

three-dimensional conformal radiotherapy on a linear accelerator Clinac 600 C with photon energy 6 MeV to an isoeffective total focal dose of 60.0-70.0 Gy.

The evaluation of the immediate response to treatment was based on the review and methods of visualization of the tumor cell (CT, MRI) using the criteria of RECIST v.1.1. The obtained data was processed in statistic software STATISTICA v. 12 using nonparametric methods for a small number of elements of the sample population. Also, the overall one-year and two-year survival was studied using the Kaplan-Meier method and life time tables. The obtained results were compared on the basis of the probability criterion of log-rank, p-criterion of significance of statistical differences. In all cases, the difference was considered statistically significant at  $p < 0.05$ .

The direct results of treatment in radiochemotherapy groups were shown to be equal and amounted to 77.0 % with 5-fluorouracil and 73.5 % with cisplatin ( $p = 0.35$ ). These rates exceed the results of radiotherapy only treatment – 58.2 % ( $p < 0.05$ ).

Two-year survival rate was higher when using the developed method of chronomodulated radiochemotherapy with 5-fluorouracil in the dose hypofractionation mode than when using radiotherapy alone –  $(46.2 \pm 8.0)$  versus  $(25.7 \pm 7.4)$  %, respectively ( $p = 0.03$ ), whereas, when using radiotherapy with cisplatin, this figure was  $(38.2 \pm 8.3)$  % ( $p = 0.13$ ). Median survival when using chronomodulated radiochemotherapy with 5-fluorouracil was  $(17.5 \pm 3.6)$  months versus  $(13.2 \pm 3.2)$  in the group using radiochemotherapy with cisplatin ( $p < 0.0001$ ).

The toxicity of therapy is of great importance in the treatment of the patient, because the final result of the process depends on it. Thus, expressed manifestations of unwanted events led to the patient's refusal from further treatment or to deterioration of their general condition, hematological parameters, appearance of pronounced local reactions, which required the doctor to stop treatment before stabilizing the patient's condition, and in some cases, their hospitalization.

In our study, grade 3-4 radiation mucositis was more commonly observed with cisplatin (47.0 %). With the use of 5-fluorouracil and with only radiotherapy, the development rate of grade 3 radiation mucositis was 35.9 and 25.7 %, respectively ( $p = 0.17$ ), and no case of grade 4 mucositis was recorded. Dyspeptic events were significantly more frequent in the radiochemotherapy group with cisplatin – 58.8 vs. 5.1 % with chronomodulated administration of 5-fluorouracil ( $p < 0.0001$ ). This led to a more than 10.0 % decrease in body weight in most patients receiving cisplatin. Concerning hematological toxicity, in the case of cisplatin, grade 2-3 leukopenia was registered in 14.7 % of cases, compared with 5.1 % with the use of chronomodulated administration of 5-fluorouracil.

Thus, by analyzing the immediate and long-term results of treatment, there was no significant difference in the indices when using the developed method of chronomodulated radiochemotherapy in comparison with traditional radiochemotherapy with cisplatin. However, high toxicity of radiochemotherapy with cisplatin was noted, in contrast to chronomodulated administration of 5-fluorouracil. That is why it is expedient to use the regimen with 5-fluorouracil in the treatment of patients with reduced somatic status and elderly patients.

**Key words:** head and neck cancer, chronomodulated therapy, hypofraction, chemoradiotherapy, radiation toxicity.

*Рецензент – проф. Баштан В. П.  
Стаття надійшла 15.05.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2018-2-144-135-138

УДК 618.3-06:618.39-021.3

*Ахундова Г. И.*

### ОСОБЕННОСТИ И ПРИЧИНЫ ВЫКИДЫШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей

им. А. Алиева (г. Баку, Азербайджан)

[nauchnayastatya@yandex.ru](mailto:nauchnayastatya@yandex.ru)

**Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами.** Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Прогнозирование и профилактика потери беременности первой половины».

