

УДК 618.3-06:618.344-003.215-02:618.14

Т.Г. Романенко, Л.Ю. Стаселович, Г.М. Жалоба

Етіологічні чинники формування ретрохоріальних гематом у I триместрі вагітності

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

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2026. 1(105): 38-46. doi: 10.15574/PP.2026.1(105).3846

For citation: Romanenko TG, Staselovych LY, Zhaloba HM. (2026). Etiological factors of the formation of retrochorial hematomas in the first trimester of pregnancy. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 1(105): 38-46. doi: 10.15574/PP.2026.1(105).3846.

Мета – встановити етіологічні чинники формування ретрохоріальних гематом (РХГ) у I триместрі вагітності для зниження частоти виникнення цих гематом.

Матеріали і методи. Проведено клінічне спостереження у 212 вагітних: у 164 жінок із РХГ, які були на обстеженні та стаціонарному лікуванні (основна група, ОГ); у 48 вагітних без РХГ у I триместрі вагітності (контрольна група, КГ) за період 2022–2024 рр. Проведено клініко-статистичний аналіз соматичного, гінекологічного і репродуктивного анамнезу для з'ясування етіологічних чинників розвитку РХГ.

Результати. Аналіз даних анамнезу свідчить, що в 45 (21,2%) виявлено безпліддя: у 38 (23,2%) вагітних з ОГ та у 7 (14,6%) жінок із КГ. Ранні втрати вагітностей достовірно частіше встановлено в анамнезі у вагітних з ОГ – 26 (15,8%) проти 4 (8,4%) випадків у КГ. Лейоміому матки достовірно частіше відзначено у вагітних ОГ – 15 (9,1%) проти 3 (6,3%) випадків у КГ; частоту хронічного ендометриду у вагітних з ОГ – 40 (24,4%) випадків проти 5 (10,4%) випадків у КГ, що достовірно нижче. Відповідно виявлено високу частоту внутрішньоматкових втручань (вишкрібання стінок порожнини матки, гістероскопії) в анамнезі в обох досліджуваних групах – у 86 (52,4%) вагітних з ОГ та в 11 (22,9%) вагітних із КГ. Маса тіла та індекс маси тіла (ІМТ) були достовірно нижчими у вагітних з ОГ.

Висновки. Етіологічними чинниками виникнення РХГ були: антифосфоліпідний синдром – у 11,6% випадків, вроджена тромбофілія – у 16,5% випадків, інфекційно-запальні захворювання – у 53,7% випадків, аномалії розвитку матки – у 2,4% випадків, неуточнені причини – у 15,8% випадків.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду пацієнток.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: відшарування хоріона, ретрохоріальна гематома, етіологічні чинники, анамнез: соматичний, гінекологічний, репродуктивний, тромботичний; антифосфоліпідний синдром, вроджена тромбофілія, інфекційно-запальний чинник.

Etiological factors of the formation of retrochorial hematomas in the first trimester of pregnancy

T.G. Romanenko, L.Y. Staselovych, H.M. Zhaloba

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

Aim – to establish the etiological factors of the formation of RCH in the first trimester of pregnancy in order to reduce the frequency of their occurrence.

Materials and methods. Clinical observation was conducted in 164 pregnant women (main group, MG) with RCH who were undergoing examination and treatment and 48 pregnant women (control group, CG) who did not have RCH in the first trimester of pregnancy, for the period from 2022 to 2024. A clinical and statistical analysis of somatic, gynecological and reproductive anamnesis was conducted in 212 pregnant women to clarify the etiological factors of the development of RCH in them; the following anamnesis was collected: reproductive, gynecological, somatic, thrombotic (personal and family).

Results. Among 212 pregnant women, infertility was detected in 45 (21.2%): in 38 (23.2%) in pregnant MG and in 7 (14.6%) in CG. Early pregnancy loss was significantly more often noted in the anamnesis in pregnant MG – 26 (15.8%) cases versus 4 (8.4%) in CG. Uterine leiomyoma was significantly more often observed in pregnant MG – 15 (9.1%) cases versus 3 (6.3%) in CG; the frequency of chronic endometritis in pregnant women in the MG was 40 (24.4%) cases versus 5 (10.4%) cases in the CG, which is significantly lower. The high frequency of uterine cavity wall scraping in the anamnesis in both studied groups – in 86 pregnant women (52.4%) in the MG and in 11 pregnant women (22.9%) in the CG. Weight and body mass index (BMI) were significantly lower in pregnant MG.

Conclusions. The etiological factors of retrochorial hematomas were: antiphospholipid syndrome in 11.6% of cases, congenital thrombophilia in 16.5% of cases, infectious-inflammatory factor in 53.7% of cases, uterine developmental anomalies in 2.4% of cases, unspecified causes in 15.8% of cases.

The study was performed in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the institution mentioned in the work.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: chorionic detachment, retrochorial hematoma, etiological factors, anamnesis: somatic, gynecological, reproductive, thrombotic; antiphospholipid syndrome, congenital thrombophilia, infectious-inflammatory factor.

