

Заключение

Таким образом, наше исследование подчеркивает необходимость комплексной оценки биоценоза влагалища для постановки диагноза вагинальной инфекции у беременных и выбора лечения. Проводимое у беременных в первом триместре предварительное обследование на урогенитальные инфекции методом микроскопии и бактериологическое исследование цервикального и вагинального отделяемого позволяют выявить отдельных бактерий и грибов, определить наличие воспалительной реакции, а также чувствительность микроорганизмов к антибактериальным средствам. Тем не менее, данные рутинные методы не способствуют оценке биоценоза влагалища в целом, и только молекулярно-генетические методы (ПЦР, секвенирование) позволяют определить доминирующие виды микроорганизмов, что в 15 % случаев позволяет пересмотреть предварительный диагноз и избежать необоснованного антибактериального лечения, а ограничиться поддержанием нормальной лактофлоры. Более того, при определении чувствительности выделенных микроорганизмов предлагаемые антибактериальные средства являются системными, что и не входят в состав местных антибактериальных лекарственных средств, необходимых для лечения вагинальных инфекций, что приводит нередко к необоснованной системной антибактериальной терапии и только усугубляет проблемы вагинального дисбиоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kalia, N. Microbiota in vaginal health and pathogenesis of recurrent vulvovaginal infections: a critical review / N. Kalia, J. Singh, M. Kaur // Ann. Clin. Microbiol. Antimicrob. — 2020. — Vol. 19, № 1:5.
2. Захаренкова, Т. Н. Влияние микробиоты урогенитального тракта на исход беременности / Т. Н. Захаренкова, Ю. Д. Каплан // Акушерство. Гинекология. Генетика. — 2019. — Т. 16, № 2. — Р. 5–15.
3. Кира, Е. Ф. Бактериальный вагиноз / Е. Ф. Кира. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 472 с.
4. Analyses of Intestinal Microbiota: Culture versus Sequencing / A. Hiergeist [et al.] // ILAR J. — 2015. — Vol. 56, № 2. — Р. 228–240.
5. Микробиоценоз влагалища с точки зрения ПЦР в реальном времени. Возможности коррекции дисбиотических нарушений влагалища: учеб. пособие / Е. С. Ворошилина [и др.]. — Екатеринбург, 2018. — 72 с.

УДК 618.11-006.2-053.81-089.15

КИСТЫ ЯИЧНИКА В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ — ЛЕЧИТЬ НЕЛЬЗЯ ОПЕРИРОВАТЬ?

Корбут И. А.¹, Малашенко Е. А.², Мохорева Е. Л.³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,

³Учреждение

«Гомельский областной диагностический медико-генетический центр с консультацией “Брак и семья”»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Функциональная киста яичника — это доброкачественное опухолевидное образование яичника, образующаяся из доминантного (наиболее крупного) фолликула при достижении им 3 см в диаметре и более, при отсутствии овуляции (разрыва фолликула и выхода яйцеклетки) [2]. По данным ряда авторов, это состояние встречается преимущественно у женщин раннего детородного возраста, однако иногда функциональная киста выявляется у плодов и новорожденных [1].

Цель

Проанализировать особенности кист яичников в раннем репродуктивном возрасте.

Материал и методы исследования

Case-control» анализ 30 медицинских карт стационарного пациента учреждения «Гомельская областная клиническая больница», поступивших в гинекологическое отделение в экстренном порядке за период 2018–2021 гг. Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 8.0 (StatSoft, USA). Для статистической обработки количественных данных применялись методы вариационной статистики Фишера — Стьюдента с определением доли (p%) изучаемого признака 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 квартили (Me; 25-й - 75-й).

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных был 19 (18; 21) лет. Возраст менархе был 12 (12; 13) лет, при этом у 1 (3,3 ± 3,3 %) пациентки менархе наступило в 10 лет, еще у 2 (6,7 ± 4,6 %) — в 15 лет.

Считается, что функциональная киста яичника возникает вследствие гормональных нарушений в коре головного мозга, гипоталамусе, гипофизе и яичниках. Избыточная масса тела была выявлена у 5 (16,7 ± 7,8 %) обследованных, а дефицит массы тела имели 4 (13,3 ± 3,2 %) пациентки. Хроническая никотиновая интоксикация была выявлена у 9 (30 ± 8,4 %) женщин. Факторы, оказывающие влияние на цирхоральный синтез половых гормонов: работа с ночными сменами или позднее засыпание с дополнительным информационным шумом (компьютер, смартфон), были выявлены у 14 (46,7 ± 9,1 %) обследованных. Таким образом, полученные данные могут свидетельствовать, что в основе развития данного заболевания лежат нейро-эндокринно-обменные нарушения, способствующие гормональному дисбалансу (абсолютной или относительной гиперэстрогемии) и развитию ановуляторного менструального цикла.

