

Вплив ретрохоріальних гематом у І триместрі на перинатальні наслідки розродження

С. Ю. Вдовиченко, О. В. Талько

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: аналіз особливостей перебігу пологів і стану новонароджених у жінок, вагітність яких була ускладнена ретрохоріальною гематомою (РХГ) у І триместрі.

Матеріали та методи. На початку дослідження під спостереженням перебували 100 вагітних віком 18–44 років (середній вік – $28,08 \pm 3,5$) – 70 жінок основної і 30 жінок контрольної груп. У 10 випадках із 70 вагітність перервалася у І триместрі на тлі РХГ. Водночас 60 пацієнок основної групи, в яких вагітність прогресувала, було розподілено на дві підгрупи: підгрупа А ($n=39$) – першовагітні із загрозою переривання, зумовленою РХГ; підгрупа Б ($n=21$) – повторно-вагітні з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (ОАГА) і РХГ. До контрольної групи ($n=30$) включено першо- і повторновагітних з фізіологічно нормальним перебігом нинішньої і попередніх вагітностей.

Усі жінки комплексно обстежувались. Пацієнтки із загрозою переривання і РХГ отримували патогенетично обґрунтовану терапію для збереження вагітності. Стан новонароджених на перших хвилинах життя оцінювали за шкалою Апгар, за необхідності застосовували реабілітаційні заходи.

Результати. На початку дослідження виявлено, що більшість пацієнок усіх груп мали ОАГА: 22,5% пацієнок підгрупи А, 30% – підгрупи Б, 16,6% – контрольної групи, водночас у половині реєстрували поєднання двох і більше соматичних захворювань. У кожній третій пацієнтки (17–28,3%) основної групи розродження сталося шляхом кесарева розтину, у групі контролю – 16,6%. Мимовільні пологи в основній групі відбулися в 71,7% випадків, у контрольній – у 80%, передчасні пологи – від 5,1% до 19% у підгрупах і в 1 (3,3%) випадку у групі контролю. Середня тривалість вагітності в основній групі становила $37,3 \pm 2,4$ тиж, у контрольній – $39,4 \pm 0,3$ тижні.

При порівняльному аналізі перинатальних результатів в основній групі народилося 54 (90%) доношених новонароджених, у контрольній – 29 (96,7%); недоношених – 2 (5,1%) у підгрупі А, 4 (19%) – у підгрупі Б, 1 (3,3%) – у групі контролю. В основній групі частота народження дітей у стані гіпоксії, які потребували проведення реанімаційних заходів та інтенсивної терапії, була більш ніж удвічі вищою порівняно з контрольною групою – 5 (8,3%) і 2 (6,7%) відповідно. Випадків асфіксії середнього і тяжкого ступеня не зареєстровано.

Новонароджені обох підгруп А і Б внаслідок перенесеної внутрішньоутробної гіпоксії мали патологічні стани у вигляді морфофункціональної незрілості,

неврологічних порушень, ознаки внутрішньоутробного інфікування, але перекладення до спеціалізованого відділення на другий етап виходжування не потребувала жодна дитина.

Висновки. Збереження вагітності у пацієнток із загрозою переривання і РХГ у I триместрі можливе у 85,7% спостережень. Аналіз пологів цієї групи пацієнток продемонстрував, що вагітні з ОАГА, незважаючи на те, що розродження в них відбувалося не раніше 37–38 тиж, належать до групи ризику розвитку передчасних пологів. Діти, виношування яких ускладнювалося загрозою переривання і формуванням РХГ, належать до групи ризику за розвитком внутрішньоутробної гіпоксії та інфекційних ускладнень.

Комплексна патогенетично обґрунтована терапія дозволяє знизити частоту ранніх репродуктивних втрат, покращити перинатальні результати, перинатальну захворюваність і сприяє пролонгуванню вагітності.

Ключові слова: ретрохоріальна гематома, I триместр, передчасні пологи, кесарів розтин, перинатальні ускладнення, плацентарна дисфункція

Медична та соціальна значущість проблеми невиношування вагітності, вплив її на показники перинатальної захворюваності і смертності та репродуктивне здоров'я жінок впродовж останніх десятиліть ставить наукові дослідження в цій сфері в низку найважливіших завдань сучасної фундаментальної і клінічної медицини [1]. Одним із найбільш частих і серйозних ускладнень процесу гестації вважають передчасне переривання вагітності. Хоча б один випадок загрози її переривання мали в анамнезі близько 25% жінок репродуктивного віку [2].

