Яснiковська С.М.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ТА УЗ-ДОСЛІДЖЕНЬ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗЛИВИМ АБОРТОМ З КРОВОТЕЧЕЮ В І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Буковинський державний медичний університет

Невиношування вагітності є актуальною проблемою сучасного акушерства, так як за даними статистики до 20% клінічно діагностованих вагітностей завершуються спонтанним їх перериванням, при чому на долю І триместру припадає до 75-80% випадків.

Метою нашого дослідження була оцінка результатів клініко-лабораторних та ультразвукових методів дослідження у жінок із загрозливим абортом з кровотечею з утворенням ретрохоріальних та субамніотичних гематом в І триместрі вагітності.

Нами проведено ретроспективний аналіз клінічних та анамнестичних даних у 50 вагітних з патологією розвитку хоріону у вигляді субхоріальних (30) та субамніотичних (20) гематом. Крім оцінки клініко-анамнестичних даних, проводили динамічне ультразвукове дослідження із допплерометрією кровоплину в маткових артеріях, міометрії в зонах відшарування та в інтактних зонах. При оцінці гематоми визначався її характер (субхоріальна, субамніотична, крайова), об’ємні розміри, стадії розвитку.

Нами встановлено, що субхоріальні гематоми зустрічаються частіше субамніотичних. Вони діагностуються в середньому в 8,3 ± 0,4 тиж вагітності, їх середній об’єм складає 1,32 ± 0,25 см^3. При динамічному УЗ спостереженні їх об’єм зменшувався до 1,15±0,34 см^3, в 6 (20%) випадках візуалізація гематом була відсутня, а у 7 (23,3%) - відбувалася їх організація. Перехід субхоріальної в субамніотичну гематому мав місце у 5 (16,7%) жінок. У обстежуваних із субхоріальними гематомами в 4,5 рази частіше, порівняно із субамніотичними зареєстрована гіпоплазія хоріону. При допплерометрії у жінок даної групи спостерігалася відсутність візуалізації кровотоку в радіальних та базальних артеріях і підвищення резистентності (0,76±0,05 при нормі 0,60±0,02) на рівні аркуатних артерій, що можна розцінювати як компенсаторну реакцію, яка перешкоджає прогресуванню відшарування хоріону. Поряд з цим, підвищення судинного опору на рівні маткових артерій було несприятливим фактором у формуванні в подальшому дисфункції плаценти.

Субамніотичні гематоми частіше діагностувалися в 12,1±0,5 тиж. гестації, їх об’єм в середньому складав 17,7 ± 6,0 см^3, що мав тенденцію до зменшення при динамічному спостереженні до 11,1±3,5 см^3. При цьому повного розсмоктування таких гематом не було, а в стадії організації зареєстровано тільки 3 випадки. У жінок цієї групи в 7,5 разів частіше, ніж у пацієнток з субхоріальними гематомами виявлялася бактеріально-вірусна інфекція (генітальні мікоплазми, уреаплазми, хламідії, епідермальний стафілокок та стрептокок групи В, вірус простого герпесу). При допплерометрії в зонах відшарування кровотік в міометрії не був порушеним.

Подальший перебіг вагітності у жінок із різними формами відшарування хоріону ускладнювався загрозою переривання в І триместрі у всіх обстежуваних, у ІІ триместрі – у кожної другої вагітної, в ІІІ триместрі – у 25% випадків. Ознаки плацентарної дисфункції мали місце у 18% вагітних в ІІ триместрі та у 53% обстежуваних в ІІІ триместрі гестації.

Таким чином, субхоріальні гематоми, як правило, розвиваються на тлі тромбофілічних станів та імунологічних порушень, мають менший об’єм, швидше організуються або розсмоктуються, поєднуються з гіпоплазією хоріону та порушеннями гемодинаміки в матці, що в подальшому сприяє формуванню плацентарної дисфункції. Субамніотичні гематоми частіше виникають на тлі хронічної бактеріально-вірусної інфекції, виникають на 3-6 тижнів пізніше за субхоріальні, більші за об’ємом та тривало підлягають зворотньому розвитку і не супроводжуються порушенням гемодинаміки в міометрії. Найбільш частим ускладненням відшарування хоріону (плаценти) в І триместрі є розвиток дисфункції плаценти, що потребує динамічного нагляду та проведення профілактичних заходів протягом всього гестаційного періоду.