

©Коллектив авторов, 2017  
УДК 618.344-003.215 (470.61)  
DOI 10.21886/2219-8075-2017-8-4-53-60

## Клинико-анамнестические особенности беременных с ретрохориальными гематомами

Н.Б. Кузнецова<sup>1,2</sup>, И.О. Буштырева<sup>1,2</sup>, Е.А. Забанова<sup>2</sup>, М.П. Дмитриева<sup>2</sup>, А.В. Беспалая<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение Ростовской области Перинатальный центр, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель:** изучение клинико-анамнестических особенностей беременных, имеющих в первом триместре ретрохориальную гематому (РХГ), проживающих в Ростовской области, определение анамнестических и клинических факторов риска развития ретрохориальной гематомы. **Материалы и методы:** в исследование, проведенное на базе ГБУ Ростовской области Перинатального центра в 2013-2016 гг., включены 270 беременных с ретрохориальной гематомой в 6-12 недель беременности и 79 беременных, не имеющих ретрохориальной гематомы (условно здоровых беременных). **Результаты:** клинико-анамнестическими особенностями ретрохориальных гематом в Ростовской области являются особенности роста-весовых показателей (более низкая масса тела и индекс массы тела) и миома матки. Наличие в анамнезе неразвивающейся беременности увеличивает риск развития ретрохориальной гематомы в 19 раз, привычное невынашивание беременности — в 8,5 раз, наличие в анамнезе перинатальных потерь — в 7,5 раз. **Заключение:** предшествующие ранние потери в анамнезе, как однократные (один выкидыш или одна неразвивающаяся беременность), так и две и более репродуктивные потери, перинатальные потери увеличивают вероятность формирования ретрохориальной гематомы при беременности.

**Ключевые слова:** ретрохориальная гематома, клинико-анамнестические особенности, факторы риска.

**Для цитирования:** Кузнецова Н.Б., Буштырева И.О., Забанова Е.А., Дмитриева М.П., Беспалая А.В. Клинико-анамнестические особенности беременных с ретрохориальными гематомами. Медицинский вестник Юга России. 2017;8(4):53-60. DOI 10.21886/2219-8075-2017-8-4-53-60.

**Контакты:** Кузнецова Наталья Борисовна, lauranb@inbox.ru.

## Clinical and anamnestic features of pregnant women that have subchorionic hematomas

N.B. Kuznetsova<sup>1,2</sup>, I.O. Bushtyreva<sup>1,2</sup>, E.A. Zabanova<sup>2</sup>, M.P. Dmitrieva<sup>2</sup>, A.V. Besspalaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

<sup>2</sup>State Budgetary Institution of Rostov Region Perinatal center, Rostov-on-Don, Russia

**Objective:** researching of the clinical and anamnestic features of pregnant women have a 1-trimester abortion threat with the formation of a subchorionic hematoma (SCH), living in the Rostov region, and find clinical and anamnestic risk factors of subchorionic hematoma. **Materials and methods:** in a study performed in State budgetary institution of the Rostov region Perinatal Center in years 2013-2016, 270 pregnant women with subchorionic hematoma in the period of 6-12 weeks of pregnancy and 79 pregnant women without subchorionic hematoma (relatively healthy) were included. **Results:** according to the study, the clinical and anamnestic features of the subchorionic hematoma in the Rostov region are lower body weight and body mass index, and the presence of uterine fibroids. The risk of subchorionic hematoma increases 19 times if woman has non-developing pregnancy history, 8.5 times — recurrent miscarriage, 7.5 times — perinatal losses. **Conclusion:** history of early pregnancy losses, both single (one spontaneous abortion or one non-developing pregnancy) and two or more early reproductive losses, history of perinatal loss increase the risk of subchorionic hematoma in a case of pregnancy.

**Keywords:** subchorionic hematoma, clinical and anamnestic features, risk factors.

**For citation:** Kuznetsova N.B., Bushtyreva I.O., Zabanova E.A., Dmitrieva M.P., Besspalaya A.V. Clinical and anamnestic features of pregnant women that have subchorionic hematomas. Medical Herald of the South of Russia. 2017;8(4):53-60. (In Russ.) DOI 10.21886/2219-8075-2017-8-4-53-60.

