

АРКБ можно выделить несколько отрицательных моментов:

– отсутствие в приемном отделении противошоковой операционной и штатных врачей (хирурга, травматолога, нейрохирурга, анестезиолога-реаниматолога) как это требует приказ МЗ РФ от 15 декабря 2009 г. № 991н;

– отсутствие отделения сочетанной травмы с соответствующим штатом врачей (травматолога, хирурга, нейрохирурга, анестезиолога-реаниматолога) согласно приказу МЗ РФ от 15 декабря 2009 г. № 991н.

Таким образом, сохранение высокого уровня травматизма, в том числе большой удельный вес сочетанной травмы, высокая летальность и инвалидизация пострадавших выводят данную проблему в разряд приоритетных. Необходимо дальнейшее углубленное изучение распространенности сочетанной травмы. Крайне важным является проведение научных исследований по изучению эпидемиологии, клиники и организации медицинской помощи пострадавшим с травмой с учетом региональных особенностей Республики Адыгея.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алейников А. В., Трофимов А. О., Алейников А. А. Организация и результаты работы регионального травматологи-

ческого центра (Опыт Нижегородской области) // Заместитель главного врача. – 2011. www.zdrav.ru

2. Анкин Л. Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 176 с.

3. Ермолов А. С. Общие вопросы оказания медицинской помощи при сочетанной травме // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 7–11.

4. Ермаков С. П., Комаров Ю. М., Семенов В. Г. Потери трудового потенциала и оценка приоритетных проблем здоровья населения России // Окружающая среда и здоровье населения России: Атлас / Под ред. Фешбаха. ПАИМС. – М., 1995. – С. 335–344.

5. Лихтерман Б. Черепно-мозговая травма. Что делать? // Медицинская газета. – 2009. – № 11.

6. Пушков А. А. Сочетанная травма. – Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1998. – 320 с.

7. Соколов В. А. Множественные и сочетанные травмы. – М., 2006. – 512 с.

8. Салахов Э. Р., Какорина Е. П. Травмы и отравления в России и за рубежом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 2. – С. 13–20.

9. Сочетанная механическая травма (учебно-методическое пособие) / Под общей редакцией члена-кор. РАМН профессора С. Ф. Багненко. – СПб, 2006. – 160 с.

Поступила 08.06.2015

А. В. БУРЛУЦКАЯ

## РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

*Кафедра госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. 89182501734. E-mail: alvlad\_@mail.ru*

При обследовании 2239 больных диагноз синдрома слабости синусового узла был поставлен у 120 детей в возрасте от 7 до 17 лет обоего пола. По результатам пробы сердечно-дыхательного синхронизма и данным клинических методов, исключающих органическую патологию сердца, среди 120 человек было выявлено 103 с синдромом слабости синусового узла функциональной природы. Показано, что установление функциональной или органической природы синдрома слабости синусового узла интегративным объективным скрининг-методом – пробой сердечно-дыхательного синхронизма по сравнению с традиционными методами диагностики отличается быстротой, малой трудоемкостью. Диагностика посредством функциональной пробы проведена у детей с разным типом личности, уровнем тревожности, адаптивностью, ЭКГ-вариантом. Показано значение пробы сердечно-дыхательного синхронизма в оценке эффективности лечения детей с синдромом слабости синусового узла.

*Ключевые слова:* синдром слабости синусового узла, проба сердечно-дыхательного синхронизма.

**A. V. BURLUTSKAYA**

SICK SINUS SYNDROME OF FUNCTIONAL NATURE IN CHILDREN

*Department of hospital pediatrics of medical university «Kuban state medical university» of Ministry of health of the Russian Federation, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin street, 4; tel. 89182501734. E-mail: alvlad\_@mail.ru*

In a study of 2239 patients the diagnosis of sick sinus syndrome was made in 120 children aged from 7 to 17 years of both sexes. According to the results of the cardiorespiratory synchronism test and to clinical methods that exclude organic heart disease, there were identified 103 patients with sick sinus syndrome of functional nature among 120 children. It is shown that the establishment of functional or organic nature of sick sinus syndrome by the integrative objective screening method – the cardiorespiratory synchronism test, as compared to conventional diagnostic methods is fast, less complexity. Diagnosis by the use of a functional test is carried out in children with different types of personality, anxiety levels, adaptability, ECG-variants. The significance of the cardiorespiratory synchronism test in the evaluating of the efficacy of treatment in children with sick sinus syndrome is shown.

