

М. А. Малашенко

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Введение

Выключение репродуктивной и менструальной функции женского организма, дефицит половых гормонов влечет за собой изменения в нервной, сердечно-сосудистой, костной и эндокринной системах, способствует развитию генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС), что не может не отразиться на качестве жизни пациенток в менопаузе [1].

Считается, что с проявлениями климактерического синдрома сталкивается около 30–60% женщин. В каждом отдельном случае проявления климактерического синдрома, выраженность и продолжительность симптомов различны [2].

Некоторые симптомы, такие как, вазомоторные расстройства со временем проходят, но некоторые, как ГУМС прогрессируют с годами.

Пролапс тазовых органов (ПТО) – симптомокомплекс, который прогрессирует на фоне эстрогенного дефицита, являясь одним из проявлений генитоуринарного менопаузального синдрома [3].

В доступной литературе отсутствуют данные о связи ПТО с остальными симптомами климактерического синдрома.

Цель

Оценить и сравнить степень выраженности симптомов климактерического синдрома у женщин с пролапсом тазовых органов различной степени тяжести и без него.

Материал и методы исследования

Обследовано 70 женщин в возрасте 48–75 лет в период с 10.01.2025 по 10.03.2025 с естественной менопаузой, длительность которой составляла от 1 года до 18 лет. В зависимости от наличия ПТО женщины были разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 35 женщин с ПТО 1–4 степеней: ПТО 1 ст. наблюдался у 16 (46%) женщин, ПТО 2 ст. – у 7 (20%) женщин, ПТО 3 ст. – у 5 (14%) женщин, ПТО 4 ст. – у 7 (20%) женщин. Степень ПТО определяли в соответствии с классификацией POP-Q. Группу 2 составили 35 женщин без пролапса тазовых органов. Всем пациенткам проведено анкетирование, включающее оценку менопаузального индекса Купермана в модификации Е. В. Уваровой и критерии шкалы Грина.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ Excel и Statistica (V.10.0). Полученные данные представлены в формате медиана (Me) и интерквартильный размах (25;75). Для сравнения непараметрических количественных показателей использовался метод Манна-Уитни (U). Сравнение групп по качественным показателям производилось с помощью критерия χ^2 . Различия считались статистически значимыми при уровне $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст женщин с пролапсом тазовых органов составил 61,0 (55,0;67,5) лет и не различался с группой без пролапса тазовых органов – 58,4 (51,0;68,0) лет ($U=699$; $p=0,213$).

Длительность менопаузы в группе 1 составила 3,0 (1,0;3,5) года и значимо не различалась с группой 2, где длительность менопаузы составила 3,0 (2,0;5,0) года ($U=583$; $p=0,725$).

Недержание мочи наблюдалось у 11 (31,0%) женщин в группе 1, что было значимо чаще, чем в группе 2, где женщин с таким симптомом не было ($\chi^2=10,785$; $p=0,001$).

При оценке выраженности климактерического синдрома по шкале Купермана не было выявлено значимых различий между группами. Слабые проявления (1–11 баллов) наблюдались у 16 (46%) женщин группы 1 и 17 (49%) женщин группы 2 ($\chi^2=1,48$; $p=0,222$), средние проявления (12–19 баллов) – у 11 (31%) женщин группы 1 и 15 (43%) женщин группы 2 ($\chi^2=0$; $p=1,0$), тяжелые проявления (>20 баллов) – у 8 (23%) женщин группы 1 и 3 (8%) женщин группы 2 ($\chi^2=1,05$; $p=0,305$). Были выявлены значимые различия между группами по критериям шкалы Грина. Слабые проявления (12–34 баллов) наблюдались у 12 (34%) женщин группы 1 и 23 (66%) женщин группы 2 ($\chi^2=5,71$; $p=0,01$), проявления средней выраженности (35–58 баллов) у 16 (46%) женщин группы 1 и 10 (29%) женщин группы 2 ($\chi^2=1,53$; $p=0,22$), значительно выраженные проявления (более 58 баллов) – у 7 (20%) женщин группы 1 и 2 (6%) женщин группы 2 ($\chi^2=3,19$; $p=0,150$).