**Corresponding author:** Kuznetsova Natalia Borisovna, lauranb@inbox.ru.

## Введение

Субхорионическая, или ретрохориальная, гематома является самой распространенной причиной кровотечений в первом триместре беременности [1], формирование ретрохориальной гематомы (РХГ) сопровождается кровянистыми выделениями в 70% случаев. РХГ встречается в 3-22 % от числа всех беременностей, при этом частота данного осложнения в разы выше у беременных с вспомогательными репродуктивными технологиями (ВРТ) [2]. В России РХГ не входит в формы статистической отчетности, поэтому частота встречаемости оценивается по данным отдельных исследований.

Клиническая значимость РХГ как предиктора осложнений беременности является дискуссионным вопросом. В настоящий момент у пациенток достоверно чаще обнаруживают такие осложнения беременности, как самопроизвольный выкидыш [3,4,5], преждевременные роды [3,4,5,6], задержка роста плода [3,4,5], преэклампсия [3], отслойка плаценты [3,5,6], преждевременный разрыв плодных оболочек [5]. Таким образом, РХГ является значимым предиктором перинатальных осложнений, повышая в том числе частоту возникновения Больших акушерских синдромов.

Несмотря на широкое обсуждение клинического значения РХГ в отечественной и зарубежной литературе, факторы риска данного осложнения беременности описываются лишь в единичных работах. Так, по данным Солововой Л.Д., 2014, факторами риска развития ретрохориальных гематом являются отсутствие прегравидарной подготовки, индекс массы тела (ИМТ) менее 25 кг/м<sup>2</sup>, возраст старше 30 лет, рабочая специальность,

урогенитальные инфекции, нарушения менструальной функции, самопроизвольные аборт и неразвивающаяся беременность в анамнезе [7]. Таким образом, небольшое количество исследований, посвященных клиничко-анамнестическим факторам риска РХГ определили актуальность данной работы.

Цель исследования: — определить клиничко-анамнестические особенности беременных, имевшую ретрохориальную гематому в 1 триместре, проживающих в Ростовской области, выявить анамнестические и клинические факторы риска развития РХГ.

## Материалы и методы

Исследование проведено в ГБУ Ростовской области Перинатальном центре в 2013-2016 гг., проведен ретроспективный анализ историй болезни 386 пациенток отделения гинекологии. Сформированы следующие клинические группы: в опытную группу вошли 270 беременных с ретрохориальной гематомой, выявленной в сроке от 6 до 12 недель, в контрольную группу — 79 условно здоровых беременных (без ретрохориальной гематомы). В исследование не вошли 37 беременных, имевших в 1 триместре РХГ, так как соответствовали критериям исключения: применение ВРТ, многоплодная беременность, врожденные аномалии развития матки (двурукая, седловидная и др.), хромосомные аномалии плода.

Оценивались возраст, ростовесовые показатели, факторы акушерского анамнеза (количество беременностей, паритет, предшествующие ранние потери беременности, выскабливание полости матки по поводу неразвивающейся беременности, искусственных хирургических абортов и выкидышей, кесарево сечение в анамнезе, дру-

Таблица / Table 1

Клиничко-эпидемиологические характеристики пациенток клинических групп, особенности менструальной функции  
*Clinical and epidemiological features of the patients included in the study, features of menstrual function*

Группы <i>Groups</i>	Группа с РХГ (n=270) <i>Group with SCH (n=270)</i>	Группа без РХГ (n=79) <i>Group without SCH (n=79)</i>	p-уровень <i>p-value</i>
Возраст, лет <i>Age, years</i>	30±4,8	29,4±5,4	0,425
Рост, см <i>Height, sm</i>	165,9±0,06	165,1±6	0,846
Вес, кг <i>Weight, kg</i>	61,9±12,2	71,6±9,6	0,0001
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup> <i>Body mass index, kg/m<sup>2</sup></i>	22,4±3,9	26±3,6	0,0001
Возраст наступления менархе, лет <i>Age of menarche, years</i>	13,4±1,3	12,9±1,5	0,29
Продолжительность менструального цикла, дней <i>Menstrual cycle, days</i>	28,5±2,5	28,6±1,9	0,743
Длительность менструации, дней <i>Duration of menstruation, days</i>	5,4±1,3	5,1±1	0,526

Примечание: сравнение групп по значениям фактора осуществлялось с помощью теста Манна-Уитни.  
*Note: the comparison of the groups was performed by the Mann-Whitney test.*

гие операции на органах малого таза, гинекологические и экстрагенитальные заболевания).

Оценка статистической значимости проверялась с помощью программы IBM SPSS Statistics 23. Использовались U-критерий Уилкоксона-Манна-Уитни и  $\chi^2$ -критерий Пирсона. Применялись общепринятые уровни значимости —  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$  и  $p < 0,001$ . Для определения параметров многофакторной модели строились парные регрессии.

