

12. *Matturri L.* Hypoplasia of medullary arcuate nucleus in unexpected late fetal death (stillborn infants): a pathologic study / L. Matturri [et al.] // *Pediatrics*. – 2002. – V. 109. № 3. – P. 43.

13. *Matturri L.* Early atherosclerotic lesions in infancy: role of parental cigarette smoking / L. Matturri, G. Ottaviani, A. M. Lavezzi // *Virchows arch*. – 2005. – V. 447. № 1. – P. 74–80.

14. *Nagele H.* Analysis of terminal arrhythmias stored in the memory of pacemakers from patients dying suddenly / H. Nagele [et al.] // *Europace*. – 2007. – V. 9. № 6. – P. 380–384.

15. *Nielsen J. C.* Pacing mode selection in patients with sick sinus syndrome // *Dan. med. bull.* – 2007. – V. 54. № 1. – P. 1–17.

Поступила 10.07.2015

И. О. БУШТЫРЕВА, Н. Б. КУЗНЕЦОВА, С. С. ЗАЯЦ, Е. И. ПЕЛОГЕИНА, М. П. ДМИТРИЕВА

РЕТРОХОРИАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА, ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии № 4 Ростовского государственного медицинского университета, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; тел. +79287709762. E-mail: lauranb@inbox.ru

Данное исследование ориентировано на выявление факторов риска развития ретрохориальной гематомы (РХГ) у беременных в I триместре.

В исследовании приняли участие 188 пациенток. В основную группу включено 115 беременных с РХГ в сроке от 6 до 12 недель (группа I). Группу контроля (II группа) составили 73 условно здоровые беременные (без РХГ).

Нами был произведен анализ возраста и факторов акушерского анамнеза, по итогам которого установлена связь между формированием РХГ и наличием в акушерском анамнезе предшествующих ранних потерь, выскабливания полости матки по поводу искусственных хирургических, самопроизвольных абортов и неразвивающейся беременности, операции кесарева сечения.

Ключевые слова: ретрохориальная гематома, ранние сроки беременности, анамнез, факторы риска.

I. O. BUSHTIREVA, N. B. KUZNETSOVA, S. S. ZAYATS, E. I. PELOGEINA, M. P. DMITRIEVA

RETROCHORIAL HEMATOMA, PREDICTORS OF DISTRESS

Department of obstetrics and gynecology № 4 Rostov state medical university, Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevan lane, 29; tel. +79287709762. E-mail: lauranb@inbox.ru

This study is aimed at identifying risk factors for retrochorial hematoma (RHG) in pregnant women in the I trimester.

The study involved 188 patients. The study group included 115 pregnant women with RHG in terms of 6 to 12 weeks (group I). The control group (II group) were 73 apparently healthy pregnant women (no RHG).

We have analyzed the factors of age and obstetric history, which resulted in the formation of a link between the presence of RHG and previous obstetric history early losses in history, scraping the uterine cavity about the artificial surgical, spontaneous abortions and developing pregnancy, cesarean section.

Key words: retrochorial hematoma, early pregnancy, medical history, risk factors.

Ретрохориальная гематома (РХГ), диагностируемая при ультразвуковом исследовании в первом триместре, встречается в 4–22% от числа всех беременностей. От 8,9% до 23,78% беременностей с РХГ заканчивается выкидышем [9]. В случае же пролонгирования беременности повышается риск развития материнских и неонатальных осложнений: преждевременных родов, задержки внутриутробного развития плода, отслойки плаценты, преэклампсии и других [1, 7, 8, 10].

Несмотря на широкое обсуждение клинического значения ретрохориальной гематомы, факторы риска ее развития описываются в еди-

ничных работах, и в этом вопросе единодушного мнения у исследователей нет. В качестве факторов риска обсуждаются воспалительные заболевания органов малого таза, дисменорея, эктопия шейки матки [2, 6], внутриматочные вмешательства [3], предшествующие потери беременности [5].

Имеются упоминания о таких факторах риска, как анатомические аномалии матки и приобретенные дефекты (миомы, спайки, полипы), которые также могут осложнять течение беременности и приводить к формированию РХГ [4].

Цель исследования – выявить факторы риска развития РХГ у беременных в I триместре.