Серед основних причин зростання даної патології виділяють збільшення частоти генітальної та екстрагенітальної патології, початкові гемостазіологічні зміни, порушення імунологічного статусу, процесів формування плодового яйця (хромосомні, генні проблеми або мутації *de novo*) та інші фактори, які в кінцевому підсумку викликають порушення локальних взаємодій в ендометрії і процесів імплантації та формування плаценти [3–6].

Особливу групу ризику щодо розвитку невиношування вагітності та перинатальної патології становлять жінки з ретрохоріальною гематомою у I триместрі гестації. Саме до 85% втрат вагітностей припадає на перші 13 тиж (I триместр), інші 15% – на II і III триместри. Зі свого боку, збільшення кількості спонтанних викиднів зумовлює зростання ризику переривання наступних вагітностей [7].

Окрім частоти ранніх репродуктивних втрат, актуальність проблеми невиношування зумовлена високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності [8]. Незважаючи на успіхи перинатології, частота передчасних пологів не має тенденції до зниження, а в структурі захворюваності і смертності перше місце продовжують посідати недоношені діти, перинатальна смертність яких у 35 разів вище, ніж у доношених [1].

З огляду на те, що у більшості пацієнток обстеження і лікування з приводу загрози втрати вагітності доводиться здійснювати під час гестаційного процесу, незважаючи на доведену високу ефективність прегравідарної підготовки, це не завжди дозволяє своєчасно виявити й усунути наявні ускладнення. У зв'язку з цим у жінок зі звичним невиношуванням у 51% спостережень відзначається несприятливий для плода результат вагітності [5].

Високий рівень перинатальної і дитячої захворюваності у разі загрози втрати вагітності визначається високою частотою плацентарної недостатності, яка розвивається у 40–80% спостережень у цього контингенту вагітних. Загроза перериван-

ня, виступаючи як причиною, так і наслідком виникнення плацентарної дисфункції (ПД), призводить до появи недостатньої плацентарної перфузії. Плід, розвиток якого відбувається в таких умовах, більшою мірою схильний до гіпоксичних уражень життєво важливих органів у внутрішньоутробному періоді, травматизації під час пологів, порушень процесів адаптації, а у 65% новонароджених проявами перинатальних пошкоджень у майбутньому є порушення мозкового кровообігу гіпоксично-травматичного генезу [1, 3, 8].

РХГ може слугувати раннім УЗ-маркером аномальної плацентації або прееклампсії, яка, як відомо, є наслідком порушеної інвазії трофобласта [4]. Передчасні пологи – найбільш вивчений результат вагітності у пацієток із гематомами. Припускають, що локалізація крові спричинює механічне подразнення маткових м'язів 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 деякими даними, 77% вагітностей з персистуючою РХГ завершилися пологами до 37-тижневого терміну, при цьому у 27,3% випадків спостерігався хоріоамніоніт [9]. Виявлено більш ніж п'ятиразове підвищення ризику відшарування плаценти у пацієток із РХГ, частота якого коливається від 0,7 до 3,6% [3, 7, 10].

Встановлення діагнозу РХГ за наявності живого генетично нормального ембріону вимагає призначення патогенетичної терапії, яка нині ґрунтується на гестагенній антифібринолітичній терапії, висока доведена ефективність якої в лікуванні переривання вагітності, ускладненої РХГ, дозволяє пролонгувати вагітність і досягти сприятливих перинатальних наслідків [1–3].

В умовах сучасної демографічної кризи ситуація з репродуктивними втратами має зосередити увагу акушерів-гінекологів і сімейних лікарів на своєчасній діагностиці ранніх ускладнень вагітності й адекватному оцінюванні ризиків для пацієток з РХГ у I триместрі вагітності у разі прийняття рішення щодо її пролонгування.

Мета дослідження: проаналізувати особливості перебігу пологів і стан новонароджених у жінок, вагітність яких була ускладнена РХГ у I триместрі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На початку дослідження під спостереженням перебували 100 вагітних віком 18–44 років (середній вік – $28,08 \pm 3,5$ року). Жінки були розподілені на групи:

- основна група – 70 пацієток (40 підгрупа А, 30 підгрупа Б),
- контрольна група – 30 жінок.

