

УДК 618.36-06:618.344-007.281-073.4

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

## Ультразвукові предиктори ускладнень гестації у вагітних із відшаруванням хоріону

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

Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. 1(182): 37-43; doi: 10.15574/HW.2026.1(182).3743

**For citation:** Romanenko TG, Staselovych LY, Zhaloba HM. (2026). Ultrasound predictors of gestational complications in pregnant women with chorionic detachment. Ukrainian Journal Health of Woman. 1(182): 37-43. doi: 10.15574/HW.2026.1(182).3743

Високий ризик розвитку ускладнень вагітності та її несприятливих наслідків за наявності ретрохоріальної гематоми (РХГ) зумовлює пошук ефективних ранніх ультразвукових предикторів, що є актуальним завданням сучасного акушерства.

**Мета** – визначити ехографічні особливості ембріона, хоріона, екстраембріональних структур та РХГ, які є предикторами ранніх ускладнень вагітності в пацієнок із відшаруванням хоріона.

**Матеріали та методи.** Проведено клінічне спостереження 164-х вагітних із РХГ – основна група (ОГ) та 48 вагітних, у яких не було РХГ у I триместрі вагітності – контрольна група (КГ). Усім вагітним (n=212), у I триместрі проведено аналіз ультразвукових характеристик хоріона, ретрохоріальних гематом, ембріона, екстраембріональних структур.

**Результати.** Логістична регресія та ROC-аналіз показали наявність значущого зв'язку між відставанням куприково-тім'яного розміру (КТР) від терміну вагітності більше ніж на 7 днів і вагітністю, що не розвивалася до 12 тижнів; між раннім терміном формування РХГ (до 8 тижнів) і вагітністю, що не розвивалася до 12 тижнів, об'ємом гематоми більше 1,5 см<sup>3</sup> і вагітністю, що не розвивалася. Ризик завмирання вагітності в пацієнок із РХГ був вищим у 2,6 раза при розвитку РХГ до 8 тижнів, у 2,5 раза – при виявленні відставання КТР від терміну вагітності більше ніж на 7 днів, у 2,9 раза – при виявленні гематоми об'ємом понад 1,5 см<sup>3</sup>.

**Висновки.** Ретрохоріальна гематома підвищувала ризик вагітності, що не розвивається в 2,6 раза. При цьому ембріональними і екстраембріональними предикторами ранніх втрат у вагітних із ретрохоріальними гематомами визначено: відставання куприково-тім'яного розміру більше ніж на 7 днів від терміну гестації та об'єм ретрохоріальної гематоми більше 1,5 см<sup>3</sup>.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної у роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** ультразвукове дослідження, I триместр вагітності, локалізація хоріона, відшарування хоріону, ретрохоріальна гематома, ембріон, екстраембріональні структури, предиктори ускладнень вагітності, вагітність, що не розвивається.

### Ultrasound predictors of gestational complications in pregnant women with chorionic detachment

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

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

The high risk of pregnancy complications and adverse outcomes in the presence of retrochorial hematoma (RCH) necessitates the search for effective early ultrasound predictors, which remains a relevant task in modern obstetrics.

**Aim** – to determine the ultrasound features of the embryo, chorion, extraembryonic structures, and RCH in patients with chorionic detachment which are predictors of early pregnancy complications.

**Materials and methods.** A clinical observation of 164 pregnant women (main group, MG) with RCH and 48 pregnant women (control without RCH) in the first trimester (control group – CG) was conducted. In all pregnant women (n=212), an analysis of ultrasound characteristics of the chorion, retrochorial hematomas, embryo, and extraembryonic structures was performed during the first trimester.

**Results.** Logistic regression and ROC analysis showed a significant relationship between the lag of coccygeal-parietal size (CPS) from the gestational age by more than 7 days and non-developing pregnancy up to 12 weeks; between the early term of RCH formation (up to 8 weeks) and non-developing pregnancy up to 12 weeks, hematoma volume more than 1.5 cm<sup>3</sup> and non-developing pregnancy. And the chance of non-developing pregnancy in patients with RCH is 2.66 times higher with the development of RCH up to 8 weeks, 2.5 times higher with the detection of a lag of CPS from the gestational age by more than 7 days; 2.92 times higher with the detection of a hematoma with a volume of more than 1.5 cm<sup>3</sup>.

