

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ, КОТОРАЯ ОСЛОЖНИЛАСЬ РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ

15–16 МАЯ ЭТОГО ГОДА В КИЕВЕ В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ «ГАРМОНИЯ ГОРМОНОВ – ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ» ПРОЗВУЧАЛ РЯД ДОКЛАДОВ, ПОСВЯЩЕННЫХ АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ АКУШЕРСТВА, ОДИН ИЗ КОТОРЫХ ХОТИМ ОСВЕТИТЬ НА НАШИХ СТРАНИЦАХ. В СВОЕМ ВЫСТУПЛЕНИИ ВЕРА ИВАНОВНА ПИРОГОВА РАССКАЗАЛА О КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ БЕРЕМЕННОСТИ, КОТОРАЯ ОСЛОЖНИЛАСЬ РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ



В.И. ПИРОГОВА

д. мед. н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого

Одним из важных аспектов невынашивания беременности являются ретрохориальные гематомы, а кровотечения в I триместре при угрозе невынашивания наблюдаются у каждой четвертой-пятой женщины. Кровотечения во время беременности актуализируют проблему течения как текущей беременности, так и перспектив последующих.

На сегодня мы знаем, что инвазия цитотрофобласта – это очень сложный процесс, который сформировался за тысячи лет эволюции и его молекулярные механизмы только начинают постигаться. Наиболее важными периодами инвазии трофобласта является первая (6–8-я неделя) и вторая (16–18-я неделя) волна.

Кроме того, появляются сообщения, что наличие ретрохориальной гематомы в I триместре беременности не является фактором развития первичной плацентарной дисфункции, а есть ее проявлением, которое приводит к нарушениям гемодинамики и микроциркуляции в системе мать–хорион–эмбрион.

Основным патогенетическим звеном и иницирующим фактором возникновения кровотечения до 12 недель беременности является недостаточная цитотрофобластическая инвазия. Полученные морфологические данные говорят о том, что возникает маточно-плацентарный кровоток из зияющих спиральных артерий на 5–7-й неделе гестации, когда ком-

поненты ворсин не готовы к приему артериальной крови и повреждают щеточную кайму синцития трофобласта, поскольку, кроме кислорода, кровь приносит свободные радикалы. Это является причиной развития порочного круга: нарушение гормон- и протеин-продуцирующей функции плаценты; патологическая трансформация васкулогенеза в ангиогенез, приводящий к плацентарной дисфункции.

Развитие ретрохориальной гематомы также является причиной нарушения гипокоагуляционных свойств щеточной каймы, которая первая контактирует с материнской артериальной кровью. С целью оценки эффектов ретрохориальной гематомы на последующее течение беременности нужно оценить два критерия: локализацию и величину гематомы. К сожалению, экспертная оценка медицинской документации показывает отсутствие фиксации параметров объема ретрохориальной гематомы и ее соотношение с размерами плодного яйца, которые определяют тактику лечения и ведения женщин с кровянистыми выделениями.

Различают гестационно-ранние (5–7-я неделя) и гестационно-поздние (8–11-я неделя) ретрохориальные гематомы. Маленькими считаются гематомы, не превышающие 20% размера плодного яйца, большими – имеющие размеры больше 50%. Неблагоприятен прогноз при больших ретроплацентарных гематомах с корпоральной локализацией.

Значительный интерес представляет сравнение тактики ведения пациенток с ретрохори-

альной гематомой в Украине с менеджментом ретрохориальных гематом в США и некоторых европейских странах. Результаты такого сравнения показали, что в нашей стране предпочтение отдается проведению интенсивной терапии: 35% женщин с гематомами одновременно получают от 2 до 3 гестагенных препаратов с момента появления первых жалоб. Тогда как во многих других странах предпочитают отказ от терапии при первой беременности на ранних сроках гестации при отсутствии верификации возникновения причины кровотечения. Исключениями являются беременности после вспомогательных репродуктивных технологий, где используется только один гестаген.

