

пациентов наступило нагноение раны под повязкой, из-за чего пациентам были выполнены перевязки с повторным наложением марлевых повязок.

Выводы. Предложенный нами способ снижает риск нагноения донорской раны, ускоряет ее заживление. Несмотря на то, что салфетка АУТ-М2 дороже салфетки из марли медицинской (ГОСТ 9412-93), лечение пациентов обходится более дешево при применении сорбента, поскольку реже наступает нагноение донорских ран, что обусловлено местным применением антибиотиков в сочетании с выраженными бактериостатическими свойствами углеволоконистых сорбентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев, Ю.К. Раневые повязки в хирургии /Ю.К. Абаев // Журнал «Медицинские новости» [Электронный ресурс]. – 2003. – № 12. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=2502> – Дата доступа: 10.09.2013.
2. Фисталь, Э. Я. Комбустиология / Э. Я. Фисталь, Г. П. Козинец, Г. Е. Самойленко, В. М. Носенко, Н. Н. Фисталь, В. В. Солошенко. – Донецк, 2005. – 315 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С АДЕНОМИОЗОМ И НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Павловская М.А.¹, Величко М.Г.², Гутикова Л.В.¹

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
Гродненский государственный аграрный университет²*

Актуальность. Эндометриоз считают одним из распространенных болезней женщин фертильного возраста, частота которого в структуре гинекологической заболеваемости составляет 15-50% [1, 2]. Этиология и патогенез эндометриоза остается клинической загадкой, его называют "болезнью теорий".

Цель. Клиническая оценка пациентов с аденомиозом и эндометриозом яичников.

Методы исследования. Основой настоящего исследования явились клинические наблюдения и данные общеклинического обследования, выполненные у 120 больных генитальным эндометриозом. В зависимости от установленного диагноза больные были разделены на 2 группы: в 1-ую группу отнесены 70 больных с аденомиозом, во 2-ую группу вошли 50 больных с эндометриозом яичников. В 3-й (контрольной) группе обследованы 30 практически здоровых женщин.

Результаты и их обсуждение. Клинический анализ основной группы показал, что их возраст колебался от 18 до 40 лет, при том средний возраст больных в 1-ой группе составил $31 \pm 0,6$ года, во 2-ой группе – $25 \pm 0,7$ лет. Это показывает возникновение аденомиоза у женщин более старшего возраста.

Длительность болевого синдрома в этих группах отмечена от 4 до 7 лет, в среднем $2,3 \pm 1,7$ года. По характеру трудовой деятельности в основной группе преобладали женщины умственного труда, имевшие контакт с химическими вредными веществами. Большинство обследованных женщин 1-ой и 2-ой групп имели неустроенность быта. В этих группах выявлен также высокий процент стрессовых ситуаций. Пациентки основной группы указывали на несбалансированное питание, недостаток потребления белка, витаминов, что отрицательно влияло на формирование иммунной защиты и функционирование эндокринной системы.

При изучении семейного анамнеза у женщин эндометриозом выявлена отягощённая наследственность. Наиболее часто родственники обследованных больных 1-ой группы страдали опухолевыми процессами половых органов (45,7%), из 2-ой группы – опухолевыми процессами экстрагенитальной локализации (34,0%). У родственников 5 больных (4,1%) из обеих групп в анамнезе был генитальный эндометриоз различной локализации. Однако это число, по всей видимости, занижено, так как диагностика данного заболевания в прошедшие десятилетия была существенно затруднена. Несмотря на это у 30 (25,0%) пациентов их родственницы по женской линии страдали гинекологическими заболеваниями, по поводу которых проводилось консервативное и оперативное лечение, что делает вероятным наличие у них эндометриоза. Обращает на себя внимание большое число пациентов, перенёсших детские инфекции, составлявших в 1-ой и 2-ой группах 82 (68,3%), острые респираторные заболевания – 91 (75,8%).

Из экстрагенитальной патологии наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечно-печёночного комплекса - 54 (45,0%) случая, имеющих преимущественно функциональный характер, что по видимому, может быть связано и с нарушением метаболизма эстрогенов, что в свою очередь, влияет на функциональное состояние репродуктивной системы.

Женщины с эндометриозом в основном имели астенический тип телосложения. У большинства весо-ростовой показатель не превышал 25.

У 89 (74,1%) человек основной группы первая менструация появилась в возрасте 11-12 лет. Достоверной взаимосвязи между возрастом менархе и преимущественной локализацией эндометриоидного процесса нами не отмечено. Женщины в основном имели нормопонирующий менструальный цикл, что в среднем составило $26,5 \pm 0,3$ из 1-ой группы и $26,3 \pm 0,4$ из 2-й группы. Средняя продолжительность дней менструации – $5,3 \pm 0,2$ и $5,2 \pm 0,3$ соответственно.

У большинства (60,5-62,6%) обследованных нами женщин в анамнезе были искусственные аборты, которые, как правило, являются предрасполагающим фактором в развитии заболевания [60].

Первичным бесплодием страдали 9 (7,5%) из обследованных, вторичным – 12 (10,0%) от числа женщин, состоящих в браке и заинтересованных в беременности, и практически одинаково наблюдалось при всех клинко-анатомических вариантах эндометриоза.