Вагінальна кровотеча доволі поширене явище в I триместрі. Багато клінічних робіт як базовий факт наводять, що 16–25% вагітностей ускладнені кровотечею в I триместрі [1,20,21]. У великій когорті лише 8% жінок із кровотечею мають рясну кровотечу, більшість епізодів – мазання або легка кровотеча, що потребує спостережливо-вичікувальної тактики, а переливання крові потрібно лише 1% жінок [12,20]. Кровотеча, що передуює викидням – найпоширеніша причина кровотечі в I триместрі (15–20% усіх вагітностей) [4,5,12,16,18].

Ретрохоріальна гематома (РХГ) – часте ускладнення I триместру, що трапляється в 3–22% випадків від числа всіх вагітностей [6,9,14]. Такі широкі рамки, у яких коливається частота виявлення РХГ, визначаються характеристиками досліджуваних популяцій, використанням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Застосування ДРТ достовірно підвищує ризик формування РХГ [24]. Субхоріальна гематома є найпоширенішим відхиленням від фізіології в I триместрі за наявності живого ембріона, а близько 20–40% усіх вагітних мають кровотечу в I триместрі [10]. Частота РХГ у групі жінок зі спонтанними викиднями становить 5,2% [2,22,23].

Одним із перших дослідників, які присвятили наукові праці РХГ, був S. Nagy. У 2003 р. в журналі «Obstetrics & Gynecology» опубліковано його статтю «Клінічне значення субхоріонічних та ретроплацентарних гематом у I триместрі вагітності» [15]. Проведено дослідження за участю 6 675 пацієнтів, з яких 182 особи з РХГ, причому РХГ супроводжувалася зовнішньою кровотечею у 71%, безсимптомну РХГ спостерігали в 29%. Результати дослідження засвідчили, що в пацієнток із РХГ був вищим ризик спонтанних абортів (18% проти 9,5%), пре-еклампсії, відшарування плаценти, передчасних пологів, затримки росту плода, народження дітей із меншою масою тіла [15].

Публікації останніх років показали результати досліджень, метою яких було оцінити частоту РХГ у групі жінок із загрозою викидня і вивчити питання про можливий взаємозв'язок паритету, попередніх викиднів, розміру, локалізації гематоми та тривалості вагінальної кровотечі з результатом вагітності [11,12,16]. Вища частота мимовільних викиднів спостерігалася в пацієнток із РХГ, локалізованою по задній стінці матки, а також у пацієнток із повторними кровотечами. При цьому розмір ге-

матоми не впливав на частоту спонтанного викидня [7,26].

Отже, контраверсії навколо ролі РХГ у гестаційному процесі залишають цю тему відкритою для обговорення.

За даними деяких авторів, результат вагітності залежить від розміру гематоми, віку матері та гестаційного терміну [3,5,17]. Частота викидня зростає з віком вагітної і розміром гематоми, кровотеча наприкінці I або в II триместрі також погіршує прогноз вагітності. Наприкінці I та на початку II триместру РХГ може частково відокремити плаценту від місця її прикріплення. Отже, прогноз виношування вагітності в пацієнток із цим типом гематоми гірший за прогноз порівняно з гематомою на початку I триместру вагітності [3,19].

Найбільш значущими екстрагенітальними чинниками, асоційованими з відшаруванням хоріона, є реактивація вірусних інфекцій, гіпотиреоз, обтяжена спадковість за тромботичними чинниками [8].

Думка наукового товариства щодо впливу об'єму РХГ на результат вагітності також неоднозначна і обговорюється протягом ось уже більш ніж 30 років. Отже, кілька дослідників констатують, що розмір РХГ істотно впливає на результат цієї вагітності, при цьому найбільше значення мають РХГ об'ємом понад 32 мл [8], 45 мл [8,19] і 60 мл [5], а також має значення відносний розмір РХГ порівняно із середнім внутрішнім діаметром плідного яйця [17]. Однак низка вчених стверджує, що достовірний взаємозв'язок між об'ємом РХГ і результатом вагітності відсутній [4,17,27]. РХГ часто регресує, особливо якщо вона маленьких або середніх розмірів. Великі гематоми, що займають 30–40% плаценти, можуть надалі призводити до стиснення плідного яйця, передчасного розриву плодових оболонок із наступним мимовільним абортom [26]. Усі пацієнтки, у яких під час наступних ультразвукових досліджень відзначено зростання гематоми чи відсутність змін, мають несприятливі наслідки вагітності, на відміну від тих, у яких виявлено зменшення розміру РХГ [25].

Отже, є досить великий науковий доробок, що стосується ролі РХГ у генезі перинатальних ускладнень, який показує, що в разі пролонгування вагітності в жінок, які мають РХГ у ранні терміни, ризик розвитку материнських і неонатальних ускладнень надалі вищий. Тому з'ясування наявності етіологічних чинників ризику виникнення РХГ в I триместрі вагітності,

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

прогнозування і профілактика дадуть можливість знизити частоту виникнення цих гематом.

Мета дослідження – встановити етіологічні чинники формування РХГ у I триместрі вагітності для зниження частоти виникнення цих гематом.

Матеріали і методи дослідження

Відповідно до поставленої мети, на базі Київського обласного перинатального центру (клінічна база кафедри акушерства і гінекології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика) проведено клінічне спостереження 164 вагітних (основна група, ОГ) із РХГ, які були на обстеженні та лікуванні, і 48 вагітних (контрольна група, КГ) без РХГ у I триместрі вагітності за період 2022–2024 рр. Проведено клініко-статистичний аналіз соматичного, гінекологічного та репродуктивного анамнезу у 212 вагітних для з'ясування етіологічних чинників розвитку в них РХГ. У всіх пацієнток, які пройшли за основним критерієм дослідження, зібрано анамнез: репродуктивний, гінекологічний, соматичний і тромботичний (особистий і сімейний).