**Conclusions.** Retrochorial hematoma increases the risk of non-developing pregnancy by 2.6 times, while embryonic and extraembryonic predictors of early losses in pregnant women with retrochorial hematomas are: coccygeal-parietal size lag of more than 7 days from the gestational age, retrochorial hematoma volume of more than 1.5 cm<sup>3</sup>.

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. Informed consent of women was obtained for the study.

The authors declare no conflict of interest.

**Keywords:** ultrasound examination, first trimester of pregnancy, localization of the chorion, chorionic detachment, retrochorial hematoma, embryo, extraembryonic structures, predictors of pregnancy complications, non-developing pregnancy.

## Вступ

Багато дослідників дійшли висновку, що на результат вагітності суттєво впливає не тільки розмір ретрохоріальної гематоми (РХГ) – зокрема об'ємом понад 32 мл, 45 мл та 60 мл, – а й співвідношення розміру гематоми та середнього внутрішнього діаметра плодового яйця [5,8,16]. Водночас низка вчених стверджує, що достовірний взаємозв'язок між об'ємом РХГ і результатом вагітності відсутній [2,15,19,21].

РХГ часто регресує, особливо за умови її малих або середніх розмірів. Великі гематоми, що займають 30–40% плаценти, можуть призводити до стиснення плодового яйця, передчасного розриву плодових оболонок та наступного мимовільного аборту [19]. В одній із ранніх робіт, в якій йшлося про зв'язок розмірів РХГ із наслідками вагітності, було показано, що при об'ємі гематоми понад 45 мл у 90% випадків вагітність закінчувалася викиднем або передчасними пологамі; при РХГ об'ємом 30 мл і менше несприятливі наслідки спостерігалися у 55% випадків [17,19]. Пацієнтки, у яких при подальших ультразвукових дослідженнях (УЗД) відзначалося зростання гематоми або відсутність змін, мали несприятливі результати вагітності. Натомість серед жінок, у яких було відзначено зменшення РХГ, негативні наслідки спостерігалися лише у 33% випадків [4,9,17].

За даними літератури, при об'ємі гематоми понад 50 мл вагітність переважно закінчувалася викиднем або передчасними пологамі, тоді як при об'ємі 30 мл і менше – була доношена до терміну [4,9]. У деяких роботах було показано, що гематоми об'ємом понад 50 мл супроводжувалися низкою ускладнень, у той час як усі гематоми менше за 35 мл зникали до 20-го тижня гестації. РХГ супроводжувалася загрозою переривання вагітності у I триместрі в усіх обстежених жінок. У II триместрі спостерігалися: загрозливий викидень (53,3%), ознаки плацентарної недостатності (13,3%), відшарування плаценти (10%), гестаційна анемія (6,7%). III триместр ускладнювався загрозою передчасних пологів (23,3%), ознаками плацентарної недостатності (53,3%), гестаційною анемією (13,3%) та помірною преєклампсією (10%). Вагітність, що не розвивалася, спостерігалася в 4,5% випадків, передчасні пологи – у 33,8%, термінові пологи – у 66,2%. Ознаки затримки росту плода виявляли у 11,6% новонароджених; також було показано, що 32% пацієн-

ток із синдромом втрати плода мали загрозу викидня на тлі РХГ [5,7,12].

У I триместрі за допомогою ехографії оцінюють: середньо-внутрішній діаметр та локалізацію плодового яйця, куприково-тім'яний розмір (КТР) плода, серцебиття та його частоту, стан внутрішнього вічка матки, жовте тіло та швидкість кровоплину в ньому. При цьому найбільшої уваги заслуговують жовтковий мішок, хоріальна та амніотична порожнини, що, на думку більшості дослідників, є єдиними критеріями ранньої діагностики невиношування вагітності [14,20].