Страдающие эндометриозом с большой частотой указывали на осложнённое течение предыдущих беременностей и родов. Отмеченный нами высокий процент преэклампсии (23-24%) возможно привёл к ухудшению иммунного фона у женщин. Иммунологические проблемы при беременности косвенно отражающие иммунологический статус, и в последующем возможно, некоторым образом повлияли на происхождение эндометриоза.

Обращает на себя внимание большой удельный вес осложнений искусственных абортов у пациенток с эндометриозом, они выявлены примерно с одинаковой частотой в 1-й группе у 44 (62,8%) и у 33 (66,0%) из 2-й группы.

В наших исследованиях нарушения менструальной функции после искусственного аборта наблюдались у 16 (22,9%) женщин из 1-ой группы и у 12 (24,0%) из 2-й группы, воспалительные заболевания половых органов у 12 (17,2%) и у 9 (18,0%) соответственно. В течение первых двух лет после искусственного аборта выявлено развитие эндометриоза у 8 (11,4%) из 1-й и 5 (10,0%) из 2-й групп.

Из перенесённых гинекологических заболеваний наиболее часто встречались воспалительные процессы половых органов. Они составили 83 (69,2%) общего числа гинекологической патологии и с одинаковой частотой наблюдались в обеих группах больных. Псевдоэрозии шейки матки были констатированы у 15 (30,0%) больных 2-й группы и несколько реже – у больных 1-й группы.

Относящееся к настоящему заболеванию нарушение самочувствия, вынудившие больных обратиться за медицинской помощью, в основном, сводилось к следующим жалобам: боли внизу живота и в области поясницы, значительное усиление болей во время полового сношения и во время менструаций, субъективное увеличение объёма живота, нарушение менструального цикла, первичное и вторичное бесплодие.

Ноющие боли внизу живота в виде альгоменореи наблюдались у 80 (66,7%) пациентов обеих групп, чаще у больных 1-й групп – 49 (70,0%), во 2-й группе – 31 (62,0%), сильные по характеру боли, требовавшие постоянного приёма анальгетиков отмечали 13 (26,5%) и 9 (29,0%) больных изучаемых групп. У большинства обследованных боли наибольшей интенсивности были в первые дни цикла с почти одинаковой частотой как у пациенток 1-й группы – у 43 (87,8%), так и у пациенток 2-й группы – у 28 (90,3%). В остальных наблюдениях болевой синдром сохранялся на протяжении всей менструации.

Ноющие боли внизу живота, не связанные с менструацией чаще всего отмечали больные 2-й группы – 29 (58,0%), а на боли в области поясницы и крестца чаще жаловались женщины из 1-й группы – 33 (47,1%). Нами замечено, что у 45 (62,5%) женщин основной группы болевой синдром появился на несколько лет ранее, чем был поставлен диагноз эндометриоза. Это даёт основание предположить, что эндометриоз не является основным этиологическим фактором, приводящим к развитию тазовых болей.

Указания на гиперменорею были отмечены у 41 (58,6%) больных 1-й группы, в 2/3 случаев осложнявшиеся анемией. Жалобы на скудные кровянистые

выделения из половых путей в виде мажущих выделений до и/или после менструации наблюдались у больных обеих групп с почти одинаковой частотой, а именно у 21 (30,0%) и у 13 (26,0%) пациенток соответственно изучаемых групп.

У женщин с эндометриозом наблюдались жалобы на сексологические расстройства. Из 120 больных только у 28 (23,3%) не возникало проблем с половой жизнью, у остальных 92 (76,7%) были выявлены отклонения нормальной сексуальности: от диспареунии до обострения болей после каждого полового сношения. Практически всегда больные предъявляли жалобы, которые свидетельствовали о наличии серьёзных расстройств высшей нервной деятельности среди этих жалоб особенно выделялись жалобы на бессонницу, плохо контролируемую раздражительность. Однако мы заметили, что несмотря на сходство клинической картины заболевания в 1-й и 2-й группах, у них имеются существенные различия по частоте выявляемости симптомов, характеру локализации и иррадиации боли.

Выводы.

1. Аденомиоз и эндометриоз яичников характеризуется выраженной клинической картиной с множеством жалоб и клинических проявлений.

2. Нарушения менструальной функции, проявляющиеся в виде нерегулярности цикла, раннего и позднего начала менархе, свидетельствуют об изначальной функциональной неполноценности системы гипоталамус–гипофиз–яичники–надпочечники у женщин с эндометриозом.

3. Эндометриоз не является основным этиологическим фактором, приводящим к развитию тазовых болей.

4. Воспалительные заболевания женских половых органов приводят к существенным иммунологическим нарушениям, характеризующимся аутоиммунными реакциями и подавлением устойчивости к иммунологическому контролю в организме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян, Л.В. Эндометриозы: руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – 2-е изд. – М.: Медицина, 2006. – 411 с.

2. Giudice, L.N. Endometriosis / L.N. Giudice // Engl J Med. – 2010. – Vol. 362. – P. 2389-2398.

АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ОСТРОЙ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Парфёнова И.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Острые воспалительные заболевания легких сопровождаются усилением окислительных процессов в легочной ткани. Инфекционные агенты