

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляев, И. И.* Табак — враг здоровья / И. И. Беляев. — М.: Медицина, 1979. — 56 с.
2. *Качан, В. А.* О вреде курения / В. А. Качан. — Минск: Беларусь, 1979. — 31 с.
3. *Дюбкова Т. П.* Химический состав табачного дыма: токсические и канцерогенные эффекты на организм человека / Т. П. Дюбкова / Медицинская панорама. — 2008. — № 9. — С. 34–39.
4. *Leung, D. W.* Growth hormone receptor and serum binding protein: purification, cloning, and expression / D. W. Leung // Nature. — 1987. — № 12. — P. 537–543.
5. TTDock: метод докинга на основе тензорных поездов / Д. А. Желтков [и др.] // Вычислительные методы и программирование. — 2013. — Т. 14. — С. 279–291.

УДК 618.39-085.2/.3

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*Снежко Т. О., Степанец К. В.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент, зав. кафедрой *Т. Н. Захаренкова*

Учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Неразвивающаяся беременность (НБ) — представляет комплекс патологических симптомов, указывающих на внутриутробную гибель плодного яйца, нарушение миометрия и системы гемостаза. НБ является одним из факторов невынашивания беременности [1].

При НБ смерть эмбриона не сопровождается самопроизвольным выкидышем. Дистрофические и некробиотические изменения клеточно-тканевых элементов плодного яйца в сочетании с нарушением сократительной способности матки приводят к длительному пребыванию замершего плодного яйца в матке. НБ характеризуется скрытым течением, тем самым затрудняя диагностику и приводя к возникновению серьезных осложнений [1, 2].

Лечение НБ заключается в эвакуации погибшего плодного яйца и назначении противовоспалительной терапии. Выбор тактики прерывания беременности остается одной из наиболее актуальных проблем акушерства и гинекологии, так как влечет за собой не только снижение рождаемости, но и оказывает отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщины. В настоящее время мы не можем отказаться от выполнения искусственного прерывания беременности, однако, должны свести риск возможных осложнений к минимуму. Поэтому, необходим поиск наиболее бережных методов прерывания беременности. Одним из которых является медикаментозное прерывание беременности [3].

Медикаментозное прерывание беременности — метод искусственного прерывания беременности, вызванный лекарственными средствами. Возможность его применения в 1 триместре беременности появилась в последние 25 лет и связана с открытием антипрогестина — мифепристона. Для медикаментозного прерывания НБ используется как комбинация антипрогестинов с простагландинами, так и монотерапия простагландинами (мизопроустолом). Эффективность медикаментозного прерывания определяется как полное опорожнение полости матки без необходимости хирургического вмешательства [4].

#### **Цель**

Установить эффективность медикаментозного прерывания НБ и выявить наиболее оптимальную схему.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациенток с диагнозом «Неразвивающаяся беременность» в период за 2014–2015 гг. Основную группу составили 100 женщин, которым проводилось медикаментозное прерывание НБ, в группу сравнения включены 50 женщин с НБ, которым проводилось выскабливание полости матки. В зависимости от схемы медикаментозного опорожнения матки пациенты основной группы были разделе-

ны на 3 подгруппы: 1a подгруппа (40 женщин) — Мифепристон 600 мг и Мизопростол 400 мг, 1b подгруппа (30 женщин) — Мифепристон 500 мг и Мизопростол 400 мг, 1c подгруппа (30 женщин) — Мизопростол 400 мг. Все препараты вводились перорально. Эффективность медикаментозного прерывания оценивалась методом УЗИ на 4–7 сутки.

Количественные данные представлены в виде медианы [25; 75 перцентилей], качественные — в виде доли и ошибки доли. Сравнение между группами проведено методом  $\chi^2$ , количественных данных — методом Манна — Уитни. Значимые различия считали при уровне  $p < 0,05$ .

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

Возраст пациенток в основной 1a подгруппе составил 29 [25; 30,5] года ( $p_{1a-ср} = 0,26$ ), в 1b подгруппе 28 [24; 32] года ( $p_{1b-ср} = 0,22$ ), в 1c — 29 [25,3; 33] года ( $p_{1c-ср} = 0,57$ ). В группе сравнения средний возраст составил 30 [28; 31,2] года.

Средний срок гестации на момент прерывания беременности в 1a подгруппе составил 69 [62,1; 76,5] дней ( $p_{1a-ср} = 0,9$ ), в 1b подгруппе — 74,0 [71,0; 84,6] дня ( $p_{1b-ср} = 0,2$ ), в 1c — 70 [55,4; 84,2] дней ( $p_{1c-ср} = 0,8$ ). В группе сравнения — 70,5 [63,5; 75] дней.

Выявлены следующие особенности акушерско-гинекологического анамнеза. Независимо от подгруппы в основной группе у 41 (41 ± 4,9 %) женщины данная беременность была первой, в то время как в группе сравнения только у 9 (18 ± 5,4 %) женщин были первобеременными ( $\chi^2 = 6,93$ ;  $p = 0,009$ ). Роды были в анамнезе у 54 (54 ± 5 %) женщин основной группы и 33 (66 ± 6,7 %) женщин группы сравнения ( $\chi^2 = 1,57$ ;  $p = 0,219$ ). С одинаковой частотой в обеих группах наблюдались внематочная беременность, невынашивание предыдущих беременностей. Медицинский аборт значимо реже выполняли пациентки основной группы, в отличие от пациенток группы сравнения — 9 (15,3 %) против 15 (36,6 %) ( $\chi^2 = 9,43$ ;  $p = 0,002$ ).