### Результаты

Среди антропометрических характеристик оценивались возраст, ростовесовые показатели (рост, вес, индекс массы тела — до беременности, наличие дефицита массы тела или ожирения) (табл. 1). Также были оценены особенности менструальной функции пациенток, включенных в исследование (табл. 1).

Вес и ИМТ были статистически значимо ниже ( $p < 0,0001$ ) у пациенток с РХГ: вес  $61,9 \pm 12,2$  кг и ИМТ  $22,4 \pm 3,9$  кг/м<sup>2</sup>. В контрольной группе эти показатели составили: вес  $71,6 \pm 9,6$  кг и ИМТ  $26 \pm 3,6$  кг/м<sup>2</sup> (табл. 1).

Ожирение было выявлено у 19 беременных с РХГ (7%): у 16 (5,9%) ожирение I степени, у 2 (0,7%) — ожирение II степени, у 1 пациентки (0,4%) — ожирение III степени. В контрольной группе ожирение было выявлено у 9 беременных (11,4%), из них I степени — у 8 пациенток (10,1%), II степени — у 1 пациентки (1,3%). Исходный дефицит массы тела был у 25 беременных (9,3%) основной и 4 (5%) контрольной группы. Количество пациенток с избыточной и недостаточной массой тела в обеих группах оказалось сопоставимо ( $p \geq 0,05$ ) (табл. 1).

Продолжительность менструального цикла в основной группе составила  $28,5 \pm 2,5$  дней, длительность менструации  $5,4 \pm 1,3$  дней, в группе беременных без РХГ

Таблица / Table 2

Особенности акушерского анамнеза пациенток клинических групп  
*Features of obstetrical anamnesis of the patients included in the study*

Группы <i>Groups</i>	Группа с РХГ (n=270) <i>Group with SCH (n=270)</i>	Группа без РХГ (n=79) <i>Group without SCH (n=79)</i>	p-уровень <i>p-value</i>
Первобеременные <i>Primigravida</i>	72 (26,7%)	33 (41,8%)	0,01
Первородящие <i>Multigravida</i>	136 (50,4%)	42 (53,2%)	0,662
Многорожавшие <i>Multiparous</i>	5 (1,9%)	0 (0%)	-
Артифициальный аборт (хирургический) <i>Surgical abortion</i>	55 (20,4%)	13 (16,5%)	0,44
Внематочная беременность <i>Ectopic pregnancy</i>	8 (3%)	2 (2,5%)	0,84
Самопроизвольный выкидыш (abrasion) <i>Spontaneous miscarriage (abrasion)</i>	50 (18,5%)	3 (3,8%)	0,001
Самопроизвольный выкидыш — 2 и более (abrasion) <i>Spontaneous miscarriage — 2 and more times (abrasion)</i>	14 (5,2%)	2 (2,5%)	0,321
Неразвивающаяся беременность (abrasion) <i>Non-developing pregnancy (abrasion)</i>	67 (24,8%)	1 (1,3%)	0,0001
Неразвивающаяся беременность — 2 и более раз (abrasion) <i>Non-developing pregnancy — 2 and more times (abrasion)</i>	23 (8,5%)	0 (0%)	-
2 и более ранних репродуктивных потери (выкидыш и неразвивающаяся беременность) <i>2 and more early reproductive losses (spontaneous miscarriage and non-developing pregnancy)</i>	117 (43,3%)	4 (5,1%)	0,0001
Аntenatalная гибель плода в анамнезе <i>Antenatal fetal death</i>	8 (3%)	0 (0%)	-
Срочные роды <i>Term delivery</i>	120 (44,4%)	35 (44,3%)	0,982
Преждевременные роды живым плодом <i>Preterm delivery with alive fetus</i>	26 (9,6%)	3 (3,8%)	0,099
Перинатальная смертность <i>Perinatal losses</i>	26 (9,6%)	1 (1,3%)	0,014

Примечание: сравнения групп по значениям фактора осуществлялось с помощью теста Манна-Уитни, сравнения групп по частоте встречаемости фактора осуществлялось с помощью точного критерия Пирсона  $\chi^2$ .

Note: the comparison of the groups was performed by the Mann-Whitney test and  $\chi^2$  Pearson test.

28,6±1,9 и 5,1±1 дней соответственно. Возраст наступления менархе в группе беременных с РХГ составил 13,4±1,3 лет, в контрольной группе 12,9±1,5 лет (табл. 1).

