

Принципы лечения ретрохориальной гематомы в современных условиях

Азизова Н. А.

Республиканская клиническая больница, родильное отделение, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: ретрохориальная гематома, беременные, ультразвуковая диагностика, лечение

Ретрохориальная гематома — специфическое патологическое состояние, возникающее на ранней стадии беременности (обычно в I триместре), которое развивается в результате частичной отслойки хориальной пластинки от подлежащей децидуальной оболочки при генетически нормальном плодном яйце и проявляется в виде кровоизлияния и скопления крови (гематомы) в ретрохориальном пространстве [2, 7].

Частота встречаемости гематом в I триместре беременности, диагностируемая по данным УЗИ, колеблется от 4 до 22 % в зависимости от исследуемой популяции пациенток. По данным литературы, в общей акушерской популяции частота встречаемости ретрохориальных гематом колеблется от 1,3 до 3,1 % [11]. Ретрохориальная гематома является одной из наиболее часто встречающихся находок при УЗИ, особенно у пациенток с кровотечениями на ранних сроках беременности, составляя около 18 % всех случаев кровотечений в I триместре.

В настоящее время очень важно выявить причину и патогенез формирования ретрохориальной гематомы для назначения патогенетического, а не симптоматического лечения, которое зачастую оказывается неэффективным.

Не вызывает сомнений, что в инициации преждевременного прерывания беременности важную роль играют иммунные механизмы, которые, в свою очередь, активируют клеточные и биохимические реакции, запускающие целый каскад патофизиологических процессов, приводящих к отторжению плода. Важную роль в обеспечении физиологического иммунного ответа на ранних сроках беременности играет прогестерон. Под действием прогестерона происходит повышение синтеза оксида азота в эндометрии и вазодилатация.

Основываясь на гипотезе об иммунологических механизмах невынашивания беременности и формирования ретрохориальных гематом, женщинам с привычным невынашиванием в анамнезе патогенетически обоснованным является назначение препаратов прогестерона на этапах предгравидарной подготовки, стадиях имплантации и анатомо-функционального становления плаценты для профилактики самопроизвольного прерывания беременности.

Среди прогестагенов наибольший интерес представляет дидрогестерон [4]. При наличии ретрохориальной гематомы дидрогестерон назначают в дозе 10 мг 3–4 раза в сутки до остановки кровотечения и организации гематомы. Затем доза дидрогестерона может быть уменьшена до 20 мг/сут, и терапия продолжается до 16 нед. беременности. При применении дидрогестерона удается добиться снижения частоты угрожающего прерывания беременности, избежать отслоек хориальной ткани и плодных оболочек и самопроизвольных выкидышей [1, 2].

Тактика ведения I триместра беременности у женщин с начавшимся выкидышем и ретрохориальной гематомой включает гемостатическую терапию [8]. При необходимости купирования кровянистых выделений из половых путей неоспоримыми преимуществами обладает транексамовая кислота. Терапия транексамовой кислотой начинается с внутривенного введения 1 г препарата, далее осуществляется step-down терапия — постепенное снижение дозы с переходом на таблетированный прием препарата по 250–500 мг 3 раза в день. Под действием транексамовой кислоты происходит ингибирование плазминогена, блокада взаимодействия плазмина с фибрином, стимуляция синтеза коллагена. Благодаря такому механизму действия препарат демонстрирует высокую клиническую

эффективность. Так, достоверно снижается продолжительность кровянистых выделений до $2,1 \pm 0,2$ дня по сравнению с $5,6 \pm 0,3$ дня в группе пациенток, получавших этамзилат натрия ($p < 0,01$). Организация и рассасывание гематом в полости матки происходит в более короткие сроки — $33,3 \pm 8,6$ % женщин основной группы и $20,7 \pm 7,5$ % женщин группы сравнения. Полное отсутствие гематом отмечено в основной группе за 2 недели, в группе сравнения — за 3,5 недели. При необходимости может потребоваться проведение антианемической терапии [8, 9, 10].

