

---

## ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ОТСЛОЙКЕ ХОРИОНА С ФОРМИРОВАНИЕМ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ГЕМАТОМЫ

Н.К. Никифоровский, Е.А. Степанькова, Е.С. Андреева

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики  
Смоленская государственная медицинская академия  
ул. Крупской, 28, Смоленск, Россия, 214019

Обследованы 70 беременных с угрозой выкидыша и наличием внутриматочной гематомы в I триместре и 20 беременных, наблюдавшихся в условиях женской консультации. Проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Изучены особенности течения беременности у пациенток обеих групп по данным ультразвукового сканирования, доплерометрии, кардиотокографии, проведено гистологическое исследование плацент и материала из полости матки при самопроизвольном выкидыше. Отслойка хориона часто сочетается с воспалительными изменениями элементов плодного яйца и эндометрия. У большинства возможно пролонгирование беременности, однако, при этом нередко возникают рецидив угрозы выкидыша и нарушение состояния плода в виде снижения адаптации.

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

Самопроизвольный аборт является наиболее актуальным видом акушерской патологии, так как частота его составляет 15,0–20,0% и большая часть – около 80,0%, приходится на I триместр [2; 3; 7; 8]. 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. Однако в настоящее время, учитывая более поздний возраст беременных, существенные проблемы наступления как первой, так и повторной беременности делают ее крайне желанной, в связи с чем возросла необходимость ее сохранения [1–6].

**Целью** данного исследования явилось изучение исходов беременности при отслойке хориона с формированием внутриматочной гематомы.

**Материалы и методы:** изучены особенности течения беременности и ее исходы у 70 беременных, находившихся в I триместре на стационарном лечении с отслойкой хориона и внутриматочной гематомой. Дальнейшее наблюдение беременности осуществлялось в амбулаторных условиях. Контрольную группу составили 20 беременных, без осложненного течения I триместра.

Проведено общеклиническое, лабораторное обследование, включающее общий и биохимические анализы крови, коагулограмму, определялись биохимические маркеры хромосомных аномалий (альфафетопротеин и хорионический гонадотропин), патоморфологическое исследование плаценты и материала из полости матки при самопроизвольном прерывании беременности. В I триместре проводилась ультразвуковая сонография с определением жизнедеятельности плода, копчико-теменного размера, толщины воротникового пространства, как маркера хромосомных аномалий, оценивались экстраэмбриональные структуры (желточный мешок, амниональные и хориальные полости), состояние хориона, объем и локализация внутриматочной гематомы, состояние желтого тела. Во II и III триместрах проводилась оценка состояния плода по фетометрическим показателям, плацентометрия, плацентографии, изучалось состояние маточно-плацентарного кровотока, оценивался объем околоплодных вод, измерялась длина шейки матки, проводилась кардиотокография.

**Результаты исследования.** Возраст пациенток варьировал в основной группе от 17 до 43 лет и в среднем составил  $27,5 \pm 5,8$  лет. В группе контроля – от 17 до 40 лет, средний возраст –  $25,0 \pm 5,1$  лет.

В структуре соматических заболеваний обеих групп преобладали заболевания дыхательной системы (основная группа – 29–41,4%, контрольная группа – 12–45,0%), отмечены единичные случаи патологии желудочно-кишечного тракта (1-я группа – 2–2,9%), мочевыделительной (1-я группа – 3–4,3%, 2-я группа – 1–5,0%), сердечнососудистой и эндокринной систем.

При анализе гинекологического анамнеза в основной группе у 6 (8,6%) и у 2 (10,0%) в контрольной группе имели место различные нарушения менструального цикла. В обеих группах возраст начала половой жизни не отличался и в среднем составил в основной группе  $18,0 \pm 2,5$  лет и в группе контроля  $17 \pm 1,7$  лет. Обращает на себя внимание большая распространенность воспалительных заболеваний органов малого таза в первой группе, по сравнению с контрольной – 14–20,0 и 1–5,0% соответственно.

Большинство пациенток основной группы (59–84,3%) обратились в стационар по поводу кровяных выделений различной интенсивности: незначительные отмечались у 39 – 66,1%, умеренные у 18 – 30,5%, обильные у 2 – 3,4%. 2/3 беременных (51–72,9%) отмечали боли внизу живота. Только боли внизу живота были у 11 (15,7%) пациенток, у 19 (27,1%) только кровяные выделения и в половине наблюдений (40–57,1%) имело место сочетание болей и кровяных выделений.

