



РЕТРОХОРИАЛЬНА (ПОЗАБОЛОНКОВА) ГЕМАТОМА

Шановні колеги!

Мене цікавить ваша думка стосовно прогнозу для вагітності. Вагітність II, при першому огляді в 8–9 тижнів була скерована на УЗД з приводу кров'янистих виділень, виявлено ретрохоріальну (позаболонкову) гематому, яка за розмірами приблизно вдвічі більша за плідне яйце. Плідне яйце прикріплене до стінки матки лише в ділянці ворсинчатого хоріону. Вагітні пролікована у відділенні патології вагітних.

Через 2 тижні при контрольному огляді в 10–11 тижнів плід відповідає терміну вагітності: КП 1,2 мм. ЖМ 5 мм. Носову кісточку візуалізувати не вдалося (через розташування плоду). Плідне яйце прикріплене до стінки матки в ділянці ворсинчатого хоріону, в матці гематома розмірами, як і при першому обстеженні, вдвічі більша за плідне яйце (збільшилась).

Плідне яйце розташоване низько. Відмічається потоншення задньої стінки матки до 4 мм. При даній УЗ-картині кровомазань немає. Ваші думки щодо прогнозу для даного випадку і щодо ведення даної вагітності?

З повагою, Микола

Коментар 1. Олексій Соловйов

Плодовий міхур іншими місцями до матки й не кріпиться. Сам по собі згусток крові може ніяк на вплинути на розвиток вагітності. За 2 тижні згусток крові мав би змінитися; якість сонограм не дозволяє визначитися, чи це дійсно гематома.* Якщо умовно прийняти це за дійсну гематому, то було б доцільним стаціонарне перебування для забезпечення ощадливого

режиму, перевірка даних коагулограми та відповідна медикаментозна корекція при необхідності. Прогноз може бути добрим. При стабільному стані в 12 тижнів зробіть поєднане дослідження з метою розрахунків особистого ризику можливих хромосомних аномалій. Далі, як все гаразд, — звичайне спостереження.

Поганий розвиток подій не дуже залежить від лікарів... Успіхів!

Відповідь автора випадку

На жаль, на моєму апараті сонограми кращої якості не виходять. Дякую за допис.

Коментар 2. Олексій

Зрозуміло: з поганої рибки доброї юшки не буває. Можу дати технічну пораду: якщо маєте піхвовий датчик, у такому випадку, коли роздільної здатності абдомінальний датчик на глибині не дає, слід подібний трансабдомінальний знімок доповнити ехограмою, одержаною за допомогою вагінального датчика. Якраз ті структури можна було б побачити набагато краще. Якщо датчика немає, шукайте можливість його придбати. Бо з таким сканером та без піхвового датчика можна «наламати дров»...

Відповідь автора випадку

Піхвовий датчик є, власне ним і вдалось розпізнати гематому, але, на жаль, я не зберіг з нього зображення. На майбутнє врахую.

Коментар 3. Олексій

Ага, це Ви нас так перевіряєте? Самі змогли розпізнати лише піхвовим датчиком, а нам надали гірший абдомінальний знімок, щоби ми помучились?

Відповідь автора випадку

Я не такий. На майбутнє виправлюсь.

Коментар 4.

Шановні колеги!

1. Лікування загрози переривання вагітності.
2. Спостереження (УЗО) кожні 2 тижні.
3. Комплексний генетичний скринінг в 12–13 тижнів.

P.S. Колего! На превеликий жаль, у Вашому питанні відсутні анамнестичні дані (*vitae, morbi, gravidas*), відповідно, складно дати Вам більш суттєву пораду.

С. н. с., к. м. н. Величко А. В., ДУ «ІПАГ АМН України», відділення медицини плода, м. Київ, вул. Мануїльського 8, тел./факс: (044) 483-92-39

Відповідь автора випадку

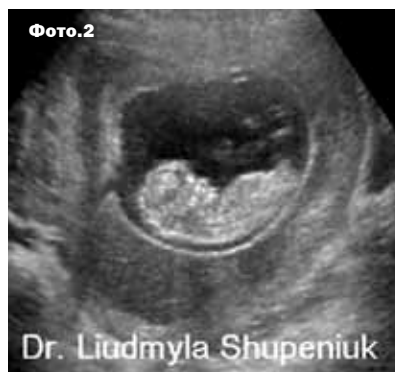
Сьогодні приходила жіночка на контроль: гематома 10*27 мм. Вагітність прогресує.

