

Клініко-анамнестичні чинники ризику рецидиву ретрохоріальної гематоми

С. Ю. Вдовиченко, О. В. Талько

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

Мета дослідження: оцінити клініко-анамнестичні фактори ризику рецидиву ретрохоріальної гематоми.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 90 жінок, які були розподілені на три групи на підставі результатів клінічного обстеження і даних ультразвукового дослідження: 30 вагітних з рецидивуючою ретрохоріальною гематомою (основна група), 30 вагітних з ретрохоріальною гематомою, що виявлялася лише на ранніх термінах вагітності (6–12 тиж включно) (група порівняння) і 30 проспективно обстежених пацієнток з неускладненою вагітністю, що не мають значущої екстрагенітальної патології і обтяжених чинників акушерсько-гінекологічного анамнезу (контрольна група).

Результати. Чинник обтяження гінекологічного анамнезу є одним з найбільш значущих у пацієнток з рецидивуючою ретрохоріальною гематомою [RR – 1,922; 95% CI 1,541–2,394], навіть порівняно з вагітними при діагностуванні гематоми лише в ранні терміни [RR – 2,31; 95% CI 1,758–3,031]. Особливо важливими є чинник інфікування (у 4,5 раза частіше при рецидивуючих гематомах і в 3,3 раза – при гематомах ранніх термінів), відсутність прегравідарної ерадикації збудників інфекції (лише у 16,7% вагітних з рецидивуючою гематомою проводили прегравідарну антибактеріальну терапію), а також наявність в анамнезі внутрішньоматкових втручань (з приводу гіперплазії ендометрія, підслизової міоми матки, безпліддя) – в 4,2 раза частіше у жінок з рецидивуючими гематомами і в 3,3 раза частіше при гематомах ранніх термінів, ніж при неускладненій вагітності. Важлива наявність в анамнезі і до моменту настання вагітності міоми матки (причому частіше при проведенні перед вагітністю оперативного лікування), застосування різних методів допоміжних репродуктивних технологій, особливо проведення кріопротоколу і невдалі спроби екстракорпорального запліднення.

Висновки. Ускладнений перебіг попередніх вагітностей, репродуктивні втрати, рубець на матці є чинниками ризику порушень плацентації і формування ретрохоріальної гематоми. Вагітність у результаті допоміжних репродуктивних технологій пов'язана з 2,5-кратним збільшенням частоти ретрохоріальної гематоми, вишкрібання порожнини матки в анамнезі підвищує ризик цього

ускладнення в 2,4 раза, міома матки і вторинне безпліддя – в 2,1 раза, а наявність рубця на матці після кесарева розтину – в 2,8 разу.

Отримані дані необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: ретрохоріальна гематома, рецидив, фактори ризику.

Симптоми загрозливого викидня розвиваються у 25% вагітних, тобто практично у кожної четвертої. Водночас у 13–16,7% вони супроводжуються формуванням ретрохоріальних гематом (РХГ), що призводять зі свого боку до порушень нормальних процесів імплантації, трофобластичної інвазії, формування матково-плацентарного гемодинамічного компартмента [1, 2]. Проте у зв'язку з частим виявленням РХГ при проведенні ехографічного дослідження в ранні терміни гестації залишається невирішеним питання про її прогностичну і діагностичну значущість, а також особливості клінічної еволюції гематоми, вплив на перебіг вагітності і перинатальні результати.

Існують контрарсивні точки зору про вклад ретрохоріальної гематоми в частоту репродуктивних втрат, передчасних пологів, плацентарної дисфункції, антенатальної загибелі плода [3, 4]. Безумовно, у визначенні результату вагітності, окрім локальних внутрішньо маткових крововиливів, відіграють роль системна і локальна запальна відповідь, тромбофілічні стани (спадково обумовлені або придбані), ендотеліальна дисфункція, цитокінова дисфункція, порушений синтез чинників росту [5, 6].

