

# ПРОФІЛАКТИКА АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ НА ТЛІ РЕТРОХОРИАЛЬНОЇ ГЕМАТОМИ В І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

## ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ



### Т.Г. РОМАНЕНКО

д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України  
ORCID: 0000-0003-0157-6223

### О.М. СУЛІМЕНКО

клінічний ординатор кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України  
ORCID: 0000-0003-1948-8387

#### Контакти:

Романенко Тамара Григорівна  
НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра акушерства та гінекології №1  
04112, Київ, Дорогожицька, 9  
тел. +38 (067) 721 96 19  
e-mail: romanenko.tmr@gmail.com

### ВСТУП

Невиношування вагітності (НВ), під яким розглядають самовільне передчасне переривання вагітності від запліднення до 37 тижнів, було і залишається однією з найважливіших проблем в акушерстві та гінекології [1]. Попри численні дослідження з етіології НВ, розробку та впровадження нових препаратів і способів лікування цієї патології, в Україні частота НВ залишається високою, коливаючись від 8 до 20–25% від загальної кількості вагітностей [2].

Незважаючи на доказ деяких механізмів патогенезу такого ускладнення вагітності в І триместрі, як відшарування ворсин хоріона, завдання з розробки ефективних і оптимальних методів його терапії і профілактики продовжує залишатися дискусійним на даному етапі розвитку акушерства, що свідчить на користь актуальності його дослідження [3].

### АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Одним із важливих аспектів НВ є ретрохоріальні гематоми (РХГ), а вагінальна кровотеча в І триместрі зустрічається у 25% жінок і асоційована з ранніми втратами вагітності у високому відсотку випадків. При цьому РХГ або субхоріальна гематома (СХГ) є найпоширенішою причиною, пов'язаною з кровотечею в І триместрі [4], зустрічаючись у 3–22% випадків від усіх вагітностей [5–9].

В загальній акушерській популяції частота РХГ коливається від 1,3 до 3,1% [8], складаючи близько 18% всіх випадків кровотеч у І триместрі.

Такі широкі рамки, в яких варіює частота виникнення РХГ, визначаються характеристиками досліджуваних популяцій, використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), застосування яких достовірно збільшує ризик формування РХГ [10].

Від 8,9 до 23,78% вагітностей з РХГ завершуються викиднем [3]. У разі ж пролонгування вагітності підвищується ризик розвитку материнських і неонатальних ускладнень: передчасних пологів, затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗРП), відшарування плаценти, прееклампсії та інших [11–14].

Наявність РХГ супроводжується зовнішньою кровотечею в 71% випадків, безсимптомним перебігом – у 29%. Якщо плід (ембріон) не гине, то в подальшому можливий розвиток

плацентарної недостатності в 24% випадків, передчасних пологів – в 16–19% (з них 43% – у терміни менше 32 тижнів), прееклампсії – в 8%, ЗРП – в 7%, дистрес-синдрому в новонародженого – в 19%. Частота кесаревого розтину в даного контингенту вагітних становить 27% [7–8].

На думку S. Crane та співавт. [15], СХГ є найпоширенішим відхиленням від фізіології в І триместрі за наявності живого ембріона, а близько 20–40% всіх вагітностей у цей період мають кровотечу. Частота РХГ у групі жінок зі спонтанними викиднями становить 5,2% [16].

J. Leite та ін. [17] провели дослідження, метою якого було оцінити результат вагітності, ускладненої дуже великою гематомою в І триместрі. З 8085 пацієток, які пройшли ультразвукографічне дослідження в клініці в терміні вагітності 5–14 тижнів, 30 мали «дуже великий» (понад 50% від плідного яйця) внутрішньоматковий крововилив. Ці 30 пацієток були класифіковані відповідно до результату вагітності – нормального і несприятливого, віку матері, вагінальної кровотечі, гестаційного терміну на момент постановки діагнозу гематоми, а також її розташування. Несприятливі наслідки мали місце у 46%, сприятливі – у 54%. Пацієнтки з несприятливими наслідками мали значно нижчий гестаційний термін на момент постановки діагнозу – 7 тижнів (від 5,7 до 8,4 тижня) в порівнянні з 8,4 тижня в пацієток зі сприятливими наслідками (від 6,2 до 14 тижнів) [17].

V. Soldo та співавт. [3] провели дослідження, метою якого було оцінити частоту РХГ у групі жінок із загрозою викидня і вивчити питання щодо можливого взаємозв'язку паритету, попередніх викиднів, розміру, локалізації гематоми і тривалості вагінальної кровотечі з результатом вагітності. За даними УЗД, вагінальна кровотеча і РХГ за наявності живого ембріона спостерігалися в 45 учасниць даного дослідження (5,2%). Контрольна група складалася з 807 жінок в тому самому гестаційному періоді, з вагінальною кровотечею, але без сонографічно підтвердженої РХГ. Вища частота мимовільних викиднів була зафіксована в пацієток із РХГ, локалізованою по задній стінці матки, і з повторними кровотечами, при цьому розмір гематоми не впливав на частоту спонтанного викидня [3].

**ПАТОГЕНЕЗ РОЗВИТКУ РХГ**

Кровотечі під час вагітності актуалізують проблему перебігу як поточної вагітності, так і перспектив подальших. Інвазія цитотрофобласту – це дуже складний процес, який сформувався за тисячі років еволюції, і його молекулярні механізми тільки починають осягати. Найважливішими періодами інвазії трофобласта є перша (6–8-й тиждень) і друга (16–18-й тиждень) хвиля. Крім того, з'являються докази, що наявність РХГ у I триместрі вагітності є не фактором розвитку первинної плацентарної дисфункції, а її проявом, який призводить до порушень гемодинаміки і мікроциркуляції в системі мати-хоріон-ембріон [18].

РХГ – специфічний патологічний стан, що виникає на ранній стадії вагітності (в I триместрі), розвивається в результаті часткового відшарування хоріальної пластинки від децидуальної оболонки при генетично нормальному плідному яйці та проявляється крововиливом і скупченням крові (гематомою) в ретрохоріальному просторі.

Відшарування хоріона на ранніх термінах вагітності, як правило, є наслідком ендотеліопатій, імунологічних, імуногенетичних, гемостазіологічних або гормональних порушень.