Материалы и методы

Исследование проводилось в государственном бюджетном учреждении Ростовской области «Перинатальный центр» за период с 1 января 2013 г. по 1 января 2015 года. Всего в исследовании приняли участие 188 пациенток. В основную группу включено 115 беременных с ретрохориальной гематомой, выявленной в сроке от 6 до 12 недель (группа I). Группу контроля (II группа) составили 73 условно здоровые беременные (без ретрохориальной гематомы). Средний возраст беременных основной группы составил $29,7 \pm 4,3$ года, контрольной – $29,4 \pm 5,4$ года.

В анализ включены возраст и факторы акушерского анамнеза: количество беременностей, паритет, предшествующие ранние потери беременности, выскабливание полости матки по поводу неразвивающейся беременности, искусственных хирургических и самопроизвольных аборт, кесарево сечение в анамнезе, другие операции на органах малого таза.

Критериями исключения из исследования были женщины, беременность которых наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий, беременные с многоплодием.

Ультразвуковое исследование выполнено на аппарате «Philips HD 11», при этом оценивали: копчико-теменной размер, частоту сердцебиений, желточный мешок, его средневнутренний диаметр, локализацию хориона, его расположение, структуру, особенности строения стенок и придатков матки; прицельно оценивали размер, объем ретрохориальной гематомы, ее локализацию, стадию развития. Частота сердцебиений оценивалась как брадикардия при ЧСС менее 110 ударов в минуту, тахикардия – более 180 ударов в минуту [3]. При определении локализации

хориона выделяли следующие варианты: дно матки, задняя, передняя стенки матки, отношение к области внутреннего зева. По локализации ретрохориальную гематому классифицировали как корпоральную (расположенную вдоль стенки матки, дна) и супрацервикальную (над внутренним зевом). Размер гематомы определяли с помощью измерения поперечного, переднезаднего, продольного размеров и выражали в мм. Объем гематомы выражали в см^3 , он варьировал от 0,036 до $12,4 \text{ см}^3$. По стадиям развития выделяли организованную, с признаками организации и неорганизованную РХГ.

Обработка данных

Для сравнения бинарных данных использовался точный критерий Фишера. Применялись общепринятые уровни значимости: $p < 0,05$; $p < 0,01$ и $p < 0,001$.

Для определения параметров многофакторной модели строились парные регрессии. Качество статистически значимых моделей определялось на основе анализа ROC кривой.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст беременных основной группы составил $29,7 \pm 4,3$ года, контрольной – $29,4 \pm 5,4$ года. Таким образом, группы были сопоставимы по возрасту пациенток.

Среди обследованных пациенток I и II групп у 33 (18%) было выявлено бесплодие (первичное или вторичное), достоверной разницы между группами выявлено не было.

Повторнобеременных пациенток среди общего количества обследованных женщин было 109 (58%), первобеременных – 79 (42%). Группы различались по количеству перво- и повторнобеременных. В I группе (беременные с ретрохориаль-