Таблица 1 – Выраженность климактерического синдрома у женщин исследуемых групп и при различной степени ПТО, n (%)

Метод оценки	ПТО 1 ст. (n=16)	ПТО 2 ст. (n=7)	ПТО 3 ст. (n=5)	ПТО 4 ст. (n=7)	Без ПТО (n=35)
Шкала Купермана					
Слабые проявления	7(44%)	4(57%)	3(60%)	2(29%)	17(49%)
Средняя выраженность	5(31%)	2(29%)	1(20%)	3(43%)	15(43%)
Значительные проявления	4(25%)	1(14%)	1(20%)	2(29%)	3(8%)
Шкала Грина					
Слабые проявления	6(37%)	3(43%)	1(20%)	2(29%)	23(66%)
Средние проявления	7(44%)	3(43%)	3(60%)	3(43%)	10(29%)
Тяжелые проявления	3(19%)	1(14%)	1(20%)	2(29%)	2(5%)

Средний балл по шкале Купермана в группе 1 составил: 39,25 (23,75;57,25) баллов, в группе 2 составил 36,0 (20,0;53,0) баллов ($U=719$; $p=0,215$).

Средний балл по шкале Грина в группе 1 составил: 13,5 (6,5;19,0) баллов, в группе 2 составил: 6,0 (3,0;17,0) баллов ($U=839$; $p=0,008$).

Таблица 2 – Клинические проявления по шкале Грина, n (%)

Проявления	Группа 1 (n=35)	Группа 2 (n=35)	Уровень значимости χ^2 ; p
Тревога и депрессия	22(63%)	17(49%)	$\chi^2=1,45$; $p=0,34$
Соматические расстройства	21(60%)	7(20%)	$\chi^2=11,67$; $p=0,001$
Вазомоторные расстройства	17(49%)	9(26%)	$\chi^2=3,00$; $p=0,08$
Сексуальные расстройства	15(43%)	14(40%)	$\chi^2=0,06$; $p=1,00$

Выводы

1. Недержание мочи является специфическим симптомом, ассоциированным с ПТО у женщин в менопаузе ($p=0,001$).
2. Пациентки с ПТО имели значимо более высокий балл по шкале Грина ($p=0,008$), при этом значимо у меньшего числа пациенток были слабо выраженные проявления климактерического синдрома, чем в группе без ПТО ($p=0,01$).
3. У пациенток с ПТО значимо чаще, чем в группе без ПТО наблюдались соматические расстройства ($p=0,001$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кострома, Я. В. Оценка выраженности климактерического синдрома и особенности психосоматического статуса / Я. В. Кострома, Е. Н. Беляева, Е. Л. Хазова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68. № 1. – С.13–20.
2. Котова, Г. С. Период менопаузы и климактерический синдром в общей врачебной практике: учеб.-метод. пособие / Г. С. Котова [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2023. – 52 с.
3. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. Клинические рекомендации. Российское общество акушеров-гинекологов. – 2024 г.

УДК 618.3-06

Т. С. Мостыка

Научный руководитель: старший преподаватель, ассистент кафедры А. В. Швайковский

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

ОСЛОЖНЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НА ФОНЕ HELLP-СИНДРОМА: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Введение

HELLP-синдром представляет собой тяжелое осложнение беременности, являющееся вариантом преэклампсии, впервые выделенным L. Weinstein в 1982 году. Синдром характеризуется классической триадой: гемолизом эритроцитов, повышением уровня печеночных ферментов и тромбоцитопенией, что и стало основой диагноза, известного как HELLP-синдром. Однако классическая форма с полной триадой признаков встречается достаточно редко, и в большинстве случаев диагностируются неполные формы заболевания. Когда не все признаки HELLP-синдрома развиваются, а гемолиз отсутствует, состояние обозначается как ELLP-синдром.

Ошибки диагностики встречаются довольно часто, особенно в случаях, когда синдром не связан с преэклампсией (в 10% случаев), во втором триместре беременности (в 15% случаев) и в послеродовом периоде (в 30% случаев). Симптомы ELLP-синдрома могут быть не специфичными и легко спутаны с другими заболеваниями, такими как почечная колика или острый аппендицит, что затрудняет его раннюю диагностику.

ELLP-синдром, как и HELLP-синдром, может привести к тяжелым осложнениям, включая печеночную недостаточность, внутрипеченочные кровотечения, антенатальную гибель плода и другие угрожающие жизни состояния. Своевременная диагностика и раннее вмешательство являются ключевыми для предотвращения серьезных последствий как для матери, так и для плода. Понимание особенностей неполных форм синдрома и комплексный подход в лечении играют решающую роль в обеспечении здоровья пациентки и успешном исходе беременности.