которые были назначены 43 (65,15%) и 23 (34,8%) девушкам соответственно. Дидрогестерон использовался у 14 (21,21%) девочек при наличии ультразвуковых признаков гиперплазии эндометрия. Прочие гемостатики (этамзилат, аминокапроновая кислота, дицинон) назначались реже, и чаще как дополнение к вышеуказанному лечению. С целью лечения анемического синдрома препараты железа были назначены 25 (37,9%) пациенткам. Остальные лекарственные препараты (метоклопрамид, омепразол, йодомарин, аквадетрим, парацетамол, фолиевая кислота) использовались реже.

В ходе лечения на стационарном этапе применялись так же и физиотерапевтические методы. «Электросон» был назначен 5 (7,6%) пациенткам, гальванизация шейных лимфатических узлов была назначена 1 (1,5%) пациентке.

Выводы

Таким образом, анализ полученных данных показал, что большинство обращений по поводу маточных кровотечений пубертатного периода пришлось на зимне-весенний период, что может быть связано с влиянием стрессовых факторов и распространением инфекционных заболеваний. При оценке физического развития отклонения от нормальных значений ИМТ в совокупности наблюдались примерно у 45,4% обследованных девушек.

Было выявлено значительное влияние соматической патологии в развитии ОМПП. У 31,8% пациенток были выявлены заболевания щитовидной железы, которые включают в себя диффузно-узловой зоб, гипотиреоз на фоне тиреоидита и гипоплазии. Течение МКПП в каждом третьем случае осложнялось анемией.

Лечение пациенток на стационарном этапе включало применение комбинированных гормональных препаратов (65,15%), антифибринолитиков (34,8%) и методов физиотерапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Факторы риска развития аномальных маточных кровотечений у девочек / А. В. Казакова, О. И. Линева, З. В. Богдан [и др.] // Аспирантский вестник Поволжья. – 2020. – Т. 20, № 5–6. – С. 25–30.

УДК 618.173(476)(470)

М. О. Никитюк[1], Д. А. Шкабара[2]

Научный руководитель: ассистент кафедры Е. П. Яковенко[1]

[1]Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

[2]«Первый Московский государственный медицинский университет им. И. С. Сеченова»
г. Москва, Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Введение

Климактерический период представляет собой закономерный этап старения репродуктивной системы, однако у значительной части женщин он осложняется развитием климактерического синдрома (КС), требующего комплексного подхода к ведению [1]. В связи с демографическими тенденциями в Республике Беларусь и Российской Федерации, характеризующимися ростом численности женщин старшей возрастной группы, проблема приобретает особую актуальность [2]. Эффективная терапия КС осложняется низкой информированностью пациенток, распространенными мифами о рисках менопаузальной гормональной

терапии и недостаточной настороженностью врачей первичного звена, что приводит к позднему обращению за помощью и повышению риска развития осложнений [3, 4].

Цель

Изучить особенности клинического течения климактерического синдрома, структуру сопутствующей хронической патологии и подходы к терапии у женщин в Республике Беларусь и Российской Федерации для выявления межпопуляционных различий и оптимизации тактики ведения пациенток.

Материал и методы исследования

Проведено одномоментное сравнительное исследование, в котором приняли участие 105 женщин из Республики Беларусь и Российской Федерации в возрасте от 42 до 76 лет с различными проявлениями климактерического синдрома. Контрольную группу составили 30 женщин без признаков КС. Сбор данных осуществлялся в период с октября по декабрь 2025 года путем анкетирования очно и дистанционно с использованием *Google Forms*. Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программ Microsoft Excel и MedCalc. Для оценки различий между группами применяли критерий χ^2 Пирсона и U-критерий Манна – Уитни. Статистически значимыми считались различия при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При сравнительном анализе клинико-демографических характеристик обследованных женщин установлено, что средний возраст пациенток в белорусской выборке составил 54 [48; 64] года, в российской – 51 [47; 58,75] год (p=0,1324), что свидетельствует о сопоставимости групп по данному показателю. Распределение по категориям ИМТ также не имело статистически значимых различий: нормальная масса тела наблюдалась у 28% женщин в РБ и 32,7% в РФ (p=0,754), избыточная масса тела – у 30% и 32,7% соответственно (p=0,928), ожирение – у 42 и 32,7% соответственно (p=0,435) (таблица 1).

Таблица 1 – Особенности соматического статуса у пациенток с климактерическим синдромом

Заболевание	Беларусь (n=50)	Россия (n=55)	Контроль (n=30)	P
Заболевания суставов	10 (20%)	8 (26,7%)	8(26,7%)	P1,2=0,630 P1,3=0,678 P2,3=0,282
Гастрит	3 (6%)	4 (13,3%)	4(13,3%)	P1,2=0,896 P1,3=0,471 P2,3=0,599
Холецистит	2 (4 %)	2 (6,7%)	2(6,7%)	P1,2=0,680 P1,3=1,000 P2,3=0,925
Заболевания ЩЖ	5 (10%)	5 (16,7%)	5(16,7%)	P1,2=0,862 P1,3=0,601 P2,3=0,494
Артериальная гипертензия (АГ)	15(30%)	19(34,5%)	10(33,3%)	P1,2=0,773 P1,3=0,950 P2,3=0,899

Опрошенные женщины всех групп имели одинаковую частоту распространенности соматической патологии. Статистически значимых различий выявлено не было ($p>0,05$) (таблица 2).

