

82,61 %), 1 степень — 8 (23,53 %; 10,75–41,17 %), 2 степень — 2 человека (5,88 %; 0,72–19,68 %), 3 степень — 1 человек (2,94 %; 0,07–15,33 %).

Так как изолированное телархе может быть одним из первых признаков преждевременного полового созревания, то исследование костного возраста является необходимым. По результатам исследования костный возраст у 50 % девочек на 2 года опережал их истинный возраст. Исходя из полученных данных, мы можем сделать вывод, что у половины девочек изолированное телархе было маркером начала преждевременного полового развития.

У части девочек было проведено УЗИ органов малого таза с целью выявления раннего созревания фолликулов в яичниках, обнаружения кист, объемных новообразований, увеличения матки.

После проведенного обследования медикаментозное лечение было назначено — 3 девочкам (8,82 %; 1,86–23,68 %). Лечение производилось трипторелином в дозировке 3,75 мг в/м 1 раз в 28 дней в течение 6 месяцев.

Выводы

1. Изолированное телархе преимущественно проявляется в одностороннем увеличении молочных желез, сопровождается изменением уровня половых органов, сочетается с экстрагенитальной патологией.

2. Наиболее частой патологией являются заболевания щитовидной железы, что требует дополнительного обследования и лечения у эндокринолога.

3. Течение беременности у матерей девочек связано с возникновением изолированного телархе, что требует проведения своевременной коррекции и профилактики осложнений во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карева, М. А. Федеральные клинические рекомендации — протоколы по ведению пациентов с врожденной дисфункцией коры надпочечников в детском возрасте / М. А. Карева, И. С. Чугунов // Проблемы эндокринологии. 2014. Т. 60, № 2. С. 42–50.

2. Смирнов, В. В. Преждевременное половое развитие: причины, диагностика, лечение / В. В. Смирнов, А. А. Накула // Лечащий врач. 2014.

УДК 618.173(476.2)

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДА ПОСТМЕНОПАУЗЫ И МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА У ЖЕНЩИН ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Каркач А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Корбут

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Менопауза — последняя самостоятельная менструация, обусловленная функцией яичников. Последний менструальный цикл определяется ретроспективно — только после 12 месяцев аменореи. Постменопауза следует за менопаузой и продолжается в среднем треть жизни женщины. Гормональные и метаболические изменения происходят в пременопаузе постепенно. В период перименопаузального перехода и в постменопаузальном периоде отмечается снижение секреции эстрадиола и эстрогена, что сопровождается гормональной перестройкой в организме женщины. Эстрадиол одновременно участвует в процессах гомеостаза, в регуляции утилизации и сохранении энергии, поэтому его дефицит приводит к развитию менопаузального метаболического синдрома [1].

При ожирении в период менопаузы снижается количество массы, которая не содержит жира, а именно мышечной массы. Из-за дефицита эстрогена развивает-

ся остеопороз, что приводит к уменьшению костной массы. Прибавка массы тела служит одним из основных факторов развития метаболического синдрома.

Цель

Оценить течение перименопаузального перехода и постменопаузы у женщин Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ методом сплошной выборки историй болезни 60 пациентов в периоде менопаузального перехода и постменопаузы УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период 2019–2020 гг. Группу А составили 12 женщин возраста менопаузального перехода, группу Б — 48 женщин в постменопаузе. Возраст пациенток группы А был 54 (53; 56) лет, группы Б 65 (62; 70) лет.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Stat Soft Statistica» 10.0 (USA) и «Microsoft Excel» 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст наступления менархе у женщин обеих групп был одинаков: 13 (12; 14) лет и 14 (13; 15) лет в группах А и Б, соответственно.

Длительность менструального цикла была сопоставима у обследованных обеих групп 24 (23; 25) дней и 25 (24; 26) дней соответственно.

Индекс массы тела у женщин в период менопаузального перехода составляет 28 (27; 29) кг/м², у женщин в постменопаузе 29 (26; 33) кг/м². Снижение метаболических процессов в постменопаузе обуславливает накопление жировых отложений в области туловища и внутренних органов, что говорит про абдоминальный тип ожирения.

В структуре гинекологической патологии у пациенток обеих групп преобладает миома матки и составляет в группе А — у 4 (33,3 ± 14,2 %) человек, в группе Б — у 11 (22,9 ± 6 %) обследованных. Миоматозные узлы чаще были диагностированы у женщин с наличием воспалительных заболеваний органов малого таза: в группе А — у 2 (16,6 ± 11,2 %) пациенток, в группе Б — у 8 (16,6 ± 5,3 %) обследованных.

Эрозия шейки матки была диагностирована в периоде менопаузального перехода у 2 (16,7 ± 11,3 %) женщин, в постменопаузе у 3 (6,3 ± 3,5 %) пациенток. Это объясняется уменьшением уровня женских половых гормонов, приводящему к постепенному снижению скорости кровотока в мышечном слое матки и выражается в гипотрофии мышечных клеток, разрастании соединительной ткани и возрастании количества дистрофических изменений.

