

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

менструальном цикле за 3–5 дней до начала менструации в течение 5 дней. Оценку боли проводили с применением визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). В зависимости от места аппликации кинезиотейпа было сформировано: основная группа (n=40) – аппликация на крестцовую (зона Захарьина-Геда) или надлобковую область (область проекции матки на переднюю брюшную стенку); группа сравнения (n=20) – аппликация кинезиотейпа на внутреннюю поверхность бедра. Группы формировались рандомно.

Опрос проводился на платформе «Google form». Статистическая обработка результатов исследования проводилась с применением программы «Statistica 10». Для сравнения показателей использованы методы параметрической и непараметрической статистики. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст девушек составил 18,0 ($\pm 1,3$) лет. Группы были сопоставимы по возрасту – в основной группе 17,4 \pm 0,9 лет, в группе сравнения – 17,8 \pm 0,7 ($p > 0,05$). По параметрам менструаций группы так же были сопоставимы. Характеристика менструальной функции в группах представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика менструальной функции в группах

Характеристика менструального цикла	Группа основная n=40	Группа сравнения n=20	Уровень значимости p
Начало МЦ, лет, M \pm σ	12,6 \pm 1,4	12,2 \pm 0,8	p>0,05
Регулярность МЦ (регулярный), n (%)	34 (85,0)	15 (75,0)	p>0,05
Установление регулярности МЦ, лет, M \pm σ	14,0 \pm 1,7	13,5 \pm 0,9	p>0,05

Примечание: МЦ – менструальный цикл

Средние значения интенсивности боли по ВАШ до аппликации кинезиотейпа были сопоставимы и составили – 6,6 \pm 2,2 баллов в основной группе и 7,1 \pm 1,9 баллов в группе сравнения ($p > 0,05$). Характеристика клинических и социальных проявлений дисменореи в группах до аппликации кинезиотейпа представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Клинические и социальные проявления дисменореи до аппликации кинезиотейпа

Проявления дисменореи	Группа основная n=40	Группа сравнения n=20	Уровень значимости p
Время появления боли, n (%)			
Утро	7 (17,5)	2 (10,0)	p>0,05
День	6 (15,0)	5 (25,0)	p>0,05
Вечер	8 (20,0)	3 (15,0)	p>0,05
Постоянно	26 (65,0)	15 (75,0)	p>0,05
Боль мешает спать, n (%)	22 (55,0)	11 (55,0)	p>0,05
Изменения настроения, баллы, M \pm σ	4,6 \pm 2,2	4,3 \pm 2,2	p>0,05
Потребность в общении (желание общаться прежде), n (%)	13 (32,5)	7 (35,0)	p>0,05
Раздражительность, баллы, M \pm σ	7,6 \pm 1,9	8,4 \pm 1,8	p>0,05

На фоне аппликации тейпов интенсивность боли в основной группе оценивалась в 4,8 ($\pm 2,2$) баллов, что было значимо меньше, чем в группе сравнения – 7,1 ($\pm 2,4$) ($p < 0,05$). Характеристика клинических и социальных проявлений дисменореи в группах на фоне аппликации кинезиотейпа представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Характеристика клинических и социальных проявлений дисменореи в группах на фоне аппликации кинезиотейпа

Проявления дисменореи	Группа основная n=40	Группа сравнения n=20	Уровень значимости p
Время появления боли, n (%)			
Утро	6 (15,0)	3 (15,0)	p>0,05
День	7(17,5)	4 (20,0)	p>0,05
Вечер	3 (7,5)	0	p>0,05
Постоянно	22 (55,0)	12 (60,0)	p>0,05
Не беспокоит	12 (30,0)	3 (15,0)	p>0,05
Боль мешает спать, n (%)	14 (35,0)	9 (45,0)	p>0,05
Изменения настроения, баллы±σ	5,0±1,8	5,1±2,1	p>0,05
Потребность в общении (желание общаться прежде), n (%)	22 (55,0)	9 (45,0)	p>0,05
Раздражительность, баллы, M±σ	7,0±2,3	8,3±1,7	p<0,05

На фоне применения тейпов было отмечено снижение раздражительности у девушек основной группы – 7,0±2,3 против 8,3±1,7 в группе сравнения (p<0,05). При этом по другим проявления дисменореи значимых различий в группах не обнаружено.

При внутригрупповом анализе эффективности применения тейпов для терапии дисменореи было отмечено статистически значимое снижение интенсивности боли по шкале ВАШ (p=0,01). Оценка эффективности КТ в лечении проявлений дисменореи в группах представлена в таблице 4.

