

нию с позиции терапевтического эффекта и индивидуального назначения аспирина, учитывая риск потенциальных кровотечений различной локализации.

Частота использования свежезамороженной плазмы (СЗП) у пациентов с I и II степенью АГ с приемом и без приема аспирина не имела достоверности различий 7 и 8,4 % соответственно, $p > 0,05$. При III степени АГ более частое использование СЗП имело тенденцию к достоверности в первой группе у пациентов с приемом аспирина — 6,3 % по сравнению с 1,4 % во второй группе ($\chi^2 = 3,36$, $p = 0,067$). Частота постановка задней тампонады с целью полной остановки кровотечения также достоверно не отличалась между исследуемыми группами. Так, в группе АГ с использованием аспирина использование задней тампонады составило 6,3 % против 4,2 % в группе АГ без приема аспирина ($\chi^2 = 1,731$, $p = 0,188$).

Вывод

Развитие носовых кровотечений у пациентов с АГ I и II степени в большей степени зависит от неадекватного снижения самого АД, чем приема аспирина ($\chi^2 = 3,379$, $p = 0,083$). При III степени АГ имеется аддитивное влияние АД и аспирина на частоту носовых кровотечений ($\chi^2 = 56,577$, $p = 0,0001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко, Н. В. Локализованное внутрисосудистое свертывание крови у больных с носовыми кровотечениями / Н. В. Бойко, С. Н. Панченко // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 2001. — № 3. — С. 5–9.
2. Волков, А. Г. Носовые кровотечения / А. Г. Волков, Н. В. Бойко, В. В. Киселев. — М.: Джангар, 2002. — С. 276.
3. Еременко, Ю. Е. Носовые кровотечения / Ю. Е. Еременко, Л. Э. Макарина-Кибак. — Минск: БГМУ, 2009. — 15 с.
4. Киселев, В. В. Некоторые вопросы патогенеза рецидивирующих носовых кровотечений на фоне артериальной гипертензии / В. В. Киселев, В. Б. Трушин // Российская ринология. — 2005. — № 2. — С. 25–29.
5. Макарина, Л. Э. Новый метод остановки носовых кровотечений / Л. Э. Макарина // Российская оториноларингология. — 2005. — № 3. — С. 51–53.

УДК 618.333

ФАКТОРЫ РИСКА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Санталова М. А., Захаренкова Т. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Во второй половине XX в. в связи с развитием медицины и совершенствованием перинатальной службы частота потери плода снизилась в 10 раз. Произошло значительное снижение уровня интранатальной и неонатальной смертности, однако уровень антенатальной гибели плода (АГП) остается высоким и составляет 70 % в структуре перинатальных потерь [3].

Ежегодно в мире происходит 2,6–3 млн мертворождений, т. е. 7600–8200 мертворождений ежедневно. Частота АГП в Республике Беларусь составляет 2,3–2,7 ‰, в России — 5–6,3 ‰; в Великобритании — до 5 ‰; в США — до 10 ‰, странах Африки — 10–20 ‰ [4].

По нашим данным в период с 2011 по 2015 гг. в г. Гомеле и Гомельской области из 194 случаев АГП 95,3 % (185) приходится на АГП на фоне плацентарной недостаточности, 1 % (2) — гемолитическая болезнь, 2 % (4) — внутриутробная инфекция, 1 % (2) — врожденные пороки развития, 0,5 % (1) — идиопатическая водянка плода. По срокам гестации АГП произошла в 43,3 % при доношенной беременности и 56,7 % при недоношенной.

По данным ряда авторов Европы и США около 40–60 % случаев внутриутробной смерти причина остается невыясненной и профилактическая стратегия, ориентированная на выявлении факторов риска, имеет основное значение в снижении антенатальных потерь [1].

Цель

Установить основные факторы риска АГП по данным мировой литературы.

Материал и методы исследования

Проведен анализ русскоязычной и англоязычной литературы, включая метаанализы за последние 5 лет по факторам риска АГП.

Результаты исследования и их обсуждения

В последние годы увеличилось число беременных старше 30 лет, когда повышается риск развития патологии сердечно-сосудистой, мочевыделительной, эндокринной систем, акушерских осложнений, таких как преэклампсия, гестационный диабет, риск хромосомных аберраций у плода, что создает неблагоприятные условия для роста и развития плода.

По данным зарубежных исследований у первобеременных женщин чаще встречается АГП, что позволяет первую беременность рассматривать как один из факторов риска неблагоприятных исходов для плода [1, 4]. Кроме того, плодовые потери в анамнезе увеличивают риск мертворождения в 2–10 раз. Этот риск во многом зависит от расы, этиологии и гестационного возраста гибели плода, наличия задержки роста плода [4].

Одним из значимых и доказанных факторов АГП является курение во время беременности. Курение более 3-х сигарет в день увеличивает риск антенатальных потерь в 1,5–2 раза по сравнению с некурящими, а 10 сигарет в день увеличивает на 20 % частоту преждевременной отслойки плаценты. В табачном дыме в большой концентрации содержится монооксид углерода (угарный газ), который связывая гемоглобин снижает доставку кислорода к плоду. За счет снижения уровня витамина С у курящих беременных нарушается синтез коллагена, развиваются микроинфаркты и атероматозные изменения в сосудах, что приводит к дегенеративным и воспалительным процессам в плаценте [5].

Новозеландскими исследователями установлена связь между сном и вероятностью АГП. Риск АГП увеличивается если беременная женщина в последний месяц перед родами спит менее 6 ч либо более 8 ч и регулярно спит днем, а также в последнюю ночь спит на спине или на правом боку и встает менее 2-х раз за ночь [6].