Особенности акушерского анамнеза пациенток с РХГ и контрольной группы рассмотрены в табл. 2.

Данная беременность была первой у 72 (26,7%) беременных с РХГ, а в контрольной группе — у 33 женщин (41,8%), что статистически значимо больше, чем в основной группе ( $p=0,01$ ). При этом контрольная и основная группы были сопоставимы по количеству первородящих и повторнородящих пациенток (табл.2).

В результате анализа акушерского анамнеза у беременных опытной и контрольной групп было выявлено, что внематочная беременность была у 8 (3%) беременных с РХГ, в группе без РХГ — у двух женщин (2,5%) ( $p\geq 0,05$ ). Частота искусственного хирургического аборта в анамнезе была сопоставима: у 55 (20,4%) пациенток в группе с РХГ и у 13 (16,5%) пациенток в группе контроля. Выкидыш в анамнезе ( $p=0,001$ ), неразвивающаяся беременность ( $p=0,0001$ ), две и более неразвивающихся беременности (8,5% в группе с РХГ и 0% в группе контроля) и привычная потеря беременности ( $p=0,0001$ ) статистически значимо чаще отмечены у пациенток с ретрохориальной гематомой. Преждевременные роды в анамнезе встречались с одинаковой частотой у пациенток обеих групп ( $p=0,099$ ) (табл.2).

Была проанализирована частота следующих гинекологических заболеваний: бесплодие первичное и вторичное, нарушения менструального цикла (НМЦ), невоспалительные заболевания шейки матки, миома матки, кисты яичников, синдром поликистозных яичников

(СПКЯ), генитальный эндометриоз, хронические воспалительные заболевания придатков (табл.3).

Среди 349 пациенток, включенных в исследование, у 47 (13,5%) было выявлено бесплодие (первичное или вторичное), у 37 (13,7%) в группе с РХГ и у 10 (12,7%) в группе без РХГ, статистически значимой разницы между по частоте встречаемости бесплодия выявлено не было (табл.3). У 49 беременных основной группы (18,1%) встречалась миома матки, что статистически значимо чаще, чем в контрольной группе (у 6 беременных (7,6%) ( $p<0,05$ )). Статистически значимой разницы по частоте встречаемости НМЦ, невоспалительных заболеваний шейки матки, хронических воспалительных заболеваний придатков, эндометриоза, кист яичников, СПКЯ у пациенток с РХГ и контрольной групп отмечено не было (табл.3).

В табл. 4 отражены оперативные вмешательства у пациенток, включенных в исследование.

Операции на органах малого таза, кроме операции кесарева сечения, были выполнены 54 (20%) беременным с РХГ: из них 30 (11,1%) — диагностические лапароскопии по поводу бесплодия, 10 (3,7%) — лапароскопические цистэктомии по поводу доброкачественных образований яичников, 4 (1,5%) — лапароскопическая миомэктомия, 3 (1,1%) — лапароскопическая тубэктомия при внематочной беременности, 7 (2,9%) — аппендэктомия лапароскопическим и лапаротомным доступом (табл. 4). В целом, частота встречаемости операций на органах малого таза без включения кесарева сечения и отдельно кесарево сечение у пациенток обеих групп значимо не отличались, однако в сумме частота оперативных вмешательств на

Таблица / Table 3

Структура гинекологических заболеваний у пациенток клинических групп  
Structure of gynecological diseases of the patients included in the study

Группы Groups	Группа с РХГ (n=270) Group with SCH (n=270)	Группа без РХГ (n=79) Group without SCH (n=79)	p-уровень p-value
Бесплодие первичное и вторичное Primary and secondary infertility	37 (13,7%)	10 (12,7%)	0,811
Нарушения менструального цикла Menstrual disorders	8 (3%)	1 (1,3%)	0,403
Невоспалительные заболевания шейки матки Non-inflammatory diseases of the cervix	30 (11,1%)	8 (10,1%)	0,805
Хронические воспалительные заболевания придатков Chronic inflammatory diseases of uterine appendages	51 (18,9%)	11 (14%)	0,310
Миома матки Uterine myoma	49 (18,1%)	6 (7,6%)	0,024
Эндометриоз Endometriosis	11 (4%)	1 (1,3%)	0,228
Кисты яичников Ovarian cysts	19 (7%)	3 (3,8%)	0,297
Синдром поликистозных яичников Polycystic ovary syndrome	3 (1,1%)	3 (3,8%)	0,106