Згідно із сучасними уявленнями, структурна готовність плацентарного кровообігу визначається ступенем інвазії клітин позаворсинкового цитотрофобласта у стінки спіральних артерій плацентарного ложа, тобто в зону анатомічного контакту міжворсинкового простору плаценти і підлеглого ендометрія матки. До 8–10 тижня гестації відбувається перша хвиля інвазії позаворсинкового цитотрофобласта в плацентарне ложе, яка протягом 8–12 тижнів поширюється на ендометріальні сегменти спіральних артерій і зумовлює формування постійного матково-плацентарного кровообігу, адекватного потребам ембріона. Патологію гестаційної перебудови спіральних артерій плацентарного ложа пояснюють неповною трансформацією ендометрія чи недостатньою інвазією цитотрофобласта, активність якого передусім залежить від гормональних взаємовідносин. Якщо ці порушення спостерігаються під час першої хвилі, то виникає відтермінування початку

матково-плацентарного кровообігу, утворюються ділянки некрозів в ендометрії, аж до повного відмежування якірних ворсин від плацентарного ложа з виникненням РХГ, кровотечі та загибелі ембріона [19].

Основною патогенетичною ланкою і фактором виникнення кровотечі до 12 тижнів вагітності є недостатня цитотрофобластна інвазія. Отримані морфологічні дані говорять про те, що матково-плацентарний кровобіг формується зі спіральних артерій на 5–7 тижні гестації, коли компоненти ворсин ще не готові до прийому артеріальної крові. Це пошкоджує трофобласт, оскільки, крім кисню, кров приносить вільні радикали. Таким чином розвивається «хибне коло»: порушується гормонопродукуюча та протеїнопродукуюча функції плаценти, відбувається патологічна трансформація васкулогенезу в ангиогенез, що призводить до плацентарної дисфункції [18].

У розвитку гематом важливе значення мають наступні фактори [20]:

- ❖ імунологічні причини (переважання Th-1 відповіді);
- ❖ порушення згортання крові у матері (спадкові та набуті тромбофілії – поліморфізм гену MTHFR, поліморфізм гену PAI-1, анти-XГЛ-сенсibiliзація, антифосфоліпідний синдром), хронічний ДВС-синдром;
- ❖ травма;
- ❖ виражена артеріальна гіпертензія у матері;
- ❖ бактеріально-вірусна інфекція;
- ❖ хронічний ендометрит;
- ❖ сумісність подружжя за HLA-антигенами II класу.

Вважається, що причиною утворення РХГ є імунологічний конфлікт матері й плода, пов'язаний з активацією імуномодуючих механізмів, які опосередковуються прогестероном. Дана гіпотеза підтверджується тим фактом, що РХГ значно частіше зустрічається при вагітностях, які розвиваються з використанням медичних процедур, таких як індукція овуляції й екстракорпоральне запліднення, і зазвичай супроводжуються лютеїною недостатністю різного ступеня.

Патогенетичний механізм розвитку РХГ (ампутація децидуальних судин, що призводить до субхоріонічної кровотечі та появи гематоми) є, по суті,

імуним механізмом, що залежить від активації Т-хелперів 1 типу (Th-1). У той же час механізми, які протидіють внутрішньосудинній коагуляції крові в децидуальних судинах і їхній «ампутації», регулюються активністю Т-хелперів 2 типу (Th-2). Ендотеліальні клітини в результаті активації інтерлейкіну-1 (ІЛ-1), фактору некрозу пухлин α (ФНП-α) та інтерферону γ (ІФН-γ), вивільняють протромбіназу, яка перетворює неактивний протромбін на тромбін. Далі тромбін стимулює синтез ІЛ-8 в ендотеліальних клітинах, що сприяє залученню в цю область поліморфно-ядерних лейкоцитів. Лімфоцити руйнують ендотеліальні клітини, активовані ІЛ-1, ФНП-α та ІФН-γ, що призводить до запуску коагуляції в судинах децидуальної оболонки. В нормі ця коагуляція запобігає дії ІЛ-4 і ІЛ-10, які пригнічують активність ендотеліальної протромбінази, стимульованої цитокінами [20].

У зоні відшарування хоріона і гематоми виявляються ділянки гіперперфузії, відкладення фібрину, процеси активації фібринолізу, ділянки тромбозу, інфаркти плаценти, васкуліти.

**ДІАГНОСТИКА РХГ**

Встановлено, що РХГ є предиктором ембріофетальних втрат та перинатальних ускладнень.

РХГ, діагностована при УЗД в I триместрі, описана в 4–22% від числа всіх вагітностей [3]. Низка дослідників сходиться в думці, що невеликі безсимптомні СХГ погіршують виживання вагітності [21]. На думку інших [3, 4, 9, 19, 22], вагітність із РХГ завершується викиднем у високому відсотку випадків, в разі ж пролонгування вагітності пацієнтки з РХГ мають вищий ризик розвитку материнських і неонатальних ускладнень: ЗРП, мертвородження, передчасного розриву плодових оболонок, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, передчасних пологів, дистресу плода, меконіальної аспірації – тобто великі акушерські синдроми [9, 22–25].

Кровотеча під час першої вагітності з утворенням РХГ підвищує ризик передчасних пологів у 22–27 тижнів із 2,4 до 8%, в 28–31 тижнів – удвічі, в 32–36 тижнів – теж у 2 рази. Також необхідно відзначити зростання ризику відшарування нормально розташованої пла-

## ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ

центри. Останні дослідження свідчать про те, що ускладнення РХГ першої вагітності підвищує цей ризик із 2,2 до 5,8%, а ризик передчасних пологів – у 2 рази [5].

Одними з перших дослідників, що присвятили науковій праці РХГ, були S. Nagy та співавт. У 2003 р. в журналі *Obstetrics & Gynecology* була надрукована стаття «Клінічне значення субхоріальних і ретроплацентарних гематом в I триместрі вагітності» [8]. В ній описано дослідження, куди увійшли 6675 пацієнок, у 182 з яких були РХГ (при цьому в 71% випадків РХГ супроводжувалася зовнішньою кровотечею, в 29% спостерігали безсимптомний перебіг). Результати дослідження показали, що в пацієнок із РХГ був вищим ризик спонтанних абортів (18 проти 9,5%), прееклампсії (відносний ризик (ВР) 4,0; 95% довірчий інтервал (ДІ) 2,4–6,7), відшарування плаценти (ВР 5,6; 95% ДІ 2,8–11,1), передчасних пологів (ВР 2,3; 95% ДІ 1,6–3,2), ЗРП (ВР 2,4; 95% ДІ 1,4–4,1), народження дітей із меншою вагою (3272 проти 3740) [43]. У 2005 році S. Nagy продублював свої результати [7] (табл. 1).

Багато з цих ускладнень обумовлені порушеннями плацентації. Гематома може служити раннім УЗ маркером аномальної плацентації або прееклампсії, яка, як відомо, є наслідком порушеної інвазії трофобласту [8, 20, 26]. Передчасні пологи – найбільш вивчений результат вагітності в пацієнок із гематомами (табл. 2).

