

# КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ТА ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ

**Том 17, № 1 (63)**

**2018**

Науково-практичний медичний журнал  
Видається 4 рази на рік  
Заснований в квітні 2002 року

**Головний редактор**  
Слободян О.М.

**Почесний головний редактор**  
Ахтемійчук Ю.Т.

**Перший заступник  
головного редактора**  
Іващук О.І.

**Заступники головного  
редактора**  
Чайковський Ю.Б.  
Проняєв Д.В.

**Відповідальний секретар**  
Товкач Ю.В.

**Секретар**  
Наварчук Н.М.

**Редакційна колегія**

Білоокий В.В.

Боднар Б.М.

Булик Р.Є.

Власов В.В.

Давиденко І.С.

Іфтодій А.Г.

Кривецький В.В.

Макар Б.Г.

Олійник І.Ю.

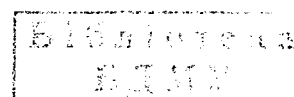
Полянський І.Ю.

Федорук О.С.

Хмара Т.В.

Засновник і видавець: ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"  
Адреса редакції: 58002, пл. Театральна, 2, Чернівці, Україна

URL: <http://kaos.bsmu.edu.ua/>;  
E-mail: [cas@bsmu.edu.ua](mailto:cas@bsmu.edu.ua)



## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Андергубер Ф. (Грац, Австрія), Білаш С.М. (Полтава), Вовк Ю.М. (Рубіжне), Вовк О.Ю. (Харків), Волков К.С. (Тернопіль), Гнатюк М.С. (Тернопіль), Головацький А.С. (Ужгород), Гумінський Ю.Й. (Вінниця), Гунас І.В. (Вінниця), Дуденко В.Г. (Харків), Катеренюк І.М. (Кишинів, Молдова), Костюк Г.Я. (Вінниця), Кошарний В.В. (Дніпро), Кривко Ю.Я. (Львів), Лук'янцева Г.В. (Київ), Масна З.З. (Львів), Матешук-Вацеба Л.Р. (Львів), Небесна З.М. (Тернопіль), Неделку А. (Яси, Румунія), Околокулак Є.С. (Гродно, Білорусь), Пастухова В.А. (Київ), Півторак В.І. (Вінниця), Пикалюк В.С. (Сімферополь), Попадинець О.Г. (Івано-Франківськ), Попов О.Г. (Одеса), Попович Ю.І. (Івано-Франківськ), Ромаєв С.М. (Харків), Россі П. (Рим, Італія), Савва А. (Яси, Румунія), Сікора В.З. (Суми), Суман С.П. (Кишинів, Молдова), Топор Б.М. (Кишинів, Молдова), Федонюк Л.Я. (Тернопіль), Філіпоу Ф. (Бухарест, Румунія), Черкасов В.Г. (Київ), Черно В.С. (Миколаїв), Шепітько В.І. (Полтава), Шкодівський М.І. (Сімферополь)

## EDITORIAL COUNCIL

Friedrich Anderhuber (Graz, Austria), Anca Sava (Yassy, Romania), Alin Nedelcu (Yassy, Romania), Florin Filipoiu (Bucureshti, Romania), Pellegrino Rossi (Roma, Italy), Suman Serghei (Kishinev, Moldova), Bilash S.M. (Poltava), Vovk Yu.M. (Rubizhne), Vovk O.Yu. (Kharkiv), Volkov K.S. (Ternopil), Gnatyuk MS (Ternopil), Golovatsky A.C. (Uzhgorod), Guminsky Yu.Y. (Vinnitsa), Gunas I.V. (Vinnytsya), Dudenko V.G. (Kharkiv), Kateryenyuk I.M. (Kishinev, Moldova), Kostiuk G.Ya. (Vinnytsia), Kosharnyi V.V. (Dnipro), Krivko Yu.Ya. (Lviv), Lukyantseva G.V. (Kiev), Masna Z.Z. (Lviv), Mateshuk-Vatseba L.R. (Lviv), Nebesna Z.M. (Ternopil), Okolokulak E.S. (Grodno, Belarus), Pastukhova V.A. (Kiev), Pivtorak V.I. (Vinnytsia), Pikalyuk V.S. (Simferopol), Попадинець О.Г. (Ivano-Frankivsk), Popov O.G. (Odessa), Popovich Yu.I. (Ivano-Frankivsk), Romany S.M. (Kharkiv), Sikora V.Z. (Sumy), Topor B.M. (Chisinau, Moldova), Fedonyuk L.Ya. (Ternopil), Cherkasov V.G. (Kiev), Chernov V.C. (Nikolaev), Shepitko V.I. (Poltava), Shkodivskyj M.I. (Simferopol)