Примечание: сравнения групп по частоте встречаемости фактора осуществлялось с помощью точного критерия Пирсона  $\chi^2$ .  
Note: the comparison of the groups was performed by the  $\chi^2$  Pearson test

Таблица /Table 4

**Оперативные вмешательства у пациенток клинических групп**  
*Surgical operations in anamnesis of the patients included in the study*

Группы Groups	Группа с РХГ (n=270) Group with SCH (n=270)	Группа без РХГ (n=79) Group without SCH (n=79)	p-уровень p-value
Операции на органах малого таза (кесарево сечение + другие операции) <i>Pelvic organs surgery (cesarean section + other)</i>	103 (38,1%)	17 (21,5%)	0,006
Кесарево сечение <i>Cesarean section</i>	50 (18,5%)	8 (10,1%)	0,078
Другие операции на органах малого таза <i>Other pelvic organs surgery</i>	54 (20%)	11 (13,9%)	0,222
Выскабливание полости матки (хирургический аборт, выкидыш, неразвивающаяся беременность, диагностика) <i>Abrasion the uterine cavity (surgical abortion, miscarriage, non-developing pregnancy, diagnostics)</i>	152 (56,3%)	20 (25,3%)	0,0001
Неоднократное выскабливание полости матки <i>Abrasion the uterine cavity – 2 and more times</i>	30 (11,1%)	2 (2,5%)	0,02

Примечание: сравнения групп по частоте встречаемости фактора осуществлялось с помощью точного критерия Пирсона  $\chi^2$ .  
 Note: the comparison of the groups was performed by the  $\chi^2$  Pearson test.

Таблица /Table 5

**Структура экстрагенитальной патологии у пациенток клинических групп**  
*Structure of extragenital diseases of the patients included in the study*

Группы Groups	Группа с РХГ (n=270) Group with SCH (n=270)	Группа без РХГ (n=79) Group without SCH (n=79)	p-уровень p-value
Хронический гастрит/ гастроудоденит <i>Chronic gastritis / gastroduodenitis</i>	36 (13,3%)	7 (8,9%)	0,287
Хронический тонзиллит <i>Chronic tonsillitis</i>	9 (3,3%)	5 (6,3%)	0,233
Ожирение <i>Obesity</i>	29 (10,7%)	7 (8,9%)	0,629
Заболевание глаз <i>Eye diseases</i>	45 (9,6%)	19 (24%)	0,136
Хронический пиелонефрит <i>Chronic pyelonephritis</i>	25 (9,3%)	9 (11,4%)	0,574
Пороки сердца <i>Heart defects</i>	11 (4%)	3 (3,8%)	0,912
Варикозная болезнь нижних конечностей <i>Varicose veins of the lower extremities</i>	16 (5,9%)	3 (3,8%)	0,463
Заболевания щитовидной железы <i>Thyroid diseases</i>	11 (4%)	2 (2,5%)	0,524
Остеохондроз позвоночника <i>Spinal osteochondrosis</i>	9 (3,3%)	2 (2,5%)	0,72
Фиброзно-кистозная мастопатия <i>Shotty breast</i>	7 (2,6%)	2 (2,5%)	0,976

Примечание: сравнения групп по частоте встречаемости фактора осуществлялось с помощью точного критерия Пирсона  $\chi^2$ .  
 Note: the comparison of the groups was performed by the  $\chi^2$  Pearson test.



органах малого таза в группе РХГ была статистически значимо выше. Частота выскабливаний полости матки, в том числе неоднократных, также оказалась значимо выше в группе РХГ (56,3%, из них в 11,1% — 2 и более выскабливания), чем в контрольной (25,3%, включая 2,5% неоднократных).

Статистически значимых различий в структуре экстрагенитальной патологии среди пациенток основной и контрольной группы обнаружено не было ( $p \geq 0,05$ ) (табл. 5).

Наиболее распространенные соматические заболевания у пациенток, включенных в исследование: хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания глаз (миопия, ангиопатия сетчатки, астигматизм) и хронический пиелонефрит (табл. 5).

Анализ статистической значимости с помощью  $\chi^2$ -критерия Пирсона установил наличие взаимосвязи между анализируемыми признаками и РХГ. Для того же, чтобы определить роль каждого из факторов, был использован логистический регрессионный анализ. В него были включены следующие анамнестические факторы: предшествующие ранние репродуктивные и перинатальные потери, миома матки, выскабливание полости матки (по поводу неразвивающейся беременности, искусственных хирургических абортов и выкидышей), включая неоднократное выскабливание. Показатели регрессионных моделей развития РХГ представлены в табл. 6.