**Вступление.** На современном этапе развития акушерства основными его задачами являются создание оптимальных условий для осуществления функции материнства, сохранения ее здоровья и обеспечения здорового ребенка [1,2]. В последние годы сфера научных интересов в перинатальной охране плода сместилась к ранним срокам беременности, к I триместру, так как именно в этот период происходит формирование фетоплацентарной системы, закладка органов и тканей плода, экстраэмбриональных структур, что в большинстве случаев

определяет дальнейшее течение беременности и рождение здорового ребенка.

Причины невынашивания беременности разнообразны [2]. По данным В.М. Сидельниковой и соавторов отмечено [3], что инфицирование половых путей играет одну из ведущих ролей в генезе невынашивания. Немаловажную роль играют неблагоприятные социально-биологические факторы, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, инфекционно-воспалительные заболевания, экстрагенитальная патология [1,4,5]. Генетически обусловленные нарушения развития эмбриона, которые имеют наследственный характер или возникают под влиянием различных факторов: инфекционных, гормональных, химических и др., являются наиболее частой причиной невынашивания беременности в I триместре [6,7].

**Целью** нашего исследования явилось установить причины угрозы невынашивания и потери беременности в I триместре.

**Объект и методы исследования.** Для выполнения поставленной задачи нами было обследовано 45 беременных женщин с угрозой невынашивания и 12 беременных с физиологическим течением беременности. Обследуемые беременные соответственно были разделены на 2 группы: основная и контрольная.

Клиническая характеристика обследуемых женщин выглядела следующим образом. Средний возраст беременных 1 группы составил 28,8±3,2, средний возраст женщин с физиологическим течением беременности составил 29,1±3,6. Большинство женщин в исследуемых группах находились в возрасте 18-30 лет, что соответствует оптимальному возрасту реализации репродуктивной функции.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При изучении соматического статуса у женщин основной исследуемой группы выявлялась высокая частота заболеваний щитовидной железы (14,1%), желудочно-кишечного тракта (32,5%), сердечно-сосудистой системы (15,9%), мочевыделительной системы (27,4%). В контрольной группе наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (4,3%), мочевыделительной системы (2,8%). В обеих исследовательских группах у беременных женщин была диагностирована анемия в основной группе 34,2% в контрольной 5,3% соответственно. Установлено, что нарушение жирового обмена приводит к нарушениям гормонального профиля, изменением гемостаза, создавая угрозу прерывания беременности и развития гестоза. У 15,9% беременных с угрозой невынашивания диагностировано ожирение. Также было выявлено наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у женщин с угрозой невынашивания чаще, чем у женщин с физиологическим течением беременности, соответственно 26,7% и 4,8%.

В структуре гинекологической патологии у женщин с угрозой невынашивания в I триместре преобладали воспалительные заболевания женских половых органов – 38,9%, дисфункциональные нарушения яичников – 21,7%, заболевания шейки матки – 12,7%, доброкачественные заболевания матки и придатков – 16,6%. В группе женщин с физиологическим течением беременности среди гинекологических заболеваний наиболее часто встречались воспалительные заболевания и составили – 4,6%, другие заболевания были отмечены в незначительно малом количестве. Внутриматочные исследования перенесла каждая 4-тая беременная женщина с угрозой невынашивания: выскабливание полости матки – 32,8%, инструментальное удаление плодного яйца – 13,4%. Что приводит к нарушению рецепторной активности эндометрия в связи с наличием хронического эндометрита у пациенток после перенесенных внутри маточных вмешательств. Этот факт обуславливает нарушения процесса имплантации плодного яйца, первой волны инвазии трофобласта, являющихся причинами угрозы выкидыша на ранних этапах. В контрольной группе внутриматочные вмешательства выявлены не были.

Решение проблемы нежелательной беременности путем искусственного прерывания подтверждает тот факт, что проведенные аборт являются причиной угрозы невынашивания у повторнوبرеменных женщин. Проведенный анализ предыдущих беременностей показал, что 42,8% обследованных женщин с угрозой невынашивания прерывали нежелательную беременность. Причем у 11,8% возникали осложнения после аборта – кровотечения на фоне остатков плодного яйца, воспалительные заболевания, эндокринные заболевания, вторичное бесплодие и др. У 15,0% предыдущие беременности протекали на фоне различных осложнений: токсикоз, преждевременные роды, гестоз.