В комплексную терапию угрожающего прерывания беременности целесообразно включать препараты магния. Последние годы характеризуются оживлением интереса к магнетерапии, возросшего благодаря фармакологическим подтверждениям ее потенцирования с помощью пиридоксина гидрохлорида. Антитромботический эффект магния реализуется за счет активации синтеза простаглицина, подавления тромбосана А2, стабилизации фибринолиза, а также угнетения выброса катехоламинов из депо. Как следствие описанных изменений, улучшается перфузия тканей, в том числе и формирующейся плаценты. Магне В6 назначают по 2 таблетки 3 раза в сутки на протяжении 4 нед. Повторные курсы далее проводятся при наличии клинических и эхографических признаков угрожающего прерывания беременности [1, 2].

При выявлении ретрохориальной гематомы, наряду со спазмолитической терапией, является целесообразным назначение депротенинизированного гемодеривата из телячьей крови с целью коррекции выявленных изменений и улучшения плацентации. Актовегин применяют в виде драже по 200 мг 3 раза/сут на протяжении 3 недель с последующим эхографическим и доплерометрическим контролем. На фоне указанной терапии отмечается быстрое уменьшение размеров корпорально расположенной гематомы, нормализация кровотока в межворсинчатом пространстве и спиральных артериях, сердечного ритма плода, наблюдается значительное уменьшение размера гематомы наряду с ее организацией. Терапия актовегином при наличии ретрохориальных гематом больших размеров позволяет снизить количество осложнений во

время беременности, тем самым способствуя ее пролонгированию до срока нормальных родов [3, 4].

Для ускорения процессов резорбции гематомы может быть назначена системная энзимотерапия (вобэнзим). При непосредственном участии энзимных компонентов этого препарата уменьшается инфильтрация интерстиция плазматическими клетками и повышается элиминация белкового детрита и депозитов фибрина в зоне воспаления. Это, в свою очередь, обеспечивает восстановление микроциркуляции, утилизацию продуктов воспаления, а также улучшает снабжение тканей кислородом. Важным свойством энзимов является их воздействие на систему гемостаза и, в первую очередь, их способность растворять отложения фибрина в сосудах, тем самым восстанавливая кровоток, облегчая процесс разрушения тромбов. Энзимы даже в небольших концентрациях способствуют расщеплению и удалению циркулирующих иммунных комплексов, это особенно важно при сочетании инфекции и аутоиммунных нарушений [9, 10, 11].

У каждой четвертой беременной после 10 недель зарегистрированы изолированные нарушения кровотока в венозном протоке плода. Гемостазиологическое исследование в этих наблюдениях обычно выявляет повышение агрегационной активности тромбоцитов. Нарушения гемодинамики в миометрии при ретрохориальных гематомах выражены в значительной степени, что требует сочетания гемостатических средств с препаратами, улучшающими микроциркуляцию. Учитывая вышесказанное, всем пациенткам следует назначать антиагреганты (курантил по 0,25 мг 3 раза/сут; ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут на протяжении 3 нед.). На фоне лечения отмечается положительная динамика клинических и эхографических данных, в среднем к 14–15 неделям беременности установлен нормальный прирост фетометрических показателей. При контрольном доплерометрическом исследовании выявляется нормализация кровотока в венозном протоке к 18–20 неделе гестации [1].

Выявление при эхографии многоводия и повышенной эхогенности хориона при наличии клинических проявлений угрожающего выкидыша в I триместре сочетается с нали-

чием урогенитальной инфекции (хламидийной, уреаплазменной инфекции, кандидоза). Ранняя диагностика данного осложнения способствует своевременному проведению адекватной антибактериальной терапии в начале II триместра гестации, что снижает частоту возникновения угрозы прерывания до 13 %, в основном за счет уменьшения в 2,7 раза частоты развития многоводия [1, 7, 8]. В динамике осуществляется УЗ-контроль состояния эмбриона, экстраэмбриональных структур, инвазии трофобласта, восстановления нарушенных параметров межворсинчатого и маточно-плацентарного кровообращения [6].