Статистически значимых различий в степени выраженности климактерического синдрома между женщинами Беларуси и России не выявлено. Большинство обследованных женщин имели легкую или среднюю степень выраженности климактерического синдрома (таблица 3).

Таблица 2 – Степень проявления климактерического синдрома

Степень тяжести КС	Беларусь (n=50)	Россия (n=55)	χ^2; p
Легкая	28 (56 %)	32 (58,2%)	0,001; 0,978
Средняя	19 (38%)	20 (36,4%)	0,001; 0,977
Тяжелая	3 (6%)	3 (5,5%)	0,090; 0,764
Проявления			
Психоэмоциональные расстройства	44 (88%)	48 (87,3%)	0,034;0,854
Вазомоторные расстройства	41 (82%)	40 (72,7%)	0,805;0,370
Урогенитальные расстройства	35 (70%)	40 (72,7%)	0,009;0,926

Таблица 3 – Характеристика репродуктивного и гинекологического анамнеза в обследованных

Показатель	Беларусь (n=50)	Россия (n=55)	Контроль (n=30)	P
Беременность	47 (94%)	51 (92,7%)	25 (83,3%)	P1,2=0,896 P1,3=0,248 P2,3=0,329
Роды	45 (90%)	47 (85,5%)	22 (73,3%)	P1,2=0,682 P1,3=0,100 P2,3=0,282
Аборты/выкидыши	33 (66 %)	32 (58,2%)	13 (43,3%)	P1,2=0,534 P1,3=0,080 P2,3=0,279
Естественные роды	40 (80%)	41 (74,5%)	20 (66,7%)	P1,2=0,666 P1,3=0,286 P2,3=0,604
Кесарево сечение	10 (20%)	12 (21,8%)	4 (13,3%)	P1,2=0,991 P1,3=0,649 P2,3=0,505
Гинекологические заболевания	31 (62%)	34 (61,8%)	12 (40%)	P1,2=0,856 P1,3=0,093 P2,3=0,089
Гинекологические операции	19 (38%)	21 (38,2%)	6 (20%)	P1,2=0,856 P1,3=0,152 P2,3=0,140

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза опрошенные женщины были сопоставимы и имели одинаковую частоту родов, прерываний беременности, а также наличия гинекологических заболеваний и перенесенного оперативного лечения (p>0,05) (таблица 4).

Таблица 4 – Сравнение методов лечения климактерического синдрома у женщин Беларуси и России

Лечение	Беларусь (n=50)	Россия (n=55)	P
Проходили лечение	12 (24 %)	18 (32,7%)	0,44
Не проходили лечение	38 (76%)	37(67,3%)	0,44
Растительные препараты (Циклим Аланин)	1 (2%)	1 (1,8%)	0,518
ГЗТ(Фемостон,Анжелик)	4 (8%)	6 (10,9%)	0,862

Статистически значимых различий по частоте приема терапии между женщинами Беларуси и России не выявлено (p>0,05). 38 женщин (76%) из РБ и 37 женщин (67%) из РФ не проходили коррекцию климактерического синдрома при наличии клинических проявлений. Ряд респондентов указали Линдинет 20 и Визанну как средства для лечения КС, что отражает недостаточную информированность о показаниях к препаратам. Все женщины, получавшие терапию, отмечают улучшение самочувствия и снижение степени выраженности КС на фоне лечения.

Вывод

В результате исследования значимые межпопуляционные различия в структуре соматической патологии, акушерско-гинекологическом анамнезе у женщин Беларуси и Российской Федерации выявлено не было. Большинство опрошенных женщин имели легкую или среднюю степень выраженности климактерического синдрома. При изучении терапии климактерического синдрома было установлено, что 70% опрошенных женщин не проходили лечение при наличии жалоб и проявлений у них климактерического синдрома. Пациентки имеют недостаточную информированность о течении, лечении и осложнениях климактерического синдрома.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Symptoms of menopause − global prevalence, physiology and implications / P. Monteleone, G. Mascagni, A. Giannini [et al.] // Nat Rev Endocrinol. – 2018. – № 14(4). – P. 199–215.

2. Национальные статистические комитеты Республики Беларусь (Белстат) и Российской Федерации (Росстат), 2020–2023 гг.

3. Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации / под ред. В. П. Сметник. – М., 2021.

4. Menopausal hormone therapy prescribing in primary care: a cross-sectional survey / P. Gartoulla, R. J. Bell, R. Worsley, S. R. Davi // Climacteric. – 2017.

УДК 618.4-056.52

В. Н. Осипова

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н., доцент В. Н. Калачёв

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Введение

Ожирение является значимым фактором риска развития осложнений беременности [1], что в свою очередь способствует развитию патологии родового процесса: аномалии родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, высокая частота оперативных вмешательств [2, 3].

Цель

Оценить исходы и осложнения родов у женщин с различной степенью ожирения.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ родов за 2025 год в УЗ «Гомельской городской клинической больницы № 2». В группу исследования вошло 70 женщин, имевших ожирение до беременности. В зависимости от степени ожирения женщины были разделены на три подгруппы: 1 подгруппа – 51 (72,8%) женщина с 1 степенью ожирения; 2 подгруппа –