

На основании приведенных данных ЭХО-КГ в табл. 2 достоверной разницы в показателях пациентов в обследуемых группах выявлено не было.

Выводы. В результате выполненного сравнительного анализа показателей вариабельности ритма сердца по данным ХМ и показателей ЭХО-КГ у пациентов после реваскуляризации миокарда в сочетании с болями в нижней части спины, достоверных различий между исследуемыми группами не выявлено ($p > 0,05$). В связи с этим в дальнейшем исследовании данные этих показателей нами не учитывались.

Литература

1. Epidemiology of Coronary Artery Disease / Duggan JP, Peters AS, Trachiotis GD, [et al.] // The Surgical clinics of North America. – 2022. – Vol. 102, № 3. – P. 499–516.
2. Реабилитация больных ИБС после реваскуляризации миокарда: доказательная база, методология, возможности (обзор) / Владимирский В.Е., Владимирский Е.В., Юдина Е.А., Лунина А.Н., Яковлев М.Ю., Ансокова (Тубекова) М.А., Распертов М.М. // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 6. – С. 100–107.
3. Mechanisms of low back pain: a guide for diagnosis and therapy / Allegri M, Montella S, Salici F. [et al.] // F1000Res. – 2016 – Jun 28; 5: F1000 Faculty Rev-1530.
4. Prevalence, Incidence, and Factors Associated With Non-Specific Chronic Low Back Pain in Community-Dwelling Older Adults Aged 60 Years and Older: A Systematic Review and Meta-Analysis Prevalence / CKH. Wong [et al.] // J. Pain. – 2022. – Vol. 23, № 4. – P. 509–534.

УДК 618.182.5-008.14-039.11

Корбут И.А.¹, Захаренкова Т.Н.¹, Будюхина О.А.¹, Лашкевич Е.Л.¹, Резникова Е.В.², Журавлев А.Ю.³

¹ Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

² Могилевская клиническая больница скорой медицинской помощи, Могилев, Беларусь

³ Медицинское предприятие «Симург», Витебск, Беларусь

РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

Введение. Тазовое дно представляет собой сложный мышечно-фасциальный компартмент, основными функциями которого являются регуляция внутрибрюшного давления, поддержание положения внутренних органов, контроль физиологических отравлений, обеспечение замыкания половой щели и участие в половой жизни [2]. Нарушение анатомии и/или функционирования указанных структур приводит к синдрому дисфункции тазового дна (десценция тазовых органов и др.) [1]. Это проявляется комплексом как физических (боли внизу живота, нарушение архитектоники половых органов, нарушения мочеиспускания и дефекации, половые дисфункции), так и социальных нарушений (депрессия, социальная депривация и другие) [3]. В настоящее время данная патология приобретает характер «молчаливой эпидемии». Ситуация усугубляется отсутствием информации у пациентов о том, что считать нормой, а также сохраняющейся в обществе тенденцией не акцентировать внимание врача на ранних проявлениях заболевания: недержании мочи, сексуальных нарушениях и других [3].

Цель. Проанализировать распространенность ранних проявлений дисфункции тазового дна у женщин.

Материалы и методы. Проанкетированы 100 пациенток женских консультаций, обратившихся для прохождения профилактического осмотра. Были использованы анкеты по оценке качества жизни SF-36, опросник по гиперактивному мочевому пузырю, опросник для оценки динамики нарушения функций тазовых органов PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire), FSFI (Female Sexual Function Index) для оценки сексуальной составляющей качества жизни, а также тест ранней диагностики пролапса.

Был проведен гинекологический осмотр, а также дополнительно оценена сила мышц тазового дна.

Статистический анализ: методы вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (P%) изучаемого признака и стандартной ошибки доли ($S_p\%$), вычисление медианы, 25-го и 75-го перцентилей.

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных был 49 лет (35; 61). Среди обследованных поровну было пациенток позднего репродуктивного возраста и постменопаузального – по 50 человек (группа А и Б, соответственно). Высшее образование было у 73 (73,0±4,4%) женщин, среднее специальное – у 22 (22,0±4,1%) обследованных, еще 5 человек проигнорировали этот вопрос. Количество родов в анамнезе 2 (1; 3), что согласуется с республиканскими данными о количестве родов у белорусок.

