железодефицитной анемии средней тяжести. Киста диаметром 50 мм выявлена в первые дни после родов, тип А. Рекомендован повторный осмотр через 1 мес, что не было выполнено. Проведена лапаротомия, по данным гистологического исследования диагностирована серозная цистаденома.

Клинический случай № 4: девочка, 1,5 года, рожденная из двойни от первой беременности и родов. Из анамнеза известно, что беременность индуцированная, была угроза ее прерывания; роды произведены путем кесарева сечения на 40-й неделе гестации. Киста яичника обнаружена на 28-й неделе. При контрольном УЗИ после родов и в первый год жизни киста яичника не визуализировалась (отмечалась повышенная пневматизация кишечника на фоне дисбиоза). На контрольном УЗИ в 1 год 5 мес выявлено образование, произведена госпитализация. По данным УЗИ органов малого таза: тело матки 20/10 х 12,7 х 9 мм; правый яичник 16,7 х 7 х 11,4 мм; левый яичник расположен справа от матки размером 33 х 31,3 х 30,7 мм; в нем определяется гиперэхогенное включение 20 х 23 х 18 мм с гипоэхогенной полостью 7 мм. Анализ на уровень гормонов в крови показал, что ЛГ < 0,100 мМЕ/мл, ФСГ 4,56 мМЕ/мл, прогестерон 0,089 нг/мл, эстрадиол < 5,00 пг/мл. Онкомаркер АФП был равен 7,2 нг/мл, СА-125 – 36,67 Ед/мл. Проведено лечение методом лапароскопии, по результатам которой придатки матки слева отсутствовали; левая маточная труба склерозирована, белесовата, заканчивается слепо. Левый яичник в брюшной полости не обнаружен. Справа в дугласовом пространстве видны выраженные спайки, под которыми находится образование, расположенное забрюшинно.

Подводя итоги, И.В. Бачинская отметила, что консервативное ведение врожденных кист яичников у детей первого года жизни возможно при небольших размерах опухоли, однокамерном, жидкостном, тонкостенном образовании и сохраненном кровоснабжении яичника по данным допплеровского картирования в течение 3 мес. При отсутствии обратного развития опухоли, ее больших размерах, нарушении кровоснабжения, наличии уровня эхоуплотненной взвеси в жидкостной кисте либо гиперэхогенных перегородок показано оперативное лечение. Использование метода лапароскопии, который является золотым стандартом при операциях на придатках, особенно целесообразно у девочек этой возрастной группы в связи с легким течением послеоперационного периода.

Подготовила Марина Малей

ДАЙДЖЕСТ

Нестероидные противовоспалительные средства могут подавлять овуляцию

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) негативно влияют на фертильность, поэтому должны с осторожностью использоваться женщинами детородного возраста. Об этом свидетельствуют результаты небольшого исследования, представленные на ежегодном конгрессе Европейской лиги против ревматизма (EULAR).

В испытаниях приняли участие 39 женщин детородного возраста, страдающих болью в спине. В зависимости от группы они получали диклофенак (100 мг один раз в день), напроксен (500 мг два раза в день), эторикоксиб (90 мг один раз в день) или плацебо. Лекарственные средства пациентки принимали на протяжении 10 дней, начиная с 10-го дня менструального цикла.

После анализа полученных данных, ученые констатировали, что овуляция произошла только у 6,3% пациенток из диклофенак-группы. Среди пациенток, принимавших напроксен и эторикоксиб, этот показатель составил 25 и 27,3% соответственно, тогда как в плацебо-группе овуляция была зафиксирована у 100% пациенток.

Авторы работы заявили, что полученные ими данные свидетельствуют о негативном воздействии безрецептурных НПВС на женскую фертильность. Они подчеркнули, что даже кратковременный прием данных препаратов приводит к резкому снижению уровня прогестерона.

По материалам: http://www.remedium.ru/news/detail.php?ID=66077

www.mazg.com.ua
ISSN 2311-5335