Коментар 5. Людмила

Шановні колеги, додаю кілька знімків пацієнтки з 12 тиж. вагітності (фото 1, 2), у якій ще з 6 тижнів при УЗД бачили внутрішньоматкову гематому. Жінка не хотіла й тепер не хоче вживати будь-яких лікувальних заходів або навіть лягати до лікарні. Як можете побачити з доданих ехограм, об'єм гематоми є порівняним до розмірів самого плодового міхура, при цьому майже половина плаценти є відшарованою і вільно рухається у порожнині матки (на знімку початок та кінець невідшарованої частини позначені стрілочками). Незважаючи, на це плід живе і розвивається у відповідності до очікуваного терміну вагітності. Ці знімки додаю в якості прикладу вражаючих компенсаторних можливостей.

Коментар 6. Андрій

Уважаемые коллеги! Этот частный случай демонстрирует сложность в диагностике и выборе правильной тактики ведения беременности в первом триместре, основанной на данных УЗИ. В самом деле, по моему опыту, число случаев ретрохориальной гематомы явно завышено. А это, в свою очередь, приводит к необоснованному назначению медикаментозных препаратов и постельного режима, дополнительному психологическому напряжению беременной. Призываю коллег отказаться от принципа



* На жаль, первинний знімок не зберігся.

«лучше перебдеть, чем недобдеть» и более тщательно относиться к оценке каждого конкретного случая, учитывать клиничко-лабораторные данные при постановке диагноза. Оснащенность и качество ультразвуковой аппаратуры, несмотря на известные трудности, постоянно растут, и необходимо пересматривать привычные схемы оценки ультразвуковой картины. Для примера привожу несколько наиболее типичных картинок, которые являются отражением нормального строения оболочек плода, но на практике чаще расцениваются как патологические признаки. В первом случае (фото 3-4) видна амниотическая мембрана и полость экзоцеллома между ней и стенкой матки. Во втором случае (фото 5-6) признаки экстрахориальной плацентации.

Примите наилучшие пожелания.

Коментар 7. Наталя

Те, що у плода вражають компенсаторні можливості, то прекрасно. Цікаво, чи є які-небудь дані про розвиток коагулопатій при малих термінах вагітності та при відсутності зовнішньої кровотечі? Бо милуючись компенсаторними можливостями плода, можна втратити набагато більше.

Коментар 8.

Шановна колего! Дозволю собі нагадати, що додані знімки тільки тематично мають відношення до презентованого випадку, тому вважала за некоректне описувати клініку, лабораторні обстеження та консультативні висновки свого випадку. Я впевнена, що Ви в першу чергу опікуєтесь здоров'ям пацієнтки, але хочу Вас запевнити, що і жінка, і лікар, що веде вагітність, добре розуміють серйозність становища. Якщо даний випадок буде цікавим, то можливе його окреме викладення та відомості про подальший перебіг вагітності.

З повагою, Люда

Коментар 9.

Вельмишановні колеги, бачите, як цікаво цей випадок, започаткований паном Миколою, став навчальним для багатьох, за що ми всі можемо лише подякувати нашому колезі!

Підбиваємо підсумки:

- 1) Ризик переривання вагітності є у кожній вагітній жінки — його може не бути виключно у НЕвагітних жінок, бо ризик — це лише вірогідність події. Тому користуватись у наших протоколах словосполученням «ризик переривання вагітності» не виправдано з точки зору навіть формальної логіки.
 - 2) Справжньою ознакою дійсно підвищеного ризику переривання вагітності у I триместрі є або наявність кровомазання/кровотечі без УЗ ознак кровотечі у порожнині матки, або наявність УЗ-ознак внутрішньоматкової кровотечі навіть без зовнішнього кровомазання/кровотечі, або наявність і зовнішньої кровотечі/кровомазання і УЗ ознак внутрішньоматкової разом.
 - 3) При пошуках УЗ-ознак у першому триместрі слід знати і не плутати рідку кров у матці (приклад чого навела пані Людмила) з позаоплідною порожниною (приклад чого навів пан Андрій), або з прозорою рідиною всередині подвоєння оболочок, або з так званими озерами, коли утворюються дрібні або й великі порожнини, у яких кров дуже повільно пересувається (іноді маятнікоподібно) без утворення згортків, або з порожнім оплідним простором другого плода після саморедукції чи штучної редукції в ранньому терміні вагітності одного з близнюків при багатоплодовій вагітності.
- Я додав кілька ехограм тієї ж таки пацієнтки (фото 7-9) нашої колежанки пані Людмили, на яких різними стрілочками показано простори, заповнені вже кров'яними згортками замість рідкої крові після кровотечі, та простори лужиськових озер, заповнені рідкою кров'ю, що не згортається.
- 4) Приклад пацієнтки самого автора випадку та численна кількість інших прикладів, коли навіть значна внутрішньоматкова гематома закінчується благополучно доношеними вагітностями, нагадують нам про те, що ніколи не слід поспішати

з негативними висновками; і показанням для переривання вагітності має бути не сама кровотеча, а смерть плода.

- 5) При цьому не слід забувати, що причиною тривалої кровотечі можуть бути коагулопатії, також треба пам'ятати, що внаслідок тривалих кровотеч також можуть порушуватись процеси згортання, але насамперед зустрічаються анемії. Відповідно, завжди слід за цим стежити та лікувати.

З повагою, Ол.

Відповідь автора випадку

Хочу додати інформацію про дану пацієнтку. У 18 тижнів при плановому дослідженні виявлено абсолютне маловоддя (рівень вод взагалі не визначався) та брадикардію, через 1 день після першого обстеження плід загинув. Зараз жіночка у відділенні, у неї самовільний викидень.

Тому моя думка стосовно загроз та викиднів у ранніх термінах така: природа розумніша за людей і тому елімінує плоди, у яких є якась певна патологія, і ми у більшості випадків безсилі протистояти цьому, як видно з даного випадку і багатьох інших.

Коментар 10

Пане Миколо, Ви зробили цілком слушний висновок. Тому в багатьох країнах і не призначають купу ліків вагітним жінкам, починаючи з ранніх термінів.

Лише хотів би звернути увагу Вашу та інших наших учасників телемедичної толоки:

- 1) внутрішньоутробна загибель плода і викидень — це зовсім інше, ніж кровомазання, кровотеча та внутрішньоматкова гематома; при останніх перелічених випадках завжди є шанс на збереження вагітності і народження життєздатної дитини, і гріх ним не скористатись;
- 2) загроза переривання вагітності є у кожній вагітній жінки, бо загроза — це лише вірогідність події;
- 3) великим нахабством з нашого боку було б думати, що ми — лікарі — можемо стати на заваді при-



Фото. 3. Стрелками указана полость экзоцеллома, часто расцениваемая как гематома



Фото.4. Та же полость экзоцеллома в режиме ЦДК



Фото. 5. Стрелки вверху вказують на амніотичну мембрану, стрелки внизу – на участок ретрохоріальної плацентации (placenta circumvallata)



Фото. 6. Участок ретрохоріальної плацентации в режимі ЦДК

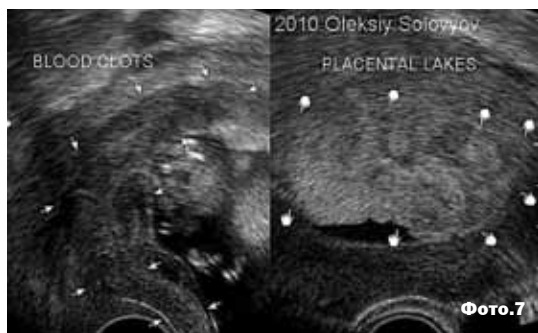


Фото. 7



Фото. 8



Фото. 9

роді чи Богу. Ще наші древні колеги це знали, тому й казали та писали: *medicus curat, natura sanat.*

З повагою, Ол.

Відповідь автора випадку

Але ж викидень і починається з ділянок відшарування, утворення гематом. А цим процесам потрібна якась передумова для їх «запуску». І в більшості випадків, як я розумію, це патологічні зміни самого продукту зачаття (ембріона або екстраембріональних структур), які в подальшому можуть сприяти народженню нездорового потомства.