Таблица 4 – Эффективность КТ в лечении проявлений дисменореи

Боль по ВАШ	До аппликации, баллы, M±σ	После аппликации, баллы, M±σ	Значение T
Группа основная, n=40	6,6±2,2	4,8±2,2	T≤0.01
Группа сравнения, n=20	7,5±2,0	7,1±2,4	T>0,05

После аппликации кинезиотейпа при ответе на вопрос: «Отметили ли Вы уменьшение боли во время использования тейпов?», статистически значимо больше утвердительных ответов было получено в основной группе – 25 (62,5%) против 3 (15,0%) в группе сравнения (p<0,05).

До применения КТ 40 (66,7%) исследуемых ограничивали свой круг общения во время менструации. После аппликации кинезиотейпа статистически значимо больше девушек отметили отсутствие снижения потребности в общении (51,7%, n=31, p<0,05). Статистически значимые изменения в потребности в общении имеются только в группе исследования– 22 (55,0%) против 9 (45,0%) в группе сравнения (p<0,05). Потребность в общении во время менструации до применения КТ и после представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Потребность в общении во время менструации до применения КТ и после

	Группа основная		Уровень значимости P	Группа сравнения		Уровень значимости P
	До аппликации	После аппликации		До аппликации	После аппликации	
Желание общаться прежде	13 (32,5%)	22 (55,0%)	p<0,05	7 (35,0%)	9 (45,0%)	p>0,05
Желания общаться снижается	27 (67,5%)	18 (45,0%)	p>0,05	13 (65,0%)	11 (55,0%)	p>0,05

До аппликации тейпов и после респондентам было предложено оценить свое настроение и раздражительность по балльной шкале от 0 до 10. При внутригрупповом анализе значений настроения и раздражительности по баллам статистически значимых различий выявлено не было, однако имеется значимое различие между оценкой раздражительности на фоне аппликации кинезиотейпа в основной группе ($7,0 \pm 2,3$) и группе сравнения ($8,3 \pm 1,7$) ($p < 0,05$).

Выводы

1. Применение кинезиотейпов на поясничную или надлобковую область снижает интенсивность боли с $6,6 \pm 2,2$ до $4,8 \pm 2,2$ ($p \leq 0,01$).
2. Аппликация тейпов на надлобковую или крестцовую области снижает интенсивность вечерней боли ($p > 0,05$).
3. Кинезиотейпирование на надлобковую или крестцовую области при дисменорее улучшает социальные связи ($p < 0,05$).
4. На фоне применения тейпов снижается раздражительность во время менструации ($p < 0,05$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Effects of kinesio tape application on pain, anxiety, and menstrual complaints in women with primary dysmenorrhea: A randomized sham-controlled trial / S. T. Celenay, B. Kavalci, A. Karakus [et al.] // *Complementary Therapies in Clinical Practice*. – 2020. – Vol. 39. – P. 101–148.
2. Safety and efficacy of therapeutic taping in primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis / E. Bandara, W. Kularathne, K. Brain [et al.] // *Sci Rep*. – 2022. – Vol. 12, № 1. – P. 7146.
3. Šabec, L. The effects of taping in the management of primary dysmenorrhoea: A systematic review with meta-analysis / L. Šabec, I. Golob, Ž. Kozinc // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. – 2024. – № 296. – P. 148–157.

УДК 616.346.2-002.1:618.7

И. И. Слепокурова

Научный руководитель: профессор кафедры д.м.н., доцент Ю. А. Лызикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Введение

Острый аппендицит является наиболее распространенной хирургической патологией во время беременности [1]. Частота заболевания превышает популяционный уровень у женщин репродуктивного возраста, что является следствием физиологических изменений во время беременности: иммуносупрессии, гормонального влияния прогестерона на моторику кишечника, топографических особенностей расположения органов брюшной полости при беременности. Наиболее часто острый аппендицит встречается в I и II триместрах беременности (19–36 и 27–60 % соответственно), реже – в III (15–33 %) и в послеродовом периоде (6–8 %) [2]. Диагностика во время беременности затруднена из-за неспецифических признаков и симптомов, физиологических изменений и ограниченных возможностей визуализации. Следует отметить, что острый аппендицит является наиболее распространенным послеродовым заболеванием, не связанным с мочеполовой сферой, и наиболее частой причиной повторной госпитализации [3]. Диагностика заболевания в послеродовом периоде затруднена, вследствие чего острый аппендицит является частой причиной послеродового сепсиса, уступая только послеродовому сепсису.