

сосудистых заболеваний. Инсульт головного мозга как причина летальности занимает 3-е место среди всех заболеваний людей и характеризуется высоким числом инвалидизации. При этом ишемическая болезнь сердца обуславливает большинство осложнений.

#### **Цель**

Ретроспективное исследование результатов обследования и лечения больных с атеросклеротическими поражениями брахицефальных артерий (БЦА) с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС).

#### **Методы исследования**

Проанализировано 205 случаев с поражениями БЦА. Средний возраст больных составлял 65 лет. У 135 (65,9 %) была диагностирована ИБС на основании характерной клиники стенокардии, перенесенного инфаркта миокарда, данных ЭКГ в спокойствии, нагрузочных тестов, коронароангиографии. Эта часть составляла группу изучения (1-я группа). В контрольную группу вошло 70 пациентов с изолированными поражениями БЦА (2-я группа).

#### **Результаты исследования**

Оценивались ранние и отдаленные результаты лечения. Ранние результаты операций на БЦА в 1-й группе больных были следующими: у 79,3 % больных — хорошие, у 14,1 % — удовлетворительные, у 3,7 % — неудовлетворительные, у 2,9 % — летальный исход. Во 2-й группе у 85,7 % пациентов, в целом, наблюдались хорошие результаты, у 10,0 % — удовлетворительные, у 2,9 % — неудовлетворительные и у 1,4 % — летальность. Отдаленные результаты у 78,5 % больных были хорошими, у 16 % — наблюдалось ухудшение и у 5,5 % — закончились летальным исходом.

#### **Выводы**

1. У больных, подлежащих операции на БЦА, сочетанное поражение коронарных сосудов встречалось в 67 %.
2. Всем пациентам до операции на БЦА с целью выявления сопутствующей ИБС целесообразно выполнять ЭКГ, Эхо-КГ, нагрузочные тесты, КВГ.
3. При наличии сочетанного поражения первым этапом выполняются операции на артериях головного мозга.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Литвинова, Н. Ю. Хирургическое лечение атеросклеротических поражений брахицефальных артерий у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Ю. Литвинова. — Киев, 2005. — С. 5–11.
2. Мишалов, В. Г. Лекции по госпитальной хирургии / В. Г. Мишалов. — Киев: Аскания, 2008. — Т. 1. — С. 211–269.
3. Покровский, А. В. «Классическая» каротидная эндартеректомия / А. В. Покровский // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2001. — Т. 7, № 1. — С. 101–104.
4. Савчук, Е. А. Особенности клиники и диагностики дисциркуляторной энцефалопатии у больных с поражениями сердечного ритма и проводимости: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. А. Савчук. — Харьков, 2000. — С. 5–15.
5. Смоланка, В. И. Хирургическое лечение острых ишемических поражений мозгового кровообращения, обусловленного патологией экстракраниальных отделов сонных артерий: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. И. Смоланка. — Киев, 2002. — С. 6–34.

**УДК 618.146+618.4-089.163**

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ**

**Нахабина Е. В., Конопелько И. М., Шаповалова Е. В.,  
Эйныш Е. А., Кульчик О. Р.**

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

#### **Введение**

Проблема рационального подхода к преиндукционной подготовке шейки матки является одной из наиболее сложных и актуальных в современном акушерстве. Для

эффективного начала и дальнейшего прогрессирования нормальной родовой деятельности важным условием является наличие «зрелой» шейки матки, что отражает готовность организма матери и плода к родам. При «незрелой» шейке матки нельзя проводить родовозбуждение и усиливать родовую деятельность из-за опасности нарушения сократительной деятельности матки, возникновения гипоксии и травмы плода. Кроме того, при экстрагенитальной патологии и осложненном течении беременности часто возникает необходимость в досрочном родоразрешении. В таких случаях перед родовозбуждением требуется подготовить шейку матки к родам. С этой целью широко используют медикаментозные (простагландины и др.) и немедикаментозные (баллонная дилатация катетером Фоллея) методы или применяют их комбинации [2].