Исследования степени чистоты мазка в I триместре показало достоверное превалирование пациенток с III и IV степенью чистоты у женщин с угрозой невынашивания, что клинически соответствовало бактериальному вагинозу и вагиниту. Среди обследованных пациенток основной группы у 17,4% отмечалась инфекция половых органов. Преобладала уреплазматическая инфекция – 14,2%, трихомоноз – 18,4%, грибковый вагинит – 17,6%. Неспецифическая инфекция во влагалищном содержании выделялась у 30,5% женщин с угрозой невынашивания. Обследования влагалищного мазка женщин контрольной группы показало, что наиболее часто встречалась неспецифическая инфекция, что составило 9,7%. Инфекция половых органов отмечалась трихомоноз – 2,4% и грибковый вагинит – 4,5%.

У 9,2% беременных с угрозой невынашивания в I триместре выявлено снижение уровня прогестерона, что являлось основанием для назначения гестагенов. Препараты прогестерона были так же назначены женщинам с репродуктивными потерями в анамнезе. У женщин контрольной группы уровень прогестерона определялся в пределах нормы.

По данным УЗИ в I триместре на сроках до 12 недель гестации у 28,7% женщин были диагностированы признаки ретрохориальной гематомы. Для коррекции возникших осложнений гестации женщины с угрозой невынашивания были госпитализированы для получения терапии. В контрольной группе показатели УЗИ соответствовали норме.

Таким образом, беременные женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом – нарушением менструальной функции, искусственные аборты, репродуктивные потери, бесплодие, гормональные нарушения; и соматическим анамнезом – заболеваниями мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы – следует выделять в группу риска развития угрозы прерывания беременности в I триместре.

Беременные с угрозой потерей беременности должны быть взяты на учет в ранние сроки гестации и отнесены к группе риска осложнения течения беременности – гестоз, фетоплацентарная недостаточность, гипоксия плода, преждевременные роды.

Среди данного контингента беременных отмечаются осложнения родов – патологический прелиминар, аномалии родовой деятельности. Несвоевременное отхождение околоплодных вод.

Таким образом, полученные результаты исследования доказывают, угрозой невынашивания

в I триместре беременности возникающее на фоне неблагоприятного соматического и репродуктивного здоровья, приводящее к возникновению многих осложнений беременности, родов и ухудшению перинатальных исходов подлежит не только амбулаторной коррекции, но и стационарному лечению.

### **Выводы и перспективы дальнейших исследований**

1. В структуре гинекологической патологии у женщин с угрожающим невынашиванием в I триместре преобладают воспалительные заболевания женских

половых органов, дисфункциональные нарушения яичников, заболевания шейки матки и доброкачественные заболевания матки и придатков.

2. У женщин с угрозой выкидыша в I триместре с инфекционными осложнениями преобладают уреплазматическая инфекция, трихомоноз и грибковый вагинит.

3. Среди данного контингента беременных отмечаются осложнения родов – патологический прелиминар, аномалии родовой деятельности, несвоевременное отхождение околоплодных вод.

### **Литература**

1. Solovova LD. Ocenka jeffektivnosti konservativnoj terapii ugrozy vykidysya u zhenshhin s retrohorial'noj gematomoj v I trimestre beremennosti. Sb. materialov, posvjashh. 135-letiju MMU GKB №1 im. N.I. Pirogova g. Samara «Modernizacija – nastojashee i budushhee gorodskoj klinicheskoj bol'nicy №1 im. N.I. Pirogova». Samara, 2010. s. 177-8. [in Russian].
2. Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. BJOG. 2010;117(3):245-57.
3. Sidel'nikova VM. Nevynashivannie beremennosti. M.: Medicina; 1986. 237 s. [in Russian].
4. Gazieva IA, Chistjakova GN. Immunologicheskie aspekty patogeneza fetoplacental'noj nedostatochnosti. Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2009;9(1):57-62. [in Russian].
5. Shljapnikov ME, Solovova LD, Merkulova VI, Garanina O. Profilaktika infekcionnyh oslozhenenij u zhenshhin s nerazvivajushhejsja beremennost'ju v pervom trimestre. Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2010;9(6):42-6. [in Russian].
6. Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard O, Langhoff-Roos J. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. Obstet. Gynecol. 2010;115(5):935-44.
7. Toth B, Jeschke U, Rogenhofer N, Scholz C, Würfel W, Thaler CJ, et al. Recurrent miscarriage: current concepts in diagnosis and treatment. J. Reprod. Immunol. 2010;85(1):25-32.