Функціональна неспроможність жовтого тіла може бути несприятливою ознакою для перебігу вагітності з 9-го тижня гестації. Крім того, вимірюють товщину комірцевого простору – один із важливих хромосомних маркерів уроджених аномалій, наявність і розміри носової кістки, рухову активність плода, локалізацію та структуру хоріона [14,18,20].

При виявленні РХГ у протоколі УЗД обов'язково відображають наступні моменти, які виключно важливі для прогнозу та тактики ведення вагітності, а також оцінки динаміки виявленої патології: локалізація щодо плідного яйця та стінок порожнини матки, об'єм, структура (наявність чи відсутність згустків крові), поширеність та ступінь відшарування хоріона, стан міометрію. Динаміку варто оцінювати за всіма п'ятьма параметрами з інтервалом у 2–3 дні [10]. Важливим є стан ембріона: частота серцевих скорочень менше ніж 85 уд/хв або понад 160 уд/хв свідчить про несприятливий прогноз [1,10].

Субхоріальні гематоми зазвичай виявляють на сьомому тижні вагітності. Прогноз для подальшого розвитку вагітності залежить від термінів утворення гематом (раніше 9-ти тижнів – ймовірність втрати вагітності в 12 разів вища, ніж у пізніші терміни). Несприятливими факторами також є об'єм гематоми понад 50 мл та вік вагітної понад 35 років [1,10].

Отже, значний науковий доробок вказує на те, що наявність РХГ у ранні терміни суттєво підвищує ризик материнських та неонатальних ускладнень у разі пролонгування вагітності. Це зумовлює актуальність пошуку ефективних ранніх ультразвукових предикторів для вчасного прогнозування наслідків гестації.

**Мета** дослідження – визначити ехографічні особливості ембріона, хоріона, екстраембріональних структур та ретрохоріальної гематоми, які

є предикторами ранніх і пізніх ускладнень вагітності у пацієнток із відшаруванням хоріона.

### 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) за період з 2022 по 2024 рік було проведено клінічне спостереження 164 вагітних із РХГ, які перебували на обстеженні та лікуванні (основна група – (ОГ)), та 48 вагітних без РХГ у I триместрі (контрольна група (КГ)).

Усім вагітним (n=212), залученим до дослідження, у I триместрі було виконано УЗД. Проведено аналіз ультразвукових характеристик хоріона, РХГ, ембріона та екстраембріональних структур. За локалізацією РХГ класифікували як корпоральні (розташовані вздовж стінки матки або у дні) та супрацервікальні (над внутрішнім вічком). Об'єм гематоми розраховувався за формулою обчислення об'єму (см<sup>3</sup>). Оцінка хоріона включала аналіз його структури (фрагментований або без особливостей) та локалізації (передня, задня стінка, дно матки чи ділянка внутрішнього вічка).

Для аналізу отриманих даних розраховували середнє арифметичне значення та стандартну помилку середнього (M±m). Використовували метод логістичної регресії та ROC-аналіз. Оцінка достовірності різниць між досліджуваними групами обчислювалася за допомогою критеріїв Ст'юдента та Фішера. Статистичну обробку результатів проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 7.0» і «Statistica 6.0» [11]. Статистично значущими прийнято розбіжності при p<0,05.

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

### Результати дослідження та їх обговорення

КТР, що є основним орієнтиром для оцінки гестаційного віку на ранніх термінах вагітності, у вагітних ОГ варіював від 30 мм до 53 мм, тоді як у вагітних КГ КТР становив від 30 до 48 мм. Відставання КТР від терміну вагітності понад 7 днів спостерігалось у 24 (14,6%) вагітних ОГ, тоді як у КГ ця ознака траплялася лише в 1 (2,1%) жінки (p=0,001) (табл. 1).

У вагітних КГ найчастішою локалізацією хоріона в I триместрі була передня стінка матки – 35 (72,9%). В ОГ локалізація по передній стінці матки спостерігалася лише у 51 (31,1%) випадку (p<0,001). Натомість локалізація по задній стінці – 50 (30,5%) випадків (p<0,05), та над внутрішнім вічком – 52 (31,7%) випадки (p<0,001). Тоді як передлежання та локалізація хоріона по задній стінці матки достовірно частіше виявлялися у вагітних із РХГ порівняно з КР (p=0,014 та p=0,0001 відповідно).