## Обсуждение

Анализ ростовесовых показателей беременных показал, что вес и ИМТ в группе пациенток с РХГ были значительно ниже ( $p < 0,0001$ ), чем в контрольной (табл. 1). При этом статистически значимой разницы в частоте встречаемости ожирения различной степени и дефицита массы тела обнаружено не было. Возраст и рост беременных обеих групп также оказались сопоставимы.

При анализе менструальной функции, значимых различий возраста наступления менархе, продолжительности менструального цикла и длительности менструации (табл. 1) у пациенток с ретрохориальной гематомой и контрольной группы не было выявлено.

При оценке количества перво- и повторнородящих было выявлено, что в основной группе количество первобеременных было статистически значимо меньше по сравнению с контрольной ( $p = 0,01$ ), при этом разницы количества перво- и повторнородящих обнаружено не было ( $p \geq 0,05$ ), также не отмечено различий в частоте преждевременных родов (табл. 2). При равном паритете преобладание повторнородящих в I группе позволило предположить, что среди пациенток основной группы значимо больше было число женщин с нереализованными беременностями.

Был проведен анализ предыдущих нереализованных

Таблица / Table 6

Анамнестические факторы риска развития субхорионической гематомы  
*Anamnestic risk factors of subchorionic hematoma*

Фактор <i>Risk factor</i>	Чувствительность, % <i>Sensitivity, %</i>	Специфичность, % <i>Specificity, %</i>	Отношение шансов, ОШ <i>Odds ratio, OR</i>	Доверительный интервал 95% <i>95% Confidence interval</i>	p-уровень <i>p-value</i>
1 самопроизвольный выкидыш в анамнезе <i>1 spontaneous miscarriage</i>	18,5	96,2	5,758	1,663-23,845	0,001
1 н/б в анамнезе <i>1 non-developing pregnancy</i>	24,8	98,7	25,744	3,768-507,906	0,0001
Предшествующие неоднократные ранние репродуктивные потери (с/а, н/б) <i>2 and more early reproductive losses</i>	43,3	94,9	14,338	4,864-47,502	0,001
Перинатальные потери <i>Perinatal losses</i>	9,6	98,7	8,311	1,175-167,3	0,014
Миома матки <i>Uterine myoma</i>	18,1	92,4	2,698	1,054-7,315	0,024
Выскабливание <i>Abrasion the uterine cavity</i>	56,3	74,7	3,8	2,097-6,934	0,0001
Неоднократное выскабливание <i>Abrasion the uterine cavity — 2 and more times</i>	11,1	97,5	4,813	1,084-29,833	0,024

Примечание: величина ОШ указывает на наличие взаимосвязи между наличием в анамнезе беременной фактора риска с вероятностью развития у неё ретрохориальной гематомы

Note: the value of OR indicates the existence of association between the presence of the risk factor in the history of pregnant woman and the chance of developing a retrochorial hematoma

беременностей у повторнородящих пациенток. К ранним потерям беременности были отнесены несостоявшийся выкидыш (O02), самопроизвольный выкидыш (O03), медицинский аборт (O04), внематочная беременность (O00). Перинатальные потери включали в себя мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность (табл.2).

Основная и контрольная группы не различались по наличию у беременных в анамнезе внематочной беременности и искусственного хирургического аборта ( $p \geq 0,05$ ) (табл. 2). Однако, среди беременных с РХГ статистически значимо больше женщин имели в анамнезе выкидыш, неразвивающуюся беременность, две и более неразвивающихся беременности и неоднократные ранние репродуктивные потери (табл. 2).

Впервые о том, что с увеличением числа выкидышей возрастает риск прерывания последующих беременностей, упомянул А. В. Barnes с соавторами в 1980 г [8]. В дальнейшем об этом шла речь в работах других авторов [9]. Нами было выявлено повышение частоты образования РХГ в 1 триместре у пациенток не только с многократными, но и однократными ранними репродуктивными потерями, сопровождающимися операцией выскабливания полости матки; что позволило отнести неразвивающуюся беременность и выкидыш в анамнезе к значимым факторам риска формирования РХГ.

При анализе структуры гинекологических заболеваний было выявлено, что статистически значимо чаще в группе с РХГ встречалась только миома матки ( $p=0,024$ ) (табл. 3). Таким образом, миома матки является, очевидно, независимым фактором риска развития РХГ во время беременности.

