

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

нарушениями и типами кист у подростков остается недостаточно изученной, что ограничивает эффективность профилактических мер и терапии.

Цель

Изучить влияние гормональных факторов на образование кист яичников у детей и подростков.

Материал и методы исследования

В ходе данного исследования был проведен ретроспективный анализ 40 амбулаторных карт девочек в возрасте от 0 до 18 лет, состоящих на учете в городском учреждении здравоохранения «Детская центральная городская клиническая поликлиника г. Гродно» за период с 2006 по 2024 годы. Особое внимание уделялось анализу гормональных показателей, включая фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), тиреотропный гормон (ТТГ), свободный Т4, антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТПО), тестостерон, дегидроэпиандростерон-сульфат (ДГЭА-сульфат), 17-гидроксипрогестерон (17-ОПГ), эстрадиол, пролактин, а также исследование уровня онкомаркера СА-125.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что среди всех рассмотренных амбулаторных карт, у 7 (17,5%) девочек из 40 повышен уровень СА-125, пролактин – у 26 (65%), эстрадиол – у 17 (42,5%), ФСГ – у 7 (17,5%), ЛГ – у 25 (62,5%), ТТГ – у 1 (2,5%), тестостерон – у 12 (30%), Т4 – у 6 (15%), 17-ОПГ – у 28 (70%), ДГЭА и АТ-ТПО у всех детей в норме. Среднее содержание гемоглобина 124 г/л, но 7 девочек имеет анемию легкой степени тяжести.

По данным сбора анамнеза, средний возраст начала менструаций у девочек составляет 11 лет, продолжительность менструаций – 5–7 дней, а цикл в среднем составляет 28–30 дней с умеренной интенсивностью. Однако у 10 девочек (25%) наблюдаются нерегулярные и болезненные менструации.

Анамнез большинства девочек (85%) не включает активную половую жизнь, беременность, роды или аборты.

Цитологическое исследование показало наличие микоплазм и уреаплазм у 4 девочек (10%).

По результатам гистологического анализа чаще всего выявлялись фолликулярные кисты – у 23 девочек (57,5%), кисты желтого тела – у 14 девочек (35%), а параовариальные кисты – у 3 девочек (7,5%).

Также 12 девочкам (30%) были проведены лапароскопические операции, включая удаление кист, цистэктомию и дренирование брюшной полости.

Изучив анамнез пациенток, выяснено, что более, чем у половины, кисты были связаны преимущественно с повышенными уровнями гормонов: ЛГ, пролактин и 17-ОПГ. И на основании того, что кисты не исчезали на протяжении нескольких циклов, применялась гормонотерапия гестагенами в течении 3–6 месяцев – дигидростероном («Дюфастон»); дезогестрелом («Лактинет»).

Основной жалобой при первичном приеме являлось нарушение менструального цикла в виде нерегулярных и/или болезненных менструаций, аменореи, и выявление кисты было случайной диагностической находкой.

В таких случаях была показана выжидательная тактика с использованием контрольного УЗИ каждые 3 месяца [1].

При наличии сопутствующих жалоб на боли в нижних отделах живота различного характера и интенсивности, а в дальнейшем развитии синдрома «острого живота», выполнялись вышеуказанные операции, при этом не наблюдалось никаких преимуществ в сторону какого-либо вида кист.

Было обнаружено, что правый яичник поражается чаще, чем левый.

Выводы

1. Доминирование фолликулярных кист (57.5%) в структуре опухолевидных образований яичников у подростков указывает на их связь с ановуляторными циклами и незрелостью гипоталамо-гипофизарной системы.

2. Особенно значима связь между возникновением кист и повышенными уровнями гормонов, таких как пролактин, ЛГ и 17-ОПГ. Поэтому мониторинг этих гормональных показателей должен стать неотъемлемой частью диагностической практики, что позволит своевременно выявлять отклонения и корректировать гормональный фон пациенток.

3. Особое внимание следует уделять пациенткам с нарушениями менструального цикла. Им необходимо пройти полное обследование, включающее анализ гормонов и ультразвуковую оценку состояния яичников. Лечение таких пациенток должно проводиться в соответствии с актуальными протоколами, что позволит эффективно скорректировать гормональные нарушения.

4. Регулярный контроль и корректировка гормонального фона помогут не только избежать осложнений, но и значительно улучшить репродуктивное здоровье, минимизируя риск образования кист и других заболеваний репродуктивной системы.

5. В Гродно и Гродненской области введен скрининг по обнаружению кист начиная с 12 лет, который проводится 1 раз в 2 года даже при отсутствии жалоб.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Mobeen, S Ovarian Cyst.* / S. Mobeen, R. Apostol // StatPearls [web]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, – 2024. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560541/> (дата обращения: 13.02.2025).

УДК 615.89:618.175

Т. А. Приходько

Научный руководитель: доцент В. Н. Калачев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В ТЕРАПИИ ДИСМЕНОРЕИ

Введение

Дисменорея является распространенным гинекологическим заболеванием среди подростков и женщин, которое влияет на качество жизни, психологическое состояние, приводит к снижению работоспособности [1]. Метод кинезиотейпирования (КТ) один из методов физиотерапии, который уменьшает боль, обеспечивает проприоцептивную обратную связь [2]. Некоторые исследования указывают на эффективность метода для краткосрочного снижения боли и тревожности у женщин с дисменореей и синдрома предменструального напряжения [1, 3].

Цель

Оценить эффективность кинезиотейпирования в лечении дисменореи.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 42 студентки 1–2 курса УО «ГомГМУ» и 18 учащихся УО «Гомельская Ирнинская гимназия». Все участники исследования имели проявления дисменореи. Проявления дисменореи оценивали при помощи разработанного опросника до применения КТ и после. Аппликацию кинезиотейпа проводили в следующем