За даними ISUOG (International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology), передлежання хоріона не є обов'язковим в ультразвуковому протоколі I триместру, оскільки у II триместрі внаслідок «міграції плаценти» це явище часто нівелюється [3]. Однак, з огляду на науково-дослідний характер нашої роботи, нами були докладно описані та вивчені всі можливі УЗ характеристики хоріона на ранніх термінах вагітності.

При ехографічному описі РХГ оцінювали локалізацію, структуру, розміри та об'єм гематоми. У нашому дослідженні в ОГ корпоральна локалізація гематоми траплялася частіше – у 97 (59,1%) осіб, супрацервікальна – у 67 (40,9%) вагітних. При цьому відставання КТР від терміну гестації понад 7 днів зафіксовано у 24 (14,6%) вагітних. Об'єм гематоми, який більшість авторів вважає основним прогностичним критерієм, у нашому дослідженні коливався від 0,012 до 5,86 см<sup>3</sup>. Медіана (Me) становила 1,5 см<sup>3</sup>, інтерквартильний діапазон (25 та 75 процентиля) 0,21–1,76 см<sup>3</sup>.

Стадію формування РХГ визначали за ехографічними ознаками її організації: у 54 (32,9%) вагітних виявлено неорганізовані гематоми, у 51 (31,1%) – з ознаками організації, а в 59 (36,0%) випадках – організовані гематоми. При дослідженні жовткового мішка оцінювали його розміри. Середньо-внутрішній діаметр жовткового мішка в жінок групи з РХГ був достовірно нижчим порівняно з КГ (p<0,001). Не було виявлено достовірних відмінностей щодо наявності утворень яєчників у вагітних обох груп, тоді як лейоміома матки достовірно частіше траплялася в ОГ – 26 (15,9%) випадків проти 4 (8,3%) у КГ (p<0,05).

Отже, застосування УЗД дозволило комплексно охарактеризувати структуру хоріона, параметри РХГ, стан ембріона та екстраембріональних структур, а також наявність утворень у матці та яєчниках.

Таблиця 1

## Ультразвукова характеристика ембріона, екстраембріональних структур у обстежених вагітних

Ультразвукова ознака	ОГ (n=164)	КГ (n=48)
Термін УЗД, тижні (M±m)	7,8±1,2	7,2±0,6
КТР: min-max, мм M±m	30–53 14,5±6,8	30–48 12,2±4,9
Відставання КТР від терміну >7 днів, абс. (%)	24 (14,6)**	1 (2,1)
Жовтковий мішок: – середній внутрішній діаметр, мм (M±m) – візуалізується, абс. (%) – не візуалізується, абс. (%)	4,06±1,12** 143 (87,2) 21 (12,8)	4,6 ±0,6 48 (100,0) –
ЧСС ембріона/плода, абс. (%): – брадикардія – тахікардія – норма	3 (1,8) 1 (0,6) 160 (97,6)	0 1 (2,1) 47 (97,9)
Локалізація хоріона, абс. (%): – передня стінка матки – задня стінка матки – перекриває внутрішнє вічко – дно матки	51 (31,1)** 50 (30,5)* 52 (31,7)** 11 (6,7)	35 (72,9) 9 (18,7) 2 (4,2) 2 (4,2)
Об'єм РХГ: – медіана (Me), см <sup>3</sup> – min-max, см <sup>3</sup> – інтерквартильний діапазон (25–75 процентиля, см <sup>3</sup> )	1,5 0,012–5,86 0,21–1,76	– – –
Локалізація РХГ, абс. (%): – корпоральна – супрацервікальна	97 (59,1) 67 (40,9)	– –
Структура РХГ, абс. (%): – неорганізована – з ознаками організації – організована	54 (32,9) 51 (31,1) 59 (36,0)	– – –
Лейоміома матки, абс. (%)	26 (15,9)*	4 (8,3)
Новоутворення яєчників, абс. (%)	14 (8,5)	3 (6,3)

Примітка: різниця достовірна порівняно з КГ: \* – p<0,05, \*\* – p<0,001.