Для визначення параметрів багатофакторної моделі побудовано парні регресії. Для оцінювання статистичної значущості чинників визначено коефіцієнти регресії, відношення шансів (ВШ), 95% довірчі інтервали (ДІ), чутливості і специфічності моделі та рівень статистичної значущості $p < 0,05$. Критичне значення рівня статистичної значущості під час перевірки нульових гіпотез прийнято як $p = 0,05$. Для прогнозування етіологічних чинників розвитку РХГ побудовано модель бінарної логістичної регресії. Залежною змінною була наявність РХГ під час вагітності (1 – наявна, 0 – відсутня). До моделі внесено клініко-анамнестичні показники, які потенційно асоціюються з розвитком

РХГ: дані гінекологічного, репродуктивного і соматичного анамнезу. Аналіз проведено методом логістичної регресії з оцінюванням коефіцієнтів моделі методом максимальної правдоподібності. Імовірність розвитку РХГ визначено за формулою:

$$p(x) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n)}}$$

де $p(x)$ – імовірність розвитку РХГ; b_0 – константа моделі; $b_1 \dots b_n$ – регресійні коефіцієнти; $x_1 \dots x_n$ – значення предикторів.

Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 7.0» і «Statistica 6.0» [13]. Достовірність різниць між досліджуваними групами обчислено за допомогою критеріїв Стьюдента і Фішера.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду пацієнток.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік вагітних ОГ становив $30,3 \pm 3,8$ року, КГ – $29,9 \pm 4,2$ року. Переважна кількість жінок, які увійшли до дослідження, була віком від 24 до 34 років. В ОГ 50% жінок мали вік від 26 до 33 років, у КГ – від 25 до 33 років, що свідчить про сумісність груп за цією ознакою. У таблиці 1 наведено клініко-епідеміологічні характеристики обстежених вагітних. Маса тіла та індекс маси тіла (ІМТ) були достовірно нижчими ($p < 0,01$) у вагітних з ОГ: маса тіла – $62,4 \pm 12,6$ кг, ІМТ – $21,9 \pm 4,6$ кг/м², у КГ – $70,2 \pm 8,4$ кг і $25,5 \pm 3,6$ кг/м², відповідно.

Статистично значущих відмінностей щодо віку настання менархе, тривалості менструального циклу та тривалості менструальної кровотечі при порівнянні вагітних ОГ та КГ не виявлено.

Таблиця 1

Клініко-епідеміологічна характеристика обстежених вагітних, $M \pm m$

Характеристика	ОГ (n=164)	КГ (n=48)
Вік, роки	$30,3 \pm 3,8$	$29,9 \pm 4,2$
Зріст, см	$169,3 \pm 4,6$	$166,8 \pm 5,8$
Маса тіла, кг	$62,4 \pm 12,6^{**}$	$70,2 \pm 8,4$
ІМТ	$21,9 \pm 4,6^{**}$	$25,5 \pm 3,6$
Вік настання менархе, роки	$13,1 \pm 1,2$	$12,4 \pm 1,3$
Тривалість менструального циклу, доба	$28,3 \pm 2,8$	$28,4 \pm 2,2$
Тривалість менструації, доба	$5,6 \pm 1,4$	$5,4 \pm 1,4$

Примітка: ** – різниця достовірна відносно КГ ($p < 0,01$).

Таблиця 2

Екстрагенітальна патологія в обстежених групах, абс. (%)

Екстрагенітальна патологія	ОГ (n=164)	КГ (n=48)
Захворювання шлунково-кишкового тракту	12 (7,3)	4 (8,3)
Хронічний тонзиліт	3 (1,8)	3 (6,3)
Ожиріння	17 (10,4)	5 (10,4)
Захворювання нирок	8 (4,9)	2 (4,2)
Захворювання серцево-судинної системи	4 (2,4)	1 (2,1)
Варикозна хвороба	6 (3,7)	2 (4,2)
Захворювання щитоподібної залози	8 (4,9)	2 (4,2)
Цукровий діабет	2 (1,2)	1 (2,1)
АФС	9 (11,6)	–
Вроджена тромбофілія	27 (16,5)	4 (8,3)

Оцінюючи анамнез, акцентовано увагу на тромботичний анамнез, як особистий, так і сімейний. Аналізуючи сімейний тромботичний анамнез, зареєстровано тромботичні ускладнення в родичів першої лінії спорідненості (мати, батько, рідна сестра і брат) та другої лінії спорідненості (бабусі, тітки, дідусі, дядьки) віком до 55 років. Тромботичний анамнез як передбачуваний чинник ризику РХГ обрано, оскільки в роботах, проведених раніше [26], у вагітних, які перенесли передчасне відшарування нормально розташованої плаценти та відшарування хоріона, встановлено високу частоту обтяженого особистого та сімейного тромботичного анамнезу (67,5%), при цьому частота особистого тромботичного анамнезу становила 13,3%. За наявності тромбозів у родичів першої та другої лінії спорідненості до 55 років сімейний тромботичний анамнез визнано обтяженим.