**Свідоцтво про державну реєстрацію –  
серія КВ № 6031 від 05.04.2002 р.**

**Журнал включений до баз даних:**

**ВІНІТІ Російської академії наук, Ulrich`s Periodicals Directory, Google Scholar, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services, Infobase Index, Bielefeld Academic Search Engine, International Committee of Medical Journal Editors, Open Access Infrastructure for Research in Europe, WorldCat, Наукова періодика України**

---

**Журнал "Клінічна анатомія та оперативна хірургія" –  
наукове фахове видання України(**

**(Постанова президії ВАК України від 14.10.2009 р., № 1-05/4), перереєстровано наказом  
Міністерства освіти і науки України від 29 грудня 2014 року № 1528 щодо включення  
до переліку наукових фахових видань України**

---

**Рекомендовано вченою радою ВДНЗ України  
"Буковинський державний медичний університет  
(протокол № 6 від 22 лютого 2018 року)**

ISSN 1727-0847

**Klinična anatomiâ ta operativna hirurgiâ (Print)  
Clinical anatomy and operative surgery**

ISSN 1993-5897

**Klinična anatomiâ ta operativna hirurgiâ (Online)  
Kliničeskaâ anatomiâ i operativnaâ hirurgiâ**

**© Клінічна анатомія та оперативна хірургія, 2018**

УДК 618.34-007.1-02-071  
DOI: 10.24061/1727-0847.17.1.2018.17

**Л.М. Юр'єва**

*Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці*

## **АНОМАЛЬНЕ РОЗТАШУВАННЯ ХОРІОНУ: КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ**

**Резюме.** Серед факторів, які негативно впливають на показники материнської та перинатальної смертності, відносять аномальне розташування хоріону (АРХ), а в подальшому аномальне розташування плаценти (АРП): передлежання (ПП) і низьке її розташування (НП). Перинатальна смертність при АРП сягає 22,2-81%, материнська захворюваність становить 23%. Аномальна плацентація негативно впливає на перебіг вагітності і пологів. У ранні терміни гестації АРХ підвищує ризик самовільного переривання вагітності. У пізніх термінах вагітності та в пологах АРП супроводжується матковими кровотечами, нерідко масивними, і є основною причиною дострокового розродження. Мета. Виявити фактори ризику низького розташування хоріону в I триместрі гестації. Матеріал і методи. Обстежено 104 вагітних із низьким розташуванням хоріону (менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки) в I триместрі вагітності. До контрольної групи увійшли 136 практично здорових пацієнток з розташуванням хоріону в тілі та дні матки. Ретроспективно оцінили параметри соматичного, гінекологічного, акушерського анамнезу і загально клінічних досліджень. Результати дослідження. Факторами ризику аномального розташування хоріону є вік вагітної понад 35 років, перенесені в минулому інфекційні захворювання; пізні менархе та тривале становлення менструального циклу; наявність екстрагенітальних захворювань; репродуктивні втрати в анамнезі; доброякісні захворювання шийки матки; інфекції, що передаються статевим шляхом, дисбіози і запальні захворювання нижніх відділів генітального тракту; прояви репродуктивного «неблагополуччя», пов'язані із використанням гострого кюретажу порожнини матки (під час артифіційного абортів, кесаревого розтину), ручна ревізія стінок порожнини матки. Висновок. Ретельне виявлення факторів ризику аномального розташування хоріону на етапі підготовки до вагітності дасть змогу зменшити частоту аномальної плацентації та знизити рівень пов'язаних із нею акушерських і перинатальних ускладнень.

**Ключові слова:** низьке розташування хоріону, вагітність, фактори ризику.

Своєчасна діагностика, прогнозування перебігу і патогенетично обгрунтована тактика лікування, спрямована на попередження наслідків патологічних станів, що призводять до репродуктивних втрат – актуальний напрямок сучасного акушерства [1].

Серед факторів, які негативно впливають на показники материнської та перинатальної смертності, відносять аномальне розташування хоріону (АРХ), а в подальшому аномальне розташування плаценти (АРП): передлежання (ПП) і низьке її розташування (НП). Перинатальна смертність при АРП досягає 22,2-81%. Материнська захворюваність при ПП становить 23% [2, 3].