### **ОСОБЛИВОСТІ І ПРИЧИНИ ВИКИДНІВ ВАГІТНОСТІ В ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ**

**Ахундова Г. І.**

**Резюме.** Метою нашого дослідження було встановити причини загрози невиношування і втрати вагітності в I триместрі.

Для виконання поставленого завдання нами було обстежено 45 вагітних жінок із загрозою невиношування і 12 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Обстежувані вагітні відповідно були розділені на 2 групи основна і контрольна. Клінічна характеристика обстежуваних жінок виглядала наступним чином. Середній вік вагітних 1 групи склав 28,8+3,2, середній вік жінок з фізіологічним перебігом вагітності склав 29,1+3,6. Більшість жінок у досліджуваних групах перебували у віці 18-30 років, що відповідає оптимальному віку реалізації репродуктивної функції. За даними дослідження автор прийшов до висновку, що в структурі гінекологічної патології у жінок із загрозовим невиношуванням в I триместрі переважають запальні захворювання жіночих статевих органів, дисфункціональні порушення яєчників, захворювання шийки матки і доброякісні захворювання матки і придатків. У жінок з загрозою викидня в I триместрі з інфекційними ускладненнями переважають уреплазматична інфекція, трихомоноз і грибковий вагиніт. Серед даного контингенту вагітних відзначаються ускладнення пологів – патологічний преліминар, аномалії родової діяльності.

**Ключові слова:** вагітність, перший триместр, викидні.

### **ОСОБЕННОСТИ И ПРИЧИНЫ ВЫКИДЫШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ**

**Ахундова Г. И.**

**Резюме.** Целью нашего исследования явилось установить причины угрозы невынашивания и потери беременности в I триместре.

Для выполнения поставленной задачи нами было обследовано 45 беременных женщин с угрозой невынашивания и 12 беременных с физиологическим течением беременности. Обследуемые беременные соответственно были разделены на 2 группы основная и контрольная. Клиническая характеристика обследуемых женщин выглядела следующим образом. Средний возраст беременных 1 группы составил 28,8+3,2, средний возраст женщин с физиологическим течением беременности составил 29,1+3,6. Большинство женщин в исследуемых группах находились в возрасте 18-30 лет, что соответствует оптимальному возрасту реализации репродуктивной функции. По данным исследования автор пришел к заключению, что в структуре гинекологической патологии у женщин с угрожающим невынашиванием в I триместре преобладают воспалительные заболевания женских половых органов, дисфункциональные нарушения яичников, заболевания шейки матки и доброкачественные заболевания матки и придатков. У женщин с угрозой выкидыша в I триместре с инфекционными осложнениями преобладают уреплазматическая инфекция, трихомоноз и грибковый вагинит. Среди данного контингента беременных отмечаются осложнения родов – патологический прелиминар, аномалии родовой деятельности.

**Ключевые слова:** беременность, первый триместр, выкидыши.

### **CHARACTERISTICS AND CAUSES OF PREGNANCY LOSS OF PREGNANCY IN THE FIRST TRIMESTER**

**Ahundova G. I.**

**Abstract.** The goal is to establish the cause of the threat of miscarriage and loss of pregnancy in the first trimester.

**Methods.** To accomplish this task, we examined 45 pregnant women with the threat of miscarriage and 12 pregnant women with the physiological course of pregnancy. The examined pregnant women were divided into 2 groups – the main and control.

The average age of pregnant women of 1 group was 28.8+3.2, the average age of women with physiological pregnancy was 29.1+3.6. Most of the women in the study groups were aged 18-30 years.