Результати нашого дослідження показали, що в пацієток із РХГ у високому відсотку випадків вагітність завершується замиранням в І триместрі. Це спонукало нас до пошуку прогностичних маркерів несприятливого результату.

Було проведено багатофакторний аналіз, до якого включили параметри першого ультразвукового сканування (табл. 1), під час якого виявили РХГ (табл. 2).

Враховуючи те, що об'єм гематоми в нашому дослідженні коливався в широких межах – від 0,012 см<sup>3</sup> до 5,86 см<sup>3</sup>, ми згрупували всіх вагітних ОГ за об'ємом гематоми наступним чином: РХГ менше 1,5 см<sup>3</sup>, РХГ понад 1,5 см<sup>3</sup>. Більшість вагітних мали РХГ об'ємом менше 1,5 см<sup>3</sup> – 139 (84,7%), тоді як об'єм гематоми понад 1,5 см<sup>3</sup> зафіксували у 25 (15,3%) випадках.

Логістична регресія та ROC-аналіз показали наявність значущого зв'язку між відставанням КТР

від терміну гестації більше 7 днів і вагітністю, що не розвивається до 12 тижнів; між раннім терміном формування РХГ (до 8 тижнів) і вагітністю, що не розвивається до 12 тижнів; об'ємом гематоми більше 1,5 см<sup>3</sup> і вагітністю, що не розвивається. Таким чином, ризик втрати вагітності у пацієток із РХГ був вищим у 2,66 раза при розвитку РХГ до 8 тижнів, у 2,5 раза – при виявленні відставання КТР від терміну вагітності понад 7 днів, у 2,92 раза – при об'ємі гематоми понад 1,5 см<sup>3</sup>.

Результати нашого дослідження показали, що наявність РХГ зумовлювала несприятливий перебіг вагітності в І триместрі. У вагітних із РХГ спостерігалися значно вища частота патології плацентації (передлежання хоріона), загрози викидня, що потребувала госпіталізації та рецидивуючої загрози викидня. Найважливішим показником стала вища частота репродуктивних втрат у терміні 6–11,6 тижня. При цьому цінним ін-

Таблиця 2

**Ймовірність виникнення вагітності, що не розвивається, у пацієнок із ретрохоріальними гематомами**

Ультразвукова ознака	ОГ (n=164) абс. (%)	Відношення шансів (ВШ)	Довірчий інтервал 95% (ДІ)
Раннє виявлення РХГ (до 8 тижнів) Пізнє виявлення РХГ (8–12 тижнів)	93 (56,7) 71 (43,3)	2,66 0,37	1,47–4,83 0,21–0,68
Відставання КТР >7 днів КТР відповідає терміну гестації	24 (14,6) 140 (83,4)	2,50 0,40	1,15–5,41 0,18–0,86
ЧСС ембріона/плода: – брадикардія – тахікардія – норма	3 (1,8) 1 (0,6) 160 (97,6)	2,40 2,97 0,38	0,45–12,65 0,26–33,21 0,09–1,53
Структура хоріона: – не змінена – змінена	57 (34,8) 107 (65,2)	1,68 0,59	0,99–2,83 0,35–1,00
Локалізація хоріона: – передня стінка матки – задня стінка матки – перекриває внутрішнє вічко – дно матки	51 (31,1) 50 (30,5) 52 (31,7) 11 (6,7)	0,77 0,97 1,26 1,12	0,43–1,38 0,55–1,69 0,74–2,16 0,37–3,39
Об'єм РХГ (медіана 1,5 см <sup>3</sup> ): – до 1,5 см <sup>3</sup> – >1,5 см <sup>3</sup>	139 (84,7) 25 (15,3)	0,34 2,92	0,18–0,62 1,60–5,31
Локалізація РХГ: – корпоральна – супрацервікальна	97 (59,1) 67 (40,9)	0,71 1,39	0,42–1,21 0,82–2,37
Структура РХГ: – неорганізована – з ознаками організації – організована	54 (32,9) 51 (31,1) 59 (36,0)	0,97 1,24 0,92	0,56–1,68 0,71–2,15 0,54–1,60
Середній внутрішній діаметр жовткового мішка: – <3 мм – 3–5 мм – >5 мм	26 (15,9) 89 (54,3) 49 (29,8)	1,44 1,45 0,45	0,75–2,75 0,85–2,45 0,23–0,88

