился отслойкой хориона, с образованием внутриматочной гематомы. При этом пациентки находились на стационарном лечении в гинекологическом отделении МЛПУ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г.

Смоленска, в сроке от 5 до 13 недель, в дальнейшем наблюдались в амбулаторных условиях. Проведено общеклиническое, лабораторное обследование. При ультразвуковом исследовании в первом триместре определялась жизнедеятельность плода, копчиковый размер эмбриона, толщина воротникового пространства - маркера хромосомных аномалий плода, оценка экстраэмбриональных структур (желточный мешок, амниональные и хориальные полости), толщина и расположение хориона, учитывались локализация, объем внутриматочной гематомы, оценивалась форма, размер, толщина периферического контура и характер васкуляризации желтого тела яичника.

Во II и III триместрах течение беременности и состояние плода при УЗИ оценивались по его фетометрическим показателям, плацентометрии, плацентографии, маточно-плацентарному кровотоку, объему околоплодных вод, состоянию шейки матки, сердечная деятельность плода – по кардиотокографии.

Результаты: возраст пациенток варьировал от 17 до 36 лет и в среднем составил $28,0 \pm 5,1$ лет. Из них 13 (37,1%) пациенток были первобеременными, средний возраст $26,0 \pm 5,4$ года, 22 (62,9%) – повторнобеременные, средний возраст $28,0 \pm 4,8$ лет.

Время наступления настоящей беременности от предыдущей варьировало от 2 месяцев до 12 лет. До одного года беременность наступила в 3 наблюдениях, 11 пациенток забеременели в течение первых 5 лет после предыдущей гестации и в 7 случаях беременность наступила спустя 5 лет.

В структуре соматических заболеваний преобладали заболевания дыхательной системы (21–60,0%), отмечены единичные случаи заболеваний мочевыделительной (1–2,9%), сердечно-сосудистой (2–5,7%) и эндокринной систем (1–2,9%).

При анализе гинекологического анамнеза у 3 имело место нарушение менструального цикла по типу опсоменореи. Средний возраст начала половой жизни 19,0 ± 2,7 лет, из них 12 пациенток начали половую жизнь до 18 лет. У трети беременных 10 – 28,6% была выявлена эктопия шейки матки, 8 – 22,9% пациенток ранее перенесли сальпингоофорит, и у 4 – 11,4% беременных было сочетание нескольких заболеваний.

Большинство женщин 30 – 85,7% обратились в стационар по поводу кровяных выделений различной интенсивности: незначительное их количество отмечалось у 18 (60%) из них, у 10 (33,3%) выделения расценивались как умеренные и у двоих выделения были обильными (6,7%). Более половины беременных (22 – 62,9%) предъявляли жалобы на боли внизу живота. У большинства боли имели ноющий характер и только у одной - схваткообразные. Изолированные боли внизу живота были только у 5 (14,3%) беременных, кровяные выделения у 11 (31,4%). У 19 (54,3%) пациенток имелось сочетание болей и кровяных выделений.

При интерпритации анализа крови у большинства пациенток (29 – 82,9%) отклонений от нормальных показателей выявлено не было. В единичных наблюдениях выявлен незначительный лейкоцитоз без изменения лейкоцитарной формулы, ускорение СОЭ, тромбоцитопения и снижение гемоглобина. В биохимическом анализе крови также значимых изменений не отмечено, лишь у одной беременной отмечено повышение содержания общего билирубина. Система гемостаза оценивалась по показателям коагулограммы, в одном наблюдении выявлена гипокоагуляция в сочетании с тромбоцитопенией.

При ультразвуковом сканировании жизнедеятельность плода по наличию сердцебиения и двигательной активности в первом триместре регистрировались во всех случаях. Копчико-теменной размер эмбрионов соответствовал гестационному сроку. В 22 (62,9%) наблюдениях хорион располагался по передней стенке, у 12 (34,3%) беременных – по задней стенке и в одном случае – в дне. Изменений структуры хориона не отмечено. Супрацервикальная локализация внутриматочной гематомы выявлена у

21 (60,0%) беременной, корпоральное – у 14 (40,0%). Объем гематомы колебался в пределах от 0,27 до 43,6 см³ и в среднем составил 7,0 ± 6,8 см³. Гематома малых размеров (до 9 см³) выявлена у 25 – 71,4% беременных, средних размеров (от 9 до 20 см³) у 8 – 22,9% и больших размеров (более 20 см³) у 2 – 5,7% женщин (средний объем 2,7±2,0см³, 13,1см³, 34,4±9,2см³ соответственно). Следует отметить, что клинические проявления при различной локализации гематомы отличались: при супрацервикальном ее расположении в 8 (72,7%) из 11 случаев были только кровяные выделения. Сочетание болей и кровяных выделений было примерно равным – при корпоральном расположении в 9 (47,4%) наблюдениях, при супрацервикальной локализации – в 10 (52,6%) наблюдениях.

В 14 (40%) случаях тонус матки был нормальным, в остальных наблюдениях отмечался гипертонус в виде участка сокращенного миометрия. При измерении длины шейки матки укорочения не выявлено, размеры её варьировали от 30 до 43мм и в среднем составила 35,3±3,8мм.

Желточный мешок визуализировался в 30 наблюдениях в виде анэхогенной кольцевидной структуры с гиперэхогенным контуром. В 5 (14,3%) случаях не лоцировался, при этом в 3 наблюдениях срок гестации был 12-13 недель, что соответствует времени регресса желточного мешка. Средний диаметр желточного мешка составил 4,1±0,8мм, структура его в 1 (2,9%) случае была гиперэхогенной, в остальных наблюдениях без изменений.

Объемы хориальной и амниальной полостей в большинстве наблюдений соответствовали сроку беременности, лишь в 1 (2,9%) случае выявлена гипоплазия амниальной полости.