Сравнение количества потерь при наличии хориальной гематомы не имеет существенных различий. Однако необходимо отметить большее количество замерших беременностей с отсроченной диагностикой этого состояния. К тому же, в Украине оцениваются риски поздних осложнений, недостаточен мониторинг состояний эмбриона и плода. **В то время как за рубежом основной упор делается на мониторинг состояния плода** (биохимический и ультразвуковой) и проведение оценки рисков: кровотечение при первой беременности с образованием ретрохориальной гематомы повышает риск преждевременных родов в 22–27 нед. с 2,4% до 8%, в 28–31 нед. – в 2 раза, в 32–36 нед. – в 2 раза. Также необходимо отметить возрастание риска отслойки нормально расположенной плаценты. Более свежие данные, полученные по этой проблеме, говорят о том, что осложнение первой беременности ретрохориальной гематомой повышает риск развития подобного осложнения с 2,2% до 5,8%, а риск преждевременных родов и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты – в 2 раза [1].

Очевидно, что для таких пациенток вопрос первичной профилактики уже не актуален. Действия врача заключаются в проведении не только вторичной, но и третичной профилактики.

При диагностике ретрохориальной гематомы тактика ведения должна базироваться на терапии гестагенами с целью сохранения беременности и предотвращении ее дальнейших осложнений.

В идеале, первичной профилактикой было бы назначение прогестерона за 2–3 месяца до планируемой беременности...

С этой целью в клинической практике мы используем микронизированный прогестерон Утрожестан, который применяется интравагинально. Интравагинальный путь введения Утрожестана создает условия для полноценной имплантации и нормализации иммунного статуса пациентки за счет выработки прогестерон-индуцируемого блокирующего фактора. Правильная полноценная

имплантация упреждает развитие ретрохориальной гематомы.

Препарат Утрожестан имеет самую убедительную доказательную базу и применяется во всех развитых странах мира. Преимуществами вагинального прогестерона являются: адресная доставка к органам-мишеням, обеспечение стабильного гормонального фона в сыворотке крови, отсутствие гепатотоксичности, возможность применения у женщин с экстрагенитальной патологией.

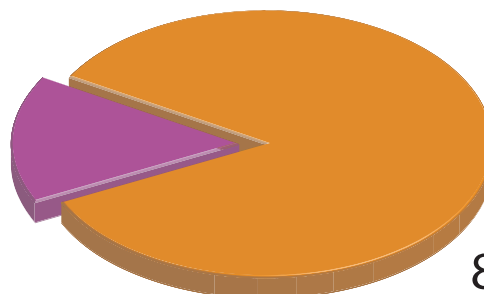
Согласно опросу экспертов в области бесплодия и сохранения беременности (408 клиник, 82 страны мира), более 90% назначений гестагенов составляют вагинальные формы прогестерона, **среди которых лидирует Утрожестан, а доля пероральных гестагенов занимает 0,5% (!) от всех назначений** [2].

Утрожестан достигает максимальной концентрации во всех слоях матки уже через 4 часа при интравагинальном введении. Абсолютно обосновательными являются опасения неэффективности интравагинального пути применения Утрожестана при наличии кровянистых выделений.

Одно из крупных исследований, проведенных в 2005 году, показало, что применение Утрожестана уменьшает размеры ретрохориальных гематом у 84,3% беременных уже через 7–10 дней после начала использования препарата (рисунок).

Доза Утрожестана должна определяться индивидуально и исходить из клинических проявлений. Максимальная доза препарата может достигать 600 мг. С профилактической целью Утрожестан рекомендовано использовать в дозе 200–400 мг. Важно напомнить о необходимости деления суточной дозы на 2 приема: утренний и вечерний (по 100–200 мг).

15,7%



84,3%

В случае необходимости возможно разделение применения Утрожестана – на вагинальное утром и пероральное вечером, поскольку это **единственный препарат, который зарегистрирован для вагинального и перорального применения в одной форме выпуска**, что очень удобно и экономически выгодно для пациентки.



При диагностике ретрохориальной гематомы тактика ведения должна базироваться на терапии гестагенами с целью сохранения беременности и предотвращения ее дальнейших осложнений

РИСУНОК.
УТРОЖЕСТАН
УМЕНЬШАЕТ РАЗМЕРЫ
РЕТРОАМНИАЛЬНЫХ
И РЕТРОХОРИАЛЬНЫХ
ГЕМАТОМ У 84,3%
БЕРЕМЕННЫХ

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Maso G., D'Ottavio G., de Seta F. et al. «First-trimester intrauterine hematoma and outcome of pregnancy.» *Obstetrics and Gynaecology*, 105(2) (2005):339-344.

