

Перинатальні результати розродження у жінок з ретрохоріальними гематомами у I триместрі

С.Ю. Вдовиченко, С.М. Сальніков

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 I триместрі.

Матеріали та методи. На початку дослідження під спостереженням перебували 100 вагітних у віці 18–44 років (середній вік – $28,08 \pm 3,5$ року) – 70 жінок основної і 30 контрольної груп. У 10 випадках із 70 вагітність перервалася у I триместрі на тлі РХГ. Шістьдесят пацієток 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) – повторновагітні з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (ОАГА) і РХГ. До контрольної групи (n=30) увійшли першо- і повторновагітні з фізіологічно нормальним перебігом нинішньої і попередніх вагітностей.

Усі жінки були комплексно обстежені. Пацієнтки із загрозою переривання і РХГ отримували патогенетично обґрунтовану терапію для збереження вагітності (седативна, антистрессова, спазмолітична терапія, гормональна підтримка (гестагени), інгібітори фібринолізу, антикоагулянти й антиагреганти, токолітики). Стан новонароджених на перших хвиликах життя оцінювали за шкалою Апгар, за необхідності застосовували реабілітаційні заходи.

Результати. Більшість пацієток усіх груп мали ОАГА: 22,5% пацієток підгрупи А, 30% – підгрупи Б, 16,6% вагітних контрольної групи, у половині з них діагностовано два та більше соматичних захворювань. У кожній третій хворій основної групи (7 (17,9%) жінок у підгрупі А та 5 (23,8%) – у підгрупі Б) розродження відбулось шляхом кесарева розтину, у групі контролю – у 5 (16,6%) осіб. Мимовільні пологи в основній групі відзначено у 71,7% випадків, у контрольній групі – у 80%, передчасні пологи – у 2 (5,1%) жінок у підгрупі А та у 4 (19%) – у підгрупі Б і в 1 (3,3%) випадку – у групі контролю. Середня тривалість вагітності в основній групі становила $37,3 \pm 2,4$ тижня, у контрольній групі – $39,4 \pm 0,3$ тижня.

В основній групі народилося 54 (90%) доношених новонароджених, у контрольній групі – 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 й інтенсивної терапії, була більш ніж у 2 рази вищою порівняно з контрольною групою (5 (8,3%) і 2 (6,7%) немовляти відповідно).

У новонароджених обох підгруп – А і Б внаслідок перенесеної внутрішньоутробної гіпоксії діагностували патологічні стани у формі морфофункціональної незрілості, неврологічних порушень, ознаки внутрішньоутробного інфікування, але переведення до спеціалізованого відділення на другий етап виходжування не потребувала жодна дитина.

Заключення. Збереження вагітності у пацієток із загрозою переривання і РХГ у I триместрі можливе у 85,7% спостережень. Вагітні з ОАГА належать до групи ризику розвитку передчасних пологів. Діти, виношування яких ускладнювалося загрозою переривання і формуванням РХГ у I триместрі, належать до групи ризику за розвитком внутрішньоутробної гіпоксії та інфекційних ускладнень.

Комплексна патогенетично обґрунтована терапія сприяє пролонгації вагітності, дозволяє знизити частоту ранніх репродуктивних втрат, покращити перинатальні результати та знизити частоту перинатальної захворюваності.

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

Perinatal delivery in women with retrochorial hematomas in the first trimester

S.Yu. Vdovychenko, S.M. Salnirov

The objective: an analysis of the peculiarities of childbirth and the condition of newborns in women with retrochorial hematoma (RCH) in the I trimester of pregnancy.

Materials and methods. At the beginning of the study, 100 pregnant women 18–44 years old (mean age 28.08 ± 3.5 years) were examined – 70 women included in the main group and 30 – control one. In 10 cases out of 70, the pregnancy was interrupted in the I trimester on the background of RCH. Sixty patients of the main group, in whom the pregnancy progressed, were divided into two subgroups: subgroup A (n=39) – primigravida pregnant women with the threat of abortion due to RCH; subgroup B (n=21) – multigravida women with complicated obstetrical and gynecological history and RCH. The control group (n=30) included primi- and multigravida women with physiological course of the current and previous pregnancies.