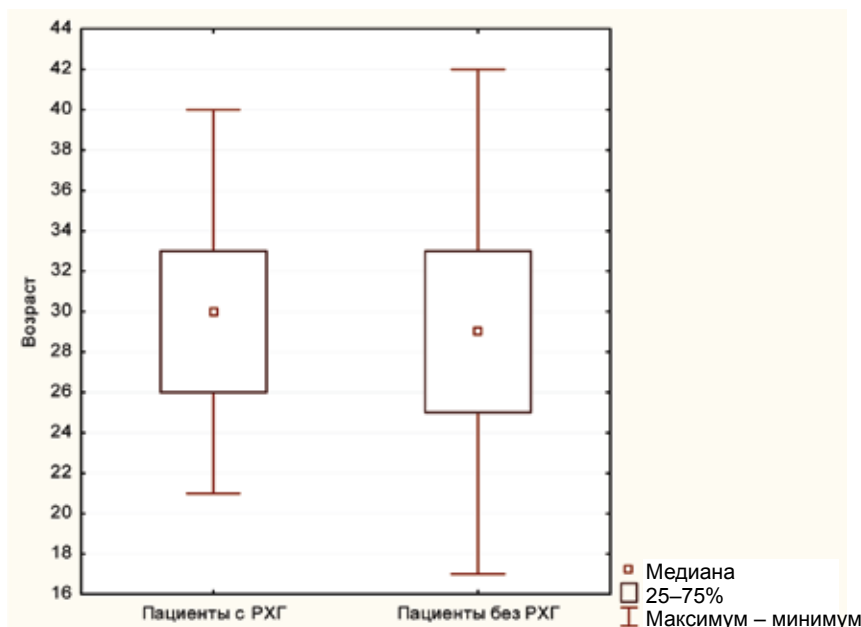


Рис. 1. Возраст пациенток, включенных в исследование

Исходы предыдущих беременностей у пациенток клинических групп

Исходы предыдущих беременностей	Клинические группы				Всего, n = 188		Сравнение групп, p
	I группа (с РХГ), n = 115		II группа (контроль), n=73				
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	I и II
Артифициальный (медицинский) аборт	20	17	12	16	32	17	>0,05
Самопроизвольный аборт	24	21	3	4	27	14	0,0014
Самопроизвольный аборт (2 и более раз)	7	6	0	0	7	4	0,0383
Неразвивающаяся беременность	26	23	1	1	27	14	<0,01
Неразвивающаяся беременность (2 и более раз)	10	9	0	0	10	5	0,0101
Внематочная беременность	3	3	2	3	5	3	>0,05
Ранние репродуктивные потери	42	37	4	5	46	24	<0,01
Аntenатальная гибель плода	3	3	0	0	3	2	>0,05
Срочные роды	50	49	31	41	86	46	>0,05
Преждевременные роды	12	10	3	4	15	8	>0,05
Перинатальные потери	18	16	1	1	19	10	0,0011

Примечание: сравнение групп по частоте встречаемости фактора осуществлялось с помощью точного теста Фишера.

ной гематомой) количество повторнобеременных составило 87 (76%), что было достоверно больше по сравнению со II группой 22 (44%).

Основная и контрольная группы были сопоставимы по количеству первородящих и повторнородящих пациенток. Преобладание повторнобеременных в I группе при равном паритете предполагало, что в группе пациенток с ретрохориальной гематомой число женщин с нереализованными беременностями было значимо больше.

Нами был проведен анализ нереализованных беременностей у повторнобеременных пациенток с целью определения доли ранних репродуктивных и перинатальных потерь. К ранним репродуктивным потерям мы относили несостоявшийся выкидыш (O02), самопроизвольный выкидыш (O03), медицинский аборт (O04), внематочную беременность (O00–O09). Перинатальные потери включали в себя мертворождаемость и смерть детей в первые 7 суток.

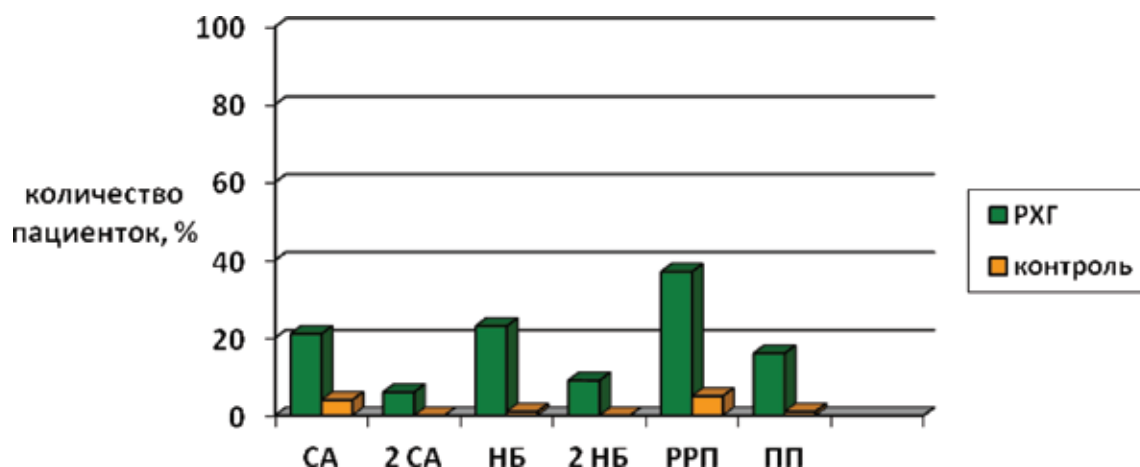


Рис. 2. Исходы предыдущих беременностей у пациенток с РХГ и в контрольной группе: СА – самопроизвольный аборт; 2 СА – 2 и более самопроизвольных аборта; НБ – неразвивающаяся беременность; 2 НБ – неразвивающиеся беременности 2 и более; РРП – ранние репродуктивные потери; ПП – перинатальные потери