Припускається, що локалізація крові викликає механічне подразнення маткової мускулатури і таким чином стимулює розвиток переймів. Інший можливий механізм розвитку передчасної активності матки – бактеріальна колонізація

гематоми та виділення ендотоксину з подальшим синтезом простагландинів. Так, за даними H. Seki та співавт. (1998), 77% вагітностей з персистуючою РХГ завершилися пологами до 37-тижневого терміну, при цьому в 27,3% випадків мав місце хоріоамніоніт [27]. Виявлено більш ніж 5-разове підвищення ризику відшарування плаценти в пацієнок із РХГ, частота якого коливається від 0,7 до 3,6% (ВШ 5,71; 95% ДІ 3,91–8,33). Ймовірно, що наслідком відшарування плаценти у цих пацієнок може бути причина виникнення гематоми, а не її наявність. Цікаво, що в пацієнок із гематою частіше зустрічається не тільки передчасне відшарування плаценти, але й її аномальне прикріплення. Цей факт підтверджують повідомлення про високу частоту ручного відділення й видалення плаценти в пацієнок із гематомами [8, 20, 28]. Це може відобразити здатність гематоми порушувати процес нормальної плацентації, або ж результатом порушеної плацентації може бути саме виникнення гематоми. Пацієнтки з РХГ складають групу підвищеного ризику із ЗРП. Цей факт знову ж підтверджує теорію про те, що аномальна плацентація може обумовлювати як формування РХГ, так і ЗРП [20].

Таким чином, контраверсії навколо ролі РХГ у гестаційному процесі залишають цю тему відкритою для обговорення.

### ЕХОГРАФІЧНІ ОЗНАКИ РХГ

У 1981 р. M. Mantonі і J.F. Pedersen вперше описали ехографічні характеристики РХГ як анехогенної області серповидної форми між хоріальною оболонкою і міометрієм. Картина УЗД вельми специфічна – на периферії нормаль-

**Таблиця 1.** Взаємозв'язок між гематомами в I триместрі вагітності й ускладненнями вагітності та пологів [7, 8, 20]

Ускладнення	Частота народження при вагітності, ускладненій гематою, %	Частота народження при вагітності в загальній популяції (контроль), %	ВР (95% ДІ)
<b>Ускладнення вагітності:</b>			
гіпертензія	15,5	7,5	2,1 (1,5–2,9)
прееклампсія	8,0	2,0	4,0 (2,4–6,7)
гестаційний діабет	9,1	9,3	0,98 (0,6–1,5)
відшарування плаценти	4,8	0,9	5,6 (2,8–11,1)
передчасні пологи			2,3 (1,6–3,2)
<b>Спосіб розродження:</b>			
вакуум-екстракція	7,5	3,9	1,9 (1,1–3,2)
кесарів розтин	27,3	19,6	1,4 (1,1–1,8)
<b>Ускладнення для плода:</b>			
ЗРП			2,4 (1,4–4,1)
дистрес плода			2,6 (1,9–3,5)
забарвлення навколоплідних вод меконієм			2,2 (1,7–2,9)
<b>Ускладнення III періоду пологів:</b>			
затримка частки плаценти або її фрагментація	13,9	4,3	3,2 (2,2–4,7)
інструментальне або ручне обстеження порожнини матки	13,9	4,9	2,8 (2,0–4,1)
ручне видалення посліду	8,0	2,3	3,4 (2,1–5,8)

**Таблиця 2.** Результати мета-аналізу досліджень, які порівнюють результати вагітностей з РХГ та без неї [7, 8, 20]

Результат вагітності	Частота, %	Відношення шансів (ВШ)	95% ДІ
Самовільний аборт	8,9–17,6	2,18	1,29–3,68
Завмерла вагітність	0,9–1,9	2,09	1,20–3,67
Передчасні пологи	10,1–13,6	1,40	1,18–1,68

ного плодового яйця виявляється гіпоехогенна або анехогенна ділянка між хоріоном і децидуальною оболонкою. Ця ділянка займає частину окружності плодового яйця і має характерний вид серпа. В анехогенній області можуть виявлятися слабкі ехосигнали, що відображають утворення згустку крові [29].

Розрізняють гестаційно ранні (5–7 тиждень) і гестаційно пізні (8–11 тиждень) РХГ. Маленькими вважаються гематоми, що не перевищують 20% розміру плідного яйця, великі перевищують 50%. Несприятливий прогноз – при великих РХГ з корпоральною локалізацією [7, 8, 20].

Значно погіршує шанси на благополучне завершення вагітності поєднання загрози її переривання з розвитком РХГ.

Важливими прогностичними ознаками є локалізація, розміри й обсяг РХГ. Зіставлення клінічних симптомів з даними УЗД у жінок із частковим відшаруванням хоріона дозволило виділити наступні особливості перебігу вагітності. Так, симптоми загрозливого викидня, які проявляються болями внизу живота, є найбільш характерними для корпорально розташованої гематоми. У свою чергу, супрацервікальне відшарування хоріона супроводжується переважно кров'яними виділеннями зі статевих шляхів [29].

При УЗД виявлення картини гематоми відображають в протоколі наступні моменти, виключно важливі для визначення прогнозу і тактики ведення вагітності, а також оцінки динаміки виявленої патології: 1) локалізація щодо стінок порожнини матки; 2) обсяг; 3) будова (наявність або відсутність згустків крові); 4) поширеність – ступінь відшарування ембріонального об'єкта від плодівмістилиці; 5) стан міометрія. Динаміку варто оцінювати за всіма п'ятьма параметрами з інтервалом у 2–3 дні [30].

За даними А. Chhabra та Е.С. Lin [24], СХГ є найпоширенішим УЗ відхиленням за наявності живого ембріона, яке викликає вагінальну кровотечу в 25% жінок протягом першої половини вагітності. Сонографічна візуалізація гематоми з констатацією цього факту дуже важлива, тому що вагітні жінки з діагностованою гематомою мають гірший прогноз, ніж жінки без неї [24]. Наявність сонографічно підтвердженої СХГ збільшує ризик викидня, мертвонародження, відшарування плаценти і передчасних пологів, за даними деяких авторів, до 50% [19].

### ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ РХГ

Прагнення знизити перинатальну захворюваність і смертність при синдромі втрати плода стало приводом для пошуку основних принципів ранньої профілактики, своєчасної діагностики та адекватної терапії ускладнень вагітності [31–39].

В даному випадку набуває особливого значення проблема вибору патогенетично обґрунтованого лікування загрози переривання вагітності, що ускладнилася відшаруванням хоріона, можливість прогнозування несприятливих акушерських і перинатальних наслідків та їхня своєчасна корекція.