У 10 випадках із 70 вагітність перервалася у I триместрі на тлі РХГ, причому значно частіше у пацієток підгрупи Б з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (ОАГА) – 30% (9 випадків).

Водночас 60 пацієток основної групи, в яких вагітність прогресувала, були розподілені на дві підгрупи:

- підгрупа А (n=39) – першовагітні із загрозою переривання, зумовленою РХГ;
- підгрупа Б (n=21) – повторновагітні з ОАГА і РХГ.

До контрольної групи (n=30) увійшли першо- і повторновагітні з фізіологічно нормальним перебігом нинішньої і попередніх вагітностей. Жодного випадку переривання вагітності у I триместрі у групі контролю не зафіксовано.

У ході дослідження пацієнтки були комплексно обстежені із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Ретельно вивчалися дані анамнезу, менструальна і репродуктивна функції, проводилось бімануальне

підхвостеження. У II і III триместрі спостережень оцінювали фетометричні дані плода, виключали маркери хромосомних аномалій у плода і внутрішньоутробного інфікування, проводили плацентографію, оцінювали навколоплідні води. При позитивних ультразвукових даних щодо життєздатності ембріона вагітним проводили комплексне лікування (седативна, антистресова, спазмолітична терапія, гормональна підтримка (гестагени), інгібітори фібринолізу, антикоагулянти й антиагреганти, токолітики), спрямоване на збереження і пролонгування вагітності, зменшення і розсмоктування ділянки відшарування хоріона.

Середня тривалість вагітності в основній групі становила $37,3 \pm 2,4$ тиж, у контрольній – $39,4 \pm 0,3$ тиж. Розродження відбувалось як природним, так і шляхом кесарева розтину (КР).

Показання до проведення КР:

- передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО),
- аномалії пологової діяльності,
- гостра гіпоксія плода,
- хронічна ПД у поєднанні із синдромом затримки розвитку плода (СЗРП) і гестозом.

Стан новонароджених оцінювали за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвилини життя, за необхідності застосовували реабілітаційні заходи. Переведення до спеціалізованого відділення на другий етап виходжування не потребувала жодна дитина.

Математичне і статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою статистичної програми Microsoft Office Excel, оцінку статистичної значущості відмінностей – із застосуванням параметричного t-критерія Стюдента для незалежних вибірок. Різницю між значеннями вважали достовірною при $p < 0,05$, $p < 0,01$ і $p < 0,001$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку дослідження під спостереженням перебували 100 вагітних віком 18–44 років (середній вік – $28,08 \pm 3,5$), 70 жінок основної і 30 пацієнток контрольної груп. Критеріями включення до основної групи слугували наявність ретрохоріальної гематоми за даними УЗД у поєднанні з клінічною загрозою переривання вагітності. Обов'язковим критерієм включення була наявність серцебиття в ембріона, яке починає визначатися при трансвагінальному УЗД з кінця 5-го початку 6-го тижня вагітності. При УЗД у I триместрі визначали термін вагітності і його відповідність первинної візуалізації ембріона у порожнині плодового яйця.

Особливу увагу при дослідженні приділяли РХГ: її розмірам, розташуванню, кровотоку. При позитивних ультразвукових даних щодо життєздатності ембріона вагітним проводили комплексне лікування, спрямоване на збереження і пролонгування вагітності, зменшення і розсмоктування ділянки відшарування хоріона.

Комплексне лікування складалося з наступних напрямків:

- 1) седативна та антистресова терапія;
- 2) спазмолітична терапія;
- 3) гормональна підтримка – прогестагени; пацієнткам з гіперандрогенією або великими розмірами РХГ (>20 мл) призначали метилпреднізолон;
- 4) для зупинки кровотечі – інгібітори фібринолізу;
- 5) після організації гематоми у поєднанні з гестагенами до 18–24 тиж гестації – антикоагулянтна терапія + антиагреганти;
- 6) токолітична терапія – після повної відміни аналогів прогестерону (після 22–24-го тижня) при загрозі передчасних пологів.