У наведеному нами дослідженні особистий тромботичний анамнез був обтяжений у 2 (1,2%) пацієнток в ОГ (це був ілеофеморальний тромбоз), сімейний тромботичний анамнез у родичів першої лінії спорідненості був обтяжений у 7 (4,3%) жінок, у родичів другої лінії спорідненості – у 17 (10,4%) вагітних з ОГ.

З аналізу структури екстрагенітальної патології та її частоти в досліджуваних вагітних не виявлено статистично значущих відмінностей між групами (табл. 2).

У зв'язку з тим, що ми не знайшли статистично значущих відмінностей щодо поширеності екстрагенітальних захворювань між вагітними з ОГ і КГ, ми вважаємо, що ці соматичні захворювання не є ініціюючим чинником розвитку РХГ, і шукати причини її виникнення слід проводити в інших напрямках.

Репродуктивний анамнез, паритет вагітних у досліджуваних групах наведено в таблиці 3.

Серед 212 вагітних, залучених до дослідження, у 45 (21,2%) жінок виявили безпліддя (первинне (I) або вторинне (II)): у 38 (23,2%) вагітних в ОГ та у 7 (14,6%) жінок у КГ. В ОГ безпліддя II в анамнезі спостерігали достовірно частіше – 27 (16,5%) випадків проти 4 (8,3%) жінок у КГ, $p < 0,05$. Групи різнилися за кількістю вперше і повторно вагітних: в ОГ вагітних вперше було достовірно менше – 42 (25,6%) проти 21 (43,7%) випадку в КГ, $p < 0,05$; а повторно вагітних достовірно більше – 122 (74,4%) проти 27 (56,3%) випадків, відповідно, $p < 0,05$ (табл. 3). Переважання повторно вагітних в ОГ, при рівному паритеті пологів, засвідчило, що в групі вагітних із РХГ кількість жінок із нереалізованими вагітностями була достовірно більшою. Вагітність настала за допомогою ДРТ у 30 (18,3%) жінок з ОГ, у 5 (10,4%) жінок із КГ ($p = 0,022$).

Для визначення частки ранніх репродуктивних і перинатальних втрат проаналізовано акушерський анамнез. До ранніх репродуктивних втрат належали самовільний викидень і вагітність, що не розвивається. Перинатальні втрати включали мертвонародженість (антенатальну загибель плода) і смерть дітей у перші 168 год (рання неонатальна смертність) (табл. 4).

Таблиця 3

Репродуктивний анамнез в обстежених групах, абс. (%)

Репродуктивний анамнез	ОГ (n=164)	КГ (n=48)
Безпліддя I (первинне)	11 (6,7)	3 (6,3)
Безпліддя II (вторинне)	27 (16,5)*	4 (8,3)
Вагітні вперше	42 (25,6)*	21 (43,7)
Вагітні повторно	122 (74,4)*	27 (56,3)
Народжують уперше	83 (50,6)	26 (54,2)
Народжують повторно	81 (49,4)	22 (45,8)
Народжують багато	4 (2,4)	0

Примітка: * – різниця достовірна відносно КГ ($p < 0,05$).

Таблиця 4

Наслідки попередніх вагітностей і пологів в обстежених групах, абс. (%)

Наслідки попередніх вагітностей	ОГ (n=164)	КГ (n=48)
Артифіційний аборт	23 (14,1)	8 (16,7)
Самовільний викидень	15 (9,1)**	2 (4,2)
Вагітність, що не розвивається	11 (6,7)**	2 (4,2)
Ранні втрати	26 (15,8)**	4 (8,4)
Звичне невиношування	12 (7,3)**	1 (2,1)
Позаматкова вагітність	7 (4,3)	2 (4,2)
Аntenатальна загибель в анамнезі	2 (1,2)	0
Термінові пологи	61 (37,2)	21 (43,7)
Передчасні пологи	9 (5,5)	1 (2,1)
Перинатальна смертність	3 (1,8)	0

Примітка: ** – різниця достовірна відносно КГ ($p < 0,01$).

Ранні втрати вагітності (мимовільний викидень і вагітність, що не розвивається) достовірно частіше відзначали в анамнезі у вагітних з ОГ – 26 (15,8%) проти 4 (8,4%) випадків у КГ, відповідно, $p < 0,01$. Позаматкову вагітність, термінові пологи, передчасні пологи живим плодом спостерігали з однаковою частотою у вагітних обох груп.

У літературі неодноразово згадано, що принаймні збільшення числа спонтанних викиднів різко підвищує ризик переривання наступних вагітностей [5,14,16].

Результати наведеного нами дослідження свідчать, що у вагітних не тільки з багаторазовими, але і з одноразовими ранніми втратами, що супроводжувалися вишкрібанням порожнини матки, частота утворення РХГ достовірно вища. Отриманий результат дає змогу відразу віднести вагітність, що не розвивається, та мимовільний викидень в анамнезі до значущих чинників ризику розвитку РХГ.

Аналіз структури та частоти гінекологічної патології в анамнезі, в досліджуваних групах наведено в таблиці 5.

