Выводы

1. Недержание мочи является специфическим симптомом, ассоциированным с ПТО у женщин в менопаузе ($p=0,001$).

2. Пациентки с ПТО имели значимо более высокий балл по шкале Грина ($p=0,008$), при этом значимо у меньшего числа пациенток были слабо выраженные проявления климактерического синдрома, чем в группе без ПТО ($p=0,01$).

3. У пациенток с ПТО значимо чаще, чем в группе без ПТО наблюдались соматические расстройства ($p=0,001$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кострома, Я. В. Оценка выраженности климактерического синдрома и особенности психосоматического статуса / Я. В. Кострома, Е. Н. Беляева, Е. Л. Хазова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68. № 1. – С.13–20.

2. Котова, Г. С. Период менопаузы и климактерический синдром в общей врачебной практике: учеб.-метод. пособие / Г. С. Котова [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2023. – 52 с.

3. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. Клинические рекомендации. Российское общество акушеров-гинекологов. – 2024 г.

УДК 618.3-06

Т. С. Мостыка

Научный руководитель: старший преподаватель, ассистент кафедры А. В. Швайковский

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

ОСЛОЖНЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НА ФОНЕ HELLP-СИНДРОМА: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Введение

HELLP-синдром представляет собой тяжелое осложнение беременности, являющееся вариантом преэклампсии, впервые выделенным L. Weinstein в 1982 году. Синдром характеризуется классической триадой: гемолизом эритроцитов, повышением уровня печеночных ферментов и тромбоцитопенией, что и стало основой диагноза, известного как HELLP-синдром. Однако классическая форма с полной триадой признаков встречается достаточно редко, и в большинстве случаев диагностируются неполные формы заболевания. Когда не все признаки HELLP-синдрома развиваются, а гемолиз отсутствует, состояние обозначается как ELLP-синдром.

Ошибки диагностики встречаются довольно часто, особенно в случаях, когда синдром не связан с преэклампсией (в 10% случаев), во втором триместре беременности (в 15% случаев) и в послеродовом периоде (в 30% случаев). Симптомы ELLP-синдрома могут быть не специфическими и легко спутаны с другими заболеваниями, такими как почечная колика или острый аппендицит, что затрудняет его раннюю диагностику.

ELLP-синдром, как и HELLP-синдром, может привести к тяжелым осложнениям, включая печеночную недостаточность, внутрипеченочные кровотечения, антенатальную гибель плода и другие угрожающие жизни состояния. Своевременная диагностика и раннее вмешательство являются ключевыми для предотвращения серьезных последствий как для матери, так и для плода. Понимание особенностей неполных форм синдрома и комплексный подход в лечении играют решающую роль в обеспечении здоровья пациентки и успешном исходе беременности.

Цель

Изучить клинические особенности и диагностические подходы к ELLP-синдрому, его отличия от HELLP-синдрома, а также оценить влияние ранней диагностики и своевременного вмешательства на исход беременности и состояние матери.

Материал и методы исследования

Беременная женщина В., 1991 года рождения, поступила в Гродненский областной клинический перинатальный центр (ГОКПЦ) 03.02.2025 в 17:20 с жалобами на боли в области эпигастрия, которые появились в 16:00 02.02.2025 и со временем распространились на правую поясничную область. Согласно консультативному заключению, был поставлен диагноз: почечная колика справа, возможно, острый аппендицит. Период беременности на момент поступления составлял 265 дней. Пациентка была перевезена бригадой скорой помощи в приемное отделение акушерского стационара Учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (УЗ «ГК БСМП») 03.02.2025 в 18:00, где был выставлен диагноз HELLP-синдром под вопросом.

В анамнезе пациентки данная беременность является третьей по счету. Первая и вторая беременности заканчивались срочными родами через естественные родовые пути в 2015 и 2019 годах соответственно. Из сопутствующих заболеваний пациентки были зарегистрированы синусовая тахикардия, синдром укорочения PQ, миокардиодистрофия, ангиомиолипома левой почки, первичный гипотиреоз. Резус-отрицательная принадлежность крови, аллергия на аспирин и отягощенная наследственность, включая диабет 2 типа у отца, также отмечены в анамнезе.