Значний інтерес являє порівняння тактики ведення пацієнток із РХГ в Україні з менеджментом РХГ у США та деяких європейських країнах. Результати такого порівняння показали, що в нашій країні перевага віддається проведенню інтенсивної терапії: 35% жінок із гематомами

одночасно отримують від 2 до 3 гестагенних препаратів з моменту появи перших скарг. Водночас у багатьох інших країнах вважають за краще відмовитися від терапії при першій вагітності на ранніх термінах гестації за відсутності верифікації виникнення причини кровотечі. Винятками є вагітності після ДРТ, де використовується тільки один гестаген. Порівняння кількості втрат за наявності РХГ не має істотних відмінностей. Однак необхідно відзначити більшу кількість замерлих вагітностей із відстроченою діагностикою цього стану. До того ж, в Україні оцінюються ризики пізніх ускладнень, недостатній моніторинг станів ембріона і плода [18, 40].

Дії лікаря полягають у проведенні не тільки вторинної, а й третинної профілактики. При діагностиці РХГ тактика ведення повинна базуватися на терапії гестагенами з метою збереження вагітності та запобігання її подальшим ускладненням.

Еволюція РХГ може відбуватися двома шляхами: або гематома поступово повністю розсмоктується і вагітність розвивається нормально, або її обсяг збільшується і поступово відокремлює плідне яйце від децидуальної оболонки, що призводить до загибелі ембріона. В усіх випадках зі збереженням вагітності ознаки сприятливої еволюції гематоми спочатку спостерігаються при УЗД і полягають у припиненні її зростання. Як правило, ці позитивні зміни відзначаються вже на першому тижні терапії, і повторний УЗ-огляд через 2 тижні підтверджує резорбцію гематоми. Клінічний симптом – кровотеча – також зменшується. Очевидно, що зменшення кровотечі позитивно впливає на подальший перебіг вагітності, оскільки при цьому припиняється відділення плідного яйця від децидуальної оболонки, викликане механічним впливом скупчення крові в гематомі. Цікавим спостереженням при вагітностях зі сприятливою еволюцією є виявлення колірною доплерівського сигналу в області гематоми, який відображає відновлення кровотоку судинами децидуальної оболонки, тобто її реваскуляризацію. Звертає на себе увагу ціла низка трансформацій, що відбуваються протягом фази децидуальної реваскуляризації в області гематоми. Після первинного утворення кров'яного згустку в судинах характерна картина судинної мережі з ознаками «судинних озер» змінюється регулярно судинною мережею. І, нарешті, після того як хоріон возз'єднується з децидуальною оболонкою матки, процес відновлення цілком завершується.

В основі такого сприятливого феномена, як відновлення кровотоку судинами децидуальної оболонки в області гематоми, лежать 2 основних механізми, які контролюються прогестероном:

1) переривання імунного процесу, пов'язаного з ампутацією децидуальних судин, за рахунок зниження рівнів цитокінів, які беруть участь у вивільненні протромбінази (ІЛ-1, ФНП-α і ІФН-γ), й активації поліморфно-ядерних лейкоцитів (ІЛ-8), а також підвищення рівнів регуляторних цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-10), які протидіють руйнуванню децидуальних ендотеліальних клітин за участю поліморфно-ядерних лейкоцитів;

2) відновлююча дія прогестерону на судини, яка робить внесок у реваскуляризацію уражених ділянок [20].

## ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГЕСТЕРОНУ В ЛІКУВАННІ РХГ

Відомо, що в період гестації будь-який препарат є потенційно небезпечним як для плода, так і для матері. Саме тому проблема безпеки застосування прогестагенів під час вагітності є вкрай актуальною. Прогестерон – гормон, який продукується яєчниками, плацентою і залозами. Всі препарати, що містять синтетичні прогестагени, слід називати прогестинами. Жоден прогестаген не може замінити плаценту, яка є джерелом ендogenous прогестерону після 12–16 тижнів вагітності. Процес формування матково-плацентарного кровообігу – основа сприятливого перебігу вагітності – є прогестеронозалежним. На сьогоднішній день на фармацевтичному ринку України представлений дуже широкий спектр прогестинів. Вибір конкретного препарату визначається його безпекою та доведеною ефективністю.

В ідеалі варто було б призначити прогестерон з метою первинної профілактики за 2–3 місяці до планованої вагітності. З цієї метою в клінічній практиці ми використовуємо мікронізований прогестерон (МП) Утрожестан®, який застосовується вагінально. Інтравагінальний шлях введення препарату Утрожестан® створює умови для повноцінної імплантації й нормалізації імунного статусу пацієнтки за рахунок вироблення прогестерон-індукованого блокуючого фактору. Правильна повноцінна імплантація попереджає розвиток РХГ.

Препарат Утрожестан® має неперекопливішу доказову базу і застосовується в усіх розвинених країнах світу. Перевагами вагінального прогестерону є адресна доставка до органів-мішеней, забезпечення стабільного гормонального фону в сироватці крові, відсутність гепатотоксичності, можливість застосування в жінок із екстрагенітальною патологією. Відповідно до результатів міжнародного онлайн-опитування репродуктологів, понад 90% призначень гестагенів – це вагінальні форми прогестерону, лідером серед яких є Утрожестан®, а частка пероральних прогестагенів складає 0,5% від усіх призначень [42].

Утрожестан® досягає максимальної концентрації у плазмі крові вже через 1–3 години за інтравагінального введення. Побожування щодо неефективності інтравагінального шляху застосування препарату за наявності кров'янистих виділень є абсолютно безпідставними [40].

В одному з клінічних досліджень, що включало 298 жінок із клінічними ознаками загрози абортів та виявленими гематомами (192 жінки, 64,4%) доведено, що застосування препарату Утрожестан® зменшує розміри РХГ та ретроамніальних гематом вже через 7–10 днів після призначення препарату у 84,3% вагітних. Дослідження ще раз підтвердило, що ефективність застосування МП є досить високою, оскільки в усіх жінок, за винятком трьох, вагітність була збережена та завершилась народженням дітей. Пологи були своєчасними у 270 жінок, передчасними на 32–36 тижні – у 25 (8,5%). Всі діти живі, ростуть і розвиваються відповідно віку. У двох жінок вагітність завершила свій розвиток у терміні 7–8 тижнів, у однієї вагітної стався пізній самовільний викидень на тлі розвитку хоріоамніоніту в 19–20 тижнів [40].

Доза препарату Утрожестан® повинна визначатися індивідуально і виходити з клінічних проявів. Результати мультицентрового рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження підтвердили (рівень доказовості 1),

що інтравагінальне застосування препарату в I триместрі вагітності є безпечним для плода навіть при застосуванні дози 800 мг/доба [43]. Враховуючи стресогенні фактори, що супроводжують НВ (стрес матері сприяє підвищенню рівня кортизолу в сечі та пов'язаний зі збільшенням ризику переривання вагітності в 2,7 разів) [44], не слід забувати про ще один не менш важливий ефект препарату: анксиолітичну дію. З цієї метою доцільно призначити 400 мг препарату Утрожестан® вагінально та 200 мг перорально на ніч для підсилення анксиолітичного ефекту (рис. 1) [45].