Особливу клінічну значущість мають хоріодецидуальні кровотечі, що повторюються, з рецидивуючим формуванням РХГ. Навіть виникнення РХГ у ранні терміни гестації підвищує ризик розвитку істміко-цервікальної недостатності (ІЦН) в 2,6 раза; затримки росту плода – в 4 рази, передчасних пологів – в 4 рази, розродження шляхом кесарева розтину – в 2,8 раза [7, 8]. Водночас повторне виникнення РХГ у II і III триместрах гестації є несприятливим чинником щодо переривання вагітності і плацента-асоційованих ускладнень, що зумовлюють високу частоту репродуктивних і перинатальних втрат [9]. Рецидивуючі РХГ значущо підвищують ризик передчасних пологів (ПП), особливо в терміні до 28 тиж [10].

Проте до сьогодні в літературі відсутні дослідження, присвячені вивченню етіології, патогенетичним особливостям, клінічній картині і результатам рецидивуючих РХГ. З огляду на це, визначення діагностичної і прогностичної значущості хоріодецидуальних кровотеч, що повторюються, є актуальною проблемою сучасного акушерства, вирішення якої дозволить знизити частоту невиношування і недоношування вагітності, перинатальну захворюваність і летальність.

Мета дослідження: оцінити клініко-анамнестичні фактори ризику рецидиву РХГ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 90 жінок, які були розподілені на три групи на підставі результатів клінічного обстеження і даних ультразвукового дослідження (УЗД):

- основна група – 30 вагітних з рецидивуючою РХГ,
- група порівняння – 30 вагітних з РХГ, що виявлялася лише на ранніх термінах вагітності (6–12 тиж включно),
- контрольна група – 30 проспективно обстежених пацієнток з неускладненою вагітністю, що не мають значущої екстрагенітальної патології та обтяжених чинників акушерсько-гінекологічного анамнезу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Нами була проведена оцінка гінекологічної захворюваності в обстежених жінок. Так, у групі жінок з рецидивуючою РХГ привертає увагу достовірно висока частота гінекологічної патології (72,1%, RR – 1,798, 95% CI 1,381–2,34), встановленої до вагітності, зокрема і поєднаної генітальної патології, – е 54,7%.

Достовірно частіше у групі жінок з рецидивуючою РХГ виявляли патологію шийки матки – у 26,7% випадків (RR – 1,284, 95% CI 1,085–1,518), доброякісні утворення яєчників (кісти, зокрема ендометріюїдні, тератоми) – у 10,0% (RR – 1,222, 95% CI 0,97–1,540). В основній групі ендометріоз різної локалізації було зафіксовано в 10,0%, у групі порівняння – в 6,7%), у контрольній – у 3,3%.

Міома матки була діагностована у 20,0% [RR – 1,422; 95% CI 1,264–1,598] пацієнток основної групи, консервативна міомектомія в анамнезі – у 53,3%. У групі порівняння (гематома ранніх термінів) міома матки наголошувалася у 13,3% випадків [RR – 1,504; 95% CI 1,314–1,728] жінок, хірургічне і гормональне лікування у них не проводилося. У контрольній групі міома матки у вагітних не наголошувалася. Гіперпластичні процеси ендометрія, що проявлялися дисфункціональними матковими кровотечами з проведенням роздільного діагностичного вишкрібання, наголошувалися в анамнезі у 10,0% жінок основної групи і в 6,7% – групи порівняння, при неускладненій вагітності подібних захворювань не зафіксовано.

Інфекції статевий системи, включаючи і порушення вагінального біоценозу, фігурували в анамнезі і при рецидивуючих гематомах (основна група) – 40,0% [RR – 1,395; 95% CI 1,185–1,643], і при гематомах ранніх термінів (група порівняння) – 26,7% [RR – 1,381; 95% CI 1,121–1,702], у контрольній групі – у 6,7%. Важливим є факт, що при обстеженні застосовували рутинні бактеріологічні і бактеріоскопії методи, визначали рівень антитіл до збудників, проводили стандартне ПЛР-дослідження.

Слід зазначити, що при рецидивуючих і спорадичних гематомах наголошувалася досить велика частка жінок з первинним і вторинним безпліддям, порушеннями овуляції і її стимуляцією, застосуванням методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), зокрема невдалими спробами екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) порівняно з неускладненою вагітністю. Так, первинне і вторинне безпліддя у жінок основної групи з рецидивуючою РХГ наголошувалося у 16,7% [RR – 1,402; 95% CI 1,253–1,569], групи порівняння (з гематомою ранніх термінів) – в 11,3% [RR – 1,493; 95% CI 1,306–1,706].

