

3,9 ± 0,5 дня. У 93,3 % опрошенных регулярный менструальный цикл. Альгоменорея встречалась у 8,8 % респонденток.

В 3-й группе средняя продолжительность менструального цикла составляет 28,6 ± 0,9 дней. Средняя продолжительность менструаций составила 4,9 ± 0,8 дня. У 90,1 % опрошенных регулярный менструальный цикл. Умеренное количество теряемой крови отмечают большинство опрошенных — 73,3 %, меноррагия встречалась у 16,7 % женщин, олигоменорею отметило 10 % опрошенных.

В 4-й группе средняя продолжительность менструального цикла составляет 30,2 ± 0,9 дней. Средняя продолжительность менструаций составила 5,1 ± 0,8 дня. У 61,8 % опрошенных регулярный менструальный цикл. Умеренное количество теряемой крови отмечают большинство опрошенных — 77,6 %, меноррагия встречалась у 18,2 % студенток, олигоменорею отметило 4,2 % опрошенных.

#### **Выводы**

У большинства девочек к возрасту 16–17 лет менструальный цикл устанавливается и становится регулярным. Средняя продолжительность составляет 27,3 ± 0,6 дней.

Альгоменорея встречалась у каждой десятой студентки (9–10 %). Средняя продолжительность менструации составила 4,5 ± 0,2 дней. У большинства девочек менструальные выделения характеризовались умеренным количеством.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Баранаева, Н. Ю. Нормальный менструальный цикл и его нарушения / Н. Ю. Баранаева // Concilium Provisorum. — 2002. — Т. 2, № 3. — С. 21–25.
2. Гинекология: Национальное руководство / под ред. В. И. Кулакова. — М., 2009. — 332 с.
3. Уварова, Е. В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России / Е. В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2006. — Т. 4. — С. 10–15.

**УДК 618.19-006-037**

### **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

**Боярская А. Ю., Козловская Т. В.**

**Научный руководитель: к.м.н. Е. А. Лашкевич**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) мастопатия представлена как фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы. Мастопатия является самым распространенным доброкачественным заболеванием молочных желез и составляет 90 % маммологического потока [1]. В настоящее время среди специалистов нет единой точки зрения на факторы риска развития фиброзно-кистозной болезни молочных желез. Несомненно, лишь то, что в основе заболевания лежат нарушения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, приводящие к дисбалансу между эстрогенами и прогестероном. Дефицит прогестерона независимо от его этиологии способствует пролиферации эпителиального и соединительнотканного компонентов молочных желез [2, 3]. Остальные причинные факторы находятся в сложной взаимосвязи и образуют общий неблагоприятный фон для развития фиброзно-кистозной болезни [4].

#### **Цель**

Проанализировать факторы риска развития доброкачественных фиброзно-кистозных заболеваний молочных желез.

### **Материал и методы исследования**

Перспективно и ретроспективно было исследовано 232 медицинские карты амбулаторного больного женской консультации филиала № 8 учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская поликлиника». Анализировался возраст, сопутствующие гинекологические заболевания, акушерский анамнез, наследственность, вредные привычки. На группы пациентки были разделены в зависимости от наличия мастопатии. В I (основную) группу вошло 200 пациенток, у которых была диагностирована мастопатия; II (контрольную) группу составили 32 женщины без мастопатии. У всех пациенток основной группы диагноз фиброзно-кистозной болезни был подтвержден маммографическим исследованием, на котором выявлялись сгущения фиброзной и кистозной ткани. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (р, %), высчитывали отношение шансов, его доверительный интервал. Для выявления достоверности в группах использовали критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса, двусторонний критерий Фишера. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

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

Возраст пациенток в обеих группах составил от 30 до 70 лет. До 45 лет в основной группе было 47 (23,5 %) женщин, в контрольной группе — 23 (71,8 %) пациентки. Мастопатия чаще диагностировалась у женщин старше 45 лет: в I группе их было 153 (76,5 %) женщин против 9 (28,1 %) женщин в контрольной группе ( $\chi^2 = 28,39$ ,  $p < 0,001$ ).

Анализируя сопутствующие гинекологические заболевания, выявлено, что такие гормонозависимые заболевания, как миома матки, синдром поликистозных яичников, генитальный эндометриоз, полипы и гиперплазия эндометрия, нарушения менструального цикла встречались чаще у пациенток с мастопатией — у 136 (68 %) женщин, из них эстрогенозависимых заболеваний (миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия) — у 96 (71 %,  $\chi^2 = 44,49$ ,  $p < 0,001$ ) женщин, в сравнении с пациентками контрольной группы, где гормонозависимые заболевания диагностированы у 11 (34 %,  $\chi^2 = 28,39$ ,  $p = 0,001$ ) женщин, из них эстрогензависимые заболевания были у 7 (21,8 %) пациенток.