Рисунок 1. Схема призначення препарату Утрожестан® при кровозатязі

У разі необхідності можливе розділення застосування препарату Утрожестан® на вагінальне вранці та пероральне ввечері, оскільки цей препарат зареєстрований для вагінального і перорального застосування в одній формі випуску, що дуже зручно і економічно вигідно для пацієнтки. Згідно з результатами досліджень, натуральний МП швидко і в достатній кількості абсорбується. Доведено первинне проходження прогестерону при вагінальному введенні через матку, що створює високі концентрації прогестерону в ендометрії, так званий прямий вплив на ендометрій (рис. 2).

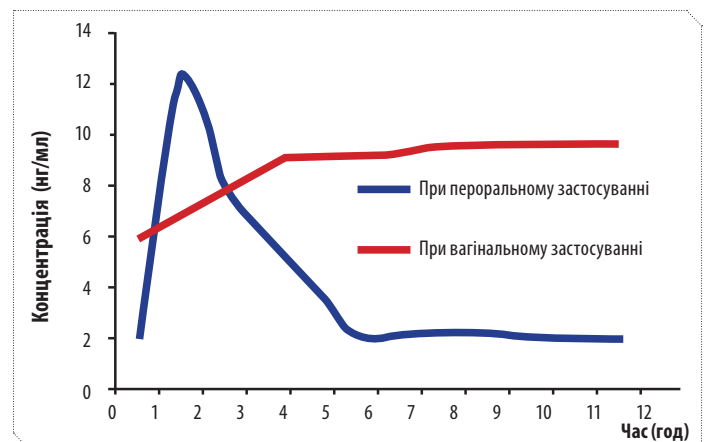


Рисунок 2. Концентрація прогестерону при різних шляхах введення

У 2016 р. були опубліковані результати дослідження ефективності використання МП Утрожестан® і консервативного гемостазу для 43 пацієнток, вагітність яких ускладнилася РХГ із загрозою переривання [46]. Показано високу ефективність застосування препарату Утрожестан® і гемостатичної терапії в лікуванні переривання вагітності, ускладненої РХГ. З 43 жінок одна була вагітна двійнею, ще одна завагітніла після застосування ДРТ. Розміри гематом складали від 5 до 30 мл (в середньому – 8–10 мл), у двох хворих розмір гематом досягав 60–70 мл. В комплексній терапії, яка включала транексамову кислоту та спазмолітики, основну роль відігравав Утрожестан® в дозі від 400 до 600 мг (дозування підбиралося індивідуально).

З початком терапії кровотеча припинилася в перший день у 10 (23%) жінок, в інших вагітних вона зменшилася і мала різну тривалість. Через тиждень кров'янисті виділення залишилися у 4 (9%) жінок, болі турбували 5 (12%), поєднання двох симптомів спостерігалось у 3 (7%) жінок. За даними УЗД відзначалася позитивна динаміка: зменшення гематоми, термін вагітності відповідав терміну гестації і прогресував. Гіпертонус зберігався у 5 (12%) пацієнток. Мимовільними викиднями закінчилися 2 вагітності, але слід зазначити, що РХГ у цих хворих була об'ємом 60–70 мл. У решти вагітних загроза переривання вагітності була попереджена, результати вагітності виявилися позитивними. Отже, вагітність зберіглася у 41 (95%) жінки, що з позитивною динамікою були виписані зі стаціонару під спостереження лікарів жіночої консультації.

Подальші ускладнення вагітності виникли у 9 (21%) пацієнток, але будь-яких клінічно значущих серед них не було (табл. 3).

Всі інші вагітності учасниць цього дослідження завершилися наступним чином:

- викидень – 1 (2%);
- передчасні пологи – 1 (2%);
- вчасні пологи – 39 (95%).

Маса тіла новонароджених склала 2600 і 2200 г у двійні,

Ускладнення вагітності	Число пацієнток, n (%)
Загроза переривання вагітності в різні терміни	4 (8)
Порушення матково-плацентарного кровообігу	1 (2)
ЗРП в 33 тиж (в 36 тиж –діагноз знятий)	1(2)
Преєклампсія (легка, середня)	1(2)
Артеріальна гіпертензія	1(2)
Набряки вагітних	1(2)

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Жабіцька Л.А. Нові аспекти патогенезу невиношування вагітності, лікування та профілактика : дис. ... к. мед. н. / Л.А. Жабіцька. – К., 2007. – 169 с. Zhabitska, L.A. New aspects of pathogenesis of miscarriage, treatment and prevention. Thesis for PhD degree. Kyiv (2007): 169 p.

2. Соловова, Л.Д. Комплексний підхід к ліченню угрожающего прерывания беременности с ретрохориальными гематомами : дисс. ... к. мед. н. / Л.Д. Соловова. – Самара, 2014. – 190 с. Solovova, L.D. Complex approach to the treatment of threatening termination of pregnancy with retrochorial hematomas. Thesis for PhD degree. Samara (2014): 190 p.

3. Soldo, V., Cutura, N., Zamurovic, M. "Threatened miscarriage in the first trimester and retrochorionematosis: sonographic evaluation and significance." Clin Exp Obstet Gynecol 40.4 (2013): 548–50.

4. Xiang, L., Wei, Z., Cao, Y. "Symptoms of an Intrauterine Hematoma Associated with Pregnancy Complications: A Systematic Review." PLoS ONE 9.11 (2014): e111676.

5. Агаркова, И.А. Профилактика потери беременности ранних сроков у женщин с неразвивающейся беременностью : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.А. Агаркова. – Самара, 2013. – 27 с. Agarkova, I.A. Prevention of early pregnancy loss in women with undeveloped pregnancy. Thesis abstract for PhD degree. Samara (2013): 27 p.

6. Савельева, Г.М. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. Saveljeva, G.M. et al. Obstetrics: textbook. Moscow. GEOTAR-Media (2008).

7. Nagy, S., Bush, M., Stone, J., et al. "Clinical significance of subchorionic and retroplacental hematomas detected in the first trimester of pregnancy." Orv Hetil 146.42 (2005): 2157–61.

8. Nagy, S., Bush, M., Stone, J., et al. "Clinical Significance of Subchorionic and Retroplacental Hematomas Detected in the First Trimester of Pregnancy." Obstet Gynecol 102 (2003): 94–100.

9. Pelinescu-Onuic, D. "Subchorionic hemorrhage treatment with dydrogesterone." Gynecol Endocrinol 2013 Suppl. 1 (2007): 77–81.

10. Asato, K., Mekaru, K., Heshiki, C., et al. "Subchorionic hematoma occurs more frequently in vitro fertilization pregnancy." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 181 (2014): 41–44.