Мимовільне переривання вагітності відбулося у 10 спостереженнях у вагітних із загрозою переривання та РХГ у І триместрі, значно частіше у пацієнток підгрупи Б з ОАГА (табл. 1). У групі вагітних із фізіологічним перебігом вагітності не зафіксовано жодного випадку переривання вагітності у І триместрі. Частота переривань вагітності в обох підгрупах основної групи з клінічними ознаками загрози переривання вагітності та РХГ достовірно відрізнялася.

Розподіл пацієнток основної та контрольної груп за результатом вагітності та методом розродження представлений у табл. 1. Аналіз перебігу пологів у 60 пацієнток, у яких на фоні комплексної патогенетично обґрунтованої терапії вагітність прогресувала, продемонстрував, що у зв'язку з великою частотою обтяженого акушерсько-гінекологічного, соматичного анамнезу, ускладненого перебігу вагітності та пологів, кожна третя (17–28,3%) пацієнтка основної групи (підгрупи А і Б) була розроджена шляхом КР у плановому та екстреному порядку. Мимовільні пологи у пацієнток основної групи зафіксовано у 71,7% спостережень. Середня тривалість вагітності в основній групі становила $37,3 \pm 2,4$ тиж, у контрольній – $39,4 \pm 0,3$ тиж.

Середня тривалість пологів через природні пологові шляхи становила: в основній групі – $6,9 \pm 2,5$ год, у контрольній групі – $6,8 \pm 3,2$ год, достовірно не відрізнялась в обстежуваних групах жінок.

Достовірні відмінності спостерігали також при порівняльному аналізі передчасних пологів у групах. У вагітних з ОАГА із загрозою переривання та РХГ у І триместрі передчасні пологи спостерігались у 2–4 рази частіше, ніж у підгрупі А (першовагітні) та контрольній групі. Водночас самі пологи відбувалися не раніше 37–38 тиж, а новонароджені не вимагали проведення реанімаційних заходів.

У 12 вагітних основної групи, яких розроджено шляхом КР, зареєстровано 1 ступінь СЗРП. Прееклампсія, виявлена у 34–36 тиж вагітності, після проведеної терапії була легкого ступеня. Значно рідше діагностовано внутрішньоутробну гіпоксію плода. У 3 (5%) спостереженнях переважається тип КТГ та у 2 (3,3%) – важко інтерпретовані типи (стабільність ритму при підвищеній амплітуді миттєвих осциляцій, хвилеподібний характер серцевого ритму з важкою базальною частотою, підвищеною руховою активністю плода). Гостра гіпоксія плода зареєстрована з майже однаковою частотою в усіх трьох групах (підгрупа А – 5,1%; підгрупа Б – 4,7%; контрольна група – 6,6%).

Таблиця 1

Результати вагітності у жінок із загрозою переривання і ретрохоріальною гематомою у І триместрі

Результат вагітності	Підгрупа А, n=40		Підгрупа Б, n=30		Контрольна група, n=30	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Мимовільне переривання вагітності у І триместрі	1	2,5	9	30	0	0
	Підгрупа А, n=39		Підгрупа Б, n=21			
Передчасні пологи	2	5,1	4	19	1	3,3
Мимовільні пологи	31	79,5	12	57,1	24	80
Кесарів розтин	7	17,9	5	23,8	5	16,6

Таблиця 2

Показання до кесарева розтину у вагітних з РХГ у І триместрі

Показання	Підгрупа А, n=7		Підгрупа Б, n=5		Контрольна група, n=5	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
ПД + СЗРП + прееклампсія	3	42,8	4	80	0	0
ПРПО і відсутність ефекту від збудження пологів	1	14,3	0	0	1	20
Аномалія пологової діяльності	1	14,3	0	0	0	0
Дистрес плода	2	28,5	1	20	2	40
Тазове передлежання	0	0	0	0	2	40

Відповідно частота термінових пологів в обстежуваних групах була вищою у підгрупі А та контрольній групі. Мимовільні пологи через природні пологові шляхи відбулися у 79,5% спостережень у підгрупі А, у 80% – у контрольній групі, в 1,4 раза рідше – у підгрупі Б, у пацієнток з ОАГА.

Частота оперативного розродження була максимальною у підгрупі Б (23,8%) порівняно з такою у підгрупі А (17,9%) та контрольною групою (16,6%). Основні показання до КР представлені у табл. 2.