Лейоміому матки достовірно частіше спостерігали у вагітних з ОГ – 15 (9,1%) проти 3 (6,3%) випадків у КГ, $p < 0,05$. Частота хронічного ендометриту у вагітних з ОГ становила 40 (24,4%) проти 5 (10,4%) випадків у КГ, що достовірно нижче, ніж в ОГ, $p < 0,01$. Діагноз хронічного ендометриту встановлювали на підставі морфологічних висновків попереднього вишкрібання стінок порожнини матки з приводу вагітності, що не розвивається, мимовільного викидня. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), відзначалися в 3 рази частіше у вагітних з ОГ (19,5% випадків проти 6,3% у КГ), $p < 0,01$.

Оперативні втручання в анамнезі (кесарів розтин і вишкрібання стінок матки) наведено в таблиці 6.

Ми звернули увагу на високу частоту внутрішньоматкових втручань в анамнезі в обох досліджуваних групах – у 86 (52,4%) вагітних із ОГ та в 11 (22,9%) жінок із КГ, $p < 0,01$. Внутрішньоматкові втручання були проведені з приводу патології ендометрія (поліп та гіперплазія ендометрія), «неповного» мимовільного

Таблиця 5

Гінекологічна патологія в обстежених групах, абс. (%)

Гінекологічна патологія	ОГ (n=164)	КГ (n=48)
Хронічний ендометрит	40 (24,4)**	5 (10,4)
Хронічні запальні захворювання придатків	28 (17,1)	4 (8,3)
ІПСШ	32 (19,5)**	3 (6,3)
Лейоміома матки	15 (9,1)**	3 (6,3)
Ендометріоз	12 (7,3)	2 (4,2)
Кісти яєчників	14 (8,5)	4 (8,3)
Аномалії розвитку матки	4 (2,4)	–

Примітка: ** – різниця достовірна відносно КГ ($p < 0,01$).

викидня, вагітності, що не розвивається, артифікаційного аборт. Повторні вишкрібання стінок порожнини матки достовірно частіше спостерігали у вагітних з ОГ – 45 (27,4%) проти 2 (4,2%) випадків у КГ, $p < 0,01$. Частота розродження шляхом кесаревого розтину у вагітних обох груп достовірно не відрізнялася.

Щоб визначити роль кожного з регресорів (чинників), застосовано логістичний регресійний аналіз (описаний у матеріалах і методах). Проаналізовано такі анамнестичні дані: безпліддя, спорадичний та звичний викидень, паритет, ранні репродуктивні втрати, вишкрібання стінок порожнини матки, у тому числі повторні, ІПСШ в анамнезі, кесарів розтин.

Показники регресійних моделей розвитку РХГ наведено в таблиці 7.

Визначення відносного ризику клініко-анамнестичних чинників показало, що наявність в анамнезі безпліддя II збільшувало ризик розвитку РХГ у 2 рази, спорадичного викидня (самовільний викидень або вагітність, що не розвивається) – у 12 разів, звичного викидня – у 5,3 рази, ІПСШ в анамнезі – у 3,9 рази, вишкрібання стінок матки – у 2,4 рази, повторно вишкрібання – у 12 разів (табл. 7).

За результатами аналізу гінекологічного, репродуктивного та соматичного анамнезу побудовано логістичну модель: усіх пацієнток із РХГ поділено на 5 підгруп: вагітні з набутою тромбофілією (АФС) – 19 (11,6%) випадків, вагітні з вродженою тромбофілією – 27 (16,5%) випад-

Таблиця 6
Перенесені оперативні втручання в анамнезі в обстежених групах, абс. (%)

Оперативні втручання	ОГ (n=164)	КГ (n=48)
Кесарів розтин	24 (14,6)	5 (10,4)
Вишкрібання стінок матки	86 (52,4)**	11 (22,9)
Повторне вишкрібання стінок матки	45 (27,4)**	2 (4,2)

Примітка: * – різниця достовірна відносно КГ ($p < 0,05$).

ків, вагітні з інфекційно-запальними захворюваннями загального генезу – 88 (53,7%), вагітні з аномаліями розвитку матки – 4 (2,4%) випадки, вагітні з неуточненою причиною РХГ – 26 (15,8%) випадків (табл. 8).

Для визначення основної етіологічної причини застосовано такі критерії. Для встановлення діагнозу антифосфоліпідного синдрому (АФС) було достатньо одного з клінічних (судинні тромбози, акушерська патологія: один і більше випадків загибелі морфологічно нормального плода після 10 тижнів; одні і більше передчасних пологів із причини прееклампсії, еклампсії, декомпенсованої плацентарної недостатності; три і більше мимовільних викидня в терміні до 10 тижнів) та однієї з лабораторних ознак (помірний або високий рівень антитіл до кардіоліпіну, високий або помірний рівень антитіл до β -2 глікопротеїну, що виявляються двічі протягом 12 тижнів, позитивний тест на виявлення вовчакового антикоагулянту).