2. Vaisbuch E., de Ziegler D., Leong M., Weissman A., Shoham Z. «Luteal-phase support in assisted reproduction treatment: real-life practices reported worldwide by an updated website based survey.» *Reprod. Bio med Online*. 2014 Mar; 28(3):330-5.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВАГІТНОСТІ, ЯКА УСКЛАДНИЛАСЬ РЕТРОХОРІАЛЬНОЮ ГЕМАТОМОЮ

В.І. Пирогова, д. мед. н., професор, завідувача кафедрою акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

15–16 травня 2014 року в Києві в рамках конференції «Гармонія гормонів – основа здоров'я жінки» прозвучала доповідь, присвячена клініко-параклінічним аспектам вагітності, яка ускладнилася ретрохоріальною гематомою.

Ретрохоріальні гематоми є однією з причин невиношування вагітності. При діагностиці ретрохоріальної гематоми тактика ведення повинна базуватися на терапії гестагенами з метою збереження вагітності та запобіганню її подальших ускладнень. Оптимальною первинною профілактикою є призначення прогестерону за 2–3 місяці до запланованої вагітності. З цією метою у клінічній практиці може використовуватися мікронізований прогестерон Утрожестан, який застосовується вагінально.

Ключові слова: ретрохоріальна гематома, невиношування вагітності, мікронізований прогестерон, Утрожестан.

CLINICAL AND PARACLINICAL ASPECTS OF PREGNANCY, THAT IS COMPLICATED BY A RETROCHORIAL HEMATOMA

V.I. Pirogova, MD, professor, head of the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education, Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky

May 15–16, 2014 in Kiev, at the conference «Harmony of hormones – the basis of the woman's health» was heard a report on the clinical and paraclinical aspects of pregnancy that is complicated retrochorial hematoma.

Retrochorial hematomas are one of the causes of miscarriage. After the diagnosis of retrochorial hematoma tactics must be based on progestin therapy to maintain pregnancy and prevent further complications. Administration of progesterone for 2–3 months before a planned pregnancy is an optimal primary prevention. For this purpose micronized progesterone Utrozhestan is vaginally used in clinical practice.

Key words: retrochorial hematoma, miscarriage, micronized progesterone, Utrozhestan.



ПОДПИСКА на 2015 г.

Стоимость редакционной подписки на 2015 г. – 270 гривен.

Условия гарантированной подписки на журнал «Репродуктивная эндокринология»:

1. Заполнить и отправить нижеприведенную **АНКЕТУ**. Все поля являются обязательными для заполнения!
2. Распечатать **КВИТАНЦИЮ** и оплатить подписку в любом банке.
3. Анкету и копию оплаченной квитанции отослать по **адресу**: 01030, Украина, Киев, ул. Б. Хмельницкого, 42, ООО «ТРИЛИСТ».

ПОВІДОМЛЕННЯ	Отримувач Код ЄДРПОУ Рахунок УАН	ТОВ «Трилист» 35422926 2600289830 в АБ «Укргазбанк», м. Київ	МФО 320478
	Платник	Прізвище, ім'я, по батькові	
		Поштовий індекс та адреса платника	
	Вид платежу	Сума	
	Передплата на журнал «Репродуктивна ендокринологія» № 1-6, 2015 р.	270 грн	
	Дата здійснення операції «__»____20__ р.		
	Підпис платника _____	Підпис банку _____	
КВИТАНЦІЯ	Отримувач Код ЄДРПОУ Рахунок УАН	ТОВ «Трилист» 35422926 2600289830 в АБ «Укргазбанк», м. Київ	МФО 320478
	Платник	Прізвище, ім'я, по батькові	
		Поштовий індекс та адреса платника	
	Вид платежу	Сума	
	Передплата на журнал «Репродуктивна ендокринологія» № 1-6, 2015 р.	270 грн	
	Дата здійснення операції «__»____20__ р.		
	Підпис платника _____	Підпис банку _____	