При оценке анализа крови у большинства 82,9% были нормальные показатели. В единичных наблюдениях – незначительный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, снижение гемоглобина. Тромбоцитопения у одной пациентки. Биохимический анализ крови у большинства был также без изменений, лишь в одном случае отмечено повышение общего билирубина. При анализе

коагулограммы в одном наблюдении выявлена гипокоагуляция в сочетании с тромбоцитопенией. При проведении биохимического скрининга изменения концентрации альфафетопротеина и хорионического гонадотропина отмечались в единичных случаях у пациенток обеих групп.

При ультразвуковом исследовании жизнедеятельность плода по наличию сердцебиения и двигательной активности отмечена во всех наблюдениях. Копчико-теменной размер соответствовал гестационному сроку. Хорион по передней стенке локализовался у 2/3 пациенток, у 1/3 по задней, в одном случае – в дне. Толщина и структура хориона были без изменений.

Внутриматочная гематома супрацервикально была расположена у 43 – 61,4%, у 37 – 48,6% отмечена корпоральная локализация гематомы. Следует отметить, что супрацервикальная гематома чаще проявлялась только кровяными выделениями (11–15,7%), частота изолированных болей отмечена одинаковой, а сочетание болей и кровяных выделений было также характерно для супрацервикальной локализации гематомы (23–32,9%). Объем гематомы колебался от 0,3 до 81,9 см<sup>3</sup>, в среднем составил  $15,1 \pm 2,4$  см<sup>3</sup>. До 9 см<sup>3</sup> отмечен у 48 (68,6%) пациенток, от 9 до 20 см<sup>3</sup> у 15 (21,4%), более 20 у 7 (10,0%), что расценивалось как гематомы малых, средний и больших размеров.

Повышенный тонус матки в виде участка сокращенного миометрия регистрировался в 40 наблюдениях (57,1%) наблюдений, у остальных 35 (42,9%) был нормальным. Длина шейки матки колебалась от 27 до 43 мм и в среднем составила  $35,7 \pm 4,0$  мм.

Желточный мешок визуализировался в 50 наблюдениях, из них у 41 пациентки в виде анэхогенной кольцевидной структуры с тонким гиперэхогенным контуром. У 20 беременных желточный мешок не визуализировался, при этом у 10 пациенток (14,3%) при сроке беременности 12–13 нед. не определялся в результате регресса. Средний диаметр желточного мешка составил  $4,2 \pm 1,3$  мм. Структура в 7 случаях была повышенной эхогенности, в остальных наблюдениях без изменений.

Объемы хориальной и амниотической полостей у большинства соответствовали сроку беременности, в одном (1,4%) случае выявлена гипоплазия амниона.

Желтое тело определялось у 32 (45,7%) пациенток в виде образования округлой формы. Средний диаметр составил  $21,5 \pm 5,4$  мм, ширина периферического контура  $3,8 \pm 1,3$  мм. Единичные цветовые локусы регистрировались у 7 (10,0%), множественные – у 24 (34,3%) и у одной (1,4%) локусов васкуляризации не наблюдалось. В 38 (54,3%) наблюдениях желтое тело не визуализировалось, из них у 13 (18,6%) срок беременности был более 12 нед.

Проводилась стандартная сохраняющая терапия: спазмолитики, седативные и гормональные препараты, которая в большинстве случаев допол-

нялась антибактериальной терапией. С целью гемостаза использовалась транексамовая кислота, которая, являясь антифибринолитическим средством, ингибирует действие активатора плазмина и плазминогена и обуславливает гемостатический эффект.

В результате беременность сохранена у 43 (61,4%) пациенток основной группы и закончилась своевременными родами у 41 (95,3%), у 2 (4,7%) – преждевременными. В 27 (38,5%) наблюдениях произошел самопроизвольный выкидыш, в случаях, где объем гематомы был средних или больших размеров и составил  $14,1 \pm 5,4$  см<sup>3</sup>. В контрольной группе своевременными родами закончились 19 (95,0%) беременностей, преждевременными – 2 (5,0%). Дальнейшее течение беременности осложнилось угрозой прерывания в 1-й группе в 31 (44,3%) наблюдении, во 2-й – в 5 (25,0%); при этом в основной группе повторные госпитализации отмечены у 14 (20,0%) беременных, в контрольной группе угрозы рецидива не зарегистрировано.

При изучении состояния плода во II и III триместре в обеих группах фетометрические показатели почти у всех соответствовали гестационным нормам, в одном наблюдении основной группы в III триместре диагностирована симметричная форма задержки внутриутробного развития плода I степени. При изучении анатомии плода в одном наблюдении первой группы был выявлен единичный маркер хромосомных аномалий в виде гиперэхогенного фокуса в левом желудочке сердца, который как изолированный признак значения не имеет.