*Key words:* sick sinus syndrome, the cardiorespiratory synchronism test.

Синдром слабости синусового узла является наиболее полиморфным, трудным для диагностики и лечения нарушением ритма сердца у детей, сопряженным с риском развития синкопальных состояний и даже внезапной сердечной смертью. Этот синдром диагностируется в 3,0% случаев среди детей с аритмиями сердца [1, 6, 11, 15].

Если у взрослых синдром слабости синусового узла имеет преимущественно органическую природу и обусловлен внутрисердечной патологией, то у детей он чаще бывает идиопатическим – функциональной природы [5, 9, 10, 14].

Между тем прямых доказательств такого утверждения нет. Частота встречаемости синдрома слабости синусового узла функциональной природы неизвестна. Механизмы возникновения функциональной слабости синусового узла остаются неясными. Научного обоснования патогенетической терапии такого варианта синдрома слабости синусового узла, кроме единичных работ, не существует [5].

Базой для выяснения причины развития функциональных форм нарушений ритма сердца послужили новые взгляды на природу сердечного ритмогенеза в организме. Согласно концепции В. М. Покровского [2] формирование ритма сердца в организме осуществляется иерархической системой структур и механизмов, включающих взаимодействие мозга и сердца. Ритм формируется в центральной нервной системе – в эфферентных структурах ядер блуждающего нерва в продолговатом мозге. Отсюда сигналы в форме залпов нервных импульсов по блуждающим нервам достигают синусового узла в сердце, и при взаимодействии этих сигналов с автоматогенными структурами узла инициируется ритм сердца.

Изложенные представления открывают возможность для анализа причин развития слабости синусового узла функциональной природы. Нами сделано допущение, что причина кроется в расстройстве взаимодействия мозгового и внутрисердечного уровней иерархической системы формирования ритма сердца.

Цель исследования – оценить условия проявления синдрома слабости синусового узла функциональной природы у детей для повышения

качества диагностики и обоснования патогенетической терапии.

### **Материалы и методы исследования**

Обследование и лечение детей были выполнены на базе детских больниц города Краснодара. Обследование проводилось в четыре этапа. На первом этапе путем обследования 2239 больных выявлялись дети с синдромом слабости синусового узла. На втором этапе уточнялся диагноз. На третьем этапе из 120 детей в возрасте от 7 до 17 лет обоего пола с синдромом слабости синусового узла были выделены лица с синдромом функциональной природы при помощи пробы сердечно-дыхательного синхронизма. Определяли частоту встречаемости синдрома слабости синусового узла функциональной природы в зависимости от пола и возраста, типа личности, адаптивности, уровня тревожности. Оценивали тяжесть синдрома слабости синусового узла в зависимости от вегетативного статуса, сопоставляя с электрокардиографическими вариантами. На четвертом этапе проводилась оценка эффективности лечения детей с синдромом слабости синусового узла функциональной природы. Полученные данные были сопоставлены со значениями индекса регуляторно-адаптивного статуса.

Для выявления синдрома слабости синусового узла и выяснения его природы использовали общепринятые методы диагностики: клиническое обследование, ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, вариабельность сердечного ритма, чреспищеводную электрокардиостимуляцию, атропиновую пробу, велоэргометрическую пробу, эхокардиографию, ортостатическую пробу с ЭКГ, клиноортостатическую пробу. Для определения вегетативного статуса использовали индекс Кердо, холодовую пробу, пробу Даньини-Ашнера, определяли тип личности, уровень тревожности. Проводили пробу сердечно-дыхательного синхронизма по методике В. М. Покровского с соавторами [3] и рассчитывали индекс регуляторно-адаптивного статуса [4].