All women had a complete clinical and laboratory examination. The patients with a risk of abortion and RCH received pathogenetical therapy for pregnancy preservation (sedative, anti-stress therapy, spasmolytics, hormonal support (progestogens), fibrinolysis inhibitors, anticoagulants and antiplatelet agents, tocolytics). The condition of newborns in the first minutes of life was assessed by the Apgar scale, if necessary, rehabilitation measures were applied.

Results. The majority of patients in all groups had complicated obstetrical and gynecological history: 22.5% of patients in subgroup A, 30% – subgroup B, 16.6% – control group, and half of them were diagnosed two or more somatic diseases. Every third patient of the main group (7 (17.9%) women in subgroup A and 5 (23.8%) in subgroup B) delivered by cesarean section,

in the control group – 5 (16.6%) persons. Spontaneous vaginal childbirth in the main group had 71.7% of the women, in the control group – 80%, premature birth – 2 (5.1%) women in subgroup A, 4 (19%) – subgroup B and 1 (3.3%) case – control group. The average duration of pregnancy in the main group was 37.3 ± 2.4 weeks, in the control group – 39.4 ± 0.3 weeks.

In the main group 54 (90%) full-term newborns were born, in the control group – 29 (96.7%); premature infants – 2 (5.1%) in subgroup A, 4 (19%) – subgroup B, 1 (3.3%) – control group. In the main group the frequency of infants birth with hypoxia, who needed resuscitation and intensive care, was more than 2 times higher compared to the control group (5 (8.3%) and 2 (6.7%) infants, respectively). Newborns of subgroups A and B, due to intrauterine hypoxia, had pathological conditions such as 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 care.

Conclusions. Preservation of pregnancy in the patients with a risk of abortion and RCH in the I trimester is possible in 85.7% of cases. Pregnant women with complicated obstetrical and gynecological history are at risk for preterm birth. The infants born in women with the threat of abortion and the formation of RCH in the I trimester belong to the risk group of intrauterine hypoxia and infectious complications.

Comprehensive pathogenetical therapy helps to prolong pregnancy, reduce the incidence of early reproductive losses, improve perinatal outcomes and reduce the incidence of perinatal morbidity.

Keywords: retrochorial hematoma, I trimester, premature birth, cesarean section, perinatal complications.

Перинатальные результаты родоразрешения у женщин с ретрохориальными гематомами в I триместре

С.Ю. Вдовиченко, С.Н. Сальников

Цель исследования: анализ особенностей течения родов и состояния новорожденных у женщин, беременность которых была осложнена ретрохориальной гематомой (РХГ) в I триместре.

Материалы и методы. В начале исследования под наблюдением находились 100 беременных в возрасте 18–44 лет (средний возраст – $28,08 \pm 3,5$ года) – 70 женщин основной и 30 контрольной групп. В 10 случаях из 70 беременность прервалась в I триместре на фоне РХГ. Шестьдесят пациенток основной группы, у которых беременность прогрессирувала, были распределены на две подгруппы: подгруппа А (n=39) – первобеременные с угрозой прерывания, обусловленной РХГ; подгруппа Б (n=21) – повторнобеременные с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (ОАГА) и РХГ. В контрольную группу (n=30) вошли перво- и повторнобеременные с физиологически нормальным течением нынешней и предыдущей беременностей.

Всем женщинам проведено комплексное обследование. Пациентки с угрозой прерывания и РХГ получали патогенетически обоснованную терапию для сохранения беременности (седативная, антистрессовая, спазмолитическая терапия, гормональная поддержка (гестагены), ингибиторы фибринолиза, антикоагулянты и антиагреганты, токолитики). Состояние новорожденных на первых минутах жизни оценивали по шкале Апгар, при необходимости применяли реабилитационные меры.