Проведенный Австралийским Национальным университетом метаанализ 13 независимых исследований показал, что избыточная масса тела и ожирение (ИМТ > 25) до беременности способствует приблизительно 8 тыс. мертворождений ежегодно среди всех высокоразвитых стран. Не доказана связь между АГП и ИМТ женщины < 25 [1].

Повышен риск АГП у женщин с экстрагенитальной патологией: сахарным диабетом, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в части артериальной гипертензией, а также инфекционной патологией органов дыхания и мочеполовой системы [1, 3, 4].

Неоднозначные получены данные о взаимосвязи врожденных тромбофилических состояний с АГП: ряд исследований указывает на увеличение частоты тромбофилий с мутацией гена протромбина, дефицитом протеина С, протеина S, антитромбина III при «необъяснимой» гибели плода (до 65 %), другие отрицают данную взаимосвязь [4].

Одним из клинически значимых факторов риска АГП является синдром задержки роста плода, патогенез которого сложен и затрагивает процессы имплантации, инвазии цитотрофобласта, гестационной перестройки спиральных артерий, становления маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения, функционирования плаценты. Прогностически значимым фактором риска АГП является сочетание нарушений кровотока в маточной артерии с нарушениями формы и структуры плаценты, выявленными при ультразвуковом исследовании [3, 4].

Аномалии пуповины и ее прикрепления могут явиться факторами риска или стать непосредственной причиной АГП. Истинный узел пуповины встречается в 1 % всех беременностей, в 6 % случаев приводит к неблагоприятным последствиям, так как вызывает замедление кровотока, создает риск тромбирования сосудов пуповины и может стать причиной острой гипоксии и дистресса плода. Подтверждает диагноз истинного узла наличие обратного кровотока при доплерометрии. Еще одним фактором риска АГП является оболочечное прикрепление пуповины, наблюдаемое 1,1 % при одноплодной беременности и до 16 % при многоплодии. При этом происходит ремоделирование сосудов плаценты и перераспределение маточно-плацентарного кровотока, ассоциируется с синдромом задержки роста плода, врожденными пороками развития (атрезия пищевода, пороки сердца, обструктивные уродатии, spina bifida). Диагностика оболочечного прикрепления пуповины при ультразвуковом исследовании не вызывает трудностей в I и II триместрах, в III триместре возможна лишь в 20 % случаев [7].

При неразвивающейся беременности до 20 недель исследователи отмечают синхронное снижение сывороточных концентраций PAPP-A, ТБГ, ПЛ, фактора роста плаценты, α -фетопротеина, указывающих на крайнюю степень истощения адаптивных механизмов. В то же время для поздних антенатальных потерь характерно более высокая концентрация альфа-фетопротеина и низкая концентрация фактора роста плаценты, что свидетельствует об иных патогенетических механизмах внутриутробной смерти [4].

Выводы

Таким образом, основными факторами риска АГП согласно данным доказательной медицины являются: возраст женщины старше 30 лет, первая беременность, плодовые потери в анамнезе, курение, избыточная масса тела, наличие экстрагенитальных заболеваний, синдром задержки роста плода, аномалии пуповины и ее прикрепления, изменения сывороточных концентраций плацентарных и плодовых белков.

Учитывая многофакторность АГП и отсутствие прогностических критериев необходимо детальный анализ каждого случая данной патологии с последующей разработкой актуальных моделей профилактики и прогнозирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis / V. Flenady [et al.] // *Lancet*. — 2011. — Vol. 377. — P. 56–67.
2. Maternal prepregnancy obesity and cause-specific stillbirth / L. M. Bodnar [et al.] // *The American journal of clinical nutrition*. — 2015. — Vol. 102. — P. 82–96.
3. Конфаундинг-факторы антенатальной гибели плода / Е. П. Белозерцева [и др.] // *Дальневосточный медицинский журнал*. — 2014. — № 4. — С. 50–52.
4. Современный взгляд на проблему антенатальной гибели плода / С. В. Короткова [и др.] // *Сибирский медицинский журнал*. — 2014. — № 7. — С. 5–10.
5. Сахарова, Г. М. Табакокурение и репродуктивная функция женщин / Г. М. Сахарова, Н. С. Антонов // *Российский медицинский журнал*. — 2013. — № 1. — С. 12–20.
6. Association between maternal sleep practices and risk of late stillbirth: a case-control study / T. Stacey [et al.] // *BMJ*. — 2011. — Vol. 342. — P. 403.
7. Фомина, М. П. Особенности объемного плацентарного кровотока при аномальном прикреплении пуповины / М. П. Фомина // *Вестник ВГМУ*. — 2013. — № 1. — С. 56–63.

УДК 613.74

ПРОБЛЕМА ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Саутина Ю. П., Шикасюк В. П.

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Демянов

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Пожалуй, никто не станет оспаривать тот факт, что молодежь особая категория населения представляет собой опору и надежду любого государства. Одним из факторов, значительно ослабляющих здоровье человеческого организма, являются вредные привычки. Среди них не последнее место занимает табакокурение. Надо отметить, что данная вредная привычка в последнее время приобретает все большее распространение, в особенности среди молодежи. Актуальность исследования определяется тем, что напряженный темп учебы предъявляет повышенные требования к компенсаторным механизмам психики. Нарушение адаптационных возможностей может привести к появлению следующих симптомов: депрессивное настроение, тревожность, нарушение сна, недостаточная концентрация внимания, различные соматические жалобы. Формирование здорового образа жизни среди студентов крайне важно, так как после завершения обучения в университете и приступив к работе в практическом здравоохранении, они будут пропагандировать здоровый образ жизни среди населения.