Розташування плаценти у ділянці нижнього сегмента – відносно часта патологія. Так, у першому триместрі гестації частота низького розміщення хоріону/плаценти сягає 30%, перед пологами число випадків ПП коливається від 0,3 до 1,04%, а НП трапляється у 9,1% випадків [4]. Із

прогресуванням вагітності спостерігається «феномен міграції» плаценти – переміщення плаценти від внутрішнього вічка шийки матки вгору, у напрямку до її дна, що призводить до зменшення частоти АРП [4, 5].

Аномальна плацентація негативно впливає на перебіг вагітності і пологів. У ранні терміни гестації АРХ підвищує ризик самовільного переривання вагітності в 44,8% випадках. У другому і третьому триместрах АРП є причиною невиношування та передчасних пологів [2, 6]. У випадку пролонгування вагітності АРП зумовлює розвиток як акушерських, так і перинатальних ускладнень, а саме: допологових кровотеч, плацентарної дисфункції, затримки внутрішньоутробного розвитку плода [7-9]. У пізніх термінах вагітності та в пологах АРП супроводжується матковими кровотечами, нерідко масивними, і є основною причиною дострокового розродження [8]. При НП кровотеча розвивається в 66,6% випадків, а при

ПП – у 33,4% [4, 10].

Відповідно до класифікації І.С. Сидорової [9], інтерпретація поняття «низька плацентажія» залежить від терміну гестації: до 16 тиж. – до 2,0 см від внутрішнього вічка; з 17 по 24 тиж. – до 3,0 см; з 24 по 28 – 4,0 см; у терміні після 28 тиж. – до 5,0-6,0 см.

**Мета дослідження:** виявити фактори ризику низького розташування хоріону в I триместрі гестації.

**Матеріал і методи.** Для досягнення поставленої мети нами проведено комплексне обстеження 240 вагітних. Із них 104 – із низьким розташуванням хоріону (менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки) у I триместрі гестації (основна група). До контрольної групи увійшли 136 практично здорових пацієнток із розташуванням хоріону в тілі та дні матки.

Обов'язковим критерієм включення в дослідження була рання, до 12 тиж. гестації, явка в жіночу консультацію для постановки на облік стосовно вагітності і пологів.

Критерії виключення: вагітність, що настала внаслідок допоміжних репродуктивних технологій, багатоплідна вагітність.

Оцінювали параметри соматичного, гінекологічного, акушерського анамнезу, акушерського огляду і загально-клінічних досліджень.

Під час опрацювання результатів застосовано комп'ютерні статистичні програми. Достовірність відмінностей між груповими середніми показниками визначали за критерієм Ст'юдента при рівнях значення:  $p < 0,05$  ( $\alpha = 95\%$ ),  $p < 0,01$  ( $\alpha = 99\%$ ) і  $p < 0,001$  ( $\alpha = 99,9\%$ ).

#### Результати досліджень та їх обговорення.

Як засвідчують результати проведених досліджень, середній вік обстежених жінок основної групи склав  $29,2 \pm 2,3$  років, а в контрольній  $23,4 \pm 2,1$  років.

Заслужує на увагу те, що відсоток вагітних віком понад 35 років серед обстежених основної групи був значно вищим, ніж у контролі ( $p < 0,05$ ). Отримані нами дані узгоджуються з результатами досліджень Т. Rosenberg et al. [10], які також вважали, що фактором ризику аномальної плацентажії є вік матері старший за 35 років.

Залежність між АРХ і родом занять вагітних нами не просліджувалась, оскільки соціальна зайнятість жінок основної і контрольної груп була приблизно однаковою.

Нами не виявлено достовірної різниці між зросто-ваговими параметрами, масою у жінок із низьким розташуванням хоріону та контрольною групою.

Частота інфекційних захворювань в анамнезі у вагітних основної групи була достовірно вищою порівняно із такою в обстежених контрольної групи і становила відповідно 66,3% і 42,6%,  $p < 0,05$ . Так, із перенесених в минулому інфекційних захворювань у жінок з АРХ у 18 випадках виявлено кір, у 17 вітряна віспа, у 13 ангіна, у 16 грип, 5 хворіли інфекційним гепатитом. Серед обстежених із фізіологічним перебігом вагітності у 14 жінок перехворіли в дитинстві кором, 6 вітряною віспою, 14 ангіною, 16 гострими респіраторно-вірусними захворюваннями, 8 хворобою Боткіна.