У частини жінок з гематомами проводили стимуляцію овуляції (6,7% і 6,3% в основній групі і групі порівняння відповідно). Треба відзначити, що і в контрольній групі 1 (3,3%) пацієнтці проводили стимуляцію овуляції за стандартною схемою. У 50% жінок з рецидивуючою РХГ (основна група) і в 75% вагітних з гематомою ранніх термінів (група порівняння) в анамнезі були від 1 до 3 невдалих спроб ЕКЗ. У всіх жінок з гематомою ранніх термінів застосовували кріопротокोल при проведенні ЕКЗ.

Отже, отримані дані свідчать, що чинник обтяження гінекологічного анамнезу є одним з найбільш значимих у пацієнток з рецидивуючою РХГ [RR – 1,922; 95% CI 1,541–2,394], навіть порівняно з вагітними при діагностуванні гематоми лише в ранні терміни [RR – 2,31; 95% CI 1,758–3,031]. Особливо важливим є чинник інфікування (у 4,5 разу частіше при рецидивуючих гематомах і в 3,3 разу – при гематомах ранніх термінів), відсутність прегравідарної ерадикації збудників інфекції (лише в 16,7% вагітних з рецидивуючою гематомою проводили прегравідарну антибактеріальну терапію), а також наявність в анамнезі внутрішньоматкових втручань (з приводу гіперплазії ендометрія, підслизової міоми матки, безпліддя) – в 4,2 разу частіше у жінок з рецидивуючими гематомами і в 3,3 разу частіше при гематомах ранніх термінів, ніж при неускладненій вагітності.

Важлива наявність в анамнезі і до моменту настання вагітності міоми матки (причому частіше при проведенні перед вагітністю оперативного лікування), застосування різних методів ДРТ, особливо проведення криопротоколу і невдалі спроби ЕКЗ.

Екстрагенітальна патологія у жінок відіграє часом провідну роль протягом вагітності і виникнення цілого спектра її ускладнень.

Так, загальна соматична обтяжена була вища серед жінок з рецидивуючою РХГ (в 1,3 раза) [RR – 1,382; 95% CI 1,032–1,849] причому частота захворювань серцево-судинної системи, зокрема артеріальній гіпертензії у 2,3 раза вище, ніж у групі порівняння. Слід зазначити, що систематичного лікування хронічної артеріальної гіпертензії (93,3%) жінок основної групи до вагітності не отримували.

Привертає увагу досить велика частка жінок із запальними захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів. Так, у групі жінок з рецидивуючою РХГ пацієнток з хронічним пієлонефритом було 13,3%, у групі жінок з гематомою ранніх термінів – 6,7%, при неускладненому перебігу вагітності всього у 3,3% пацієнтки спостерігали в анамнезі хронічний пієлонефрит [RR – 1,264; 95% CI 1,046–1,849 для основної групи і RR – 1,158; 95% CI 0,724–1,826 для групи порівняння].

Для визначення чинників ризику формування і рецидиву РХГ (матково-плацентарної кровотечі) важливим представляється акушерський анамнез жінок досліджуваних груп.

Так, попередні вагітності у жінок з рецидивуючою гематомою характеризувалися наявністю великого числа значущих ускладнень. Так, штучні аборти та індуковані викидні наголошувалися в анамнезі пацієнток основної групи в 2,7 раза частіше, ніж при спорадичній гематомі ранніх термінів і в 2,4 раза частіше, ніж при неускладненій вагітності. У кожній п'ятій жінки з рецидивуючою гематомою попередня вагітність закінчувалася мимовільним викиднем (20,0%) проти 6,7% при гематомі лише ранніх термінів і 3,3% – при неускладненій вагітності, що в 2,6 і 6,9 раза частіше [RR – 1,447; 95% CI 1,120–1,870 відносно групи порівняння; RR – 1,338; 95% CI 1,152–1,553 відносно контрольної групи].

