

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С АНАЭРОБНЫМ ДИСБИОЗОМ ВЛАГАЛИЩА

Станько Д.Э., Логис А.О., Станько Э.П.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Анаэробный дисбиоз влагалища (АДВ) занимает одно из первых мест среди заболеваний влагалища. В популяции распространенность АДВ находится в диапазоне 12-80% [1]. В структуре инфекционных заболеваний половых органов частота встречаемости АДВ составляет 30-80% [2-4]. АДВ негативно влияет на репродуктивное и психосоциальное здоровье женщин. Аномальный состав вагинальной микробиоты, снижение численности и активности лактобацилл, способных синтезировать перекись водорода, увеличение колонизации условно-патогенными микроорганизмами вызывает появление обильных вагинальных выделений, часто имеющих рыбный запах, который усиливается после полового контакта или во время менструации. Изменения вагинальных выделений часто вызывают дискомфорт, стыд, тревогу и депрессию, приводят к снижению самооценки у женщин и негативно влияют на их сексуальные отношения [5]. Заболевание сопровождается формированием биопленок на слизистой оболочке влагалища, которые обнаруживаются у 90% женщин с АДВ и являются фактором резистентности и рецидивов заболевания. Использование пробиотиков с лактобактериями может способствовать разрушению микробных биопленок, но не снижает частоту рецидивов АДВ, что обуславливает снижение качества жизни (КЖ) женщин и их репродуктивного потенциала.

Цель. Оценка показателей КЖ у женщин с АДВ до и после лечения, через 3, 6 и 9 месяцев динамического наблюдения для анализа эффективности его лечения.

Методы исследования. Группу пациенток с диагнозом АДВ составили 95 женщин (18-45 лет), наблюдавшихся в женской консультации № 2 Гродненской центральной городской поликлиники. Распределение женщин по группам проводилось в зависимости от схемы применяемого лечения: I группа женщин (35) была пролечена по традиционной схеме терапии АДВ, II (30) и III (30) группы – согласно разработанной нами противорецидивной схемы лечения. В качестве показателей контрольной группы использовались данные Болдыревой О.А. [6]. Проводились кольпоскопическая оценка состояния эктоцервикса, прицельная биопсия шейки матки для верификации цервикальной эктопии и определения тактики течения. Наблюдение проводилось интервальным методом непосредственно после лечения, а также через временные точки (3-6-9 месяцев) динамического наблюдения для I и II групп. Для III группы наблюдение проводилось после лечения АДВ, а также через 2-6-9 месяцев после деструктивного лечения. Второй этап исследования включал лечение рецидивов заболевания из I и II групп по схеме, используемой

в III группе пациенток. Для оценки КЖ использовался опросник Болдыревой О.А. [6]. Заполнение опросника выполнялось женщиной самостоятельно, после беседы с врачом до и после курса лечения (через 3, 6, 9 месяцев). Статистический анализ результатов осуществляли с использованием пакетов Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q), открытой статистической платформы Jamovi [7] при значимом уровне достоверности гипотезы об отсутствии значимых различий или факторных влияний $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Статистически значимых отличий по возрасту в данных группах не выявлено (Kruskal-Wallis $p = 0,577$, Shapiro-Wilk $p < 0,01$). Следует отметить, что 25,3% обследованных женщин находились в позднем репродуктивном периоде. Среди обследованных 67,4% пациенток имели среднее и среднее специальное образование, высшее – 28,4%, незаконченное высшее – 4,2%. Статистически значимых различий между группами по возрасту менархе не выявлено, средний возраст составил 13,1 ($SD \pm 1,1$) лет ($p = 0,293$). Средний возраст вступления в половую жизнь составил 17,7 ($SD \pm 1,1$) лет, 41,1% пациенток имели сексуальный дебют до 18 лет (минимальный – 15 лет, максимальный – 20 лет). В клинической картине у женщин исследуемых групп наблюдались снижение аппетита, тошнота, запоры. Женщины часто предъявляли жалобы на раздражительность, утомляемость, рассеянность, снижение памяти, нарушение сна. Одним из критериев включения пациенток в рандомизированное исследование было наличие обильных гомогенных выделений, иногда с неприятным одорирующим эффектом. Значимых отличий КЖ между исследуемыми группами женщин с АДВ в начале исследования (до лечения) не выявлено. Так, общий показатель КЖ до лечения составил 74,3 [71,3; 77,9] балла ($p = 0,95$), не отличался в группах, что указывало на умеренный уровень нарушений КЖ у обследованных женщин. Рецидив заболевания в течение 9 месяцев был зарегистрирован у 35 (100%) женщин I группы, получавших традиционную схему терапии АДВ, что подтверждалось клиническими данными, микроскопического исследования и рН влагалищных выделений. Поэтому требовалось дополнительное лечение, включавшее разработанную нами противорецидивную схему лечения. Значения компонентов КЖ у женщин исследуемых групп до лечения значимой разницы не имели. Нарушения социальной активности и психического функционирования, выраженность симптомов, общий показатель КЖ у женщин исследуемых групп соответствовали категории «умеренные отклонения от должного значения». Наиболее низкими зарегистрированы показатели психического функционирования, указывающие на наличие проблем в сфере когнитивного функционирования, самооценки, эмоций и внешнего вида. Взаимосвязь в исследуемых группах до лечения установлена между показателями КЖ и интегральным показателем здоровья влагалищного биоценоза (рН). Так, колебания рН отрицательно коррелировали с различиями в выраженности симптомов, психическом и социальном функционировании пациентов с АДВ. Наиболее значимая взаимосвязь была выявлена до лечения между выраженностью симптомов заболевания, уровнем психического