На этапе поступления пациентке было проведено комплексное обследование, включающее физикальное, лабораторное и инструментальное исследование, в том числе общий анализ крови с диастазой, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, УЗИ органов брюшной полости, почек, плода, а также кардиотокография (КТГ) плода. В ходе осмотра была отмечена болезненность живота при пальпации в правом подреберье и положительный симптом поколачивания справа без нарушений мочеиспускания. Лабораторные исследования показали нарастающую тромбоцитопению, лейкоцитоз, повышение уровня печеночных ферментов, С-реактивного белка (СРБ), фибриногена и D-димера. КТГ плода показала тревожный тип с монотонным ритмом. Для уточнения диагноза было проведено магнитно-резонансное томографическое (МРТ) исследование органов брюшной полости 03.02.2025 в 21:00, по результатам которого была выявлена субкапсулярная гематома правой доли печени и наличие жидкости в брюшной полости. Во время повторного осмотра было установлено отсутствие сердцебиения плода, что не фиксировалось ни аускультативно, ни с помощью кардиомонитора.

Таким образом, был установлен окончательный диагноз: беременность III, 270 дней, ELLP-синдром, осложнившийся образованием подкапсулярной гематомы правой доли печени, гемоперитонеумом, тромбоцитопенией, антенатальной гибелью плода. На основании этого решения консилиума было принято решение о проведении срочного оперативного вмешательства: срединной лапаротомии и кесарева сечения в нижнем сегменте матки поперечным разрезом.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе операции был извлечен ребенок женского пола без сердцебиения, дыхания, мышечных подергиваний и пульсации пуповины. Плод был доношенным, без видимых уродств. Околоплодные воды были светлыми и прозрачными, объемом 200 мл.

При ревизии брюшной полости был обнаружен линейный разрыв капсулы печени длиной 5 см, из которого изливалась кровь. После рассечения капсулы было эвакуировано

1500 мл сгустков крови. Левая доля печени оставалась интактной. Кровотечение имело диффузный характер и было остановлено с помощью марлевого тампона, смоченного в 3% растворе перекиси водорода, после чего паренхима печени была обработана тромбином, установлены дренажи. Пациентка была доставлена в отделение реанимации для стабилизации состояния. 05.02.2025 она была переведена в ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» для дальнейшего лечения.

Выводы

Этот случай подчеркивает важность ранней диагностики и правильного подхода к лечению в случае подозрения на ELLP-синдром, несмотря на его неполную клиническую картину. Тщательная оценка лабораторных и инструментальных данных и оперативное вмешательство сыграли решающую роль в стабилизации состояния пациентки. Важно отметить, что ошибки в ранней диагностике могут иметь серьезные последствия, особенно в случае таких редких и сложных заболеваний, как ELLP-синдром.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Малевич, Ю. К.* Акушерство и гинекология / Ю. К. Малевич. – Минск: Беларусь, 2021. – 495 с.
2. *Савельева, Г. М.* Акушерство / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1080 с.
3. *Макацария А. Д.* Тромбогеморрагические осложнения в акушерско-гинекологической практике: руководство для врачей. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 1056 с.
4. *Weinstein L.* Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. / L. Weinstein // Am J Obstet Gynecol. – 1982. – Vol. 142, № 2. – P. 159–167.
5. *Dreyfus, M.* HELLP syndrome. Revue et mise à jour [HELLP syndrome. Review and update]. / M. Dreyfus, I. Tissier, J. J. Baldauf [et al.] // J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). – 1997. – Vol. 26, № 1. – P. 9–15.

УДК 618.11-006.2

Т. С. Мостыка, А. А. Савич

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Милош

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА С ФОРМИРОВАНИЕМ ОВАРИАЛЬНЫХ КИСТ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Введение

Период полового созревания у девочек сопровождается интенсивной гормональной перестройкой, которая нередко становится фоном для развития патологий репродуктивной системы. Одной из наиболее распространенных проблем в этой возрастной группе являются доброкачественные опухолевидные образования яичников, такие как фолликулярные кисты, кисты желтого тела и параовариальные кисты. По данным исследований, около 30% подростков сталкиваются с подобными изменениями, которые могут провоцировать нарушения менструального цикла, болевой синдром и, в перспективе, влиять на фертильность. Несмотря на преимущественно функциональный характер этих образований, их персистенция или осложнения (разрыв, перекрут) требуют активного медицинского вмешательства, что подчеркивает необходимость ранней диагностики и дифференцированного подхода к лечению.

Особую роль в патогенезе кист яичников играет гормональный дисбаланс, включая нарушения в работе гипоталамо-гипофизарной системы, гиперпролактинемия и дисфункцию коры надпочечников. Однако взаимосвязь между конкретными эндокринными