Згідно з даними табл. 2, показаннями до операції КР у 7 пацієнток підгрупи А слугували: ПРПО та відсутність ефекту від збудження пологової діяльності (1), аномалія пологової діяльності (1), дистрес плода під час пологів, який не піддається консервативним заходам (2), ПД у поєднанні із СЗРП та прееклампсією на тлі зареєстрованих відхилень показників КТГ (3).

У 23,8% спостережень оперативне розродження проведено у підгрупі Б. Показаннями до КР у 5 жінок цієї групи стали дистрес плода під час пологів, яка не піддається консервативним заходам (1), ПД у поєднанні із СЗРП та прееклампсією на тлі відхилень показників КТГ (4).

У контрольній групі без загрози переривання вагітності та РХГ частота оперативного розродження становила 16,6%. Основні показання до КР у 5 пацієнток цієї групи: ПРПО та відсутність ефекту від збудження пологової діяльності (1), дистрес плода під час пологів, який не піддається консервативним заходам (2), тазове передлежання великого плода (2).

Отже, у пацієнток із загрозою переривання відзначається більш висока частота переривання вагітності та передчасних пологів, особливо у тих, хто мав РХГ у І триместрі з ОАГА. Частота КР також достовірно вища у підгрупі Б у вагітних з ОАГА.

У післяпологовому періоді на 5–7-у добу було проаналізовано ультразвукові показники тіла та шийки матки, проведено їх порівняльну оцінку в підгрупах А і Б та контрольній групі (табл. 3).

У всіх трьох групах середні значення розмірів матки після пологів відповідали стандартним значенням. Так, у підгрупі А та підгрупі Б середні ультразвукові показники (довжина, ширина, передньозадній розмір матки, шийка матки) достовірно не відрізнялися від таких у контрольній групі ($p > 0,5$). Отже, УЗ-показники післяпологової інволюції матки у вагітних основної групи відповідали загальноприйнятим нормативним значенням.

*Таблиця 3***Ультразвукові дані інволюції матки після пологів (5–7-а доба)**

Показник		Норма (розміри)	Основна група		Контрольна група, n=30
			Підгрупа А, n=39	Підгрупа Б, n=21	
Матка	довжина	10,5–12,75	11,4±5,3	11,4±5,3	11,6±3,3
	ширина	9,7–10,8	9,3±4,3	9,4±3,7	9,6±5,3
Матка: передньозадній розмір (см)		7,2–7,8	7,5±1,3	7,6±1,5	7,4±1,62
Шийка матки		3,5–4,5	3,7±1,5	4,1±0,3	4,2±4,3

При порівняльному аналізі перинатальних результатів у досліджуваних жінок основної групи народилося 54 (90%) доношених новонароджених. При народженні їх стан оцінено за шкалою Апгар на 1-й хвилині 7 балів, на 5-й – більше 8 балів, маса тіла новонароджених становила 3110 ± 168 г. У контрольній групі доношених новонароджених народилося 29 (96,7%), з оцінкою за шкалою Апгар на 1-й хвилині 8 балів, на 5-й – 8–9 балів, масою тіла 3300 ± 173 г.

Недоношених новонароджених від матерів основної групи було 6 (10%): 2 (5,1%) у підгрупі А та 4 (19%) у підгрупі Б, з масою тіла 2300 ± 150 г. У контрольній групі народився 1 (3,3%) недоношений новонароджений з масою тіла $2200 \pm 100,4$ г.

Розподіл новонароджених залежно від їх стану та ускладнень перинатального періоду представлено у табл. 4. Згідно з отриманими даними, в основній групі частота народження дітей у стані гіпоксії, що вимагають проведення реанімаційних заходів та інтенсивної терапії, більш ніж удвічі вища порівняно з контрольною групою. Випадків асфіксії середнього та тяжкого ступеня зареєстровано не було.

Максимальне зниження маси тіла (понад 8%) у ранньому неонатальному періоді відбувалося дещо частіше у новонароджених основної групи порівняно з контрольною групою.