и социального функционирования. Анализ частной корреляции (PC-partial correlation) показал, что влияние рН на психический и социальный компоненты КЖ, а также на общий показатель КЖ при АДВ опосредовано выраженностью симптомов заболевания. Использование традиционной схемы терапии АДВ у женщин I группы было недостаточно эффективным, что подтверждалось более низкими показателями КЖ после лечения. Наиболее низкие значения показателей КЖ после лечения были характерны для женщин I группы по сравнению с другими исследуемыми группами. После лечения у женщин I группы выявлена положительная корреляция между компонентами КЖ «Психическое функционирование» и «Социальное функционирование» ($r=0,72$). Взаимовлияние было опосредовано между ними изменениями в шкале «Симптомы» (PR p -value=0,125). Отрицательная взаимосвязь установлена между рН влагалища и выраженностью симптомов ($r=-0,71$). После лечения выраженность симптомов заболевания у женщин была взаимосвязана с уровнем их психического (II и III групп – $r=0,99$) и социального функционирования (II группы – $r=0,93$; III группы – $r=0,99$), а также с общим показателем КЖ (II группы – $r=0,89$; III группы – $r=0,85$).

Таким образом, АДВ приводит к снижению КЖ пациенток фертильного возраста за счет изменений его психического и социального компонентов, наличия симптомов заболевания, что подтверждают медианы значений субшкал «Социальное функционирование» – 69,4 [65,6; 71,9], «Психическое функционирование» – 67,5 [65,0; 70,0] и «Симптомы» – 67,9 [64,3; 71,4], «Общий показатель КЖ» – 74,3 [71,7; 77,9]. Преобладание в формировании общего показателя КЖ психического и социального компонентов до и после лечения, а также через 3, 6 и 9 месяцев после окончания курса лечения указывает на ведущее значение социальной и психической составляющих КЖ у женщин с АДВ, нарушения которых могут служить показаниями для назначения психофармакотерапии и методов психотерапевтических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.cnikvi.ru/docs/2335_maket_30.pdf. – Дата доступа: 17.02.2023.
2. Пестрикова, Т. Ю. Выбор рациональной тактики лечения бактериального вагиноза / Т. Ю. Пестрикова и др. // Гинекология. – 2014. – Т. 16. – №. 4. – С.11–13.
3. Петерсен, Э. Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии / Э. Э. Петерсен, В. Н. Прилепская // М.: МЕДпрессинформ. – 2007. – 352 с.
4. Радзинский, В. Е. Эффективность коррекции дисбиоза влагалища в I триместре беременности / В. Е. Радзинский, И. М. Ордиянц, С. В. Апресян // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – Т. 10. – №. 3. – С. 38–41.
5. Тихомиров, А. Л. Бактериальный вагиноз / А. Л. Тихомиров // Доктор.Ру. Гинекология. – 2019. – № 4 (159). – С. 40–44.

6. Болдырева, О. А. Роль изучения качества жизни в оценке эффективности санаторно-курортного лечения женщин с бактериальным вагинозом / О. А. Болдырева // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2014. – № 4. – С. 47–50.

7. Jamovi – open statistical software for the desktop and cloud [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.jamovi.org>. – Дата доступа: 01.02.2023.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ

Старченко П.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В 2023 году в Республике Беларусь заболеваемость клещевыми нейроинфекциями (КН) выросла более чем в 2 раза, а сезонный характер данной природно-очаговой патологии увеличился на несколько месяцев. Случаи заболевания клещевым энцефалитом (КЭ) зарегистрированы на 31 административно-территориальной единице Республики Беларусь [1]. Наиболее серьезными и опасными клиническими формами КЭ, при которых поражается ЦНС, являются менингит, менингоэнцефалит [2].

Эндотелий головного мозга, обладая высокой реактивностью, является как источником, так и мишенью для воспалительных белков и активных форм кислорода, которые приводят к повреждению гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) ответственного за выполнение нормальных функций мозга, синаптическое ремоделирование и ангиогенез [3, 4]. Эндотелиальная дисфункция (ЭД) и нарушение ГЭБ играют решающую роль в развитии ряда заболеваний ЦНС, так как распад ГЭБ приводит к нейровоспалению и окислительному стрессу, являющихся основой патогенеза заболеваний ЦНС.

Фактор роста эндотелия сосудов (VEGFA), первоначально названный сосудистым фактором проницаемости представляет собой сигнальный белок, индуцирующий пролиферацию и миграцию сосудистых эндотелиальных клеток, что необходимо для физиологического и патологического ангиогенеза. Активность VEGFA изучалась в основном на клетках эндотелия сосудов, однако было показано, что он оказывает влияние на функционирование других типов клеток – стимулирует миграцию моноцитов/макрофагов, действует на нейроны, клетки раковых опухолей, почечные эпителиальные клетки [5]. Установлено, что реактивные астроциты способствуют открытию ГЭБ посредством выработки VEGFA, что является ключевым событием в патогенезе поражения ЦНС, предрасполагающего к развитию отека, эксайтотоксичности и проникновения белков плазмы и воспалительных клеток [6, 7].

В литературе существует определенный дефицит информации о роли астроцитарного VEGFA при клещевых нейроинфекциях, что стало причиной нашего исследования.