Коментар 11.

Колего, прошу подивитись 4 останніх доданих ехограми. На одній з них плодовий міхур у 7 тижнів дійсно відшарований так, що почав розвертатись навколо власної вісі, опускаючись до перешийки, і потім стався викидень. Чи Ви побачите там якісь ознаки гематоми? Кровомазань у жінки також не було. Наступні дві ехограми показують вже викидень «в ходу», коли плодові міхури вже через шийкові протоки виходять до піхви. Чи Ви побачите там якісь ознаки гематом? Кровомазань також не було. Остання ехограма наводить приклад анембріонії при терміні вагітності вже близько 11 тижнів, тобто жінка щонайменше 1,5–2 місяці носила цю вагітність із загиблим на ранніх стадіях зародком. Жодних скарг на кровомазання. І чи Ви побачите там бодай якісь ознаки гематоми?

Доречі, і чи Ви побачили на цих ехограмах якісь ознаки «локального гіпертонусу міометрія» чи «локального потовщення міометрія», хоча це ніщо інше, як викидень! Це я натякаю на те, що такі слова взагалі ніколи не треба писати у висновках УЗД і казати їх жінкам. То я, просто користуючись нагодою, зайвий раз кажу всім читачам цього допису.

Крім того, повірте, у нас десятки пацієнок з кровомазанням у першому триместрі виношують вагітності. Але, дійсно, понад 80% вагітностей, що завмерли чи перевалилися у I триместрі, мали хромосомні аномалії. Дійсно, серед жінок, у яких були в анамнезі кровомазання та гематоми I-го триместру частіше мають передчасні пологи, ніж ті, у яких в анамнезі цього не було. Та це ж не означає, що треба штучно переривати вагітність із живим плодом, якщо у жінки тече кров або лікар під час УЗД побачив гематому.

З пошаною, Ол.

Відповідь автора випадку

Шановний пане Олексій, я з Вами абсолютно згоден, що переривати вагітності з живим ембріоном не можна, а локальне підвищення тону міометрію не означає ознаки загрози, воно може бути реакцією на огляд. У мене виникає декілька запитань:

1) які УЗ-маркери загрози аборту (такий термін існує в класифікації даної патології, якщо бути точним, загрозового аборт), чи є вони взагалі;

2) і як розцінювати гематоми в порожнині матки, яка їх причина та можливі наслідки як для плоду так і для вагітної.

Останнє питання поставить будь-яка вагітна, у якої виявлено дану патологію.

Коментар 12.

Дякую за Ваші запитання.

1. Пропоную вважати ультразвуковими ознаками підвищеної загрози переривання вагітності:

- у малих термінах — внутрішньоматкову гематому та розташування плодового міхура практично біля перешийку або у перешийку матки;
- у пізніших термінах вагітності — вкорочення шийки матки менше 25 мм; проникнення плодкових оболонок вздовж шийки матки при розширенні шийкової протоки; наявність «мулу» — ехогенних глевких, мулоподібних зсідків, що бувають помітними якраз по нижньому полюсу плодкових оболонок, особливо у разі їх проникнення до шийкової протоки.

2. Гематоми розцінювати як завжди — наявність крові; причина наявності крові завжди та сама — вихід її за межі судин; можливі наслідки присутності самої крові у порожнині матки:

- а) вихід її за межі порожнини матки через шийку,
- б) згортання, а потім розчинення згортків,
- в) живильне середовище для можливого розвитку мікроорганізмів з наступним місцевим запаленням, що може стати причиною викидня або розриву плодкових оболонок.

Відповідно, наслідки можуть бути як добрими, так і поганими.

З повагою, Ол.

Коментар 13. Людмила

Шановні колеги, беручи до уваги те, яку жваву дискусію викликала дана проблематика, не можу залишатись осторонь. Так як у випадку з моєю вагітною, сподіваюсь на більш оптимістичний результат. Принаймні на сьогоднішній день вагітність перебігає без особливостей: скарги відсутні, гемодинамічні показники в нормі, об'єктивно матка відповідає терміну вагітності (28 тижнів) УЗД в 20 тиж. без особливостей, біохімічні маркери в межах норми. Маю надію, що в означений термін зможу повідомити про вчасне і позитивне завершення вагітності.

