УДК 616.1/.4-071/-074:618.14-005.1-053.6

В. А. Мороз, Е. А. Кунец

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. П. Пяткова

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

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Введение

В современных условиях ключевой задачей системы здравоохранения продолжает оставаться сохранение репродуктивного потенциала населения. За последнее пятилетие отмечается увеличение частоты гинекологической патологии в детской и подростковой популяции в среднем в 1,7 раза, что негативно сказывается на репродуктивном статусе будущих женщин. Расстройства менструальной функции составляют от 7,0 до 17,0% в структуре гинекологических заболеваний пубертатного возраста. Наиболее распространенной формой нарушения цикла у девочек признаны обильные менструации в пубертатном периоде (далее ОМПП), удельный вес которых достигает 10,0–37,3%.

ОМПП представляют собой мультифакториальную патологию. К ее развитию могут приводить: ановуляция, обусловленная незрелостью гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в раннем постменархальном периоде; эндокринные заболевания (синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы, врожденная дисфункция коры надпочечников, гиперпролактинемия); нарушения питания (ожирение, дефицит массы тела); чрезмерные психологические и физические нагрузки [1].

Цель

Выявить закономерности влияния соматической патологии на возникновение ОМПП и оценить эффективность терапии на стационарном этапе.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 66 стационарных карт пациенток с диагнозом «Обильные менструации в пубертатном периоде», находившихся в гинекологическом отделении У «ГОКБ» за 2024–2025 гг. Основу исследования составили данные анамнеза начала менархе, антропометрические данные, результаты клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

Всем пациенткам было выполнено диагностическое исследование, которое включало в себя оценку физического развития (рост, масса тела, индекс массы тела), специальное гинекологическое исследование для выявления изменений со стороны наружных и внутренних половых органов, ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ ОМТ), клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови, коагулограмма, группа крови и Rh-фактор, по показаниям − уровень гормонов щитовидной железы). В ряде случаев было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и щитовидной железы, а также консультации гематолога, эндокринолога и других специалистов.

Статистическая обработка проведена с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 и Excel 2021. Для статистической обработки количественных данных применялись методы вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (P%) изучаемого признака и стандартной доли (S_p%). Данные, не подчинявшиеся закону нормального распределения, были представлены в формате Me (Q25; Q75), где Me – медиана, Q25; Q75 – верхний и нижний квартили.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст исследуемых составил 14±2,02 лет.

Все пациентки, обратившиеся за помощью, предъявляли жалобы на обильные, длительные менструальные кровотечения, длительные мажущие выделения, а также на слабость, головную боль, тошноту и обморочное состояние.

В весенний и зимний период ОМПП были диагностированы у 36 (54,5%) пациенток (по 18 в каждый период). У 20 (30,3%) пациенток ОМПП были отмечены в летний период.

При анализе анамнеза заболевания исследуемых выявлено, что средний возраст начала менструации составил 11,92±1,19 лет. При этом раннее менархе наблюдается у 26 (39,39±6%) пациенток. Позднее менархе наблюдается у 2 (4,5±2,5%) девочек, которые ранее наблюдались у детского гинеколога с первичной аменорей. У 38 (57,58±6%) девочек менархе наступила в пределах возрастной нормы. У 52 (78,8%) обследованных девушек МКПП возникло на первом году начала менструации, при этом у 12 (23,07%) из них первая менструация стала дебютом обильных маточных кровотечений.

У каждой второй пациентки (45,5±12,2%) цикл был нерегулярным (в некоторых случаях длился от 45 до 90 дней). Средняя длительность менструации составила 6,9±2,73 дней. Менструация более 8 дней, что согласно рекомендациям ВОЗ, является длительной менструацией, наблюдалась у 14 (21,21%) пациенток.

При проведении специального гинекологического исследования нарушений со стороны половых органов выявлено не было.

При анализе коагулограммы было выявлено, что у 5 (7,57%) пациенток АЧТВ превысил норму. Протромбиновый индекс только у 1 пациентки (1,5±2,9%) снизился до 0,56. У остальных пациенток данный показатель в пределах нормы.

При анализе было установлено, что ведущими по частоте встречаемости среди сопутствующей патологии являются заболевания щитовидной железы (в том числе диффузный зоб (6,06%), гипотиреоз на фоне тиреоидита или гипоплазии (4,54%)), выявленные у 21 (31,8±5,7%) пациентки. Кардиологические нарушения (дыхательная аритмия, диффузные изменения миокарда) диагностированы у 8 (12,1±4,01%) пациенток, гинекологические заболевания (киста яичника, нарушения менструального цикла, тератома) – у 6 (9,1±3,5%) пациентов, урологические и нефрологические расстройства (цистит, пиелонефрит, нейрогенный мочевой пузырь) – у 5 (7,6±3,2%) пациенток. Реже наблюдались офтальмологические изменения (макулодистрофия, ретинопатия) (4,5±2,6%), дерматологические и аллергические проявления (3,0±2,09%), а также единичные случаи гастроинтестинальных, сосудистых нарушений и прочих состояний (от 1,5% до 7,6%).

У 20 (30,3±5,6%) девушек МКПП осложнилось развитием постгеморрагической анемии. При этом среднее значение гемоглобина составило 117,03 г/л. Уровень гемоглобина перед выпиской повысился до физиологических величин.

При анализе данных УЗИ ОМТ гиперплазия эндометрия обнаружена у 14 (21,2±4,01%) пациенток, кистозные изменения яичников – у 6 (18,2±4,7%) девочек, их сочетание – у 7,6±3,2% девочек, аномалии строения матки – у 1 (1,5±1,9%) пациентки, в то время как у 30 (51,5±6,15%) девочек патологических изменений выявлено не было.

Оценка показателей ИМТ показала преобладание лиц с нормальной массой тела: 36 (54,5±6,1%) девочек, дефицит массы отмечен у 15 (22,7±5,1%) пациенток, предожирение – у 12 (18,2±4,7%) девочек, ожирение I и II степени – у 2 (3,0±2,09%) и 1 (1,5±1,5%) девушек соответственно. Таким образом, отклонения от нормальных значений ИМТ в совокупности наблюдались примерно у 30 (45,4±6,1%) обследованных. ИМТ составил 20,5 [18,00;24,00].

Медикаментозное лечение на стационарном этапе включало назначение комбинированных гормональных препаратов (дезогестрел (150 мкг) и этинилэстрадиол (30 мкг)) перорально по гемостатический схеме и антифибринолитиков парентерально и перорально,

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