*Таблиця 4***Стан новонароджених у досліджуваних групах**

Показник	Основна група, n=60	Контрольна група, n=30
Середня оцінка за шкалою Апгар		
- на 1-й хвилині	7,9±0,2	8,1±0,5
- на 5-й хвилині	8,4±0,4	8,9±0,3
Оцінка 7 балів і менше на 1-й хвилині	0	0
Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС	9 (15%)	2 (6,7%)
Інтенсивна терапія	5 (8,3%)	2 (6,7%)
Переведення до другого етапу виходжування	0	0
Інфекційні ускладнення	11 (18,3%)	2 (6,7%)
Доношена дитина	54 (90%)	29 (96,7%)
Недоношена дитина	6 (10%)	1 (3,3%)

ною групою (11 та 3 новонароджених відповідно в основній та контрольній групах). Відновлення до 5–6 діб первинної маси тіла спостерігалось у всіх новонароджених контрольної групи та у 91,7% спостережень основної групи. Ймовірно, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія стала причиною недостатнього відновлення маси тіла у 5 (8,3%) новонароджених основної групи.

Під час аналізу стану новонароджених в обох підгрупах виявлено, що у малюків зафіксовано морфофункціональну незрілість, неврологічні порушення, ознаки внутрішньоутробного інфікування, які найчастіше супроводжуються перенесеною внутрішньоутробною гіпоксією. Значно частіше діагностували: гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС – у 4,5 раза, ознаки внутрішньоутробного інфікування – у 5 разів. Інтенсивну терапію вимагали 5 (8,3%) новонароджених в основній та 2 (6,7%) – у контрольній групі. Переведення до спеціалізованого відділення на другий етап виходжування не потребувала жодна дитина.

ВИСНОВКИ

1. Пацієнтки із загрозою переривання і РХГ у I триместрі належать до групи ризику розвитку передчасних пологів і перинатальних ускладнень. У більшості спостережень (85,7%) можливе пролонгування вагітності до своєчасних пологів, найбільш сприятливу роль при цьому відіграє відсутність обтяженого акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезів.

2. Жінки з обтяженим акушерсько-гінекологічним і соматичним анамнезом, перебіг вагітності яких був ускладнений наявністю ретрохоріальної гематоми у I триместрі гестації, у 3 рази частіше потребують оперативного розродження шляхом кесарева розтину.

3. Діти, при виношуванні яких спостерігали загрозу переривання на тлі РХГ, належать до групи ризику за розвитком внутрішньоутробної гіпоксії та інфекційних ускладнень.

4. Для зниження частоти ранніх репродуктивних втрат і покращення перинатальних результатів застосування комплексного підходу (високоінформативні методи обстеження вагітної та плода, комплексне патогенетичне лікування) до акушерської тактики при загрозовому перериванні вагітності з утворенням РХГ є патогенетично обґрунтованим і ефективним, що дозволяє пролонгувати вагітність до її позитивного результату, знизити частоту загрози переривання, попередити тяжкі форми гестозів і фетоплацентарної недостатності.

Influence of retrochorial hematomas in the first trimester on perinatal delivery

S. Yu. Vdovychenko, O. V. Talko

The objective: to analyze the features of childbirth and the condition of newborns in women whose pregnancy was complicated by retrochorial hematoma (RHH) in the first trimester.

Materials and methods. At the beginning of the study, 100 pregnant women aged 18–44 years (mean age $28,08 \pm 3,5$) were monitored – 70 women in the main and 30 control groups. In 10 cases out of 70, the pregnancy was terminated in the first trimester on the background of RHH. 60 patients of the main group, in whom the pregnancy progressed, were divided into 2 subgroups: subgroup A (n=39) – first-time pregnant women with the threat of abortion due to RHH; subgroup B (n=21) – re-pregnant with a burdened obstetric-gynecological history (OGH) and RHH. The control group (n=30) consisted of first-time and repeat pregnant women with a physiologically normal course of current and previous pregnancies.

All women were examined comprehensively. Patients at risk of abortion and RHH received pathogenetically sound therapy to maintain pregnancy. The condition of newborns in the first minutes of life was assessed on the Apgar scale, if necessary, rehabilitation measures were applied.

Results. At the beginning of the study, it was revealed that the majority of patients in all groups had a burdened OGH: 22,5% of patients in subgroup A, 30% in subgroup B, 16,6% of pregnant women in the control group, in addition, half of them had a combination of two or more somatic diseases. Every third patient (17-28,3%) of the main group had delivery by cesarean section (CS), in the control group – 16,6%. Spontaneous childbirth in the main group occurred in 71,7% of cases, in the control group – in 80%; premature birth – from 5.1% to 19% in subgroups and in 1 case (3,3%) – in the control group. The average duration of pregnancy in the main group was $37,3 \pm 2,4$ weeks, in the control group – $39,4 \pm 0,3$ weeks.