У беременных с РХГ статистически значимо чаще отмечены операции на органах малого таза в анамнезе (табл. 4). Однако, рассмотренная в отдельности, частота встречаемости операций на органах малого таза без включения кесарева сечения и отдельно кесарево сечение у пациенток основной и контрольной группы значимо не отличались.

Нельзя не обратить внимание на высокую частоту встречаемости выскабливаний полости матки в основной и контрольной группах — у 152 (56,3%) и у 20 пациенток (25,3%) соответственно. Таким образом, статистически значимо чаще в группе с РХГ отмечены выскабливания полости матки ( $p=0,0001$ ), а также неоднократные выскабливания полости матки ( $p=0,02$ ) по сравнению с пациентками контрольной группы (табл. 4). Показаниями к данной операции были выкидыш, неразвивающаяся беременность, искусственный аборт, патология эндометрия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Xiang L., Wei Z., Cao Y. Symptoms of an intrauterine hematoma associated with pregnancy complications: a systematic review. // *PLoS One* – 2014. – V.9(11): e111676. doi: 10.1371/journal.pone.0111676
2. Asato K., Mekaru K., Heshiki C., Sugiyama H., Kinjyo T., et al. Subchorionic hematoma occurs more frequently in in vitro fertilization pregnancy. // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* –

Выделены экстрагенитальные заболевания, на фоне которых протекала беременность в рассматриваемых группах. Чаще всего выявлялись заболевания желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей и хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, миопия слабой степени и сердечно-сосудистые заболевания, при этом статистически значимых различий между основной и контрольной группой по структуре экстрагенитальных заболеваний обнаружено не было (табл. 5).

Так как не было выявлено статистически значимых отличий по распространенности экстрагенитальной патологии у женщин с РХГ и без, данные экстрагенитальные заболевания не являются иницирующим фоном для развития РХГ, и поиск причин отслойки хориона необходимо проводить в других направлениях.

Проведен логистический регрессионный анализ факторов риска развития РХГ (табл. 6). Высокая специфичность (Sp) анамнестических данных говорит о том, что отсутствие вышеперечисленных данных анамнеза значительно снижает вероятность формирования РХГ. Вероятность развития данного осложнения увеличивается при наличии в анамнезе неразвивающейся беременности (ОШ 25,744, 95% ДИ 3,768-507,906), при привычном невынашивании беременности (ОШ 14,338, 95% ДИ 4,864-47,502), при наличии перинатальных потерь в анамнезе (ОШ 8,311, 95% ДИ 1,175-167,3). Однако, низкая чувствительность вышеперечисленных факторов свидетельствует о том, что при наличии в анамнезе беременной данных факторов риска вероятность развития у нее РХГ при настоящей беременности не является высокой.

## Выводы

Клинико-эпидемиологическими особенностями РХГ в Ростовской области является особенности роста-весовых показателей. Так, у беременных с РХГ отмечено более низкая масса тела и более низкий ИМТ.

Предшествующие ранние потери в анамнезе, как однократные (один выкидыш или одна неразвивающаяся беременность), так и две и более ранние репродуктивные потери и перинатальные потери увеличивают риск развития РХГ при возникновении беременности. Миома матки является независимым фактором риска развития РХГ во время беременности.

*Исследование не имело спонсорской поддержки.*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

## REFERENCES

1. Xiang L., Wei Z., Cao Y. Symptoms of an intrauterine hematoma associated with pregnancy complications: a systematic review. *PLoS One*. 2014;9(11):e111676. doi: 10.1371/journal.pone.0111676
2. Asato K., Mekaru K., Heshiki C., Sugiyama H., Kinjyo T., et al. Subchorionic hematoma occurs more frequently in in vitro fertilization pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*