Проведенная проверка данных групп исследования свидетельствовала о нормальности распределения. Это позволило полученные данные

и расчетные величины обрабатывать параметрическими методами статистики прямых и не прямых разностей на электронно-вычислительной машине.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди 2239 кардиологических больных обоего пола (7–17 лет) было выявлено 120 человек (5,4%) с синдромом слабости синусового узла. У мальчиков синдром встречается в 2 раза чаще, чем у девочек. Превалирование этой патологии у мальчиков по сравнению с девочками характерно для всех возрастных групп.

Традиционные методы дифференциальной диагностики природы синдрома слабости синусового узла направлены на исключение или подтверждение органического поражения сердца. Они громоздки, трудоемки и требуют много времени.

Поэтому для повышения эффективности диагностики природы синдрома слабости синусового узла у детей требуется применение интегративных скрининг-методов. В связи с этим мы применили функциональную пробу сердечно-дыхательного синхронизма.

У 17 детей при проведении пробы сердечно-дыхательного синхронизма получить синхронизм не удалось. Мы отнесли их к группе больных с синдромом слабости синусового узла органической природы, что было подтверждено другими методами исследования. В то же время сердечно-дыхательный синхронизм был получен у 103 детей с синдромом слабости синусового узла, которые были отнесены к группе больных с синдромом слабости синусового узла функциональной природы.

Результаты пробы сердечно-дыхательного синхронизма применительно к дифференциальной диагностике природы синдрома слабости синусового узла были подтверждены традиционными методами обследования.

При сопоставлении индекса регуляторно-адаптивного статуса у детей с синдромом слабости синусового узла функциональной природы со здоровыми детьми тех же половых и возрастных групп выявлялись определенные различия.

Так, у девочек подросткового возраста с синдромом слабости синусового узла индекс регуляторно-адаптивного статуса был наименьшим, а частота встречаемости в этом возрастном периоде синдрома слабости синусового узла – наибольшей.

Напротив, у девушек юношеского возраста, у которых частота встречаемости синдрома слабости синусового узла была наименьшей, индекс регуляторно-адаптивного статуса оказался наибольшим.

Эти данные подтверждают предположение о связи индекса регуляторно-адаптивного статуса

с частотой встречаемости синдрома слабости синусового узла.

У мальчиков второго детства с синдромом слабости синусового узла индекс регуляторно-адаптивного статуса оказался наименьшим, а частота встречаемости синдрома слабости синусового узла в этом возрастном периоде – наибольшей. Напротив, у мальчиков первого детства, у которых частота встречаемости синдрома слабости синусового узла была наименьшей, отмечался наибольший индекс регуляторно-адаптивного статуса. Группы детей других возрастов занимали промежуточное положение.

Таким образом, чем больше индекс регуляторно-адаптивного статуса, тем меньше частота встречаемости синдрома слабости синусового узла.

У обследованных нами детей с синдромом слабости синусового узла функциональной природы независимо от пола и возраста при проведении пробы возникает феномен сердечно-дыхательного синхронизма. Эти результаты подтверждают, что у большинства обследованных детей с синдромом слабости синусового узла патология носит функциональный характер. Уменьшение у больных детей индекса регуляторно-адаптивного статуса сопровождается ростом частоты встречаемости синдрома слабости синусового узла среди кардиологических больных.

При синдроме слабости синусового узла во время проведения пробы сердечно-дыхательного синхронизма у детей с классическими типами темперамента наибольший индекс регуляторно-адаптивного статуса отмечался у флегматиков, меньше – у сангвиников, меланхоликов и холериков.

Поскольку индекс регуляторно-адаптивного статуса связан с функциональными возможностями организма, среди детей с синдромом слабости синусового узла эти возможности были наибольшими у флегматиков, ниже – у сангвиников, меланхоликов и минимальными – у холериков. Соответственно частота встречаемости синдрома слабости синусового узла оказалась максимальной у холериков и наименьшей – у флегматиков.

Таким образом, у детей – флегматиков, сангвиников индекс регуляторно-адаптивного статуса оказался наибольшим, и у них реже проявлялся синдром слабости синусового узла. У детей – меланхоликов, холериков индекс регуляторно-адаптивного статуса был наименьшим, у них чаще встречался синдром слабости синусового узла.

Подтверждением этих же фактов является сопоставление частоты встречаемости синдрома слабости синусового узла и адаптивных возможностей.