Перенесенные оперативные вмешательства у пациенток с РХГ и в контрольной группе

Оперативные вмешательства	Клинические группы				Всего, n = 188		Сравнение групп, p
	I группа (с РХГ), n = 115		II группа (контроль), n=73				
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	I и II
Операции на органах малого таза (кесарево сечение +др.)	44	38	16	22	60	32	0,0228
Кесарево сечение	23	20	7	10	30	16	>0,05
Выскабливание полости матки (аборт, с/а, НБ, диагностика, кесарево сечение)	77	67	28	38	105	56	0,0001
Неоднократное выскабливание полости матки	13	11	2	3	15	8	0,0489

Примечание: сравнение групп по частоте встречаемости фактора осуществлялось с помощью точного теста Фишера.

Данные об искусственном аборте хирургическим способом в анамнезе были сопоставимы в обеих группах (у 20 (17%) пациенток в группе с РХГ и у 12 (16%) пациенток в группе контроля).

Нами была выявлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) между количеством неблагоприятных исходов беременностей в анамнезе у пациенток с РХГ и в контрольной группе. Самопроизвольный аборт в анамнезе, два и более самопроизвольных аборта, неразвивающаяся беременность, две и более неразвивающиеся беременности достоверно чаще отмечены у пациенток I группы (табл. 1). Преждевременные роды в анамнезе встречались с одинаковой частотой у пациенток обеих групп (табл. 1). Все факторы риска, являющиеся достоверными по результатам исследования, наглядно представлены на рисунке 2.

При изучении анамнеза нами были детально рассмотрены данные о перенесенных гинекологических заболеваниях.

При сравнении пациенток в обеих группах наиболее часто встречались: миома матки, эрозия шейки матки, хронические воспалительные заболевания придатков (хронический аднексит). Статистически значимой разницы по частоте встречаемости гинекологических заболеваний отмечено не было.

Отдельного внимания заслуживает анализ перенесенных оперативных вмешательств на органах малого таза в анамнезе (табл. 2).

Операции на органах малого таза в анамнезе, включая операции кесарева сечения, достоверно ($p = 0,0228$) чаще отмечены у пациенток I клинической группы по сравнению с пациентками в контрольной группе (табл. 2, рис. 3). Однако рассмотренная в отдельности частота встречаемости операции кесарева сечения у пациенток обеих групп достоверно не отличалась. Мы обратили внимание на высокую частоту встречаемости выскабливаний полости матки в обеих исследуемых группах – у 105 пациенток (56%). Выскабливания

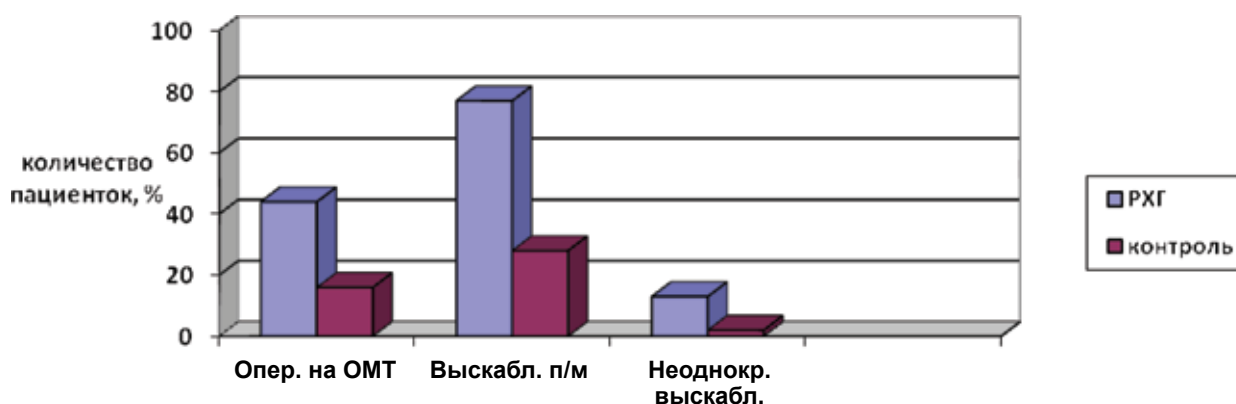


Рис. 3. Перенесенные оперативные вмешательства у пациенток с РХГ и в контрольной группе