Результаты. Большинство пациенток всех групп имели ОАГА: 22,5% пациенток подгруппы А, 30% – подгруппы Б, 16,6% беременных контрольной группы, у половины из них диагностированы два и более соматических заболеваний. У каждой третьей больной основной группы (7 (17,9%) женщин в подгруппе А и 5 (23,8%) – в подгруппе Б) родоразрешение произошло путем кесарева сечения, в группе контроля – у 5 (16,6%) лиц. Самопроизвольные роды в основной группе отмечены в 71,7% случаев, в контрольной группе – в 80%, преждевременные роды – у 2 (5,1%) женщин в подгруппе А и у 4 (19%) – в подгруппе Б и в 1 (3,3%) случае – в группе контроля. Средняя продолжительность беременности в основной группе составила $37,3 \pm 2,4$ недели, в контрольной группе – $39,4 \pm 0,3$ недели.

В основной группе родилось 54 (90%) доношенных новорожденных, в контрольной группе – 29 (96,7%); недоношенных – 2 (5,1%) в подгруппе А, 4 (19%) – в подгруппе Б, 1 (3,3%) – в группе контроля. В основной группе частота рождения детей в состоянии гипоксии, которые нуждались в проведении реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, была более чем в 2 раза выше по сравнению с контрольной группой (5 (8,3%) и 2 (6,7%) младенца соответственно).

У новорожденных обеих подгрупп – А и Б вследствие перенесенной внутриутробной гипоксии диагностированы патологические состояния в форме морфофункциональной незрелости, неврологических нарушений, признаки внутриутробного инфицирования, но в переводе в специализированное отделение на второй этап выхаживания не нуждался ни один ребенок.

Заключение. Сохранение беременности у пациенток с угрозой прерывания и РХГ в I триместре возможно в 85,7% наблюдений. Беременные с ОАГА принадлежат к группе риска развития преждевременных родов. Дети, вынашивание которых осложнялось угрозой прерывания и формированием РХГ в I триместре, принадлежат к группе риска развития внутриутробной гипоксии и инфекционных осложнений.

Комплексная патогенетически обоснованная терапия способствует пролонгированию беременности, позволяет снизить частоту ранних репродуктивных потерь, улучшить перинатальные результаты и снизить частоту перинатальной заболеваемости.

Ключевые слова: ретрохориальная гематома, I триместр, преждевременные роды, кесарево сечение, перинатальные осложнения.

Медична та соціальна значущість проблеми невиношування вагітності, вплив її на показники перинатальної захворюваності і смертності та репродуктивне здоров'я жінок протягом останніх десятиліть ставить наукові дослідження у цій сфері у ряд найважливіших завдань сучасної фундаментальної і клінічної медицини [1]. Одним з найбільш частих і серйозних ускладнень процесу гестації вважають передчасне переривання вагіт-

ності. Хоча б один випадок загрози її переривання мали в анамнезі близько 25% жінок репродуктивного віку [2].

Серед основних причин зростання частоти даної патології виділяють збільшення кількості генітальної та екстрагенітальної патології, початкові гемостазіологічні зміни, порушення імунологічного статусу, процесів формування плідного яйця (хромосомні, генні проблеми або мутації de novo) та інші фактори, які у

кінцевому підсумку зумовлюють порушення локальних взаємодій в ендометрії і процесів імплантації та формування плаценти [3–6].

До особливої групи ризику щодо розвитку невиношування вагітності та перинатальної патології входять жінки з ретрохоріальною гематомою (РХГ) у I триместрі гестації. Саме до 85% втрат вагітностей припадає на перші 13 тиж (I триместр), інші 15% – на II і III триместри. У свою чергу 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 пацієнок 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 порушення. У зв'язку з цим у жінок зі звичним невиношуванням у 51% спостережень відзначають 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 переривання, що є 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 внутрішньоутробний період, 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 пацієнок із гематомами. Припускають, що локалізація крові спричинює механічне подразнення маткових м'язів і, отже, 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 персистувальною 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 пацієнок із РХГ, частота якого коливається від 0,7% до 3,6% [3, 7, 10].