Діагноз вродженої тромбофілії встановлено на підставі виявлення дефіциту протеїну С,

Показники регресійних моделей ризику розвитку ретрохоріальної гематоми

Чинник ризику	Чутливість, %	Специфічність, %	Відносний ризик (ВР)	Довірчий інтервал (ДІ, 95%)	p
Хронічний ендометрит	25	88,6	1,114	1,026–1,171	0,008
Безпліддя II	15,7	92,7	2,138	0,954–5,361	0,047
Викидень в анамнезі	16,8	96,8	5,12	1,622–20,094	0,001
Вагітність, що не розвивається	17,3	99	16,036	2,566–09,938	<0,0001
Самовільний викидень	39,7	94,9	12,36	2,792–22,848	<0,0001
Звичайне невиношування	16,0	96,9	5,317	1,206–31,295	0,005
Лейоміома матки	15,7	92,7	2,138	0,954–5,361	0,047
ДРТ	15,9	93,8	2,566	1,060–7,102	0,022
ІПСШ в анамнезі	16,7	95,9	3,925	1,476–12,415	0,001
Кесарів розтин	15,1	89,6	1,456	0,72–3,204	>0,05
Вишкрібання	24,2	93,4	2,389	1,642–3,68	<0,0001
Повторне вишкрібання	19,4	98,7	12,491	3,245–72,568	<0,0001

Таблиця 8

Етіологічні чинники розвитку ретрохоріальної гематоми за результатами регресійного аналізу, абс. (%)

Етіологічні чинники	ОГ (n=164)	КГ (n=48)
АФС	19 (11,6)**	0
Вроджена тромбофілія	27 (16,5)*	4 (8,3)
Інфекційно-запальні захворювання загального генезу	88 (53,7)**	10 (20,8)
Аномалії розвитку матки	4 (2,4)	0
Неуточнені причини	26 (15,8)	0

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$ (достовірність відносно КГ).

протеїну S, антитромбіну III, наявності мутації FV Leiden.

Критерії визначення групи з домінуючою причиною – інфекційно-запальні захворювання загального генезу (генітальні та екстрагенітальні, які призводять до системної реакції запалення). Для підтвердження інфекційно-запального чинника використано анамнестичні дані (вказівка в анамнезі на ІПСШ), об'єктивні ознаки запалення (субфебрилітет), лабораторні (С-реактивний білок вищий за норму, більше 6 мг/л, лейкоцитоз із нейтрофіліозом, ідентифікація збудника). В окрему групу залучено вагітних з аномаліями розвитку матки.

Також, за результатами наведеного нами дослідження, певний вплив на виникнення РХГ мають росто-вагові характеристики вагітних. Так, у вагітних з ОГ виявлено меншу масу тіла та ІМТ порівняно з вагітними з КГ.

Попередні ранні втрати в анамнезі, як однократові (один мимовільний викидень або одна вагітність, що не розвивається), так і дві і більше, збільшують ризик розвитку РХГ під час наступної вагітності. Так, наявність ранніх втрат (спорадичного викидня і вагітності, що не розвивається), неодноразових вишкрібаних стінок порожнини матки підвищує ймовірність розвитку РХГ у 12 разів, наявність ІПСШ в анамнезі – у 3,9 разу, а звичне невиношування вагітності пов'язане з 5-кратним підвищенням ризику формування РХГ.

Ретрохоріальна гематома – крововилив, що виникає внаслідок відшарування хоріона, що оточує ембріон, від ендометрія. РХГ є одним із найчастіших ускладнень I триместру вагітності [26], її частота коливається, за даними різних авторів, від 0,46% до 39,5% серед вагітних жінок [14,22]. Патогенез РХГ не відомий. У проведених раніше дослідженнях і метааналізах показано, що у вагітних із РХГ вищий ризик

розвитку мимовільного аборт, передчасного відшарування плаценти, затримки внутрішньоутробного розвитку, а також передчасних пологів [2,22,26].

У зв'язку з досить високою частотою народження РХГ та її несприятливим впливом на результат вагітності, як і раніше, актуальним є вивчення етіопатогенезу цього ускладнення гестації, а також розроблення заходів щодо профілактики перинатальних ускладнень.

У наведеному нами дослідженні АФС підтверджено в 11,6% вагітних із РХГ. За даними літератури, АФС трапляється в 0,2–2% випадків серед усіх вагітних жінок у загальній популяції та є причиною близько 10% випадків повторних викиднів [8,15]. У вагітних із відшаруванням хоріона частота АФС досягає 31,4% при РХГ, що вперше виникла, і 65,7% за рецидивного перебігу [8]. Отже, можна говорити, що РХГ посилює перебіг АФС. Наведені нами результати не суперечать цьому, проте пропонуємо подивитися на цю проблему з де-що іншого ракурсу, на нашу думку, РХГ може бути першим клінічним предиктором АФС і націлює лікарів на розширення обстеження з метою діагностування АФС, що дає змогу раніше розпочати патогенетично обґрунтовану терапію.

Сучасні уявлення про роль генетичних форм тромбофілії в патогенезі акушерських ускладнень дають змогу говорити, що акушерська патологія є багато в чому вторинною відносно порушень у системі гемостазу, зумовлених тромбофіліями [22,24], та з кожним роком питання асоціації ускладнень вагітності з тромбофіліями порушується все частіше. У контраверсіях, тромбофілії поширені серед жінок репродуктивного віку, і більшість безсимптомних жінок із цими успадкованими тромбофіліями не мають ускладнень (пreekлампсії, відшарування пла-

центри, мертвонароджених і передчасних пологів) і несприятливого результату вагітності.

Уроджена тромбофілія виявлена в наведеному нами дослідженні у 16,5% спостережень. За даними літератури, в етіологічній структурі звичних викиднів тромбофілії становлять 27%. Частота генетично обумовленої тромбофілії в жінок із РХГ, за даними деяких авторів, становить 44,2% [8,15,22].