#### **Цель**

Сравнительный анализ эффективности методов подготовки шейки матки к родам.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 71 истории родов, произошедших в 2010 г. в акушерских отделениях ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2». В исследуемые группы вошли беременные репродуктивного возраста 22–30 лет, с доношенной беременностью и «незрелой» шейкой матки. Показаниями к подготовке шейки матки к родам являлись наличие «незрелой» шейки матки при доношенной беременности (менее 6 баллов по шкале Bishop) в сочетании с осложнениями гестации. В 1-ю группу были включены 22 беременные, у которых в качестве метода подготовки шейки матки к родам использовалось интрацервикальное введение простагландина E<sub>2</sub>, во 2-й группе (41 беременная) применялось введение баллонного дилатора (катетера Фоллея), в 3-й группе (8 пациенток) подготовка к родам проводилась путем комбинирования этих 2-х методов. Для статистического анализа использовался пакет прикладных программ «Statistica» 6.0. Качественные признаки представлены в виде доли и ошибка доли ( $P \pm p_s$ ), количественные — в виде Me, 5, 95 квартилей. Для сравнения множественных независимых признаков в группах был использован метод Краскела-Уоллиса. Для сравнения 2-х независимых признаков использовался метод Манна-Уитни и точный критерий Фишера с поправкой Бонферрони для множественных сравнений. Пациентки исследуемых групп были сопоставимы по возрасту, паритету, сроку беременности, частоте осложнений беременности и экстрагенитальной патологии.

#### **Результаты и обсуждение**

Среди пациенток изучаемых групп преобладали беременные, которым предстояли 1-е роды — у 39 (54,9 ± 0,06 %) женщин, 2-е — у 15 (21,1 ± 0,05), 3-и — у 14 (19,7 ± 0,05 %) и 4-е — у 3 (4,2 ± 0,02 %) беременных. Медиана времени от начала использования метода подготовки шейки матки до наступления регулярной родовой деятельности в 1-й группе составила 9 часов (3, 72 часа), во 2-й — 22 часа (2, 125 часов), в 3-й — 22 часа (6,3, 96 часов). Выявлены статистически значимые различия по данному показателю у пациенток первой группы в сравнении со второй группой ( $U = 193,5$ ;  $p = 0,0002$ ). Данные различия можно объяснить действием простагландинов на структуру и систему микроциркуляции ткани шейки матки, а также сокращающим действием на гладкую мускулатуру матки, и усилением выделения эндогенных простагландинов [1]. Преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ) в 1-й группе не наблюдалось; во 2-й группе имел место 1 случай ПИОВ (2,4 ± 0,02%), в 3-й — 2 случая ПИОВ (25,0 ± 0,15 %). Таким образом, статистически значимо чаще преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у пациенток третьей группы в сравнении с первой и второй группами ( $U = 66,0$ ;  $p = 0,017$  и  $U = 127,0$   $p = 0,016$  соответственно). Таким образом, использование геля ПГ E<sub>2</sub> является наиболее бережным способом подготовки шейки матки к родам, и способствовало раскрытию маточного зева с сохранением целостности плодного пузыря [1].