Установлення діагнозу РХГ за наявності живого генетично нормального ембріона вимагає призначення патогенетичної терапії, яка сьогодні ґрунтується на гестагено- й антифібринолітичній терапії, висока доведена

ефективність якої у лікуванні переривання вагітності, ускладненої РХГ, дозволяє пролонгувати вагітність і досягти сприятливих перинатальних наслідків [11–13]. В умовах сучасної демографічної кризи у ситуації з репродуктивними втратами необхідно зосередити увагу акушерів-гінекологів і сімейних лікарів на своєчасній діагностиці ранніх ускладнень вагітності й адекватному оцінюванню ризиків для пацієнок з РХГ у I триместрі вагітності у разі прийняття рішення щодо її пролонгування.

Мета дослідження: аналіз особливостей перебігу пологів і стану новонароджених у жінок, вагітність яких була ускладнена РХГ у I триместрі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На початку дослідження під спостереженням перебували 100 вагітних у віці 18–44 років (середній вік – $28,08 \pm 3,5$ року) – 70 жінок основної (40 осіб – підгрупа А, 30 – підгрупа Б) і 30 жінок контрольної груп. У 10 випадках із 70 вагітність перервалася у I триместрі на тлі РХГ.

Шістдесят пацієнок основної групи, у яких вагітність прогресувала, 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. Ретельно вивчали дані анамнезу, менструальну і репродуктивну функції, проводили бімануальне піхвове обстеження. У II і III триместрах визначали фетометричні дані плода, виключали маркери хромосомних аномалій у плода і внутрішньоутробного інфікування, проводили плацентографію, оцінювали навколоплідні води. У разі позитивних ультразвукових даних щодо життєздатності ембріона пацієнткам проводили комплексне лікування (седативна, антистрессова, 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 – $39,4 \pm 0,3$ тижня. Розродження відбувалось як природним, так і шляхом кесарева розтину (КР). Показаннями до КР вважали:

- передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО),
- аномалії пологової діяльності,
- гостру гіпоксію плода,
- хронічну 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 застосували реабілітаційні заходи. Переведення до спеціалізованого відділення на другий етап виходжування не потребувала жодна дитина.

Математичне і статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою статистичної

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 стимулювання 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

програми Microsoft Office Excel, оцінювання статистичної значущості відмінностей – із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента 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 у віці 18–44 років (середній вік – $28,08 \pm 3,5$ року) – 70 жінок основної і 30 контрольної груп. Критеріями включення до основної групи слугували наявність РХГ 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. Під час УЗД у І триместрі визначали термін вагітності і його відповідність первинній візуалізації ембріона у порожнині плідного яйця. Особливу увагу під час дослідження приділяли РХГ: її розмірам, розташуванню, кровотоку. У разі позитивних ультразвукових даних щодо життєздатності ембріона жінкам проводили комплексне лікування, спрямоване на збереження і пролонгування вагітності, зменшення і розсмоктування ділянки відшарування хоріона.

Комплексне лікування складалося з наступних напрямків:

1) седативна (екстракт валеріани) та антистрессова терапія (препарати магнію);

2) спазмолітична терапія (дротаверин або папаверин);

3) гормональна підтримка: прогестагени – дидрогестерон, прогестерон; пацієнткам з гіперандрогенією або великими розмірами РХГ (> 20 мл) призначали метилпреднізолон;

4) для зупинки кровотечі – інгібітори фібринолізу (транексамова кислота, етамзилат, аскорбінова кислота);

5) після організації гематоми у поєднанні з гестагенами до 18–24 тиж гестації – антикоагулянтна терапія (низькомолекулярні гепарини) + антиагреганти (ацетилсаліцилова кислота, дипіридамо́л);

6) токолітична терапія – після повної відміни аналогів прогестерону (після 22–24-го тижня) у разі загрози передчасних пологів (гексоприналін, депротейнізований гемодериват із крові телят).