Водночас 30% мимовільних викиднів у жінок основної групи були пізніми. При попередніх вагітностях РХГ були діагностовані у 10,0% жінок основної групи і в 6,7% – групи порівняння. Цей факт свідчить про наявність у вагітних з рецидивуючою гематомою не випадкових, а відносно стабільних етіотропних чинників (гормональні, анатомічні, інфекційні тощо), що зумовлює можливість повторення даної клінічної ситуації при подальших вагітностях.

У жінок з рецидивуючою гематомою у 13,3% в анамнезі були вагітності, що не розвиваються, проти 3,3% – у групі порівняння (у 5,4 раза), причому варіанти переривання були і хірургічні (вишкрібання), і медикаментозні. ІЦН була діагностована при попередніх вагітностях у 10,0% жінок з рецидивуючою гематомою, у 63,6% з них проводили хірургічну корекцію, у 18,2% – корекцію ІЦН акушерським песарієм. У групі вагітних з гематомою ранніх термінів і в контрольній групі жінки не відзначали наявності ІЦН при попередніх вагітностях.

Особливий інтерес представляє вивчення частоти ПП у жінок досліджуваних груп, зокрема з їх розподілом по термінах гестації. У групі з рецидивуючою гематомою ПП було 16,7% жінок, з гематомою ранніх термінів – 10,0%, що в 2,7 і 1,8 раза відповідно більше, ніж при неускладненій вагітності – 6,7% [RR – 1,222; 95% CI 1,004–1,488 відносно групи порівняння; RR – 1,167; 95% CI 0,834–1,632 відносно контрольної групи].

Слід зазначити, що в нашому дослідженні не були відзначені дуже ранні пологи на 22–24 тиж гестації. При аналізі розподілу по термінах ПП було виявлено, що в більшості спостережень у всіх групах ПП були пізніми (у терміні 33–37 тиж), про-

те якщо в контрольній групі 2 пологів сталися в терміни 35–36 тиж гестації, то в групі з рецидивуючою гематомою – в 12,5% (від всіх ПП) пологів сталися в терміни 25–27+6 тиж, у 18,8% – в терміни 29–32+6 тиж, у 68,8% – в терміни 33–37 тиж. У групі порівняння пізні ПП становили 86,7%.

Отже, ПП, особливо ранні, в анамнезі у жінок з гематомою, мабуть, є додатковим чинником ризику повторних матково-плацентарних крововиливів і рецидиву РХГ. Слід зазначити, що у 3,3% вагітних з рецидивуючою гематомою зафіксовано анте- та інтранатальну загибель плода, за висновком аутопсії – плацентарна дисфункція з ознаками внутрішньоутробного інфікування. У групі з гематомою ранніх термінів таких спостережень не було.

ВИСНОВКИ

Отже, ускладнений перебіг попередніх вагітностей, репродуктивні втрати, рубець на матці є чинниками ризику порушень плацентації і формування РХГ. Вагітність в результаті ДРТ пов'язана з 2,5-кратним збільшенням частоти РХГ, вишкрібання порожнини матки в анамнезі підвищує ризик даного ускладнення в 2,4 раза, міома матки і вторинне безпліддя – в 2,1 раза, а наявність рубця на матці після кесарева перетину – в 2,8 раза.

Отримані дані необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Clinical-and-anamnestic factors of risk of relapse of retrochorial haematoma

S. Yu. Vdovichenko, O. V. Tal'ko

The objective: to estimate clinical-and-anamnestic factors of risk of relapse of retrochorial haematoma.

Materials and methods. For the decision of the put purpose it was conducted complex clinical-and-laboratory and instrumental inspection 90 women, what were up-diffused on three groups on the basis of results of clinical inspection and information of ultrasonic research: 30 pregnant of woman with a recurrent retrochorial haematoma (basic group), 30 pregnant with a retrochorial haematoma, which appeared only on the early terms of pregnancy (6–12 weeks inclusive) (group of comparison) and 30 the prospective inspected patients with uncomplicated pregnancy, which do not have meaningful extragenital pathology and burdened factors obstetric-gynaecological to anamnesis (control group).