**Results.** In the study of the somatic status in women of the main study group revealed a high incidence of thyroid disease (14.1%), gastrointestinal tract (32.5%), cardiovascular system (15.9%), urinary system (27.4%). In the control group, the most common diseases of the gastrointestinal tract (4.3%), urinary system (2.8%). In both study groups, pregnant women were diagnosed with anemia in the main group of 34.2% in the control group 5.3%, respectively. Obesity was diagnosed in 15.9% of pregnant women with threatening miscarriage. In the structure of gynecological pathology in women with menacing miscarriage in the first place, inflammatory diseases of the female genital organs prevailed – 38.9%, dysfunctional ovarian disorders – 21.7%, cervical disease – 12.7%, benign diseases of the uterus and appendages – 16.6%. In the group of women with physiological course of pregnancy among gynecological diseases the most frequent were inflammatory diseases and amounted to 4.6%, other diseases were noted in an unreliably small amount. And 11.8 percent had complications after the abortion – bleeding on the background of residues of the ovum, inflammatory diseases, endocrine diseases, secondary infertility and others. At 15.0 per cent the previous pregnancy proceeded against the background of various complications: toxemia, premature labor, preeclampsia.

Studies of the degree of purity of the smear in the first trimester showed a significant prevalence of patients with III and IV degree of purity in women with menacing miscarriage, which clinically corresponded to bacterial vaginosis and vaginitis. Among the examined patients of the main group, 17.4% had genital infection. Prevailed uralistica infection of 14.2%, trichomoniasis – 18.4%, fungal vaginitis – 17.6%. Non-specific infection in the vaginal content was isolated in 30.5% of women with threatening miscarriage. Vaginal smear examination of women in the control group showed that the most common non-specific infection, which was 9.7%. Infection of the genital organs was noted: trichomoniasis – 2.4% and fungal vaginitis – 4.5%.

In 9.2% of pregnant women with menacing miscarriage in the I trimester, a decrease in the level of progesterone was revealed, which was the basis for the appointment of gestagens. Progesterone preparations were also prescribed to women with a history of reproductive losses. In women of the control group, the level of progesterone was determined within the normal range.

### Conclusions

1. In the structure of gynecological pathology in women with threatening miscarriage in the I trimester dominated by inflammatory diseases of the female genital organs, dysfunctional ovarian disorders, cervical disease and benign diseases of the uterus and appendages.

2. In women with threatened miscarriage in the first trimester with infectious complications prevail uralistica infection, trichomoniasis and fungal vaginitis.

3. Among this contingent of pregnant women there are complications of childbirth-pathological preterm, abnormalities of labor, untimely discharge of amniotic fluid.

**Key words:** pregnancy, first trimester, miscarriage.

*Рецензент – проф. Ліхачов В. К.  
Стаття надійшла 15.05.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2018-2-144-138-141

УДК 616. 211 – 002.2 – 056

Безшапочный С. Б., Иванченко С. А., Гришина И. С.

### ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)

[irinagrishina@yahoo.com](mailto:irinagrishina@yahoo.com)

**Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами.** Работа выполнена в рамках НИР «Разработка новых медицинских технологий в диагностике и лечении патологии верхних дыхательных путей», № 2301020.

**Вступление.** Острые респираторные инфекции (ОРИ) занимают первое место в мире среди причин временной потери трудоспособности. В Украине по официальной статистике с этой группой заболеваний ежегодно сталкивается 12-14 млн. людей [1]. В этиологической структуре ОРИ наибольшая часть принадлежит вирусам (риновирусы, вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальные вирусы и др.), которые при прочих неблагоприятных условиях прокладывают путь для бактериальных возбудителей, среди которых наиболее часто встречаются *Streptococcus Pneumonia*, *Haemophilus*

*influenzae*, *Moraxella catarrhalis*. ВОЗ утверждает, что распространенность заболевания увеличивается с каждым годом. В Украине диагноз «риносинусит» выставляется 60-65 % пациентам, которые обращаются за помощью к оториноларингологу [2,3]. Поэтому не вызывает сомнения актуальность изучения проблемы лечения данной нозологической формы.

Согласно клиническим рекомендациям экспертной группы МОЗ Украины и требований доказательной медицины, основанных на результатах качественных рандомизированных плацебоконтролируемых исследований, к препаратам выбора для лечения бактериальных риносинуситов относятся антибиотики, топические кортикостероиды, системные кортикостероиды при тяжелом течении и ирригационная терапия как вспомогательное средство для элиминации возбудителя [4].