Анамнестические факторы риска развития ретрохориальной гематомы

Фактор	Чувств-ть	Специф-ть	Отношение шансов (ОШ)	Доверительный интервал (CI 95%)	P
Предшествующие ранние репродуктивные потери (ПРРП)	38%	95%	7,24	(2,61–20,08)	0,0001
Кесарево сечение (КС)	21%	90%	2,50	(1,01–6,11)	0,047
Другие операции на ОМТ	25%	86%	2,12	(0,97–4,68)	0,061
Выскабливание полости матки (аборты, НБ, СА)	57%	75%	3,9	(2,04–7,46)	0,00004
Внутриматочные вмешательства (включая КС)	67%	62%	3,26	(1,77–6,00)	0,0002
Внутриматочные вмешательства (без КС)	46%	72%	2,16	(1,16–4,03)	0,016

Примечание: величина ОШ указывает на то, во сколько раз вероятность развития ретрохориальной гематомы выше у беременной, имеющей данный фактор риска в анамнезе.

полости матки, произведенные по поводу патологии эндометрия, самопроизвольного аборта, неразвивающейся беременности, искусственного аборта, а также неоднократные выскабливания полости матки достоверно ($p=0.0489$) чаще отмечены у пациенток I группы с ретрохориальной гематомой по сравнению с пациентками в контрольной группе (рис. 3).

С целью определения факторов риска развития ретрохориальной гематомы нами проведен многофакторный анализ с использованием логистической регрессии. В анализ были включены следующие факторы акушерского анамнеза: количество беременностей, паритет, предшествующие ранние потери беременности, выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся беременности, искусственных хирургических и самопроизвольных абортов, кесарево сечение в анамнезе (табл. 3).

Результаты логистической регрессии показали, что наличие даже одного из перечисленных анамнестических факторов: предшествующие ранние репродуктивные потери, кесарево сечение, выскабливание полости матки, внутриматочные вмешательства, – влекло за собой повышенный риск образования РХГ/отслойки хориона во время настоящей гестации. Перечисленные факторы повышали вероятность развития ретрохориальной гематомы во время существующей на момент исследования беременности в 2 и более раз (от 2,12 до 7,24 раза) (табл. 3). Кроме того, высокая специфичность (95%, 90% и 86%) по таким факторам, как предшествующие ранние репродуктивные потери, кесарево сечение и другие операции на ОМТ, свидетельствует о том, что при отсутствии данных факторов риска в анамнезе женщины вероятность развития у нее РХГ при настоящей беременности становилась минимальной.

Таким образом, факторами риска развития ретрохориальных гематом в I триместре являются следующие особенности акушерского анамнеза: предшествующие ранние потери в анамнезе, выскабливание полости матки по поводу искусственных хирургических, самопроизвольных абортов и неразвивающейся беременности, операция кесарева сечения. Выявленные факторы достоверно увеличивают риск развития ретрохориальной гематомы в 2 и более раз при возникновении беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатко И. В., Мартыросян Н. Т. Прогноз перинатальных исходов у женщин с угрозой прерывания беременности и частичной отслойкой хориона в первом триместре: Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2007. – С. 88–89.
2. Кирющенко П. А., Белоусов Д. М., Александрова О. С., Алексеева М. С. Клинико-лабораторная и ультразвуковая оценка, тактика ведения беременности при различных формах патологии хориона в I триместре // Журнал «Акушерство и гинекология». – 2010. – № 1. – С. 19–23.
3. Николаева А. Е., Кутуева Ф. Р., Кайка И. А., Папаян Л. П., Капустин С. И., Наместников Ю. А., Силина Н. Н. Клиническое значение ретрохориальной гематомы у беременных, имеющих факторы риска по возникновению репродуктивных потерь. Опыт ведения в условиях женской консультации // Журнал «Акушерство и гинекология». – 2011. – № 5. – С. 94–98.
4. Bailey A. P., Jaslow C. R., Kutteh W. H. Minimally invasive surgical options for congenital and acquired uterine factors associated with recurrent pregnancy loss // Womens health (lond engl). – 2015. – Mar. № 11 (2). – P. 161–167.
5. Field K., Murphy D. J. Perinatal outcomes in a subsequent pregnancy among women who have experienced recurrent miscarriage: a retrospective cohort study // Human reproduction. – 2015. – Mar. № 10.