Форма желтого тела отмечена округлой у всех беременных, средний диаметр составил 22,0±4,9мм, ширина периферического контура 3,8±1,3мм. Выраженная васкуляризация в виде множества ее локусов регистрировалась в 11 (31,4%) наблюдениях, единичные цветковые локусы – в 8 (22,9%) и у 2 (5,7%) беременных локусов васкуляризации не было. В 4 (11,4%) наблюдениях желтое тело не визуализировалось, т.к. срок гестации был больше 12 недель.

Назначалась стандартная сохраняющая терапия: спазмолитики, седативные и гормональные препараты. При проведении гемостатической терапии препаратом выбора была транексамовая кислота («транексам»), который, являясь антифибринолитическим средством, ингибирует действие активатора плазмина и плазминогена, что обуславливает гемостатический эффект без выраженного влияния на систему гемостаза в целом на системном уровне.

В результате беременность пролонгирована у 22 пациенток. Продолжительность госпитализации варьировала от 7 до 55 дней и в среднем составила 20,0

$\pm 11,6$ койко-дней. В 13 (37,1%) наблюдениях произошел самопроизвольный выкидыш. В этих случаях имела место гематома среднего объема - $9,9 \pm 7,4$ см³. При этом исход беременности не зависел от локализации гематомы: в половине наблюдений (6 - 50,0%) локализация гематомы была корпоральной и объем ее составил $9,5 \pm 9,3$ см³, в остальных наблюдениях объем супрацервикально расположенной гематомы составил $10,3 \pm 4,7$ см³. В последующем у половины пациенток имел место рецидив угрозы преждевременного прерывания беременности, которая в большинстве случаев не сопровождалась дальнейшей отслойкой и у 2 (9,1%) пациенток внутриматочная гематома сохранялась во втором триместре.

Своевременными родами завершились подавляющее большинство беременностей – 20 (90,9%), преждевременными – у 2 (9,1%) пациенток в сроке 34 недели.

Состояние плода во II и III триместрах по фетометрическим показателям соответствовало гестационным нормам, отклонений в анатомии плода не выявлено. У одного плода был выявлен гиперэхогенный фокус в левом желудочке сердца, который является результатом минерализации папиллярной мышцы и в случае изолированной находки не имеет диагностической ценности, а в сочетании с другими ультразвуковыми признаками является маркером хромосомных аномалий. В III триместре в одном случае диагностирована симметричная форма задержки внутриутробного развития плода I степени.

У 5 беременных выявлена низкая плацентация. Толщина плаценты и её структура практически во всех случаях соответствовала сроку гестации. В двух наблюдениях выявлены нарушения структуры в виде преждевременного созревания плаценты (в сроке 29 недель) и кист плаценты.

Количество околоплодных вод оценивалось по индексу амниотической жидкости (сумма четырёх

вертикальных карманов) и соответствовало норме у всех пациенток. Среднее значение индекса амниотической жидкости $11,6 \pm 2,5$ мм. Длина шейки матки колебалась от 6 до 42 мм и в среднем составила $33,1 \pm 6,0$ мм. Расширение внутреннего зева до 4 мм выявлено у одной беременной.

Внутриматочная гематома не была зарегистрирована в большинстве наблюдений, только у 2х пациенток она сохранялась до 18-19 недель беременности, объем их был – $5,1$ см³ и $8,2$ см³. В третьем триместре гематома не визуализировалась.

При изучении маточно-плацентарного кровотока кривые скоростей кровотока регистрировали в маточных артериях и в артерии пуповины. Приводилось измерение ИР с определением максимальной систолической и конечной диастолической скорости кровотока, отклонений от нормы в большинстве наблюдений не было: ИР правой маточной артерии – $0,48 \pm 0,1$, ИР левой маточной артерии – $0,45 \pm 0,1$, ИР артерии пуповины – $0,63 \pm 0,1$. Лишь в одном наблюдении при сроке 32 недели выявлено нарушение маточно-плацентарного кровотока I А степени.

У трети пациенток при кардиотокографии (7–31,8%) отмечалось снижение адаптации плода, у остальных (15–68,2%) состояние плода по данным КТГ не нарушено. Следует отметить, что при нормальном состоянии плода гематома в первом триместре имела средний объем в 3 раза меньше, чем при снижении адаптации: $3,4 \pm 3,3$ см³ и $9,6 \pm 14,3$ см³ соответственно.

Выводы: таким образом, при осложнении беременности первого триместра отслойкой хориона с формированием внутриматочной гематомы, в большинстве случаев возможно её пролонгирование, при этом состояние внутриутробного плода у большинства не имеет отклонений от нормы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Волков А.Е. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. – Феникс, Ростов-на-Дону. – 2007. – 477 с.
2. Игнатко И.В., Давыдов А.И. Профилактика репродуктивных потерь при привычном невынашивании беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – т.7, №2. – С.40 – 46.
3. Курьяк А., Михайлов А., Купешич С. Трансвагинальный цветовой доплер: бесплодие, вспомогательная репродукция, акушерство. – Издательство “Петрополис”, 2001. – 294с.
4. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2005. – 448 с.
5. Скворцова М.Н., Медведев М.В. УЗИ в ранние сроки беременности. – В кн.: Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике/ под ред. Митькова В.В. II том.-М.:Видар, 1996. – С. 9-28.
6. Хачкурузов С.Г. Ультразвуковое исследование при беременности раннего срока. – Москва «МЕДпресс – информ», 2005. – 248 с.
7. Kurjak A., Shulman H., Zudenigo D., et al. Subchorionic hematomas in early pregnancy. Clinical outcome and blood flow patterns. – J. Matern Fetal Med. – 1996; 5:41-4