Сопутствующие гинекологические заболевания наблюдались с одинаковой частотой у пациенток основной и группы сравнения: у 51 (51 ± 5 %) и 25 (50 ± 7,1 %) соответственно ( $p = 0,973$ ). Наиболее часто выявлялись фоновые заболевания шейки матки у 56,9 и 36 % женщин соответственно по группам ( $p = 0,2$ ); миома матки — у 5,9 и 20 % ( $p = 0,158$ ), доброкачественные образования яичников — у 25,5 и 32 % ( $p = 0,746$ ), бесплодие — у 9,8 и 5,4 % ( $p = 0,868$ ), урогенитальные инфекции — у 13,7 и 4 % соответственно ( $p = 0,368$ ). Не выявлено значимых различий между группами по числу оперативных вмешательств в анамнезе, из которых кесарево сечение наблюдалось у 50 и 56,3 % женщин соответственно ( $p = 0,820$ ), аппендектомия — у 35,3 и 25 % ( $p = 0,687$ ), тубэктомия — у 5,9 и 18,7 % ( $p = 0,363$ ), резекция яичника — у 5,5 и 12 % женщин по группам соответственно ( $p = 0,695$ ). Не выявлено различий между группами по частоте и структуре экстрагенитальной патологии, которая наблюдалась у 25 % в основной и 18 % женщин в группе сравнения. Эффективность прерывания беременности при НБ представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Эффективность различных методов прерывания НБ

Показатель	Группа 1a (n = 40)	Группа 1b (n = 30)	Группа 1c (n = 30)	Группа сравнения (n = 50)
Эффективность n (P ± s <sub>p</sub> , %)	38 (95 ± 3,5 %)	25 (83,3 ± 6,8 %)	28 (93,3 ± 4,6 %)	46 (92 ± 3,8 %)
М-эхо на 4–7 сутки Me [25; 75] (мм)	7,1 [5; 11]* Z = 2,57; p = 0,01	7,5 [5,9; 9,9]* Z = 2,66; p = 0,008	6,1 [5; 10]* Z = 2,35; p = 0,02	5 [3; 7,9]

\* Статистически значимая разница с группой сравнения

#### **Выводы**

1. На выбор метода опорожнения полости матки при неразвивающейся беременности не влияли возраст пациентки, срок замершей беременности, особенности гинекологической и экстрагенитальной патологии. По данным критериям пациентки основной и группы сравнения не различались.

2. Значимое преимущество для проведения медикаментозного прерывания НБ отмечено для первобеременных ( $p = 0,009$ ) и женщин, не имевших медицинский аборт в анамнезе ( $p = 0,002$ ).

3. Наиболее эффективной для проведения медикаментозного прерывания НБ является комбинация мифепристона (600 мг) и мизопропростол (400 мг) — 95 %. Более эффективным (93,3 %), чем выскабливание полости матки (92 %) является применение мизопростола (400 мг).

4. При медикаментозном прерывании НБ по сравнению с выскабливанием полости матки М-эхо на 4–7 сутки значимо больше, что не является информативным критерием эффективности и требует более поздних сроков контроля.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский, В. Е. Неразвивающаяся беременность / В. Е. Радзинский, В. И. Димитрова, И. Ю. Майскова. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. — 196 с.

2. Ранние сроки беременности / под ред. В. Е. Радзинского, А. А. Оразмурадова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Медиабюро. Статус презенс, 2009. — 480 с.

3. Агеева, М. И. Аборт в 1 триместре беременности / М. И. Агеева; под ред. В. Н. Прилепской, А. А. Куземина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 224 с.

4. Дикке, Г. Б. Медикаментозный аборт: рук-во для врачей / Г. Б. Дикке; под ред. В. Е. Радзинского. — М.: МЕД-пресс-информ, 2015. — 344 с.

#### УДК 616.211-005.1

### АНАЛИЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ СОСТОЯВШИХСЯ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО ДАННЫМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (2015 г.)

*Солодка А. Б., Саливончик С. Д.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Проблема носовых кровотечений в оториноларингологии занимает особое место. С одной стороны, большинство исследователей считают носовое кровотечение не самостоятельной нозологической единицей, а симптомом, который встречается при самых разнообразных заболеваниях, как ЛОР-органов, так и организма в целом [1].

Особенности строения слизистой оболочки носа, богатство ее кровоснабжения обуславливают кровоточивость этой области и частоту носовых кровотечений.

Среди причин, вызывающих носовые кровотечения, выделяют общие и местные. К местным относят: травмы, хирургические вмешательства, изъязвления в полости носа, опухоли и новообразования, инородные тела, атрофические процессы в носу [2].

Общие причины обусловлены изменением в сосудистой системе или в составе крови. К ним относят: артериальную гипертензию; тяжелые анемии; геморрагические диатезы, такие как Гемофилия, болезнь Шенлейн-Геноха, болезнь Рандю-Ослера; заболевания органов кроветворения — ретикулоцитоз, лейкоз; септические состояния; гипо- и авитаминозы; острые инфекционные заболевания; при заболеваниях печени, селезенки; у пациентов с ОРИ на фоне приема НПВС; после чрезмерного приема антикоагулянтов; викарные кровотечения и конкомитирующие (сопровождающие) — сопровождают, либо взамен менструаций [3].

#### **Цель**

Проанализировать группу пациентов с диагнозом носовое кровотечение, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-клинике с 1 января по декабрь 2015 г.: в зависимости от пола, возраста, сопутствующих заболеваний, показателей общего анализа крови, коагулограммы, методов остановки кровотечения, проводимому лечению.