В основной группе пациентки чаще имели роды в анамнезе — 167 (83,5 %) женщин против 21 (65 %,  $\chi^2 = 4,63$ ,  $p = 0,031$ ) в контрольной. У 91 (45,5 %) женщины I группы было 1–2 родов в анамнезе, больше двух родов — у 74 (38 %) женщин; 33 (16,5 %) пациентки не имели родов в анамнезе, при этом у 23 (11,5 %) женщин отсутствовали беременности вообще. Во II группе было установлено, что 1–2 родов были у 13 (40%) женщин, больше двух родов имели 8 (25 %) женщин; у 9 (28%) женщин не было родов, у 2 (6,2 %) не было беременностей в анамнезе.

В результате исследования нами было установлено, что пациентки с мастопатией чаще прерывали беременности — 126 (63 %) женщин (из них 66 (52,2 %) прерывали первую беременность) в сравнении с 8 (25 %,  $\chi^2 = 13,5$ ,  $p < 0,001$ ) женщинами контрольной группы (из них первую беременность прерывали 3 (37,5 %) женщины).

Данных о времени наступления менархе не было у 47 женщин. В основной группе у 64 (39,7 %) женщин менархе оказались своевременными, у 97 (60,2 %) женщин несвоевременными (до 12 либо позже 15 лет). В контрольной группе у 13 (40,6 %) женщин менархе были своевременными, у 11 (34,3 %) женщин менархе оказались несвоевременными.

Также нами были проанализированы данные о кормлении грудью после родов. Сведений о послеродовой лактации не было у 44 женщин. В основной группе не кормили грудью после родов 102 (61 %) из 167 женщин, в то время, как в контрольной группе — 5 (24 %,  $\chi^2 = 9,1$ ,  $p = 0,003$ ) из 21 женщины.

Амнестически у 76 (38 %) женщин основной группы у кровных родственников также было диагностировано фиброзно-кистозное заболевание молочных желез, в контрольной группе наследственный анамнез подтвердился у 9 (28 %) женщин.

В ходе исследования было установлено, что в основной группе 57 (28,5%) женщин курят, в контрольной группе курят 5 (15%) пациенток.

#### **Выводы**

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что наиболее значимыми факторами риска развития мастопатии являются возраст женщины старше 45 лет ( $p < 0,001$ ), прерывание беременностей в анамнезе ( $p < 0,001$ ) и наличие гормонозависимых гинекологических заболеваний ( $p = 0,001$ ), что требует особенного внимания со стороны врача-гинеколога.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Черкасов, Е. Ю. Оптимизация диагностики дисгормональных дисплазий молочных желез у женщин с гинекологическими заболеваниями / Е. Ю. Черкасов. — М.: Феникс, 2016. — 143 с.
2. Манушарова, Р. А. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия / Р. А. Манушарова, Э. И. Черкезова. — Минск: ТетраСистемс, 2017. — С. 150–151.
3. Нишанова, Ю. Х. Современные возможности диагностики фиброзно-кистозной мастопатии молочной железы / Ю. Х. Нишанова, Г. Б. Хайдарова. — М.: Феникс, 2015. — 130 с.
4. Тагиева, Т. Т. Фиброзно-кистозная болезнь молочных желез в практике гинеколога (диагностика, прогнозирование, тактика ведения) / Т. Т. Тагиева. — Минск: Амальфея, 2018. — С. 110–112.

**УДК 618.176**

### **АМЕНОРЕЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Василевская О. И., Швабо Ю. В.**

**Научный руководитель: ассистент Е. С. Зарецкая**

**Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост нарушений функционирования репродуктивной системы у девушек. Частота дисменореи в пубертатном периоде колеблется от 43 до 90 %. Частота аменореи в популяции среди женщин репродуктивного возраста составляет примерно 1,8–3,5 %, среди студенток 3,5–5 %, а в структуре нарушений менструальной и генеративной функции 10–15 %. Первичная аменорея встречается гораздо реже, чем вторичная, и составляет около 10 % в структуре аменореи. Вторичная аменорея может быть вызвана органическими поражениями гипофизарно-гипоталамической области (микроаденома гипофиза, нейроинфекция гипофиза и др), яичниковыми причинами — синдром поликистозных яичников (СПКЯ), синдром резистентных яичников (СРЯ), стертые формы дисгенезии гонад, а также патологией матки и эндометрия (синдром Ашермана).

#### **Цель**

Выявление особенностей менструального цикла у студенток 1–6 курсов медицинских университетов.

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

Проведено исследование на основе добровольного анкетирования 200 студенток медицинских университетов. Оригинальная анкета-опросник была раз-