

Выводы

В ходе проведенного нами исследования было установлено, что чаще болеют пролапсом гениталий женщины пожилого возраста.

Как правило, эти женщины имеют сопутствующую гинекологическую патологию, высокий паритет беременности.

Кроме этого, у большинства женщин имелся аборт в анамнезе.

Одинаково часто у женщин наблюдался пролапс II и III степени (по POP-Q).

Исследуемые чаще всего предъявляли жалобы на ощущение инородного тела во влагалище, нарушение мочеиспускания и дискомфорт при ходьбе.

Для лечения при I и II степени заболевания в нашем отделении использовалась преимущественно манчестерская операция; при III и IV степени – влагалищная экстирпация матки без придатков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Urogenital prolapse and atrophy tmenopause: a prevalence study / E. Iversi [et al.] // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. — 2001. — Vol. 12. — P. 107–110.
2. Чечнева, М. А. Рациональная концепция комплексного обследования женщин с синдромом тазовой десценции и мочевого инконтиненцией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / М. А. Чечнева. — М., 2011. — 22 с.
3. Аполихина, И. А. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей / И. А. Аполихина, Г. Б. Дикке, Д. М. Кочев // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 10. — С. 104–110.

УДК 618.12-002-08(476)«19/20»

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САЛЬПИНГООФОРИТОВ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ НА РУБЕЖЕ XX–XXI ВЕКОВ

Корбут И. А.¹, Желобкова Т. И.¹, Ворожун Ю. Н.², Кравченко А. И.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Воспалительные заболевания придатков матки (сальпингоофорит, код по МКБ-10 N70) занимают от 24 до 60 % в структуре обращений за помощью в гинекологический стационар причем большая часть пациенток – активного репродуктивного возраста [1]. По материалам Всемирной организации здравоохранения, риск воспалительных заболеваний органов малого таза пациенток в возрасте 15–19 лет составляет 1 к 8, а с 30 годам риск составляет 1 к 5.

Кроме медицинского, у сальпингоофорита есть и социальный аспект — за счет нарушения детородной функции при возникновении осложнений.

Цель

Изучить клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости сальпингоофоритом в Гомельской области в середине 1990-х и 2000-х гг.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 1995 г. (30 человек — группа А) и 2005 г. (30 женщин — группа Б) гг. с диагнозом «Обострение хронического сальпингоофорита». Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера — Стьюдента с определением доли (р,%) и стандартной ошибки доли (Sp,%), для величин, распределение которых по результатам проведенных тестов

на нормальность (Шапиро — Уилка и Колмогорова — Смирнова) не соответствовало нулевой гипотезе закона нормального распределения, вычислены медиана и квантили (Me; 25–75-й).

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту — 29 (22; 35) и 28 (21; 35) лет, соответственно, что подтверждает тезис о сальпингоофорите как болезни молодого возраста.

В группе А проживали в сельской местности 18 ($60 \pm 8,9$ %) женщин, в группе Б — 20 ($66,7 \pm 8,6$ %) обследованных. Неработающей была каждая шестая из женщин, проходивших лечение в 1995 г. была ($16,7 \pm 6,8$ %), чего не наблюдалось в группе Б.

Стаж половой жизни был несколько больше у пациенток, лечившихся в 2005 г. — 10 (4; 14), против 8 (2; 10) — в группе А. Продолжительность заболевания сальпингоофоритом статистически не различалась у обследованных обеих групп — 5 (4; 7) лет и 4 (4; 6) лет, соответственно.

У 27 ($90 \pm 5,5$ %) пациенток группы А и у всех женщин группы Б в анамнезе были беременности, завершившиеся родами и (или) прерыванием беременности. У 3 ($10, \pm 5,5$ %) обследованных, проходившие лечение в 1995 г., беременностей не было, причем двоим из них в стационаре была выполнена диагностическая лапароскопия, подтвердившая наличие воспаления в маточных трубах.

Как правило, заболевание манифестировало во 2 фазе менструального цикла — интервал от первого дня последней менструации составил 18 (14; 21) день и 17 (13; 21) день у женщин обеих групп, соответственно. Возникновение заболевания все пациентки связывали с общим или местным переохлаждением, что подтверждает теорию об активации «дремлющей инфекции». Только у пациенток группы А обострение хронического сальпингоофорита в 4 ($13,3 \pm 6,2$ %) случаях наступило после выполнения медицинского аборта, так как выполнение этой внутриматочной манипуляции также является фактором риска.