Согласно Я. Стреляу [7] типы личности подразделяются на наиболее адаптированные и

наименее адаптированные. К первым относятся флегматики и сангвиники, ко вторым – меланхолики и холерики.

У наименее адаптированных детей с синдромом слабости синусового узла по сравнению с наиболее адаптированными индекс регуляторно-адаптивного статуса был меньше, а частота встречаемости синдрома слабости синусового узла – больше (табл. 1).

Еще одним доказательством связи между индексом регуляторно-адаптивного статуса и распространенностью синдрома слабости синусового узла у детей служит соответствие уровня тревожности частоте встречаемости синдрома слабости синусового узла.

Среди обследованных с синдромом слабости синусового узла были дети с низким, средним и высоким уровнями тревожности. Индекс регуля-

узла. Эйтоники имели промежуточные значения показателей.

Согласно классификации М. А. Школьниковой [8] все обследованные с синдромом слабости синусового узла были сгруппированы с учетом его клинико-электрокардиографических вариантов.

Уменьшение индекса регуляторно-адаптивного статуса у больных детей с синдромом слабости синусового узла от I к III электрокардиографическому варианту свидетельствует о большем нарушении центрального звена иерархической системы ритмогенеза сердца.

С учетом варианта синдрома слабости синусового узла дети проходили лечение в соответствии с рекомендуемыми схемами [8]. У них в каждом случае оценивался индекс регуляторно-адаптивного статуса до и после лечения.

Таблица 1

### Индекс регуляторно-адаптивного статуса в зависимости от адаптированности у детей с синдромом слабости синусового узла (до лечения) ( $M \pm m$ )

Индекс регуляторно-адаптивного статуса	
Наиболее адаптированные, n=46	Наименее адаптированные, n=57
42,9±2,8	27,4±2,2 P <sub>1</sub> <0,001

торно-адаптивного статуса у детей с синдромом слабости синусового узла при высоком уровне тревожности являлся наименьшим, а частота встречаемости синдрома слабости синусового узла – наибольшей. При низком уровне тревожности индекс регуляторно-адаптивного статуса был максимальным, а частота встречаемости синдрома слабости синусового узла – минимальной. При умеренном уровне тревожности наблюдали промежуточное значение этих показателей.

Другим параметром, с которым взаимосвязан индекс регуляторно-адаптивного статуса, является степень тяжести синдрома слабости синусового узла, в свою очередь, зависящая от вегетативного статуса.

Так, у симпатикотоников, у которых тяжесть синдрома слабости синусового узла была наименьшей, индекс регуляторно-адаптивного статуса оказался наибольшим. У них отмечался первый электрокардиографический вариант синдрома слабости синусового узла. У ваготоников, напротив, тяжесть синдрома слабости синусового узла являлась более выраженной, индекс регуляторно-адаптивного статуса – минимальным. У них имел место второй электрокардиографический вариант синдрома слабости синусового

узла. В ходе лечения при первом и втором электрокардиографических вариантах отмечалось восстановление индекса регуляторно-адаптивного статуса (табл. 2), что свидетельствовало о восстановлении мозгового уровня иерархической системы ритмогенеза сердца.

Таким образом, проба сердечно-дыхательного синхронизма может быть использована для оценки эффективности лечения детей с синдромом слабости синусового узла.

Итогом нашей работы явилось создание представлений о патогенезе синдрома слабости синусового узла функциональной природы у детей. Полученный материал позволил представить возникновение слабости синусового узла функциональной природы как проявление ослабления роли центрального звена иерархической системы ритмогенеза. Неинвазивным методом, позволяющим оценить степень доминантности центрального звена иерархической системы ритмогенеза, является сердечно-дыхательный синхронизм. Установлено, что чем слабее была выражена доминантность центрального звена иерархической системы ритмогенеза в зависимости от типологических особенностей, состояния вегетативной нервной системы и уровня тревожности, тем тяжелее оказывалась

**Индекс регуляторно-адаптивного статуса у детей  
с I–II вариантами синдрома слабости синусового узла  
функциональной природы до и после лечения (M±m)**

Индекс регуляторно-адаптивного статуса	
До лечения, n=30	После лечения, n=30
49,4±0,9	83,1±1,8 P <sub>1</sub> <0,001

ЭКГ-форма развивавшейся слабости синусового узла. Таким образом, убедительно подтверждена роль центральной нервной системы в развитии синдрома слабости синусового узла функциональной природы.

