

Генетическое исследование выполнялось 30 девушкам, подходившим под критерии: наличие родственников с онкозаболеваниями в возрасте до 50 лет, имеющих 2 и более родственников с наличием онкопатологии, по женской линии — заболевания молочной железы и яичников, по мужской — рак простаты, желудка, опухоли головного мозга и рак легких.

#### **Выводы**

В ходе проведенного исследования мутации 5382 insC и 4153delA в гене BRCA1 у девушек с отягощенным онкоанамнезом не выявлено. Для полного исключения наличия у респондентов наследственного опухолевого синдрома необходимо дополнительно проведение расширенного анализа (8 мутаций) и (или) анализа полной последовательности гена BRCA1.

Для носителей патогенных мутаций разработан комплекс мероприятий по ранней диагностике, профилактике и терапии новообразований молочной железы и рака яичников. Если среди здоровых женщин своевременно выявить тех, у кого имеется генный дефект, есть возможность диагностировать развитие заболевания на ранних стадиях.

Исследователями были выявлены особенности лекарственной чувствительности BRCA-ассоциированных опухолей. Они хорошо реагируют на некоторые цитостатические препараты, и лечение может быть весьма успешным.

Для здоровых носителей BRCA-мутаций рекомендовано: ежемесячное самообследование с 18 лет; клиническое обследование молочных желез (маммография или магнитно-резонансная томография) с 25 лет. Мужчинам-носителям мутации в генах BRCA1/2 рекомендовано проведение ежегодного клинического обследования грудных желез начиная с 35-летнего возраста. С 40 лет целесообразно выполнение скринингового обследования предстательной железы.

Проведение дерматологического и офтальмологического осмотров с целью ранней диагностики меланомы.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Клиническая онкология: в 3 т. / под ред. Ф. Дж. Дисан, У. Т. Крисёмана. — М.: Практическая медицина, 2018. — Т. 2. — С. 106–180.

**УДК 618.175-021.2-037:616-007.17**

### **ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕИ**

**Шпудейко А. Д., Демидович П. С., Дудкина Я. Ю.**

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент С. С. Кравченко**

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

#### **Введение**

Дисменорея представляет собой патологический процесс, проявляющийся болью внизу живота в дни менструации, а также сопровождается комплексом вегетативных, эмоционально-психических, обменно-эндокринных изменений.

По разным данным, дисменорея встречается у 5–90 % менструирующих женщин. Известно, что частота и структура дисменореи зависят от возраста женщины. Первичная дисменорея встречается у 40–90 % подростков, по мере взросления ее частота возрастает, достигая пика на пятом году после менархе. Боли во время менструации сохраняются в возрасте 20–24 лет, а исчезают после родов или постепенно уменьшается с течением времени у женщин старше 25 лет [1, 4, 5].

К факторам, способствующим возникновению первичной дисменореи, относят осложненное течение антенатального периода жизни и родовой травматизм, а также замедленное физическое и половое развитие в детском возрасте, высокий инфекционный индекс, заболевания почек, варикозное расширение вен, наследственную предрасположенность [1, 2, 3].

Актуальность проблемы дисменореи обусловлена широкой ее распространенностью в популяции и ее социально-психологическим аспектом. Большинство девушек и родителей не рассматривают дисменорею как заболевание, и не обращаются к врачу, даже если она ограничивает их качество жизни. Известно, что дисменорея является самой частой причиной пропуска занятий школьницами и временной нетрудоспособности молодых нерожавших женщин. У некоторых женщин боль и психосоматические реакции во время менструации выражены очень сильно, что приводят к полной потере трудоспособности от нескольких часов до 1–5 дней. Считается, что тяжесть течения дисменореи зависит от характера и условий труда, социального положения. Немаловажную роль играет и наследственный фактор. Существуют данные, согласно которым матери 30 % пациенток с дисменореей также страдали этой патологией.

Некоторые исследователи отмечают, что возникновению дисменореи предшествуют стрессовые ситуации (физические и психологические травмы, умственные и физические перегрузки и другое) и различные неблагоприятные воздействия внешней среды на организм (переохлаждение, перегревание, инфекционные заболевания). Все перечисленное говорит о необходимости относиться к дисменорее не только как медицинской, но и как к серьезной социальной проблеме.

#### **Цель**

Выявить частоту дисменореи у студенток медицинского университета, определить значение предрасполагающих факторов и факторы риска её более тяжелого течения.

#### **Материал и методы исследования**

Нами было обследовано 58 студенток 2–6 курсов Гомельского государственного медицинского университета. После проведенного анализа литературных данных по данному вопросу нами была разработана анкета на платформе [survio.com](http://survio.com). Анкета состояла из 88 вопросов и включала данные о соматическом, гинекологическом и наследственном анамнезе, характеристики менструального цикла (оценка интенсивности маточных кровотечений проводили по визуальной шкале PDAC, Nihman, Janssen). Для оценки болевого синдрома использовали шкалу переносимости боли и шкалу Вонга-Бэкера; наличие дисплазии соединительной ткани (ДСТ) определяли на основании международных рекомендаций с помощью разработанной специализированной и адаптированной анкеты-опросника (Чемоданов, 2015). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ «Statistica» 10.0.