Відомо, що порушення в системі гемостазу можуть викликати ряд гестаційних ускладнень, але також правомочне твердження, що деякі зміни гемостазу зумовлені ускладненнями вагітності, що розвиваються [10,24]. У зв'язку з цим зрозумілий інтерес акушерів-гінекологів до гемостазіологічного гомеостазу в разі розвитку гестаційних ускладнень, особливо якщо йдеться про геморагічні або тромбофілічні ускладнення. Відшарування хоріона з формуванням РХГ є одним із ранніх і частих ускладнень гестації, яке, по суті, є геморагічним ускладненням, а за патогенезом може бути результатом уродженої чи набутої тромбофілії.

Значення інфекційного чинника в етіопатогенезі РХГ згадано в багатьох роботах [19,21,22]. Перенесений ендометрит у наведеному нами дослідженні виявлено в 40 (24,4%) вагітних.

Аномалії розвитку матки в наведеному нами дослідженні відзначено в 4 (2,4%) вагітних із

РХГ. За даними літератури, за наявності аномалії розвитку матки достовірно збільшується ризик мимовільного викидня, а також вади матки є сприятливими чинниками формування РХГ [8,10,23,25], що узгоджується з отриманими нами результатами.

Висновки

У результаті проведеного дослідження встановлено статистично значущі чинники ризику розвитку РХГ,

Побудована модель бінарної логістичної регресії показує задовільну ефективність і може бути використана для раннього виявлення вагітних групи високого ризику щодо розвитку РХГ.

Використання математичного моделювання сприяє персоналізації ведення вагітності та своєчасному проведенню профілактичних заходів.

Етіологічні чинники виникнення РХГ, за даними наведеного нами дослідження: АФС – у 11,6% випадків, уроджена тромбофілія – у 16,5% випадків, інфекційно-запальний чинник – у 53,7% випадків, аномалії розвитку матки – у 2,4% випадків, неуточнені причини – у 15,8% випадків.

Для зниження частоти виникнення РХГ необхідна рання діагностика і своєчасна профілактика вказаних станів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

- Chandramathi P, Devi VR, Vaishnavi P. (2021). Maternal and perinatal outcomes in women with first trimester vaginal bleeding. *Int J Clin Obstet Gynaecol.* 5(6): 8-10. doi: 10.33545/gynae.2021.v5.i6a.1049
- Duka YuM, Yushchenko MI. (2023). Analysis of perinatal outcomes in women with high and critical levels of the sFlt-1/PIGF ratio. *Ukrainian Journal Health of Woman.* 1(164): 21-27. <https://doi.org/10.15574/HW.2023.164.21>.
- Günay T, Yardımcı OD. (2021, Jan 8). How does subchorionic hematoma in the first trimester affect pregnancy outcomes? *Arch Med Sci.* 18(3): 639-646. doi: 10.5114/aoms/113645.
- Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. (2019). First trimester bleeding: evaluation and management. *Am Assoc Fam Physician.* 99(3): 166-174.
- Kavyashree HS, Rajeshwari K. (2019). A study on pregnancy outcome in patients with first trimester vaginal bleeding. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 8(3): 820-824.
- Koshova I, Lubkovska O. (2022). Features of retrochoir hematomas and their effect on the course of pregnancy. *EUREKA: Health Sciences.* (4): 18-25. <https://doi.org/10.21303/2504-5679.2022.002590>.
- Kumari D, Chithra DS, Gayathri DS. (2023, Sep). Analysis of First Trimester Bleeding - A Prospective Observational Study in Indian Population. *International Journal of Science and Research (IJSR).* 12(9). doi: 10.21275/SR23915090310.
- Liang W, Yan X, Shi Y, Chen B, An L et al. (2024, Feb). Association between graded subchorionic hematoma and adverse pregnancy outcomes in singleton pregnancies: a prospective observational cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 309(2): 541-549. Epub 2023 Feb 23. doi: 10.1007/s00404-023-06943-8. PMID: 36821010; PMCID: PMC10808168.
- Liu Y, Tong A, Qi X. (2020). A large subchorionic hematoma in pregnancy. *Medicine,* 99 (22), e20280. <http://doi.org/10.1097/md.00000000000020280>.
- Li Y, Wang E, Huang S, Zhu C, Zhang K, Zhang J et al. (2021). Autoantibodies in association with subchorionic haematoma in early pregnancy. *Ann Med.* 53: 841-847. doi: 10.1080/07853890.2021.1936150.
- Majumder S. (2021, Nov). Socioeconomic status scales: Revised Kuppaswamy, BG Prasad, and Udai Pareekh's scale updated for 2021. *J Family Med Prim Care.* 10(11): 3964-