В обзорной статье рассмотрены вопросы терапии ретрохориальной гематомы в настоящее время. На основании выявленных эхографических данных оцениваются прогностически неблагоприятные в отношении самопроизвольного прерывания беременности факторы. В настоящее время очень важно выяснить причину и патогенез формирования ретрохориальной гематомы для назначения патогенетического, а не симптоматического лечения, которое зачастую оказывается неэффективным. В статье уделено внимание принципам медикаментозного воздействия в зависимости от выявленных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Игнатко И. В., Давыдов А. И. Профилактика репродуктивных потерь при привычном невынашивании беременности // *Вопр. гинекол. акуш. перинатол.* — 2008. — Т. 7, № 2. — С. 40–46.
2. Николаева А. Е. Клиническое значение ретрохориальной гематомы у беременных, имеющих факторы риска по возникновению репродуктивных потерь. Опыт ведения в условиях женской консультации // *Акушерство и гинекология.* — 2011. — № 5. — С. 94–98.
3. Соловова Л. Д., Линева О. И. Профилактика невынашивания беременности у женщин с ретрохориальными гематомами в анамнезе // *Всероссийский конгресс с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая практика: проблемы и перспективы»*: тезисы. — М., 2011. — С. 61–62.
4. Сотникова Н. Ю. Цитокиновый профиль женщин с угрозой невынашивания беременности и его модуляция препаратом дюфастон // *Журнал акушерства и женских болезней.* — 2006. — Т. LV, вып. 2. — С. 42–46.
5. Стрижаков А. Н., Игнатко И. В. Принципы комплексной терапии угрожающего прерывания беременности у женщин с привычным невынашиванием // *Вопр. гинекол. акуш. перинатол.* — 2008. — Т. 7, № 2. — С. 5–11.
6. Ходжаева З. С. Применение системной энзимотерапии в акушерстве и гинекологии // *Гинекология.* — 2003. — № 6. — С. 2–7.
7. Al-Nuaim L., Chowdhury N., Adelusi B. Subchorionic hematoma in threatened abortion: sonographic evaluation and significance // *Ann. Saudi Med.* — 1996. — Vol. 16, N 6. — P. 650–653.
8. Heller D. S., Rush D. S., Baergen R. N. Subchorionic hematoma associated with thrombophilia: report of three cases // *Pediatr. Dev. Pathol.* — 2003. — Vol. 6, N 3. — P. 261–264.
9. Loi K., Tan K. T. Massive pre-placental and subchorionic haematoma // *Singapore Med. J.* — 2006. — Vol. 47, N 12. — P. 1084–1086.
10. Pelinescu-Onciul D. Subchorionic hemorrhage treatment with dydrogesterone // *Gynecol. Endocrinol.* — 2007. — Vol. 23, S1. — P. 77–81.
11. Yamada T. Characteristics of patients with subchorionic hematomas in the second trimester // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* — 2012. — Vol. 38, N 1. — P. 180–184.

Müasir şəraitdə retroxorial hematomanın müalicə prinsipləri

XÜLASƏ

Əzizova N.Ə.

*Respublika Klinik Xəstəxanasının doğum şöbəsi,
Bakı, Azərbaycan*

*Açar sözlər: retroxorial hematoma, hamilələr,
ultra səs müayinəsi, müalicə.*

Bu məqalədə müasir dövrdə retroxorial hematomanın terapiyası araşdırılmışdır. Hamiləliyin davamı üçün aşkarlanmış exoqrofik nəticələr proqnostik əhəmiyyət kəsb edir. Müasir dövrdə retroxorial hematomanın effektiv simptomatik deyil patogenetik müalicə etmək üçün bu patolojiyanı yaradan dəqiq əmələgəlmə səbəblərini müəyyən etmək lazımdır.

Principles of treatment of retrochorial hematoma in modern conditions

SUMMARY

Azizova N.A

*Republican clinical hospital, maternity department,
Baku, Azerbaijan*

*Key words: retrochorial hematoma, etiopathogenesis,
diagnosis, ultrasound diagnosis.*

The review article addresses the issues of hemochorial hematoma therapy at present. On the basis of the detected echographic data, prognostically unfavourable factors with respect to spontaneous abortion are evaluated. Currently, it is very important to find out the cause and pathogenesis of the formation of a retrochoir hematoma for the purpose of pathogenetic rather than symptomatic treatment, which is often ineffective. The article focuses on the principles of drug exposure, depending on the violations found.