6. Gracia C. R., Sammel D., Chittams J., Hummel A. C., Shaunik A., Barnhart K. T. Risk factors for spontaneous abortion in early symptomatic first-trimester pregnancies // *Obstet. gynecol.* – 2005. – Nov. № 106 (5. Pt 1). – P. 993–999.

7. Kyser Kathy L. Meta-analysis of subchorionic hemorrhage and adverse pregnancy outcomes // *POG Proceedings in obstetrics and gynecology.* – 2012. – № 2 (4). – P. 4.

8. Saraswat L., Bhattacharya S., Maheshwari A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. – 2010. –

Feb. № 117 (3). – P. 245–257. doi: 10. 1111/j. 1471-0528. 2009. 02427. x. Epub 2009. Nov. № 26.

9. Soldo V., Cutura N., Zamurovic M. Threatened miscarriage in the first trimester and retrochorial hematomas: sonographic evaluation and significance // *Clinical and experimental obstetrics and gynecology.* – 2013. – Vol. 40. № 4. – P. 548–550.

10. Strasburger J. F., Wakai R. T. Fetal cardiac arrhythmia detection and in utero therapy // *Nature reviews cardiology.* – 2010. – May. № 7 (5). – № 277–290. doi: 10. 1038/nrcardio. 2010. № 32.

Поступила 16.07.2015

**Э. Г. ВЕДЕШИНА¹, Д. А. ДОМЕНЮК², С. В. ДМИТРИЕНКО¹,
Д. С. ДМИТРИЕНКО³, Л. В. НАЛБАНДЯН¹, Н. Ф. ГАГЛОЕВУ¹**

ОДОНТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЛЮДЕЙ С МЕЗОГНАТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЗУБНЫХ ДУГ

¹*Кафедра стоматологии Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Россия, 357532, Ставропольский край, г. Пятигорск-32, пр. Калинина 11;
тел. 8 (8793) 32-44-74. E-mail: s.v.dmitrienko@pmedpharm.ru;*

²*кафедра стоматологии общей практики и детской стоматологии
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310; тел. 8-918-870-1205. E-mail: domenyukda@mail.ru;*

³*кафедра стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Россия, 140131, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, 1; тел. 8 (937) 555-0-777. E-mail: vsp79@mail.ru*

У людей с мезогнатическими формами зубных дуг встречаются нормодонтные, макродонтные и микродонтные зубные системы. Одонтометрические показатели, как правило, определяются не столько половыми или расовыми особенностями, сколько типом зубной системы. Независимо от абсолютных показателей относительные показатели и индексные величины являются относительно стабильными, в меньшей степени определяются размерами зубов и характеризуют соответствие размеров зубов параметрам зубных дуг. Установлено, что одной из перспективных задач медицинской антропологии является установление внутренних связей между любыми составляющими структурно-функционального состояния организма.

Ключевые слова: мезогнатическая форма зубных дуг, нормодонтизм, макродонтизм, микродонтизм, индекс зубной дуги, одонтометрия.

**E. G. VEDESHINA¹, D. A. DOMENYUK², S. V. DMITRIENKO¹, D. S. DMITRIENKO³,
L. V. NALBANDYAN¹, N. F. GAGLOYEVA¹**

ODONTOMETRIC PARAMETERS IN CASES WITH MESOGNATHIC DENTAL ARCHES

¹*Department of dentistry Pyatigorsk medical-pharmaceutical institute
(branch of Volgograd state medical university, Ministry of health care, Russian Federation),
Russia, 357532, Stavropol region, Pyatigorsk-32, 11, pr. Kalinina;
tel. +7 (8793) 32-44-74. E-mail: s.v.dmitrienko@pmedpharm.ru;*

²*department of general practice dentistry and child dentistry, Stavropol state medical university
of Ministry of health care Russian Federation,*

Russia, 355017, Stavropol, 310, Mira street; tel. 8-918-870-1205. E-mail: domenyukda@mail.ru;
³*department of dentistry of child age state budgetary educational institution for higher professional
education Volgograd state medical university, Ministry of health care of Russian Federation,
Russia, 140131, Volgograd, 1, pl. Pavshikh Bortsov; tel. 8 (937) 555-0-777. E-mail: vsp79@mail.ru*