В качестве метода родоиндукции амниотомия произведена у 28 ( $39,4 \pm 0,06$  %) беременных в 1-й группе — у 6 ( $27,3 \pm 0,09$  %); во 2-й — у 18 ( $43,9 \pm 0,08$  %), в 3-й — у 4 ( $50,0 \pm 0,18$  %). Медиана продолжительности родов составила в 1-й группе 6,25 часа (3, 10,5 часов), во 2-й группе — 6,45 часа (2, 12 часов), в 3-й группе — 4 часа (3, 7,5 часов). Слабость родовых сил и последующая стимуляция окситоцином наблюдалась у 38 ( $53,5 \pm 0,06$  %) рожениц: в 1-й группе — у 10 ( $45,45 \pm 0,1$  %); во 2-й — у 22 ( $53,7 \pm 0,08$  %), в 3-й — у 6 ( $75,0 \pm 0,15$  %) рожениц. Родоразрешение через естественные родовые пути в 1-й группе было у 17 ( $77,3 \pm 0,09$  %) рожениц, во 2-й — у 40 ( $95,2 \pm 0,02$  %), в 3-й — у 5 ( $62,5 \pm 0,17$  %). Статистически значимо чаще производилось родоразрешение путем операции кесарева сечения в 1-й и 3-й группах по сравнению со 2-й группой —  $22,7 \pm 0,09$  % против  $4,8 \pm 0,02$  % ( $U = 370,5$ ;  $p = 0,03$ ) и  $37,5 \pm 0,17$  % против  $4,8 \pm 0,02$  ( $U = 110,5$ ;  $p = 0,006$ ). Причиной высокой частоты оперативного родоразрешения в 1-й группе пациенток был клинически узкий таз, выявленный у 2 ( $9,1 \pm 0,06$  %) рожениц, в остальных группах данного осложнения не наблюдалось. В остальных случаях показанием к кесареву сечению являлась слабость родовых сил, отсутствие эффекта от родовозбуждения. Течение последового периода осложнилось плотным прикреплением плаценты и дефектом последа у 7 ( $9,9 \pm 0,03$  %) рожениц: во 2-й группе — у 6 ( $14,6 \pm 0,05$  %), в 3-й — у 1 ( $12,5 \pm 0,12$  %) пациентки; патология послеродового периода, включающая субинволюцию матки, наблюдалась у 4 (5,6 %) родильниц: во 2-й группе — у 3 ( $7,3 \pm 0,04$  %), в 3-й — у 1 ( $12,5 \pm 0,12$  %) пациентки. У пациенток 1-й группы данных осложнений не наблюдалось.

#### **Выводы**

1. При применении метода интрацервикального введения геля ПГ Е2 регулярная родовая деятельность появляется статистически значимо быстрее по сравнению с методикой баллонной дилатации для родоподготовки и составляет 9 часов ( $U = 193,5$ ;  $p = 0,0002$ ).

2. При применении метода интрацервикального введения геля ПГ Е2 в 1-й группе не наблюдалось преждевременного излития околоплодных вод ( $U = 66$ ;  $p = 0,017$  и  $U = 127$ ;  $p = 0,016$ ) и осложнения последового и послеродового периода.

3. Пациенткам 1-й группы реже требовалась индукция амниотомией (в 1-й группе — у 6 ( $27,3 \pm 0,09$  %) беременных; во 2-й — у 18 ( $43,9 \pm 0,08$  %), в 3-й — у 4 ( $50,0 \pm 0,18$  %) женщин).

4. При применении метода баллонной дилатации путем введения катетера Фоллея в цервикальный канал роды чаще завершаются через естественные родовые пути ( $U = 370,5$ ;  $p = 0,034$ ;  $U = 110,5$ ;  $p = 0,006$ ).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кулаков, В. И. Руководство по акушерству / В. И. Кулаков, И. С. Сидорова, И. О. Макаров. — М.: Медицина, 2006. — С. 8–15.
2. Макаров, И. О. Современные методы подготовки организма к родам. Родовозбуждение и родостимуляция / И. О. Макаров. — М.: Медицина, 2007. — С. 48–54.
3. Национальное руководство «Акушерство» / Э. К. Айламазян [и др.]. — М., 2009. — С. 86–93.

**УДК 612.018:612.392.45**

### **ГЕПЦИДИН. ГОРМОН ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА**

**Никишин Д. С.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор П. П. Потапов**

**Учреждение образования**

**«Ярославская государственная медицинская академия»**

**г. Ярославль, Российская Федерация**

Число обнаруженных факторов, участвующих в регуляции обмена железа, стремительно увеличивается. Центральную роль в регуляции всасывания железа в кишечнике, поступления его в плазму крови и запасания в организме играет печень.