струментом прогнозування результатів вагітності є розширене УЗД у I триместрі. Прогностично несприятливими УЗ ознаками є формування РХГ до 8 тижнів, відставання КТР понад 7 днів та об'єм гематоми понад 1,5 см<sup>3</sup>.

За результатами аналізу ультразвукових протоколів у пацієнок ОГ передлежання хоріона виявлено у 52 (31,7%) випадках проти 2 (4,2%) випадків у КГ,  $p < 0,01$  (табл. 3). Вже те, що у пацієнок із РХГ переважає плацентажія в ділянці внутрішнього вічка, ставить під сумнів фізіологічний характер перебігу I триместру в цій групі.

Статистичний регресійний метод створення логістичної моделі (logit model) дозволив розрахувати ймовірність розвитку ускладнень, довірчі інтервали та достовірність для такого важливого, на нашу думку, чинника, як особливість плацентажії, що може виступати значущим фактором ризику розвитку РХГ (табл. 4).

Згідно з отриманими даними (табл. 4), РХГ формувалася у 16 разів частіше у вагітних з передлежанням хоріона (плаценти) (відношення шансів (ВШ) 16,86; 95% довірчий інтервал (ДІ) 5,24–54,23).

Таблиця 3

**Особливості локалізації хоріона, плаценти в I триместрі у обстежених вагітних, абс. (%)**

Особливості плацентажії в I триместрі	ОГ (n=164)	КГ (n=48)
Передлежання хоріона (плаценти)	52 (31,7)*	2 (4,2)
Кільцеподібний хоріон (дифузний)	3 (1,8)	1 (2,1)

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

Таблиця 4

**Ймовірність розвитку ретрохоріальної гематоми залежно від локалізації хоріона, плаценти в I триместрі**

Особливості плацентації в I триместрі	Відношення шансів (ВШ)	Довірчий інтервал 95% (ДІ)
Передлежання хоріона (плаценти)	16,86	5,24-54,23
Кільцеподібний хоріон (дифузний)	0,75	0,16-3,56

Як відомо, в нормі на межі трофобластичного епітелію хоріальних ворсин та децидуальної оболонки матки завжди присутня фізіологічна перманентна кровотеча зі зруйнованих трофобластом спіральних артерій ендометрія, що необхідна для адекватного кровопостачання плодового яйця. У фізіологічних умовах об'єм крові, що надходить у субхоріальний простір, є незначним, при цьому відбувається постійне всмоктування крові трофобластом ембріонального комплексу. Тому при нормальному перебігу вагітності на ранніх термінах під час УЗД у ділянці плодового яйця вільна рідина не визначається [3]. При порушенні цієї рівноваги внаслідок дії різноманітних чинників виникає ретрохоріальна або заоболонкова гематома [9,6,13,15].

Значний науковий доробок щодо ролі РХГ у генезі перинатальних патологій свідчить, що у разі пролонгування вагітності ризик розвитку материнських та неонатальних ускладнень надалі зростає. Отже, виявлення етіологічних факторів ризику виникнення РХГ у I триместрі, їх прогнозування та вчасна профілактика дозволять знизити частоту репродуктивних втрат. Вплив

РХГ на подальший розвиток ускладнень при прогресуванні вагітності залишається не до кінця вивченим. Контраверсії навколо ролі РХГ у гестаційному процесі зумовлюють актуальність цієї теми для подальшого обговорення. Проведені нами дослідження щодо визначення ультразвукових предикторів ранніх ускладнень гестації у пацієток із РХГ створюють підґрунтя для суттєвого зниження частоти цих ускладнень у майбутньому.