In a comparative analysis of perinatal results, 54 (90%) full-term newborns were born in the main group, 29 (96,7%) in the control; premature babies – 2 (5,1%) in subgroup A, 4 (19%) in subgroup B, 1 (3,3%) – in the control group. In the main group, the frequency of birth of children in a state of hypoxia requiring resuscitation and intensive therapy was more than 2 times higher than in the control group – 5 (8,3%) and 2 (6,7%), respectively.

There were no cases of moderate and severe asphyxia. Newborns of both subgroups A and B, due to intrauterine hypoxia, had pathological conditions in the form of morphological and functional immaturity, neurological disorders, signs of intrauterine infection, but not a single child needed to be transferred to a specialized department for the second stage of nursing.

Conclusions. Preservation of pregnancy in patients at risk of abortion and RHH in the first trimester is possible in 85,7% of cases. Analysis of births in this group of patients showed that pregnant women with a burdened OGH, despite the fact that their birth occurred no earlier than 37–38 weeks, belong to the risk group for preterm birth. Children whose miscarriage was complicated by the threat of abortion and the formation of RHH belong to the risk group for the development of intrauterine hypoxia and infectious complications.

Comprehensive pathogenetically based therapy reduces the incidence of early reproductive losses, improves perinatal outcomes, perinatal morbidity and promotes prolongation of pregnancy.

Key words: retrochorial hematoma, I trimester, premature birth, cesarean section, perinatal complications, placental dysfunction.

Інформація про авторів

Вдовиченко Сергій Юрійович – д-р мед. наук, проф., професор кафедри акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. E-mail: vdovichenki@gmail.com

Талько Олександр Володимирович – канд. мед. наук, докторант, кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (050) 744-17-07. E-mail: alexander.talko@icloud.com

Information about the authors

Vdovychenko Serhii Yu. – d.med.s., professor, professor of departments of obstetrics, gynaecology and medicine of fetus Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. E-mail: vdovichenki@gmail.com

Talko Oleksandr V. – Ph.D., doctor's student of departments of obstetrics, gynaecology and medicine of fetus Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (050) 744-17-07. E-mail: alexander.talko@icloud.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пирогова ВІ, Місюра АГ, Прокопів ІВ. 2012. Ретрохоріальні гематоми першого триместру – ризики і проблеми пролонгування вагітності. Здоров'я України. 4(8):18-9.
2. Дяк КВ, Юзько ОМ. 2017. Причинні фактори передчасних пологів (Новий погляд на проблему). Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 1(23):62-9.

3. Bennett GL, Bromley B, Lieberman E. 2021. Subchorionic hemorrhage in first-trimester pregnancies: prediction of pregnancy outcome with sonography. *Radiology*. 200:803-6.
4. Томнюк ОМ. 2020. Профілактика невиношування вагітності та перинатальної патології у жінок із антифосфоліпідним синдромом та ретрохоріальною гематомою. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 3(43):36-9.
5. Johns J, Jauniaux E. 2022. Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome. *Obstet Gynecol*. 107(4):845-50.
6. Jeve YB, Davies W. 2024. Evidence-based management of recurrent miscarriages. *J Hum Reprod Sci*. 7(3):159-69.
7. Романенко ТГ, Жалоба ГМ, Стаселович ЛЮ, Вороніна КІ. 2018. Ведення вагітності на тлі ретрохоріальної гематомы у І триместрі гестації (Огляд літератури). *Здоров'я жінки*. 9(135):118-24.
8. Азизова НА. 2019. Течение беременности на фоне ретрохориальной гематомы (обзор литературы). *Вісник проблем біології і медицини*. 4(1,153):13-6.
9. Генік НІ, Литвин НВ, Кінаш НМ. 2012. Перебіг вагітності з відшаруванням хоріона та плаценти у різні терміни гестації. *Таврический медико-биологический вестник*. 15(2,58):48-50.
10. Пирогова ВІ, Ошуркевич ОО. 2017. Антифібринолітична терапія у клініці невиношування вагітності – аспекти лікувальної тактики. *Здоров'я жінки*. 4(120):78-82.