

рование атеросклероза коронарных сосудов, магистральных сосудов ног и головы. По данным ряда исследований, связующим звеном между стрессом и атерогенезом является эндотелиальная дисфункция.

### **Заключение**

Таким образом, многочисленные исследования свидетельствуют о том, что стресс и стресс-индуцированные состояния (тревога, депрессия) являются независимыми ФР ССЗ. Эти состояния многократно повышают риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов: инфаркта миокарда, мозгового инсульта, угрожающих жизни аритмий, внезапной кардиальной смерти, а также утяжеляют течение уже имеющихся ССЗ.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Трошин, В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика / В. Д. Трошин. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 784 с.
2. Cardiovascular reactivity and mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary artery disease / D. S. Krants [et al.] // Psychosom Med. — 1991. — Vol. 53. — P. 1–12.
3. Psychological distress, physical illness, and risk of coronary heart disease / F. Rasul [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. — 2005. — Vol. 59. — P. 140–145.
4. Russek, H. I. Is emotional stress an etiologic factor in coronary heart disease? / H. I. Russek, L. G. Russek // Psychosomatics. — 1976. — Vol. 17. — P. 63–67.
5. Socioeconomic status and stress-related Biological responses over the working day / A. Steptoe [et al.] // Psychosom Med. — 2003. — Vol. 65. — P. 461–470.

**УДК 616.211-005.1:616.12-008.331.1]:615.211**

## **НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: МЕСТО АСПИРИНА**

*Саливончик С. Д., Солодкая А. Б.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент И. Д. Шляга; д.м.н., доцент Д. П. Саливончик**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Сердечно-сосудистые заболевания прочно удерживают наиболее высокий удельный вес среди всей имеющейся патологии. Основной вклад в данную статистику вносит заболеваемость артериальной гипертензией (АГ) [1, 3, 5]. Практически 30 % населения земного шара имеют данную патологию, часто в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС), и большое количество ее осложнений, наиболее серьезным из которых является инсульт, также развитие аневризм аорты, гипертрофии левого желудочка, ретино- и нефропатии [4]. Особое внимание среди осложнений данной патологии уделяется развитию носовых кровотечений, которые возникли на фоне АГ и ее кризов. Пациенты с симптоматическим носовым кровотечением поступают в ЛОР-отделения многопрофильных стационаров, где лечение основного заболевания осуществляется как оториноларингологом, так и врачом терапевтом. Современное ведение пациента с АГ, часто в сочетании с нарушениями ритма в виде фибрилляции предсердий, требует относить пациента с данной патологией к высокому риску осложнений и назначать аспирин и антикоагулянтную терапию (варфарин) для предупреждения большого числа осложнений [2, 4]. У оториноларинголога в арсенале остаются возможности механической остановки кровотечений (передняя и задняя тампонада при отмене приема аспирина либо варфарина с последующей коагуляцией кровоточащих сосудов полости носа, а также в случае рецидивирования носового кровотечения – гемотрансфузия и повторная тампонада [1, 2, 3, 5]. Возникает вопрос к терапевтам об адекватности снижения АД и выборе гипотензивных препаратов.

### **Цель**

Оценить зависимость возникновения носовых кровотечений от уровня АД и факта приема аспирина.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 230 историй болезни пациентов с диагнозом носового кровотечения, госпитализированных в оториноларингологическое отделение учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2013 и 2015 гг. Средний возраст пациентов составил  $56,3 \pm 16,9$  года. Из них доля мужчин составила 47,8 % ( $n = 110$ ), женщин 52,2 % ( $n = 120$ ). Пациенты с АГ составили 86,5 % ( $n = 199$ ) от всех кровотечений. Выделены 2 клинические группы пациентов. В первую группу вошли пациенты с АГ, принимающие аспирин ( $n = 128$ ), во вторую группу — пациенты с АГ без приема аспирина ( $n = 71$ ). Пациенты по половозрастным критериям достоверно не различались,  $p > 0,05$ . Для статистической обработки использованы параметрические и непараметрические методы. Метод статистического анализа выбирался в зависимости от распределения данных. При нормальном распределении количественных данных в сравнительном анализе использован критерий Стьюдента, а сами данные представлены в виде средних величин и среднего квадратичного отклонения ( $\sigma$ ). При неправильном распределении данных использованы непараметрические критерии Манна-Уитни, Вилкоксона, а данные представлены в виде медианы (Me) и величины интерквартильного размаха (25-й, 75-й процентиля). При обработке дихотомических переменных в таблицах сопряженности использованы критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса на непрерывность либо двухсторонний вариант точного критерия Фишера с применением при необходимости поправки Бонферрони с применением пакета прикладных программ SPSS 11,5.

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

Для выявления роли приема аспирина и уровня АД в развитии носовых кровотечений все пациенты с АГ в зависимости от степени АГ поделены на подгруппы, данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнительная характеристика пациентов с носовыми кровотечениями в зависимости от степени АГ и приема аспирина,  $P \pm p$

Степень АГ	Прием аспирина, %		n	Достоверность различий
	да	нет		
I степень (140–159 / 90–99 мм рт. ст.)	1 ( $11,1 \pm 0,02$ )	8* ( $88,9 \pm 0,01$ )	9	$\chi^2 = 7,693$ $p = 0,011$
II степень (160–179/100–109 мм рт. ст.)	52 ( $49,5 \pm 0,01$ )	53 ( $50,5 \pm 0,01$ )	105	$\chi^2 = 3,379$ $p = 0,083$
III степень ( $> 180/110$ мм рт. ст.)	75* ( $88,2 \pm 0,01$ )	10 ( $11,8 \pm 0,03$ )	85	$\chi^2 = 56,577$ $p = 0,0001$
Всего	128	71	199	

*Примечания:* АГ — артериальная гипертензия; n — количество пациентов;  $P \pm p$  — доля и ошибка доли; \* достоверность различий между исследуемыми группами  $p < 0,05$ .

При анализе таблицы 1 получены следующие результаты. Пациенты с носовым кровотечением при I степени АГ принимали аспирин в 11,1 % случаев, но кровотечения возникали достоверно чаще в группе АГ без приема аспирина — 88,9 % ( $\chi^2 = 7,693$ ,  $p = 0,011$ ). Для пациентов со II степенью АГ прием аспирина не влиял на частоту развития кровотечения. Так, доля пациентов со II степенью АГ и приемом аспирина составила  $49,5 \pm 0,01$  %, без приема аспирина  $50,5 \pm 0,01$  % ( $\chi^2 = 3,379$ ,  $p = 0,083$ ). При наличии АГ III степени получены иные результаты. Практически все пациенты с данной патологией принимали аспирин как пациенты высокого риска неблагоприятного исхода. Доля кровотечений в данной группе составила  $88,2 \pm 0,01$  %, что достоверно выше, чем у пациентов в группе без приема аспирина —  $11,8 \pm 0,03$  % ( $\chi^2 = 56,577$ ,  $p = 0,0001$ ).

Таким образом, развитие кровотечения у пациентов с АГ I и II степени по данным настоящего исследования в большей степени связано с наличием самого АД и неадекватным его лечением. У пациентов с III степенью АГ развитие кровотечения связано как с высоким уровнем АД, так и приемом аспирина, что требует индивидуального подхода к лече-

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.