Розподілення пацієнток основної та контрольної груп за результатом вагітності та методом розродження представлено у табл. 1.

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 – 9 (30%) випадків (див. 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.

Аналіз перебігу пологів у 60 пацієнток, у яких на фоні комплексної патогенетичної обґрунтованої терапії вагітність прогресувала, засвідчив, 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 екстремому порядку. Мимовільні пологи у пацієнток основної групи сталися у 71,7% спостережень. Середня тривалість вагітності в основній групі становила $37,3 \pm 2,4$ тиж, у контрольній групі – $39,4 \pm 0,3$ тиж.

Середня тривалість пологів через природні пологові шляхи дорівнювала: в основній групі $6,9 \pm 2,5$ години,

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

у контрольній групі – $6,8\pm 3,2$ години та достовірно не відрізнялась в обстежуваних групах жінок.

Достовірні відмінності спостерігалися також під час порівняльного аналізу передчасних пологів у групах. У вагітних з ОАГА із загрозою переривання та РХГ у І триместрі передчасні пологи відбувалися у 2–4 рази частіше, ніж у підгрупі А (першовагітні) та контрольній групі. При цьому 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-й ступінь СЗРП. Преeklampsія, виявлена у 34–36 тиж вагітності, після проведеної терапії розцінена як легкого ступеня. Значно рідше діагностовано внутрішньоутробну гіпоксію плода. У 3 (5%) спостереженнях чергуються тип КТГ і у 2 (3,3%) – складно інтерпретовані типи (стабільність ритму при підвищеній амплітуді миттєвих осциляцій, хвилеподібний характер серцевого ритму з тяжкою базальною частотою, підвищена рухова активність 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%).

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 рази рідше – у підгрупі Б, у пацієток з ОАГА.

Частота оперативного розродження була максимальною у підгрупі Б (23,8%) порівняно з такою у підгрупі А (17,9%) та контрольній групі (16,6%).

Основні показання до КР представлені у табл. 2.

Згідно з даними табл. 2, показаннями до КР у 7 пацієток підгрупи А слугували:

- ПРПО та відсутність ефекту від стимулювання пологової діяльності (1 випадок),
- аномалія пологової діяльності (1 випадок),
- дистрес плода під час пологів, який не піддається консервативним заходам (2 випадки),
- ПД у поєднанні із СЗРП та преeklampsією на тлі зареєстрованих відхилень показників КТГ (3 випадки).

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

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

Отже, у пацієток 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 післяпологовий період на 5–7-у добу було проаналізовано ультразвукові показники тіла та шийки матки, проведено їхнє порівняльне оцінювання у 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.

Під час порівняльного аналізу перинатальних результатів в обстежуваних жінок основної групи народилося 54 (90%) доношених новонароджених. При народженні їхній стан оцінено за шкалою Апгар на 1-й хвилині у 7 балів, на 5-й – більше 8 балів, маса тіла новонароджених становила 3110 ± 168 г. У контрольній групі доношеними народилися 29 (96,7%) дітей, з оцінкою за шкалою Апгар на 1-й хвилині 8 балів, на 5-й – 8–9 балів, з 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.

Розподілення новонароджених залежно від їхнього 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 у 2 рази вища порівняно з такою у контрольній групі. Випадків асфіксії середнього і тяжкого ступеня зареєстровано не було.

Максимальне зниження маси тіла (понад 8%) у ранній неонатальний період відбулося дещо частіше

Стан новонароджених у досліджуваних групах

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

у новонароджених основної групи порівняно з контрольною 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 спостерігалися морфофункціональна незрілість, неврологічні порушення, ознаки внутрішньоутробного інфікування, які найчастіше супроводжуються перенесеною внутрішньоутробною гіпоксією. Значно частіше діагностували: гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС – у 4,5 рази, ознаки внутрішньоутробного інфікування – у 5 разів. Інтенсивна терапія знадобилася 5 (8,3%) новонародженим в основній та 2 (6,7%) – у контрольній групах. Переведення до спеціалізованого відділення на другий етап виходжування не потребувала жодна дитина.