Results. A factor of burden of gynaecological anamnesis is one of most meaningful for patients with a recurrent retrochorial haematoma [RR – 1,922; 95% CI 1,541–2,394], even as compared to pregnant at diagnosing of haematoma only in early terms [RR – 2,31; 95% CI 1,758–3,031]. Especially important factor of infecting (at 4,5 time more frequent at recurrent haematomas and at 3,3 time – at the haematomas of early terms), absence of pregravid eradication of contagiums (only in 16,7% pregnant with a recurrent haematoma pregravid was conducted antibacterial therapy), and also presence in anamnesis intrauterine insertion (concerning hyperplasia of endometrium, submucous uterine fibroids, infertility) – at 4,2 time more frequent for women with recurrent haematomas and at 3,3 time more frequent at the haematomas of early terms, what at uncomplicated pregnancy. Important presence in anamnesis and to the moment of offensive of pregnancy of uterine fibroids (thus more frequent during a conduct before pregnancy of operative treatment), use of different methods of assisted reproductive technologies, special conduct of cryoprotocol and unsuccessful attempts in vitro fertilization.

Conclusions. Motion of previous pregnancies, reproductive losses, is complicated, a scar on an uterus is the factors of risk of violations of placentation and forming of retrochorial haematoma. Pregnancy as a result of assisted reproductive technologies is constrained from 2,5-multiple

in anamnesis promotes the risk of this complication the increase of frequency of retrochorial haematoma, curettage of cavity of uterus at 2,4 time, uterine fibroids and second infertility – at 2,1 time, and presence of scar on an uterus after C-section at 2,8 time. Findings must be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: *retrochorial haematoma, relapse, risk factors.*

Інформація про авторів

Вдовиченко Сергій Юрійович – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

ORCID: 0000-0002-9205-510X; e-mail: vdovichenki@gmail.com

Талько Олександр Володимирович – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

ORCID: 0009-0003-7012-8034; e-mail: alexander.talko@icloud.com

Information about the authors

Vdovychenko Serhij Yu. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0000-0002-9205-510X; e-mail: vdovichenki@gmail.com

Talko Olexandr V. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0009-0003-7012-8034; e-mail: alexander.talko@icloud.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Asato K, Mekaru K, Heshiki C. Subchorionic hematoma occurs more frequently in in vitro fertilization pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022;181:41–4.
2. Beaman KD, Ntrivalas E, Mallers TM, Jaiswal MK, Kwak-Kim J, Gilman-Sachs A. Immune etiology of recurrent pregnancy loss and its diagnosis. Am J Reprod Immunol. 2022;67(4):319–25.
3. Bennett GL, Bromley B, Lieberman E. Subchorionic hemorrhage in first-trimester pregnancies: prediction of pregnancy outcome with sonography. Radiology. 2019;200:803–6.
4. Boles J, Mackman N. Role of tissue factor in thrombosis in antiphospholipid antibody syndrome. Lupus. 2020;19(4):370–8.
5. Burton GJ, Woods AW, Jauniaux E, Kingdom JC. Rheological and physiological consequences of conversion of the maternal spiral arteries for uteroplacental blood flow during human pregnancy. Placenta. 2019;30(6):473–82.
6. Christiansen OB, Pedersen B, Rosgaard A, Husth M. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of intravenous immunoglobulin in the prevention of recurrent miscarriage: evidence for a therapeutic effect in women with secondary recurrent miscarriage. Hum Reprod. 2022;17:809–16.
7. Crane S, Collins L, Hall J. Reducing utilization by uninsured frequent users of the emergency department: combining case management and drop-in group medical appointments. J Am Board Fam Med. 2022;25(2):184–91.
8. Demir R, Kayisli UA, Seval Y. Sequential expression of VEGF and its receptor in human placental villi during very early pregnancy: differences between placental vasculogenesis and angiogenesis. Placenta. 2019;25(6):560–72.
9. Hashem A, Sarsam S. The impact of incidental ultrasound finding of subchorionic and retroplacental hematoma in early pregnancy. J Obstet Gynecol India. 2019;69:43–9.
10. Johns J, Hyett J, Jauniaux E. Obstetric outcome after threatened miscarriage with and without a haematoma on ultrasound. Obstet Gynecol. 2019;102(3):483–6.