11. Игнатко, И.В., Мартиросян, Н.Т. Прогноз перинатальных исходов у женщин с угрозой прерывания беременности и частичной отслойкой хориона в первом триместре / И.В. Игнатко, Н.Т. Мартиросян // Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2007. – С. 88–89. Ignatko, I.V., Martirosyan, N.T. "Prediction of perinatal outcomes in women with the threat of abortion and partial separation of the chorion in the first trimester." In: Materials of the IX All-Russian Scientific Forum "Mother and Child". Moscow (2007): 88–9.

12. Kyser, K.L. "Meta-analysis of subchorionic hemorrhage and adverse pregnancy outcomes." Proceedings in obstetrics and gynecology 2.4 (2012).

13. Saraswat, L., Bhattacharya, S., Maheshwari, A., Bhattacharya, S. "Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review." BJOG 117.3 (2010): 245–57. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02427.x

14. Strasburger, J.F., Wakai, R.T. "Fetal cardiac arrhythmia detection and in utero therapy." Nature reviews cardiology 7.5 (2010): 277–90. DOI: 10.1038/nrcardio

15. Crane, S., Collins, L., Hall, J., et al. "Reducing utilization by uninsured frequent users of the emergency department: combining case management and drop-in group medical appointments." J Am Board Fam Med 25.2 (2012): 184–91.

16. Asato, K., Mekaru, K., Heshiki, C., et al. "Subchorionic hematoma occurs more frequently in vitro fertilization pregnancy." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 181 (2014): 41–44.

17. Leite, J., Ross, P., Rossi, A.C., Jeanty, P. "Prognosis of Very Large First-Trimester Hematomas." J Ultrasound in Medicine 25.11 (2006): 1441–5.

18. Пирогова, В.И. Клинико-параклинические аспекты беременности, которая осложнилась ретрохориальной гематомой / В.И. Пирогова // Репродуктивная эндокринология. – 2014. – № 5 (19). – С. 108–110. Pirogova, V.I. "Clinico-paraclinical aspects of pregnancy, which was complicated by retrochorial hematoma." Reproductive endocrinology 5.19 (2014): 108–10.

19. Ferri, F.F. "Vaginal Bleeding During Pregnancy." In: Ferri's clinical advisor. Mosby (2014): 1143. e1.

20. Ковалева, Ю.В. Ретрохориальная гематома. Вопросы этиопатогенеза, диагностики, терапии / Ю.В.Ковалева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – Том LXII, Вып. 4. Kovaleva, Y.V. "Retrochorial hematoma. Questions of etiopathogenesis, diagnosis, therapy." Journal of Obstetrics and Women's Diseases LXII.4 (2013).

21. Мондоева, С.С. Эндотелиальная дисфункция – дополнительный фактор развития синдрома потери плода у пациенток с тромбофилией. Пути коррекции / С.С. Мондоева, Г.А. Суханова, Н.М. Подзолкова // Проблемы репродукции. – 2009. – № 6. – С. 65–67. Mondoeva, S.S., Sukhanova, G.A., Podzolkova, N.M. "Endothelial dysfunction is an additional factor in the development of fetal loss syndrome in patients with thrombophilia. Ways of correction." Problems of reproduction 6 (2009): 65–7.

22. Kruker, I. "Production of NO and oxidative destruction of proteins in the placenta during normal pregnancy and placental insufficiency." Bull Exp Biol Ved 136.4 (2000): 369–371.

23. McPherson, J.A., Odibo, A.O., Shanks, A.L., et al. "Adverse outcomes in twin pregnancies complicated by early vaginal bleeding." Am J Obstet Gynecol 208 (2013): 56.e1.

24. Chhabra, A., Lin, E.C. "Subchorionic Hemorrhage Imaging." Medscape.com, Apr 2014. Available from: [https://emedicine.medscape.com/article/404971-overview], last accessed Sept 16, 2018.

25. Palatnik, A., Grobman, W.A. "The relationship between first-trimester subchorionic hematoma, cervical length, and preterm birth." Am J Obstet Gynecol 213.3 (2015): 403.e1-4.

26. Tower, C.L., Regan, L. "Intrauterine hematomas in a recurrent miscarriage population." Hum Reprod 16 (2001): 2005–7.

27. Seki, H., et al. "Persistent subchorionic hematoma with clinical symptoms until delivery." Int J Obstet Gynaecol 63 (1998): 123–8.

28. Mandruzato, G.P., et al. "The intrauterine hematoma: diagnostic and clinical aspects." J Ultrasound 17 (1989): 503–10.

29. Кузнецова, Н.Б. Профилактика перинатальных осложнений у беременных с ретрохориальными гематомами с учетом их патогенеза : дисс. ... д. мед. н. / Н.Б. Кузнецова. – М.: 2017.

при передчасних пологах – 2450 г, в решти – понад 3000 г. За шкалою Апгар новонароджені були оцінені в 8–10 балів (1 випадок – 6 балів).

Таким чином, препарат Утрожестан® чинить виражений токолітичний ефект і пролонгує вагітність без пошкоджуючої дії на плід. Збереження і сприятливий розвиток вагітності були відзначені у 40 (93%) із 43 учасниць дослідження. Частота мимовільних викиднів у вагітних із РХГ, пролікованих препаратом Утрожестан® і гемостатиками, склала 7% [46].

ВИСНОВКИ

1. Висновок групи експертів зі спеціальних питань ранньої вагітності Європейського товариства репродукції людини й ембріології (огляд досліджень за 28 років) полягає в наступному: в жінок із кровотечами в ранні терміни вагітності, утворенням РХГ та ретроплацентарних гематом, підвищено ризик передчасних пологів [47]. Призначення препарату Утрожестан® на ранніх термінах у жінок груп ризику в 1,5 раза зменшує ризик загрози переривання вагітності в її другій половині [48].

2. При діагностиці РХГ тактика ведення повинна базуватися на терапії збереження вагітності та запобіганні її подальшим ускладненням. Висока ефективність МП Утрожестан® і гемостатичної терапії в лікуванні переривання вагітності, ускладненої РХГ, дозволяє пролонгувати вагітність і досягти сприятливих перинатальних наслідків. Відсутність побічних ефектів і добра переносимість розширюють можливості використання препарату Утрожестан® жінками із РХГ при загрозі переривання вагітності.

3. Використання препарату Утрожестан® є патогенетично обґрунтованим. Доведена його клінічна ефективність у лікуванні РХГ з подальшою профілактикою великих акушерських синдромів (плацентарної дисфункції, преєклампсії, передчасних пологів, синдрому ЗРП, передчасного відшарування плаценти та дистресу плода).