ВИСНОВКИ

1. Пацієнтки із загрозою переривання і ретрохоріальною гематомою (РХГ) у I триместрі належать до групи ризику розвитку передчасних пологів і перина-

тальних ускладнень. У більшості спостережень (85,7%) можливе пролонгування вагітності до своєчасних пологів. Найбільш сприятливу роль при цьому відіграє відсутність обтяженого акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу.

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

3. Діти, при виношуванні яких діагностовано загрозу переривання на тлі РХГ, належать до групи ризику щодо розвитку 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. Це дозволяє пролонгувати вагітність до її позитивного результату, знизити частоту загрози переривання, попередити тяжкі форми гестозів і фетоплацентарної недостатності.

Відомості про авторів

Вдовиченко Сергій Юрійович – Кафедра акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04107, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

Сальников Сергій Миколайович – Кафедра акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04107, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

Information about the authors

Vdovychenko Serhii Yu. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.

Salnikov Serhii N. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.

Сведения об авторах

Вдовиченко Сергей Юрьевич – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Сальников Сергей Николаевич – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

ПОСИЛАННЯ

- Pirogova VI, Misyura AG, Prokopliv IV. Retrohorialni gematomi pershogo trimestru – riziki i problemi prolonguvannya vagitnosti. Zdorov'ya Ukraini. 2012;4(8):18-9.
- Dyak KV, Yuzko OM. Prichinni faktoriv peredchasnih pologiv (Noviy poglyad na problemu). Neonatol, hir ta perinatal med. 2017;1(23):62-9.
- Bennett GL, Bromley B, Lieberman E. Subchorionic hemorrhage in first-trimester pregnancies: prediction of pregnancy outcome with sonography. Radiol. 2016;200(3):803-6. doi: 10.1148/radiology.200.3.8756935.
- Tomnyuk OM. Profilaktika nevinoshuvannya vagitnosti ta perinatalnoi patologiyi u zhinko iz antifosfolipidnim sindromom ta retrohorialnoy gematomoyu. Probl zdorove zhenschiny. 2020;3(43):36-9.
- Johns J, Jauriaux E. Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome. Obstet Gynecol. 2006;107(4):845-50. doi: 10.1097/01.AOG.0000206186.91335.9a.
- Jeve YB, Davies W. Evidence-based management of recurrent miscarriages. J Hum Reprod Sci. 2014;7(3):159-69. doi: 10.4103/0974-1208.142475.
- Romanenko TG, Zhaloba GM, Staselovich LYu, Voronina KI. Vedennya vagitnosti na tli retrohorialnoy gematomi u i trimestri gestatsiyi (Oglyad literaturi). Zdorove zhen-schiny. 2018;9(135):118-24.
- Torchinov AM, Umahanova MM, Doronin GL, Mazurkevich MV, Ron MG. Vliyanie retrohorialnoy gematomi na ishod beremennosti pri privyichnom nevinoshivannii. Probl reprod. 2014;20(5):82-6.
- Azizova NA. Techenie beremennosti na fone retrohorialnoy gematomi (obzor literaturi). Visnik probl biol i med. 2019;4(1,153):13-6.
- Genik NI, Litvin NV, Klnash NM. Perebig vagitnosti z vidsharuvanniam horiona ta platsenti u rizni termini gestatsiyi. Tavricheskiy med-biol vestnik. 2012;15(2,58):48-50.
- Dankina IA, Dankina W, Chistyakov AA, Dankin KV. Osobennosti kombinirovannoy terapii u patsientok s retrohorialnoy gematomoy u I trimestre beremennosti. Vestnik gigiyeni i epidemiol. 2018;22(3):36-9.
- Pirogova VI, Oshurkevich OO. Antifibrinolitichna terapiya u klinitsi nevinoshuvannya vagitnosti – aspekti likuvalnoy taktiki. Zdorove zhenschiny. 2017;4(120):78-82.
- Torchinov AM, Umahanova MM, Doronin GL, Dzhonboboeva GN, Ron MG. Vozmozhnosti kompleksnoy sohranyayushey terapii pri retrohorialnoy gematome v i trimestre u patsientok s nevinoshivaniem beremennosti. Probl reprod. 2014;20(1):82-6.