Оцінка соматичного здоров'я жінок показала, що у вагітних із низьким розташуванням хоріону порівняно із групою контролю переважали серцево-судинні захворювання (79,8% проти 11,8%,  $p < 0,05$ ), патологія сечостатевої системи (11,5% проти 4,4%,  $p < 0,05$ ), органів дихання (тільки у 4 пацієнток основної групи) і ендокринні розлади (27,8% проти 2,2%,  $p < 0,05$ ).

При вивченні менструальної функції значних особливостей щодо тривалості циклу у жінок АРХ і фізіологічною плацентажією ми не спостерігали. Поряд із тим у обстежених основної групи відзначалась тенденція до переважання пізнього початку менструації та достовірно частіше менструальний цикл встановлювався більше ніж 1 рік ( $p < 0,001$ ). Отже, дана вагітність розвивалась на тлі порушеної гормональної функції яєчників, яка в минулому проявлялась більш пізнім настанням менархе та тривалим становленням менструального циклу. Без сумніву, такий преморбідний фон міг вплинути на порушення первинної плацентажії [9].

Аналіз акушерського-гінекологічного анамнезу показав, що у жінок із аномальним розташуванням хоріону частота обтяженого акушерського анамнезу була достовірно вищою ( $p < 0,05$ ). Так, серед обстежених з АРХ переважали повторновагітні (83,6% проти 30,8%,  $p < 0,05$ ). Домінування повторновагітних у групі АРХ зумовлено тим, що в основній групі кількість жінок з нереалізованими вагітностями була достовірно більшою. 38 (36,5%) вагітних із низькою плацентажією в анамнезі мали 2 і більше артифіційні аборти, у контролі цей показник відповідно становив 17,6% ( $p < 0,05$ ). У 25,9% жінок основної групи та у 8,1% пацієнток контрольної групи в анамнезі виявлені самовільні викидні ( $p < 0,05$ ). Тільки у обстежених з АРХ в анамнезі траплялися викидні, що не відбулися (16,3% проти 0%,  $p < 0,05$ ). Попередні вагітності у 18,2% обстежених із АРХ завершувалися народженням дітей із СЗРП, у 6,1%

антенатальною його загибеллю плода. У основній групі був достовірно вищим і відсоток передчасних пологів в анамнезі, ніж у контролі ( $p < 0,05$ ).

Нами встановлено, що у жінок із низьким розташуванням хоріону частота гінекологічних захворювань була достовірно вищою порівняно з контролем (71,1% проти 27,9%,  $p < 0,05$ ). Так, у 41 (39,4%) пацієнтки основної групи діагностовано доброякісні захворювання шийки матки, порівняно з 14 (10,3%) – у контрольній групі ( $p < 0,05$ ). Частота інфекцій, що передаються статевим шляхом, дисбіози і запальні захворювання нижніх відділів генітального тракту відрізняли анамнез вагітних з АРХ (32,6% проти 7,4% у контролі,  $p < 0,05$ ). У 8 (7,6%) та 2 (2,2%) обстежених основної і контрольної груп діагностовано ендометріоз ( $p < 0,05$ ); у 9 (8,6%) та 2 (2,2%) відзначалася міома матки ( $p < 0,05$ ), лікування вторинного безпліддя отримували тільки 9 (6,6%) пацієнток з АРХ.

Нами також проведено аналіз оперативних втручань на органах малого таза в анамнезі. Заслуговує на увагу достовірно вища частота вишкрібаних порожнини матки у жінок з АРХ (46,1% проти 11,0%,  $p < 0,05$ ), які проведені з приводу самовільного абортів, відмерлої вагітності, артифіційного абортів, поліпу ендометрію. Частота кесаревих розтинів в анамнезі обстежених основної

групи достовірно переважала таку в групі контролю (21,2% проти 8,1%,  $p < 0,05$ ). Тільки у 5,8% пацієнток з АРХ в минулих пологах проводилось ручне відділення плаценти і виділення посліду ( $p < 0,05$ ).

Отримані результати підтверджують думку й інших науковців, що запальні процеси та дистрофічні зміни слизової оболонки матки, які виникають після самовільних та артифіційних абортів, підвищують ризик виникнення АРП [9].