В зависимости от степени тяжести болевого синдрома при дисменорее (по результатам опросников) все респонденты были разделены на 2 группы. К первой группе отнесли 15 студенток без симптомов дисменореи или с легкой степенью ее проявлений (не влияющий на качество жизни пациенток), а ко второй группе — 43 девушки с умеренным и тяжелым болевым синдромом при дисменорее.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Частота дисменореи в обследованной группе студенток Гомельского государственного медицинского университета составила 81 %. Причем только 17 % девушек оценивает болевой синдром как легкая боль (которую можно игнорировать (1–3 балла по шкале переносимости боли)), 49 % девушек отмечает умеренную боль (4–7 баллов), а в 24 % случаев симптомы описываются как сильная и невыносимая боль (более 8 баллов).

В 31 % случаев дисменорея появилась уже в первый год после наступления менархе, в 32 % — в течение второго года лет после менархе и в 19 % больше 2 лет после наступления менархе. 49 % девушек отмечают начало возникновения боли еще до начала менструального кровотечения, 29 % — сразу после начала.

Большинство респондентов (73 %) отмечали, что длительность болевого синдрома составила один день — 63 %. В 27 % случаев девушки указывали о наличии боли в течение нескольких дней, причем более чем 90 % из них имело более тяжелое течение ( $p = 0,048$ ). Характер боли чаще большинство студенток описывают как спазматический (76 % случаев), колющий — 20 % девушек и в 4 % — режущий или давящий. Наиболее часто болевой синдром сопровождался головной болью (44 %) и тошнотой (25 %). В 20% случаев девушки также предъявляли жалобы на диспареунию. Синкопальные состояния в период менструации встречались только у студенток 2 группы (в 16 % случаев). Более 55 % респондентов отмечали подобные симптомы у близких родственников (матерей, сестер), что коррелировало с более тяжелыми проявлениями дисменореи ( $r_s = 0,32$ ;  $p = 0,04$ ). Частота гиперменструального синдрома составила 27% по данным опроса, а оценка интенсивности маточных кровотечений, проведенная по визуальной шкале PDAC, определила 22 % девушек, имеющие объем кровопотери более 80 мл. Данный показатель был сопоставим в обеих группах.

По данным исследования, наиболее часто девушки в качестве медикаментозной терапии использовали спазмолитические препараты, около 90% пациенток 2 группы использовали более 2 таблеток.

На основании анкетирования признаки ДСТ выявились у 54 (93 %) девушек имеется дисплазия соединительной ткани. У 30 % девушек наблюдается выраженная степень дисплазия соединительной ткани, у 37 % — умеренная, 22 % — легкая степень дисплазии и только у 11 % — критериев ДСТ не было выявлено. 80 % девушек 1 группы имели легкую и умеренную дисплазию соединительной ткани, среди пациенток 2 группы 40 % имели выраженную степень ДСТ, а легкая степень встречалась в 9 %. При проведении корреляционного анализа была выявлена прямая корреляционная связь между степенью тяжести болевого синдрома и степенью ДСТ ( $r_s = 0,29$ ;  $p = 0,04$ ).

Следует отметить, что более 90% обследованных пациенток отмечали, что тяжесть симптомов дисменореи прогрессировало с течением времени.

### **Выводы**

Частота дисменореи в обследованной группе студенток медицинского университета составила 81 %, что является достаточно высоким показателем, хотя и соответствует литературным данным. В результате проведенного исследования было выявлено, что возможным предиктором более тяжелого течения первичной дисменореи является наличие наследственного анамнеза (подобные симптомы у близких родственников (матерей, сестер). Также прослеживается закономерность между степенью тяжести дисплазии соединительной ткани и уровнем болевого синдрома при дисменорее.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья у девушек-подростков с первичной дисменореей / С.В. Насырова [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. — 2017. — № 5. — С. 42–46.
2. Первичная дисменорея: стратегия и тактика лечения / Ю. Э. Доброхотова [и др.] // Гинекология. — 2018. — № 20. — С. 31–34.
3. Ожогина, Е. В. Первичная дисменорея практике врача акушера-гинеколога / Е. В. Ожогина, В. Г. Мозеев // Мать и Дитя в Кузбассе. — 2015. — № 1. — С. 7–10.
4. Прилепская, В. Н. Дисменорея / В. Н. Прилепская // Гинекология. — 2000. — № 1. — С. 34–39.
5. Нестероидные противовоспалительные средства в лечении первичной дисменореи / А. З. Хашукоева [и др.] // Лечащий врач. — 2014. — № 3. — С. 29–32.