Стаття надійшла до редакції 21.10.2021. – Дата першого рішення 26.10.2021. – Стаття подана до друку 07.12.2021

ВИМОГИ ДО ПОДАВАННЯ НАУКОВИХ СТАТЕЙ

Редакція приймає на розгляд статті за умови, що:

- це перша публікація
- стаття не передавалася для публікації в інші редакції
- оформлення виконано відповідно до вимог щодо оформлення наукових статей нашого видання.

Під час подання статті до журналу автори повинні підтвердити її відповідність усім встановленим вимогам, зазначеним нижче. У разі виявлення невідповідності поданої роботи до пунктів цих вимог редакція повертатиме авторам матеріали на доопрацювання.

Стаття подається до редакції українською та англійською мовами як файл у форматі Microsoft Word .docx, доданий до електронного листа. Стаття англійською мовою публікується без перекладу на українську мову. Рукопис має бути набраний у Microsoft Word, формат листа А4, шрифт Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал 1,5.

Стаття повинна супроводжуватися листом-заявою у довільній формі з підписами автора/авторів.

Стаття складається з наступних елементів: титул, основний текст, резюме українською, російською, англійською мовами з ключовими словами, список літератури, відомості про автора/авторів.

Титул

- УДК (Універсальна десятинна класифікація)
- ПІБ автора
- Назва статті

- заголовки наукових статей повинні бути інформативними, передавати основний зміст статті (не більше 150 символів),
- у назвах статей можна використовувати тільки загальноприйняті скорочення,
- у перекладі назв статей англійською мовою не повинно бути транслітерації, крім неперекладних назв власних імен, приладів та інших об'єктів, що мають власні назви; також не використовується неперекладний сленг.
- Місце роботи автора/авторів

Основний текст

- Основний текст статті та матеріали до нього за структурою та змістом мають відповідати певному виду наукової публікації (оригінальна стаття, оглядова стаття, опис клінічних випадків, матеріали наукових медичних форумів).
- У статті не допускається скорочення слів, крім загальноприйнятих в науковій літературі. Усі вимірювання подаються у системі одиниць СІ. Абревіатури, що наводяться у статті, повинні бути розшифровані при першому згадуванні.
- Ілюстрації (таблиці, рисунки) повинні розташовуватися після першого згадування у тексті.
- У тексті слід вказувати бібліографічні посилання у вигляді цифри у квадратних дужках, що відповідає номеру у списку цитованої літератури.

Додатки до основного тексту

До статті повинні бути додані всі використовувані в роботі таблиці, ілюстрації, список літератури.

Ілюстрації мають бути подані у формі фотографії, слайду, рентгенограми, електронного файлу та підготовлені на високому якісному рівні.

- Ілюстрації мають відповідати основному змісту статті.
- Ілюстрація повинна бути максимально вільна від написів, які слід перенести у підпис до неї.
- Підписи до ілюстрацій подаються на окремому аркуші у кінці статті.
- Кожна ілюстрація повинна мати загальну назву.
- Оригінальні ілюстрації слід передавати в окремому конверті із зазначенням назви статті та ПІБ автора.
- У статті слід зазначити місце, де, на думку автора, бажано було б помістити ілюстрацію.
- Ілюстрація, подана в електронному вигляді, повинна мати роздільну здатність не менше 300 dpi (масштаб 1:1).