Показано, что снижение функциональных возможностей синусового узла происходит последовательно. На первой стадии появляется миграция ритма, на второй – выскальзывающие сокращения, на третьей – формируется синдром тахикардии, а максимальное снижение функциональной активности синусового узла происходит в условиях значительного снижения центральных влияний и проявляется выраженной синусовой брадикардией. Этапы ухудшения пейсмекерной активности синусового узла в нашем экспериментальном исследовании точно соответствуют вышеописанным стадиям развития синдрома слабости синусового узла у детей и подтверждают научную и клиническую значимость предложенной классификации синдрома слабости синусового узла. Продемонстрированы особенности течения и прогноза нарушений ритма: обратимость брадиаритмий функционального генеза и стабильность аритмий органического происхождения.

У тяжелых кардиологических больных природа синдрома слабости синусового узла четвертого электрокардиографического варианта могла иметь и функциональную сущность как следствие повреждения мозга за счет длительной гипоксии, которая могла привести к необратимым изменениям. Выдвинутые нами представления о природе слабости синусового узла могут поставить для обсуждения вопрос: являются ли все ранее расцениваемые как только органические формы слабости синусового узла действительно во всех случаях исключительно только органическими? Представленные в экспериментальном материале факты свидетельствуют о том, что даже при IV ЭКГ-варианте, который относится только к органическому, при восстановлении связи центрального и внутрисердечного генераторов происходит полная нормализация сердечного ритма. Наличие возможности воспроизведения столь тяжелых форм в эксперименте

позволяет думать, что глубокие расстройства иерархической системы формирования ритма сердца могут явиться причиной функциональной природы таких форм слабости синусового узла. Аналогичные явления могут иметь место в тех случаях, когда в результате операции на сердце кровоток восстановлен, но уже возникли деструктивные изменения мозга. Деструктивные изменения ядер блуждающего нерва могут быть причиной внезапной клинической смерти у плодов и младенцев [12, 13].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Осколкова М. К. Электрокардиография у детей / М. К. Осколкова, О. О. Куприянова. – М., 2004. – 352 с.
2. Покровский В. М. Формирование ритма сердца в организме человека и животных. – Краснодар, 2007. – 143 с.
3. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивного статуса организма. – Краснодар, 2010. – 243 с.
4. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм у человека / В. М. Покровский, В. Г. Абушкевич, И. И. Борисова, Е. Г. Потягайло, А. Г. Похотько, С. М. Хакон, Е. В. Харитоновна // Физиология человека. – 2002. – Т. 28. № 6. – С. 116–119.
5. Полякова Е. Б. Механизмы формирования, классификация, клиническое течение и прогноз «идиопатических» нарушений функции синусового узла в детском возрасте / Е. Б. Полякова, М. А. Школьников, Л. А. Калинин // Вестн. аритмологии. – 2008. – № 52. – С. 5–13.
6. Прахов А. В. Клиническая ЭКГ в практике детского врача. – М., 2004. – 320 с.
7. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. – М., 1982. – 162 с.
8. Школьников М. А. Жизнеугрожающие аритмии у детей. – М., 1999. – 230 с.
9. Dobrzynski H. New insights into pacemaker activity: promoting understanding of sick sinus syndrome / H. Dobrzynski, M. R. Boyett, R. H. Anderson // Circulation. – 2007. – V. 115. № 14. – P. 1921–1932.
10. Haqqani H. M. Aging and sinoatrial node dysfunction: musings on the not-so-funny side / H. M. Haqqani, J. M. Kalman // Circulation. – 2007. – V. 115. № 10. – P. 1178–1179.
11. Keller K. B. Iatrogenic sick sinus syndrome / K. B. Keller, L. Lemberg // Am. j. crit. care. – 2007. – V. 16. № 3. – P. 294–297.

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. Lavazzi // *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. ПЕЛОГИНА, 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 аборт и неразвивающейся беременности, операции кесарева сечения.

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

**I. O. BUSHTIREVA, N. B. KUZNETCOVA, 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.