Все женщины в исследуемой группе были нерожавшими, а также с отсутствием беременности в анамнезе. Отсутствие опыта полового контакта указывали 5 (16,7 ± 7,8 %) человек. У остальных возраст начала половой жизни был 16 (16; 18) лет. При этом, использование комбинированных оральных контрацептивов отмечали 4 (16 ± 7,5%) из обследованных, имеющих полового партнера. В остальных случаях предотвращение нежеланной беременности осуществлялось с помощью барьерных средств контрацепции (прерванный половой акт и мужской презерватив).

Воспалительные заболевания придатков матки отягощали анамнез у 8 (26,7 ± 8,1 %) пациенток, что может быть связано с недостаточной эффективностью использования прерванного полового акта в части защиты от инфекционных заболеваний. Кроме того, перенесенный воспалительный процесс является фактором риска возникновения овуляторного болевого синдрома.

В ряде случаев причиной формирования функциональной кисты яичников является дисфункция щитовидной железы, что подтверждается полученными в нашем исследовании данными — 16 (53,3 ± 9,1 %) человек имели эндемический зоб. Это косвенно подтверждает участие гормонов щитовидной железы в метаболизме половых гормонов.

При нарушении овуляции, доминантный фолликул продолжает увеличиваться в размерах за счет ретенции накопления в нем жидкости, а если не происходит регресс желтого тела, то в его полость могут происходить кровоизлияния. Оба этих состояния сопровождаются возникновением болевого синдрома, который и является в большинстве случаев показанием к госпитализации.

Всем пациенткам ввиду отсутствия клиники «острого живота» при поступлении был выставлен диагноз «Овуляторные боли». После дообследования, при

выполнении ультразвукового исследования органов малого таза была выявлена киста яичника. С учетом небольших размеров кисты (объемом до 5 см³), анэхогенного содержимого, незначительной васкуляризации, тонкой капсулы, возраста и репродуктивного анамнеза было принято решение о консервативной терапии. В стационаре назначались нестероидные противовоспалительные препараты (нимесубел, ибупрофен) коротким курсом (1–2 дня) под защитой ингибиторов протонной помпы (омепразол) с целью купирования болевого синдрома. Исчезновение болевого синдрома явилось показанием к выписке из стационара, при этом длительность лечения составила 3 (2; 5) дней.

Впоследствии, консервативная терапия осуществлялась на амбулаторном этапе врачом акушером-гинекологом. При этом, проводилась беседа о здоровом образе жизни (отказ от курения, нормализация массы тела), а также назначались комбинированные оральные контрацептивы (паулина, мидиана, регулон) с целью нормализации нейрогуморальной регуляции менструального цикла. Кроме того, использовалась витаминотерапия и гомеопатические препараты (антиоксикапс, циклодинон, тайм-фактор), а также осуществлялось динамическое наблюдение с выполнением ультразвукового исследования органов малого таза после менструации.

У 28 (93,3 ± 4,6 %) обследованных произошла редукция кисты яичников на протяжении 2 менструальных циклов, еще у 2 (6,7 ± 4,6 %) пациенток киста регрессировала к 3 месяцу наблюдения. Это согласуется с общемировыми данными и подтверждает целесообразность проводимого лечения [1, 2].

Выводы

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что киста яичника у женщин раннего репродуктивного возраста зачастую является следствием нарушения нейрогуморальной регуляции менструального цикла, а также перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза. Проводимая комбинированная консервативная терапия с использованием гормональных, витаминных и гомеопатических препаратов под ультразвуковым мониторингом органов малого таза позволила нормализовать функцию яичников и избежать хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. The central role of ovulatory disturbances in the etiology of androgenic polycystic ovary syndrome (PCOS). — Evidence for treatment with cyclic progesterone / L. Briden [et al.] // Drug Discovery Today: Disease Models. — 2020. — P. 71–82. — Access online <https://doi.org/10.1016/j.ddmod.2020.11.008>.
2. Controlled aspiration of large paediatric ovarian cystic tumours / L. Watson [et al.] // Journal of Pediatric Surgery. — 2021. — Access online 16 July 2021. — doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2021.06.012.

УДК 618.1-089;14-006;147

РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ГЕНЕЗЕ МИОМЫ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

Кухарчик Ю. В.¹, Гутикова Л. В.¹, Шульга А. В.¹, Колесникова Т. А.²

¹Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гродненский областной клинический перинатальный центр»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Миома матки (ММ) и эндометриоз являются одними из наиболее распространенных заболеваний женских половых органов, которые, по данным ряда авторов, сочетаются между собой в 60 % случаев [1, 3, 4].