Основным симптомом заболевания у женщин обеих групп была боль в нижних отделах живота, тянущего или ноющего характера, продолжительность болевого синдрома была одинакова — по 7 (5; 7) дней. При этом, повышение температуры тела при измерении в аксиллярной области более 38 °С было у 5 ($16,7 \pm 6,8$ %) госпитализированных в каждой группе, у которых был диагностирован перитонит, потребовавший хирургического лечения. В остальных случаях у пациентов с субфебрильной температурой тела было достаточно проведения консервативной терапии.

При гинекологическом осмотре у всех пациенток была выявлена болезненность в области придатков матки. Лейкоцитоз в общем анализе крови был у 5 ($16,7 \pm 6,8$ %) обследованных в каждой группе, у них же была фебрильная температура тела. При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза у 19 ($63,3 \pm 8,8$ %) женщин, пролеченных в середине 1990-х гг., и у 16 ($53,3 \pm 9,1$ %) человек, пролеченных в середине 2000-х гг., были выявлены признаки спаечного процесса.

При проведении бактериоскопии отделяемого из половых органов трихомонады были выявлены у 4 ($13,3 \pm 6,2$ %) женщин группы А и у 2 ($6,7 \pm 4,6$ %) человек группы Б. Неспецифический вагинит был диагностирован в 10 ($33,3 \pm 8,6$ %) случаях в 1995 г. и в 12 ($40 \pm 8,9$ %) — в 2005 г. В остальных случаях во влагалище был нормоценоз.

При анализе результатов бактериологического исследования отделяемого влагалища установлено, что у 7 ($23,3 \pm 7,7$ %) обследованных группы А высеян эпидермальный стафилококк, а у 6 ($20 \pm 7,3$ %) в группе Б — золотистый стафилококк. В остальных случаях роста патогенной и условно-патогенной микрофлоры получено не было.

Лечение пациентов в 1995 г. проводилось антибактериальными препаратами: пенициллином, стрептомицином, метронидазолом. Кроме того, с иммуномодулирующей целью назначались пирогенал и продигозан, а также стекловидное тело, тималин и

экстракт алоэ. В 2005 г. для лечения использовался оксациллин, ампициллин, гентамицин и метронидазол, а иммуномодуляторы уже не применялись. Противогрибковая терапия проводилась 11 ($36,7 \pm 8,8$ %) женщинам группы А (нистатином) и 13 ($43,3 \pm 9,1$ %) женщинам группы Б (флуконазолом). Физиотерапевтическое лечение применялось с одинаковой частотой в 1990-х и 2000-х гг.

Хирургическое лечение заключалось в удалении маточных труб в связи с наличием пиосактосальпинкса у 3 ($10 \pm 5,5$ %) обследованных в 1995 г. и у 4 ($13,3 \pm 6,2$ %) человек в 2005 г.

Сроки госпитализации были несколько больше у пациенток группы А — 14 (7; 19) дней против 11 (7; 13) в группе Б, что может быть связано с эффективностью используемых антибактериальных препаратов.

Выводы

За проанализированный период (1995–2005 гг.) наметилась тенденция к снижению заболеваемости сальпингоофоритом после медицинского аборта.

Несмотря на большой стаж половой жизни у пациенток группы А, продолжительность заболевания была практически одинаковой в обеих группах.

Однако отсутствие беременности в анамнезе наблюдалось только среди женщин, пролеченных в середине 1990-х гг., что может быть связано с осложненным течением заболевания.

Клинические симптомы заболевания не отличались у обследованных обеих групп, а по УЗИ признаки спаечного процесса чаще выявлены у пациенток группы А.

За исследованный период наметалась тенденция к смене возбудителя, который высеивали из отделяемого половых путей женщин — вместо эпидермального стафилококка был выделен золотистый.

Кроме того, изменения претерпела и проводимое консервативное лечение — вместо пенициллинов 1 поколения использовалось 2–3 поколение и аминогликозиды, а также использование иммуностимуляторов было прекращено. Вероятно, изменения терапии способствовали уменьшению длительности пребывания в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brunham, R. C. Pelvic Inflammatory Disease / R. C. Brunham, S. L. Gottlieb, J. Paavonen // New England Journal of Medicine. — 2015. — Vol. 372. — P. 2039–2048.

УДК 616.216.1-002«2014/2018»

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЙ ЛОР И ЧЛХ УГОКБ (2014–2018 гг.)

Костина Ю. М., Михальченко В. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

К наиболее часто встречающейся патологии верхних дыхательных путей относятся воспалительные заболевания околоносовых пазух, чаще всего — верхнечелюстной. Неспособность своевременно выявить одонтогенную природу синусита, который отличается патофизиологией, микробиологией и лечением от других синуситов, может привести к неправильной тактике лечения, хронизации процесса и развитию опасных осложнений.