Таблиці повинні мати заголовок і порядковий номер. На всі таблиці повинно бути вказано посилання в основному тексті. Іх слід пронумерувати послідовно у тому порядку, в якому вони зустрічаються в основному тексті.

- Розміщувати таблиці слід в основному тексті статті одразу після абзацу, де вони згадуються.
- Посилання на таблицю робиться за допомогою арабських цифр.

- Таблиці не повинні дублювати зміст тексту.
- Автори повинні переконатися, що дані у таблицях відповідають тим, які зазначені у відповідних місцях у тексті.
- Підсумкові суми необхідно складати коректно, а відсотки – правильно розраховувати.
- Назви стовпців і рядків повинні відповідати їхньому змісту, текст подається без скорочень.
- Примітки до таблиці розміщуються під таблицею.

Резюме

До статті додаються резюме українською, російською та англійською мовами. Резюме на всіх мовах обов'язково містять назву статті (малими літерами, починаючи із великої), автора/авторів (ініціали та прізвище), назви організації (повні, без абревіатур), місто, країна, ключові слова. Обсяг резюме має становити не менше ніж 1800 знаків.

Текст резюме є самостійним і повноцінним джерелом інформації з коротким і послідовним викладенням матеріалу публікації, що висвітлює зміст статті. Посилання на джерела літератури, рисунки і таблиці у резюме недопустимі.

- Резюме для оригінальних статей повинні бути структурованими з наступними підзаголовками: мета дослідження, матеріали та методи, результати, заключення та ключові слова.
- Структурування резюме оглядових статей не вимагається.
- Резюме статей, присвячених опису клінічних випадків, можуть бути структурованими з наступними підзаголовками: вступ, клінічний випадок, заключення, ключові слова.

Список літератури

- Список літератури наводиться латиницею. Джерела на українській та російській мовах наводяться у тому написанні, як вони зазначені та реєструються на англійських сторінках сайтів журналів. Якщо джерело не має назви англійською мовою – воно наводиться у транслітерації.
- Оформлення списку літератури здійснюється відповідно до стилю Vancouver (Ванкуверський) англійською мовою.
- Посилання в тексті у квадратних дужках, повний бібліографічний опис джерела у списку літератури в порядку згадування у тексті статті.
- У список літератури включаються тільки рецензовані джерела (статті з наукових журналів і монографії), що використовуються в тексті статті. Якщо необхідно посилається на статтю у засобі масової інформації, на текст з онлайнового ресурсу, слід помістити інформацію про джерело у посиланні.
- Посилання на прийнятих до публікації, але ще не опублікованих статей, повинні бути позначені словами «у друку»; автори повинні отримати письмовий дозвіл для посилання на такі документи і підтвердження того, що вони прийняті до друку. Інформація з неопублікованих джерел повинна бути відзначена словами «неопубліковані дані / документи», автори також повинні отримати письмове підтвердження на використання таких матеріалів.

У списку літератури має бути не менше 7 посилань. Автори несуть відповідальність за точність посилань.

Відомості про авторів

Відомості про авторів наводяться у кінці рукопису і містять інформацію про авторів українською, російською та англійською мовами:

- Прізвища, імена, по-батькові (повністю).
- Науковий ступінь, вчене звання, посада в установі/установах (якщо автор працює у декількох організаціях, зазначаються дані за всіма організаціями).
- Робоча адреса з поштовим індексом, службовий номер телефону (за бажанням – особистий).
- Адреса електронної пошти всіх авторів.
- Ідентифікатор ORCID (<https://orcid.org/register>).

Скорочення не допускаються.

На останній сторінці статті повинні бути підписи авторів та зазначено внесок кожного автора у підготовку рукопису.

Стаття, схвалена редакційною колегією, може бути опублікована у термін до трьох місяців, включаючи період рецензування.

Контакти:

Електронна адреса alexandra@professional-event.com

Адреса для листування: 03039, м. Київ, а/с № 4, Видавничий Дім «Професіонал-Івент». www.family-medicine.com.ua

Тел.: (044) 257-27-27