**Висновок**

Раннє виявлення ретрохоріальної гематоми (до 8 тижнів) підвищує ризик виникнення вагітності, що не розвивається (ВШ 2,66), при цьому ембріональними та екстраембріональними предикторами ранніх втрат у вагітних із ретрохоріальними гематомами, що виявляються при УЗД у I триместрі, є: відставання куприково-тім'яного розміру більше ніж 7 днів від терміну гестації (ВШ 2,6), об'єм ретрохоріальної гематоми більше 1,5 см<sup>3</sup> (ВШ 2,9).

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

**References/Література**

- 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. PMID: 35602250; PMCID: PMC9107020.
- Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. (2019, Feb 1). First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 99(3): 166-174. PMID: 30702252.
- ISUOG; Bilardo CM, Chaoui R, Hyett JA, Kagan KO, Karim JN et al. (2023, Jan). ISUOG Practice Guidelines (updated): performance of 11-14-week ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 61(1): 127-143. doi: 10.1002/uog.26106. PMID: 36594739.
- Kanmaz AG, Inan AH, Beyan E, Budak A. (2019). The effects of threatened abortions on pregnancy outcomes. Ginekologia Polska. 90(4): 195-200. https://doi.org/10.5603/GP.a2019.0035.
- Kavyashree HS, Rajeshwari K. (2019). A study on pregnancy outcome in patients with first trimester vaginal bleeding. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 8: 820-824.
- Khan RI, Taimoor A, Nazir A, Zaman U, Azmat S, Nawaz F. (2021). Association of Subchorionic Hematoma with Preterm Labour in patients with threatened abortion. J Ayub Med Coll Abbottabad. 33(3): 451-455.
- Kumari S, Chithra S, Gayathri S. (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.
- Lisova KM, Kalinovska I, Tokar P. (2022). Ultrasound characteristic of embryo, fetal egg and chorionic structures in pregnant women with miscarriage. Wiadomości Lekarskie. 75(1): 75-78. http://doi.org/10.36740/wlek202201114.
- Lou Y, Chen G, Wang L, Zhao X, Ma J. (2025, Feb 11). A nomogram for predicting the risk of fetal growth restriction in singleton pregnancies with subchorionic hematomas detected in first trimester.

- BMC Pregnancy Childbirth. 25(1): 144. doi: 10.1186/s12884-025-07241-8. PMID: 39934694; PMCID: PMC11816570.
11. 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].
  12. Naskar A, Chowdhury R, Kumar Saha P, Kamal Das R. (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. doi:10.7860/JCDR/2022/57184.16906.
  13. Naz S, Irfan S, Naru T, Malik A. (2022). Subchorionic hematoma and pregnancy outcomes in patients with threatened miscarriage. *Pak J Med Sci*. 38; 3Part-I: 511-516. doi: 10.12669/pjms.38.3.4283.
  14. Packard AT, Clingan MJ, Strachowski LM, Rose CH, Trinidad MCB, De la Garza-Ramos C et al. (2025, Jun). Pearls and Pitfalls of First-Trimester US Screening and Prenatal Testing: A Pictorial Review. *RadioGraphics*. 45(6): e240184. doi: 10.1148/rg.240184.
  15. 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.
  16. 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.
  17. 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: 728-737. <https://doi.org/10.14260/jemds.v11i18.165>.
  18. Vdovychenko S, Salnikov S. (2021). Nevynoshuvannia u zhinok z retrokhorialnymi hematomaми u I trymestri. *Reproduktyvne zdorov'ia zhinky*. (9-10): 73-78. [Вдовиченко С, Сальніков С. (2021). Невиношування у жінок з ретрохоріальними гематомами у I триместрі. *Репродуктивне здоров'я жінки*. (9-10): 73-78]. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.9-10.2021.252596>.
  19. 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>.
  20. Yousefi R. (2022). The first-trimester screening to detect chromosomal abnormalities in pregnant women: a retrospective study. *Journal of Nursing Reports in Clinical Practice*. 3(4): 358-367. doi: 10.32598/JNRC.2408.1171.
  21. 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 Юріївна** – 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 14.12.2025 р.; прийнята до друку 28.01.2026 р.