2014. – V.181. – P.41-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.07.014
3. Nagy S., Bush M., Stone J., Lapinski R., Gardo S. Clinical Significance of Subchorionic and Retroplacental Hematomas Detected in the First Trimester of Pregnancy. // *Obstet Gynecol.* – 2003. – V.102 – P. 94-100. doi: 10.1016/S0029-7844(03)00403-4
4. Maso G., D'Ottavio G., De Seta F., Sartore A., Piccoli M., Mandruzzato G. First-trimester intrauterine hematoma and outcome of pregnancy. // *Obstet Gynecol.* – 2005. – V.105(2) – P.339-344. doi: 10.1097/01.AOG.0000152000.71369.bd
5. Tuuli M.G., Norman S.M., Odibo A.O., Macones G.A., Cahull A.G. Perinatal outcomes in women with subchorionic hematoma. A systematic review and meta-analysis. // *Obstet Gynecol.* – 2011. – V.117(5) – P.1205-1212. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821568de
6. Norman S.M., Odibo A.O., Macones G.A., Dicke J.M., Crane J.P., Cahill A.G. Ultrasound-detected subchorionic hemorrhage and the obstetric implications. // *Obstet Gynecol.* – 2010. – V.116. – P.311-5. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181e90170
7. Соловова Л.Д. Комплексный подход к лечению угрожающего прерывания беременности с ретрохориальными гематомами: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.01 / Самарский государственный медицинский университет, 2014 г. 190 с.
8. Barnes A.B., Colton T., Gundersen J., Noller K.L., Tilley B.C., et al. Fertility and Outcome of Pregnancy in Women Exposed in Utero to Diethylstilbestrol. // *N Engl J Med.* – 1980. – V.302. – P.609-613
9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И.. *Акушерство. Курс лекций: учебное пособие.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 2014;181:41-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.07.014
3. Nagy S., Bush M., Stone J., Lapinski R., Gardo S. Clinical Significance of Subchorionic and Retroplacental Hematomas Detected in the First Trimester of Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2003;102:94-100. doi: 10.1016/S0029-7844(03)00403-4
4. Maso G., D'Ottavio G., De Seta F., Sartore A., Piccoli M., Mandruzzato G. First-trimester intrauterine hematoma and outcome of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005;105(2):339-344. doi: 10.1097/01.AOG.0000152000.71369.bd
5. Tuuli MG, Norman SM, Odibo AO, Macones GA, Cahull AG. Perinatal outcomes in women with subchorionic hematoma. A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1205-1212. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821568de
6. Norman SM, Odibo AO, Macones GA, Dicke JM, Crane JP, Cahill AG. Ultrasound-detected subchorionic hemorrhage and the obstetric implications. *Obstet Gynecol.* 2010;116:311-5. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181e90170
7. Solovova LD. *A comprehensive approach to the treatment of threatened abortion with retrochorial hematomas.* Cand. Diss.. Samara; 2014. (in Russ)
8. Barnes AB, Colton T, Gundersen J, Noller KL, Tilley BC, et al. Fertility and Outcome of Pregnancy in Women Exposed in Utero to Diethylstilbestrol. *N Engl J Med.* 1980;302:609-613.
9. Strizhakov AN, Davydov AI. *Obstetrics. Lecture course: tutorial.* Moscow; 2009. (in Russ).

#### Информация об авторе

**Кузнецова Наталья Борисовна**, дмн, доцент кафедры акушерства и гинекологии №4, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; врач акушер-гинеколог, Перинатальный центр, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: lauranb@inbox.ru.

**Буштырева Ирина Олеговна**, дмн, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №4, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; врач акушер-гинеколог, Перинатальный центр, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: kio4@mail.ru.

**Забанова Екатерина Андреевна**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии №4, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; врач акушер-гинеколог, Перинатальный центр, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: rock-fe@mail.ru.

**Дмитриева Мария Петровна**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии №4, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; врач акушер-гинеколог, Перинатальный центр, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: dr.dmitrieva@inbox.ru.

**Беспалая Ангелина Викторовна**, врач акушер-гинеколог, Перинатальный центр, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: angelina-koshka@yandex.ru.

#### Information about the author

**Natalia B. Kuznetsova**, PhD, Associate professor of Department of Obstetrics and Gynecology #4, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; obstetrician-gynecologist, Perinatal center, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: lauranb@inbox.ru.

**Irina O. Bushtyрева**, PhD, Prof., head of Department of Obstetrics and Gynecology #4, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; obstetrician-gynecologist, Perinatal center, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: kio4@mail.ru.

**Ekaterina A. Zabanova**, Postgraduate at the Department of Obstetrics and Gynecology #4, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; obstetrician-gynecologist, Perinatal center, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: rock-fe@mail.ru.

**Maria P. Dmitrieva**, Postgraduate at the Department of Obstetrics and Gynecology #4, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; obstetrician-gynecologist, Perinatal center, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: dr.dmitrieva@inbox.ru.

**Angelina V. Bespalaya**, obstetrician-gynecologist, Perinatal center, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: angelina-koshka@yandex.ru

Поступила/Received: 12.10.2017

Принята к публикации/Approved for publication: 19.10.2017