- Kuznetsova, N.B. Prevention of perinatal complications in pregnant women with retrochorial hematomas taking into account their pathogenesis. Thesis for MD degree. Moscow (2017).
30. Львова, А.Г. Прогнозирование течения беременности при синдроме потери плода на основании эхографической оценки плодного яйца и фетоплацентарной гемодинамики : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Г. Львова. – М., 2003. – 24 с.
- Lvova, A.G. Predicting the course of pregnancy in the syndrome of fetal loss on the basis of echographic evaluation of the fetal egg and fetoplacental hemodynamics. Thesis abstract for Phd degree. Moscow (2003): 24 p.
31. Андреева, Е.С. Особенности морфологических изменений плаценты у пациенток с угрозой прерывания беременности и отслойкой хориона с образованием внутриматочной гематомы / Е.С. Андреева, Е.А. Степанкова // Вестник РУДН. Серия «Медицина». – 2012. – № 5. – С. 36–39.
- Andreeva, E.S., Stepankova, E.A. "Features of morphological changes in the placenta in patients with the threat of abortion and chorionic detachment with the formation of intrauterine hematoma." Bulletin of the RUPF. Series "Medicine" 5 (2012): 36–9.
32. Андреева, Е.С. Течение и исход беременности, осложнившейся отслойкой хориона : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.С. Андреева. – М., 2013. – С. 20–22.
- Andreeva, E.S. The course and outcome of pregnancy, complicated by detachment of the chorion/ Thesis abstract for Phd degree. Moscow (2013): 20–2.
33. Аржанова, О.Н. Этиопатогенез невынашивания беременности / О.Н. Аржанова, Н.Г. Кошелева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2004. – Т. LIII, вып. 1. – С. 37–41.
- Arzhanova, O.N., Kosheleva, N.G. "Etiopathogenesis of miscarriages." Journal of Obstetrics and Women's Diseases LIII.1 (2004): 37–41.
34. Игнатко, И.В. Беременность высокого риска перинатальной патологии: патогенез плацентарной недостаточности, ранняя диагностика и акушерская тактика : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И.В. Игнатко. – М., 2005. – 48 с.
- Ignatko, I.V. Pregnancy of high risk of perinatal pathology: pathogenesis of placental insufficiency, early diagnosis and obstetric tactics. Thesis abstract for MD degree. Moscow (2005): 48 p.
35. Choudhury, S.R., Knapp, L.A. "Human reproductive failure I: Immunological factors." Hum Reprod 7.2 (2000): 113–34.
36. Cole, L.A. "Biological functions of hCG and hCG-related molecules." Reprod Biol Endocrinol 8 (2010): 102.
37. Granger, J.P., Alexander, B.T., et al. "Pathophysiology of pregnancy-induced Hypertension." Am J Hypertens 14.6 (2001): 1785–1855.
38. Hertelendy, F., Zakar, T. "Regulation of myometrial smooth muscle functions." Curr Pharm Des 10.20 (2004): 2499–517.
39. Gerald, J., et al. "Physiology of Alpha-Fetoprotein as a Biomarker for Perinatal Distress: Relevance to Adverse Pregnancy Outcome." Exp Biol Med 232 (2007): 993–1004.
40. Мурашко, Л.Е. Опыт применения микронизированного прогестерона в первой половине беременности / Л.Е. Мурашко, Н.И. Клименченко // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5–6. – С. 58–59.
- Murashko, L.E., Klimchenko, N.I. "Experience in the use of micronized progesterone in the first half of pregnancy." Obstetrics and Gynecology 5–6 (2010): 58–9.
41. Зыгмунт, М. «Прогестерон – новый взгляд на давно известное лекарство. Обзор литературы» / М. Зыгмунт, Я. Сапа // Репродуктивная эндокринология. – 2017. – № 1 (33). – С. 17–25.
- Zygmunt, M., Sapa, J. "Progesterone – a new look at the long-known drug. Literature review." Reproductive endocrinology 1.33 (2017): 17–25.
42. Волкова, Е.В. Течение беременности, осложненное ретрохориальной гематомой в первом триместре / Е.В. Волкова, Л.Ф. Гайдамакина, А.И. Демидова и др. // Фарматека. – 2016. – № 12 (325).
- Volkova, E.V., Gaidamakina, L.F., Demidova, A.I., et al. "The course of pregnancy, complicated by retrochorial hematoma in the first trimester." Pharmateka 12.325 (2016).
42. Vaisbuch, E., de Ziegler, D., Leong, M., et al. "Luteal-phase support in assisted reproduction treatment: real-life practices reported worldwide by an updated website-based survey." Reprod Biomed Online 28.3 (2014): 330–5.
43. Coomarasamy, A., et al. "A Randomized Trial of Progesterone in Women with Recurrent Miscarriages." N Engl J Med 373 (2015): 2141–8.
44. Nepomnaschy, P.A., et al. "Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans." Proc Natl Acad Sci USA 103 (2006): 3938–42.
45. Успішний наслідок вагітності: мікронізований прогестерон. Пост-пеніс за матеріалами виступів на Пленумі ААГУ 21–22 серпня 2017 р. // «Здоров'я України». Акушерство. – 2017. – № 3. "Successful pregnancy outcome: micronized progesterone." Post-release on the materials of Plenum of the AOGU, Aug 21–22, 2017. Health of Ukraine. Obstetrics 3 (2017).
46. Волкова, Е.В. Течение беременности, осложненное ретрохориальной гематомой в первом триместре / Е.В. Волкова, Л.Ф. Гайдамакина, А.И. Демидова и др. // Фарматека. – 2016. – № 12 (325).
- Volkova, E.V., Gaidamakina, L.F., Demidova, A.I., et al. "The course of pregnancy, complicated by retrochorial hematoma in the first trimester." Pharmateka 12.325 (2016).
47. van Oppenraaij, R.H.F., et al. "Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review." Human Reproduction Update 15 (2009): 409–21.
48. Актуальні проблеми репродуктивного здоров'я. З матеріалів II національного конгресу «Дискусійні питання сучасного акушерства» // Репродуктивна ендокринологія. – 2013. – №5 (13). "Actual problems of reproductive health." From materials of the II national congress "Discussion issues of modern obstetrics." Reproductive endocrinology 5.13 (2013). □

## ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ УСКЛАДНЕНЬ НА ТЛІ РЕТРОХОРИАЛЬНОЇ ГЕМАТОМИ В І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

### Огляд літератури

**Т.Г. Романенко**, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика  
**О.М. Сулименко**, клінічний ординатор кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика

У сучасній акушерсько-гінекологічній практиці проблема невиношування вагітності, одним із проявів якої є ретрохоріальна гематома, не втрачає актуальності. Незважаючи на численні дослідження етіології та патогенезу даної проблеми, все ще залишається багато запитань, на які потрібно знайти відповіді. Метою цього системного огляду стало висвітлення проблеми ретрохоріальних гематом, етіологічних особливостей їх виникнення та важливості лікування задля уникнення розвитку подальших ускладнень і збереження та пролонгації вагітності. Розглядаються особливості діагностики та подальшої терапії основним патогенетично обґрунтованим лікарським засобом – мікронізованим прогестероном, що забезпечує ранню підтримку вагітності та зниження частоти розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, які об'єднуються у великі акушерські синдроми. Проаналізовані дані сучасних світових досліджень свідчать, що саме прогестини (мікронізований прогестерон) мають бути препаратом вибору при лікуванні невиношування вагітності, яка перебігає на тлі ретрохоріальної гематоми. Висновок групи експертів Європейського товариства репродукції людини й ембріології зі спеціальних питань ранньої вагітності (огляд досліджень за 28 років) полягає в наступному: в жінок із кровотечами в ранні терміни вагітності, утворенням ретрохоріальних та ретроплацентарних гематом підвищено ризик передчасних пологів, розвиток синдрому затримки росту плода, відшарувань плаценти в II та III триместрах. З метою профілактики передчасних пологів експерти рекомендують пролонгацію терапії мікронізованим прогестероном (200 мг на добу інтравагінально з ранніх термінів вагітності). При діагностиці ретрохоріальної гематоми тактика ведення повинна базуватися на терапії збереження вагітності та запобіганні її подальшим ускладненням. Висока ефективність мікронізованого прогестерону Утрожестан і гемостатичної терапії в лікуванні переривання вагітності, ускладненої ретрохоріальною гематомою, дозволяє пролонгувати вагітність і досягти сприятливих перинатальних наслідків. Відсутність побічних ефектів і добра переносимість розширюють можливості використання Утрожестану жінками з ретрохоріальною гематомою при загрозі переривання вагітності.

**Ключові слова:** ретрохоріальна гематома, невиношування вагітності, мікронізований прогестерон, великі акушерські синдроми, Утрожестан.

## ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

### Обзор литературы

**Т.Г. Романенко**, д. мед. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика  
**О.Н. Сулименко**, клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии № 1 НМАПО им. П.Л. Шупика

В современной акушерско-гинекологической практике проблема невынашивания беременности, одним из проявлений которой является ретрохориальная гематома, не теряет актуальности. Несмотря на многочисленные исследования этиологии и патогенеза данной проблемы, все еще остается много вопросов, на которые нужно найти ответы. Целью этого системного обзора стало освещение проблемы ретрохориальных гематом, этиологических особенностей их возникновения и важности лечения во избежание развития дальнейших осложнений, сохранения и пролонгации беременности. Рассматриваются особенности диагностики и последующей терапии основными патогенетически обоснованными лекарственными средством – микронизированным прогестероном, что обеспечивает раннюю поддержку беременности и снижение частоты развития акушерских и перинатальных осложнений, которые объединяются в большие акушерские синдромы. Проанализированные данные современных мировых исследований свидетельствуют, что именно прогестини (микронизированный прогестерон) должны быть препаратом выбора при лечении невынашивания беременности, которая протекает на фоне ретрохориальной гематомы. Вывод группы экспертов Европейского общества репродукции человека и эмбриологии по специальным вопросам ранней беременности (обзор исследований за 28 лет) заключается в следующем: у женщин с кровотечениями в ранние сроки беременности, образованием ретрохориальных и ретроплацентарных гематом повышется риск преждевременных родов, развития синдрома задержки роста плода, отслойки плаценты во II и III триместрах. С целью профилактики преждевременных родов эксперты рекомендуют пролонгацию терапии микронизированным прогестероном (200 мг в сутки интравагинально с ранних сроков беременности). При диагностике ретрохориальной гематомы тактика ведения должна базироваться на терапии сохранения беременности и предотвращении ее дальнейших осложнений. Высокая эффективность микронизированного прогестерона Утрожестан и гемостатической терапии в лечении прерывания беременности, осложненной ретрохориальной гематомой, позволяет пролонгировать беременность и достичь благоприятных перинатальных исходов. Отсутствие побочных эффектов и хорошая переносимость расширяют возможности использования Утрожестана женщинами с ретрохориальной гематомой при угрозе прерывания беременности.

**Ключевые слова:** ретрохориальная гематома, невынашивание беременности, микронизированный прогестерон, большие акушерские синдромы, Утрожестан.

## PREVENTION OF OBSTETRIC COMPLICATIONS AGAINST THE BACKGROUND OF RETROCHORIC HEMATOMA IN THE I TRIMESTER OF PREGNANCY

### Literature review

**T.G. Romanenko**, MD, professor at Obstetrics and Gynecology Department No. 1, P.L. Shupik National Medical Academy of the Postgraduate Education  
**O.M. Sulimenko**, clinical resident at Obstetrics and Gynecology Department No. 1, P.L. Shupik National Medical Academy of the Postgraduate Education

In modern obstetrical and gynecological practice, the problem of miscarriage, one of the manifestations of which is the retrochoric hematoma, does not lose its relevance. Despite numerous studies of the etiology and pathogenesis of this problem, there are still many questions that need answers. The purpose of this systematic review was to highlight the problem of retrochoric hematomas, the etiological features of their occurrence and the importance of treatment in order to avoid the development of further complications, the preservation and prolongation of pregnancy. The features of diagnostics and subsequent therapy with the main pathogenetically grounded drug, micronized progesterone, are considered, which provides early support for pregnancy and a reduction in the frequency of obstetrical and perinatal complications that combine into large obstetrical syndromes. Analyzed data from modern world studies suggest that it is progestins (micronized progesterone) that should be the drug of choice in the treatment of miscarriage, which occurs against the background of retrochorial hematoma. The conclusion of the expert group of ESHRE on special issues of early pregnancy is: in women with bleeding in early pregnancy and the formation of retrochoric and retroplacental hematomas the risk of premature birth, the development of fetal growth retardation syndrome, placental abruption in the 2nd and 3rd trimesters is increased. In order to prevent preterm delivery experts recommend prolongation of therapy with micronized progesterone (200 mg per day intravaginally from early pregnancy). In the diagnostics of retrochoric hematoma the tactics of management should be based on the therapy of preserving pregnancy and preventing its further complications. The high efficacy of micronized progesterone Urozhestan and haemostatic therapy in the treatment of abortion complicated by retrochoric hematoma allows prolonging pregnancy and achieving favorable perinatal outcomes. The absence of side effects and good tolerance extend the possibilities of using Urozhestan by women with retrochoric hematoma in case of a threat of termination of pregnancy.

**Keywords:** retrochorial hematoma, miscarriage, micronized progesterone, large obstetrical syndromes, Urozhestan.