У 5 беременных основной группы выявлена низкая плацентация, в двух наблюдениях выявлены нарушения структуры в виде преждевременного созревания плаценты (в сроке 29 нед.) и кист плаценты. У остальных толщина и структура нарушены не были. Количество околоплодных вод соответствовало норме в большинстве случаев, среднее значение индекса амниотической жидкости в первой группе  $11,6 \pm 2,5$  см, во второй –  $13,1 \pm 3,2$  см. В обеих группах в двух наблюдениях (1-я группа – 2,9%, 2-я группа – 20,0%) выявлено маловодие. Длина шейки матки в основной колебалась от 6 до 42 мм и в среднем составила  $33,1 \pm 6,0$  мм, в группе контроля – от 31 до 40 мм, в среднем –  $34,7 \pm 2,3$  мм.

Внутриматочная гематома сохранялась у 4 (5,7%) пациенток основной группы во II триместре, средний объем –  $30,3 \pm 10,2$  см<sup>3</sup>. В III триместре гематома не визуализировалась.

При проведении доплеровского исследования лишь в одном наблюдении в основной группе при сроке 32 нед. выявлено нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А степени. В группе контроля нарушений кровотока зарегистрировано не было.

У трети (12–27,9%) пациенток первой группы при кардиотокографии отмечалось снижение адаптации плода, у остальных (31–72,1%) состояние плода по данным КТГ не нарушено. Причем, при сниженной адаптации пло-

да объем гематомы в I триместре был в три раза больше, чем при нормальном –  $3,4 \pm 2,3 \text{ см}^3$  и  $9,6 \pm 4,3 \text{ см}^3$  соответственно. В группе контроля снижение адаптации плода (7 баллов) выявлялось реже – в 3 (15,0%) наблюдениях.

При морфологическом исследовании плаценты у пациенток основной группы признаки различной степени воспалительных изменений в плаценте в виде интервиллuzита, амнионита, хориоамнионита были обнаружены в 15,4% наблюдений, гистологические признаки хронической компенсированной плацентарной недостаточности выявлены в 23,1% и сочетание данных изменений отмечено в 46,2% случаях. При гистологическом исследовании удаленных элементов плодного яйца в 42,9% наблюдениях выявлен децидуит. В остальных случаях изменений не найдено.

**Выводы.** Таким образом, течение беременности, осложненное отслойкой хориона с формированием внутриматочной гематомы, у большинства пациенток сочетается с воспалительными изменениями элементов плодного яйца и эндометрия. Однако у большинства возможно пролонгирование беременности до своевременных родов, но нередко возникает рецидив угрозы выкидыша и нарушение состояния плода в виде снижения адаптации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агеева М.И., Байсангурова З.Х. Эхографические критерии функциональной недостаточности желтого тела при угрозе невынашивания беременности // Мат-лы 5-го Съезда Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. – М., 2007. – С. 6.
2. Гилязутдинова З.Ш., Тухватуллина Л.М. Невынашивание беременности при анатомических и функциональных нарушениях репродуктивной системы. – Казань, 2008.
3. 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.
4. Мельникова С.Е., Гаджиева Т.С., Орлов В.М. и др. Невынашивание беременности. Учебное пособие. – СПб, 2006.
5. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. – М., 2009.
6. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Оразмурадов А.А. Женская консультация. – 2-е изд. – Петрозаводск, 2007.
7. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. – М., 2007.
8. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности // Status praesens. – М., 2009.

## **PREGNANCY TERMINATIONS WITH CHORION DETACHMENT AND INTRAUTERINE HEMATOMA FORMATION**

**N.K. Nikiforovskiy, E.A. Stepankova, E.S. Andreeva**

Department of obstetrics and gynecology with course of prenatal diagnosis  
Smolensk State Medical Academy  
*Crupskoy Str., 28, Smolensk, Russia, 214019*

70 pregnant women with the threat of miscarriage and with intrauterine hematoma in the first trimester and 20 pregnant women observed in maternity welfare clinics were examined. Clinical, laboratory and instrumental methods of research were used. Features of gestation in the both groups were studied by analyzing data of ultrasonic scanning, dopplerometry, cardiotocography; histological study of placentae and material from uterine cavity after spontaneous miscarriage was made. Chorion detachment is often combined with the inflammatory changes of fetal ovum and endometrium elements. Prolongation of pregnancy is possible in the majority of cases but meanwhile relaps of the threat of miscarriage and disorder of fetus condition in form of adaptation reduction often arise.

**Keywords:** miscarriage of pregnancy, chorion detachment, intrauterine hematoma, dopplerometry, ultrasound scan, cardiotocography.