**Висновок та перспективи подальших досліджень.** Факторами ризику аномального розташування хоріону є вік матері старший за 35 років; висока частота інфекційних захворювань в анамнезі; пізні менархе та тривале становлення менструального циклу; наявність екстрагенітальних захворювань; репродуктивні втрати в анамнезі; доброякісні захворювання шийки матки; інфекції, що передаються статевим шляхом, дисбіози і запальні захворювання нижніх відділів генітального тракту; прояви репродуктивного «неблагополуччя», пов'язані із використанням гострого кюретажу порожнини матки (під час артифіційного абортів, кесаревого розтину), ручна ревізія стінок порожнини матки. Ретельне виявлення факторів ризику аномального розташування хоріону на етапі підготовки до вагітності дасть змогу зменшити частоту аномальної плацентації та знизити рівень пов'язаних із нею акушерських і перинатальних ускладнень.

### Список використаної літератури

1. Колчина ВВ. Прогнозирование осложненной беременности у пациенток с аномальным расположением хориона [автореферат]. Воронеж: ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, 2015. 24с.
2. Айламазян ЭК, Кулакова ВИ, Радзинский ВЕ, Савельева ГМ, редакторы. Акушерство: Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2014. 1200с.
3. Абрамченко ВВ. Беременность и роды высокого риска. Москва: МИА; 2004. 400с.
4. Горин ВС, Зайцева РК, Серебренникова ЕС, Чернякина ОФ, Кугушев АВ. Аномалии расположения плаценты: акушерские и перинатальные аспекты. Российский вестник акушера-гинеколога. 2010;10(6):26-31.
5. Howard T, Heller MD, Katherine M, Mullen MD, Robert W, Gordon MD, et al. Outcomes of Pregnancies With a Low-Lying Placenta Diagnosed on Second-Trimester Sonography. J Ultrasound Med. 2014 Apr;33(2):691-96.
6. Maggan EF, Doherty DA, Turner K, Lanneau GS Jr, Morrison JC, Newnham JP. Second trimester placental location as a predictor of an adverse pregnancy outcome. J Perinatol. 2007 Jan;27(1):9-14.
7. Oyelese Y, Scorza WE, Mastrolia R, Smulian JC. Postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol Clin North Am. 2007 Mar;34(3): 421-41.
8. Oppenheimer L. Diagnosis and Management of Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can. 2007 Mar;29(3):261-73.
9. Сидорова ИС, Макаров ИЮ. Фетоплацентарная недостаточность: Клинико-диагностические аспекты. Москва: Знание 2000; 127с.
10. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. Arch Gynecol Obstet. 2011 Jul;284(1):47-51.

## References

1. Kolchina VV. Prognozirovanie oslozhnenij beremennosti u pacientok s anomal'nym raspolozheniem horiona [avtoreferat]. Voronezh: GBOU VPO VGMA im. H.H. Burdenko Minzdrava Rossii; 2015. 24s. [in Russian]
2. Ajlamazjan JeK, Kulakova VI, Radzinskij VE, Savel'eva GM, redaktory. Akusherstvo: Nacional'noe rukovodstvo. Moskva: GJeOTAR-Media; 2014. 1200s. [in Russian]
3. Abramchenko VV. Beremennost' i rody vysokogo riska. Moskva: MIA; 2004. 400s. [in Russian]
4. Gorin VS, Zajceva RK, Serebrennikova ES, Chernjakina OF, Kugushev AV. Anomalii raspolozhenija placenty: akusherskie i perinatal'nye aspekty. Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. 2010;10(6):26-31. [in Russian]
5. Howard T, Heller MD, Katherine M, Mullen MD, Robert W, Gordon MD, et al. Outcomes of Pregnancies With a Low-Lying Placenta Diagnosed on Second-Trimester Sonography. *J Ultrasound Med.* 2014 Apr;33(2):691-96.
6. Maggan EF, Doherty DA, Turner K, Lanneau GS Jr, Morrison JC, Newnham JP. Second trimester placental location as a predictor of an adverse pregnancy outcome. *J Perinatol.* 2007 Jan;27(1):9-14.
7. Oyelese Y, Scorza WE, Mastroli R, Smulian JC. Postpartum hemorrhage. *Obstet Gynec Clin North Am.* 2007 Mar; 34(3): 421-41.
8. Oppenheimer L. Diagnosis and Management of Placenta Previa. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007 Mar;29(3):261-73.
9. Sidorova IS, Makarov IO. Fetoplacental'naja nedostatochnost': Kliniko-diagnosticheskie aspekty. Moskva: Znanie; 2000. 127s. [in Russian]
10. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Jul;284(1):47-51.

### АНОМАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ХОРИОНА: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

**Резюме.** Среди факторов, которые отрицательно влияют на показатели материнской и перинатальной смертности, относят аномальное расположение хориона (АРХ), а в дальнейшем – аномальное расположение плаценты (АП): предлежание (ПП) и низкое ее расположение (НП).

Аномальная плацентация отрицательно влияет на течение беременности и родов. В ранние сроки гестации АРХ повышает риск самопроизвольного прерывания беременности. В поздних сроках беременности и в родах АП сопровождается маточными кровотечениями, нередко массивными, и является основной причиной досрочного родоразрешения. Цель. Выявить факторы риска низкого расположения хориона в I триместре гестации. Материал и методы. Обследовано 104 беременных с низким расположением хориона (менее 2 см от внутреннего зева шейки матки) в I триместре беременности. В контрольную группу вошли 136 практически здоровых пациенток с расположением хориона в теле и дне матки. Ретроспективно оценили параметры соматического, гинекологического, акушерского анамнеза и клинических исследований. Результаты исследования. Факторами риска аномального расположения хориона является возраст беременной старше 35 лет, перенесенные в прошлом инфекционные заболевания; позднее менархе и длительное становление менструального цикла; наличие экстрагенитальных заболеваний; репродуктивные потери в анамнезе, доброкачественные заболевания шейки матки; инфекции, передающиеся половым путем, дисбиозы и воспалительные заболевания нижних отделов генитального тракта, проявления репродуктивного «неблагополучия», связанные с использованием острого кюретажа полости матки (при искусственном аборте, во время кесарева сечения), ручная ревизия стенок полости матки. Вывод. Тщательное выявление факторов риска аномального расположения хориона на этапе подготовки к беременности позволит уменьшить частоту аномальной плацентации и снизить уровень связанных с ней акушерских и перинатальных осложнений.

**Ключевые слова:** низкое расположение хориона, беременность, факторы риска.

### THE ABNORMAL CHORION LOCATION: CLINICAL AND ANAMNETIC RISK FACTORS

**Abstract.** Among the factors that adversely affect the maternal and perinatal mortality rates include the abnormal chorion location (AChL), and later, the abnormal placenta location (APL): placenta previa (PP) and a low-lying placenta (LLP). Perinatal mortality with APL reaches 22.2-81 %. Maternal morbidity in case of PP is 23%. Abnormal placentation adversely affects the course of pregnancy and childbirth. In the early gestation period AChL increases the risk of spontaneous abortion. In late pregnancy and childbirth APL is accompanied by uterine bleeding,

often massive, and is the main cause of premature delivery. Aim. Identify the risk factors for the low location of the chorion in the I trimester of gestation. Material and methods. 104 pregnant women with a low chorion location (less than 2 cm from the internal os) were examined in the first trimester. The control group included 136 practically healthy patients with a location of chorion in the body and in the the bottom of the uterus. The parameters of somatic, gynecological, obstetric anamnesis and clinical studies were retrospectively evaluated. Research results. The risk factors for the abnormal location of the chorion are: the age of the pregnant woman over 35 years of age; infectious diseases that have been infected in the past; later menarche and prolonged formation of the menstrual cycle; the presence of extragenital diseases; reproductive loss in history, benign diseases of the cervix; sexually transmitted infections, dysbiosis and inflammatory diseases of the lower segments of the genital tract, manifestations of reproductive "dysfunction" associated with the use of acute curettage of the uterine cavity (with abortion, during caesarean section), manual examination of the walls of the uterine cavity. Conclusions. Careful identification of the risk factors for the abnormal location of the chorion in the stage of preparation for pregnancy, will reduce the frequency of abnormal placentation and reduce the level of obstetric and perinatal complications associated with it.

**Key words:** low chorion location, pregnancy, risk factors.

*Відомості про автора:*

**Юр'єва Лілія Миколаївна** – доцент, к.мед.н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці, Україна.

*Information about author:*

**Yurieva Lyliya Mykolaivna** – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor, of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, of the HSEE of Ukraine “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi City, *Ukraine*.

Надійшла 23.01.2018 р.

Рецензент – проф. Юзько О.М. (Чернівці)