При анализе результатов визуального теста ранней диагностики пролапса установлено, что среди пациенток группы А раннюю степень имели 8 (16,0±5,2%) человек, в группе Б – 17 (34,0±6,7%) обследованных. При углубленном анализе у 23 (46,0±7,1%) респондентов позднего репродуктивного возраста были неприятные ощущения во влагалище, боли в пояснице и сложности с опорожнением кишечника, что может свидетельствовать о недостаточности тазового дна и быть проявлением начальных степеней пролапса гениталий. Обследованные постменопаузального возраста также отмечали нарушения мочеиспускания, а также изменения при сексуальном контакте – 36 (72,0±6,4%) женщин.

При анализе индекса женской сексуальности было установлено, что 24 (48,0±7,1%) пациентки группы А или недовольны своей половой жизнью, или качеством своего влечения, или испытывали трудности при достижении оргазма. Среди женщин группы Б на вопросы анкеты отказались отвечать 30 человек, мотивируя это отсутствием сексуальных отношений за последние 4 недели. Остальные пациентки также отмечали снижение полового влечения, затруднения и боли при введении полового члена во влагалище и неприятные ощущения во время полового акта. Обследованные обеих групп с равной частотой отмечали уменьшение эмоциональной близости с партнером – 23 (46,0±7,1%) и 9 (45,0±11,4%), соответственно.

При оценке качества жизни респондентов было установлено, что свое физическое функционирование (Physical Functioning – PF), а также ролевое функционирование, обусловленного физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) женщины обеих групп оценивают на 3 (2; 4) балла, что соответствует хорошему. По шкале интенсивности боли (Bodily pain – BP) и ее влиянии на способность заниматься

повседневной деятельностью обе группы пациентов отметили диапазон 2 (2; 3) что соответствует незначительной боли. Показатель жизненной активности (Vitality – VT) был ниже у обследованных в постменопаузе – 4 (3; 4) против 5 (5; 5) у женщин группы А и является следствием снижения жизненной активности и утомления.

При физикальном обследовании было установлено, что у пациентов в постменопаузе имеет место быть вагинальная атрофия, а также снижается сила сокращения мышц тазового дна.

Выводы. Таким образом, использование шкал-опросников, а также пальпация мышц тазового дна для оценки их сокращения, расслабления и боли будет способствовать своевременной диагностике дисфункции тазового дна, позволит проводить индивидуализированную профилактику и коррекцию этих состояний, что позволит улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. Гречканев, Г.О. Современные возможности консервативного лечения женщин с пролапсом тазовых органов / Г.О. Гречканев и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2021. – № 21. – С. 46–56.
2. ACOG. Pelvic Organ Prolapse. ACOG Practice Bulletin, 214. Obst. Gynecol. 2019;134(5):126–142.
3. Силантьева, Е.С. Качество жизни женщин репродуктивного возраста, страдающих недостаточностью мышц тазового дна / Е.С. Силантьева, М. Р. Оразов, М.Б. Хамошина, Р.А. Солдатская // Трудный пациент. – 2021. – Т. 19. – С. 14–17. doi: 10.24412/2074-1995-2021-1-14-17

УДК 616.61/62:619.9

Костюк С.А., Гаврусев А.А., Алкаралех А.Х., Полуян О.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

МИКРОБНЫЙ СОСТАВ ЛОХАНОЧНОЙ МОЧИ И МОЧИ ИЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НА ФОНЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Введение. Микробиом мочевыводящих путей играет важную роль в поддержании здоровья за счет воздействия на гомеостаз, он важен для поддержания целостности уротелия и предотвращения инфекции мочевыводящих путей (ИМП), а также для регуляции нейротрансмиссии и укрепления местной иммунной функции, содействия правильному функционированию иммунной системы [1, 2]. В настоящее время состав, характеристики и роль микробиоты мочевыводящих путей все еще до конца не изучены [3, 4]. Дисбактериоз мочевых путей микробиома, в том числе чрезмерный рост ранее существовавшего микроорганизма, может привести к ИМП. Острый пиелонефрит характеризуется этиологической мультифакторностью. Насколько нам известно, ранее не проводилось исследований по сравнительному анализу у женщин микробного состава пузырной мочи и мочи, полученной при катетеризации из лоханки почек, при остром обструктивном пиелонефрите на фоне мочекаменной болезни, чтобы определить, существующие различия в микробиоме мочи.