3967. Epub 2021 Nov 29. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_600_21. PMID: 35136753; PMCID: PMC8797108.
12. Matar M, Yared G, Massaad C, Ghazal K. (2025, Feb). Vaginal bleeding during pregnancy: a retrospective cohort study assessing maternal and perinatal outcomes. *J Int Med Res.* 53(2): 3000605251315349. doi: 10.1177/03000605251315349. PMID: 39921410; PMCID: PMC11806467.
 13. Mintser OP. (2018). Statystychni metody doslidzhennia pry vykonanni naukovykh robot. *Praktychna medytsyna.* 8: 112-118. [Мінцер ОП. (2018). Статистичні методи дослідження при виконанні наукових робіт. *Практична медицина.* 8: 112-118].
 14. Naert MN, Khadraoui H, Muniz Rodriguez A, Naqvi M, Fox NS. (2019). Association Between First-Trimester Subchorionic Hematomas and Pregnancy Loss in Singleton Pregnancies. *Obstetrics & Gynecology.* 134(2): 276-281. <http://doi.org/10.1097/aog.0000000000003360>.
 15. Nagy S, Bush M, Stone J, Lapinski RH, Gardó S. (2003). Clinical significance of subchorionic and retroplacental hematomas detected in the first trimester of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* 102(1): 94-100. doi: 10.1016/S0029-7844(03)00403-4.
 16. Naskar A, Chowdhury R, Kumar Saha P, Das RK. (2022, Sep). Evaluation of Pregnancy Outcome in Women with First Trimester Vaginal Bleeding: A Longitudinal Study at a Tertiary Care Hospital, Kolkata, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 16(9): QC11-QC16. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2022/57184.16906>.
 17. Pan S, Lan Y, Zhou Y, Chen B, Zhou F et al. (2023, Aug 2). Associations between the size and duration of asymptomatic subchorionic hematoma and pregnancy outcomes in women with singleton pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth.* 23(1): 555. doi: 10.1186/s12884-023-05831-y. PMID: 37532977; PMCID: PMC10394775.
 18. Patel NG, Patel MS, Shah SR, Jani SK, Patel JA, Shah JU. (2014). Study of outcome of pregnancy in patients with first-trimester bleeding per vaginum. *Int J Adv Med.* 1: 230-233. doi: 10.5455/2349-3933.ijam20141111.
 19. Qin ZJ, Xu Y, Du Y, Chen YL, Sun L, Zheng A. (2022, Jun 17). Intrauterine Hematoma in the First Trimester and Pregnancy Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne).* 9: 892146. doi: 10.3389/fmed.2022.892146. PMID: 35783643; PMCID: PMC9247277.
 20. Sayyad H, Jadoon H, Gul M, Bibi M, Rehman S, Zafar S. (2023). Pregnancy Outcome in First Trimester Bleed. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences.* 17(05): 666. <https://doi.org/10.53350/pjmhs2023175666>.
 21. Umeshchandra S, Patil LD. (2022). A Study of Maternal and Foetal Outcome in Pregnant Women with History of First Trimester Vaginal Bleeding. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences.* 11(8): 728-737. <https://doi.org/10.14260/jemds.v11i8.165>.
 22. Vdovychenko Slu, Talko OV. (2024). Vplyv retrokhorialnykh hematom u I trymestri na perynatalni naslidky rozrodzhenia. *Perynatolohiia ta reproduktolohiia: vid naukovykh doslidzhen do praktyky.* 4; 3-1. [Вдовиченко СЮ, Талько ОВ. (2024). Вплив ретрохоріальних гематом у I триместрі на перинатальні наслідки розродження. *Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики.* 4; 3-1]. doi: 10.52705/2788-6190-2024-03.1-06.
 23. Wei W, Qiu XC, Tang N, Liang Z, Wu J, Huang P. (2025). Incidence of subchorionic hematoma and contributing factors in assisted reproductive technologies - a retrospective cohort study. *Front. Med.* 12: 1569789. doi: 10.3389/fmed.2025.1569789.
 24. Yin R, Wang K, Li L, Dang Y, Wang B, Sheng Y et al. (2022). Association between first-trimester subchorionic hematoma detected at 6–8 weeks of gestation and pregnancy outcomes after fresh embryo transfers: a propensity score-matching cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 306: 2167-2175. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06775-y>.
 25. Yoshihara T, Okuda Y, Yoshino O. (2024). Quantification of the size of subchorionic hematoma causing pregnancy-related complications: a retrospective cohort study. *J Med Ultrasonics.* 51: 649-654. <https://doi.org/10.1007/s10396-024-01488-y>.
 26. Yushchenko MI, Duka YuM. (2023). Assessment of genetic susceptibility to the occurrence of placenta-associated complications in pregnant women with retrochorial hematomas in the trimester I of pregnancy. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics.* 1(93): 12-18. <https://doi.org/10.15574/PP.2023.93.12>.
 27. Zhong C, Xiong G, Lin L, Li Q, Chen X, Zhang X et al. (2022). The association of maternal vaginal bleeding and progesterone supplementation in early pregnancy with offspring outcomes: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 22(1): 390. doi: 10.1186/s12884-022-04711-1. PMID: 35513779.

Відомості про авторів:

Романенко Тамара Григорівна – д.мед.н., проф. каф. акушерства і гінекології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: +38 (044)-489-35-64. <https://orcid.org/0000-0003-0157-6223>.

Стаселович Лариса Юрївна – к.мед.н., доц. каф. акушерства і гінекології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: +38 (044)-489-35-64. <https://orcid.org/0000-0003-4975-3356>.

Жалоба Галина Миколаївна – к.мед.н., доц. каф. акушерства і гінекології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: +38 (044)-489-35-64. <https://orcid.org/0009-0004-0257-6289>.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2025 р.; прийнята до друку 16.02.2026 р.