Пролапс органов малого таза чаще был выявлен у женщин из группы Б — у 8 (16,6 ± 5,3 %) человек, по сравнению с пациентками из группы А — у 1 (8,3 ± 8,3 %) пациентки. У женщин в постменопаузе наиболее часто определялось цистоцеле 7 (14,5 ± 5 %) из которых II степени — 3 (42,8 ± 20,2 %), по сравнению с пациентками из группы А, у которых преобладает уретроцеле I степени. Пролапс органов малого таза может быть связан с уменьшением количества эстрогенов, которые, в свою очередь, отвечают за эластичность и прочность соединительной ткани и мышц тазового дна, кожи и слизистых тазовых органов. Также наблюдается зависимость между выявлением пролапса и количеством родов. Так, у женщин из группы Б, имеющих 1 роды в анамнезе пролапс был выявлен только у 1 (2 ± 2 %) обследованной. У пациенток с 2 и более родами в анамнезе пролапс был выявлен в 7 (14,5 ± 5 %) случаях.

Кисты яичников были диагностированы только у 5 (10,4 ± 4,4 %) женщин из группы Б, что может быть связано с гипотиреозом, который был выявлен у 3 (6,2 ± 3,4 %) женщин, в анамнезе которых встречались кисты яичников.

Наиболее часто встречается повышение артериального давления в сочетании с ишемической болезнью сердца. В группе А артериальная гипертензия (АГ) 1–2 степени была диагностирована у 6 (50 ± 15 %) обследуемых. АГ у женщин из группы Б была выявлена у 32 ($66,6 \pm 6,8$ %) женщин, однако у большинства из них наблюдалась АГ 3 степени 7 ($14,5 \pm 5$ %) случаев. Среди антигипертензивных препаратов наиболее чаще используется группа ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента: эналаприл 13 ($34,2 \pm 7,7$ %), каптоприл 10 ($26,3 \pm 7,1$ %). Тиазидоподобные диуретики также широко использовались в лечении АГ, а именно индапамид 15 ($39,4 \pm 7,9$ %).

Прослеживается определенная частота сочетания ожирения с патологией желудочно-кишечного тракта, в частности хронического гастрита. В группе А частота заболеваний пищеварительного тракта 3 (25 ± 13 %) случая, в группе Б — 5 ($10,4 \pm 4,4$ %). Частота развития неалкогольной жировой болезни печени у женщин в постменопаузе выше — 5 ($10,4 \pm 4,4$ %) случаев, чем у женщин в менопаузальный переход.

Течение периода менопаузального перехода и постменопаузы могут осложнять аномальные маточные кровотечения (АМК). По поводу кровянистых выделений из половых путей у женщин проводилась гистероскопия. В группе А аномальные маточные кровотечения были диагностированы у 4 ($33,3 \pm 14,2$ %) женщин, основной причиной их была гиперплазия эндометрия 3 (25 ± 13 %). В старшей возрастной группе АМК были выявлены у 5 ($10,4 \pm 4,4$ %) женщин, причиной являлись полипы эндометрия у 3 ($60 \pm 24,4$ %) женщин, неклассифицируемые — у 2 ($40 \pm 24,4$ %) обследованных.

Урологическая патология у женщин в постменопаузе обусловлена влиянием половых гормонов. При их дефиците пациентки отмечают различные дизурические расстройства. В группе А патология мочевого пузыря была выявлена у 4 ($33,3 \pm 14,2$ %) женщин, в группе Б у 4 ($8,3 \pm 4$ %) пациенток, из них чаще встречались императивное недержание мочи — у 6 ($12,5 \pm 4,7$ %) обследованных. Частота выявления этой патологии увеличивается с возрастом женщин, что связано с атрофическими и дистрофическими процессами в эстрогензависимых тканях и структурах мочевого пузыря.

Выводы

В периоде менопаузального перехода и постменопаузе избыточная масса тела регистрируется более чем у половины женщин — 50 ($83,3 \pm 4,8$ %). Клинические симптомы у женщин в постменопаузе объясняются снижением секреции эстрогена. Такие органы, как матка, мочевой пузырь, кости, сердце и сосуды имеют рецепторы к данному гормону, следовательно функционирование каждого из них имеет некоторые изменения. У женщин из группы А встречались следующие заболевания: миома матки и эрозия шейки матки — 4 ($33,3 \pm 14,2$ %) и 2 ($16,7 \pm 11,3$ %) случая соответственно.

Пролапс органов малого таза чаще был выявлен у женщин из группы Б — 8 ($16,6 \pm 5,3$ %). Также в этой возрастной группе преобладает абдоминальный тип ожирения в сочетании с артериальной гипертензией — 32 ($66,7 \pm 6,8$ %) женщины, заболеваниями ЖКТ: хронический гастрит у 5 ($10,4 \pm 4,4$ %) пациенток, неалкогольная жировая болезнь печени у 5 ($10,4 \pm 4,4$ %) обследованных.

Патология мочевого пузыря чаще наблюдалась у женщин в менопаузальном переходе — 4 ($33,3 \pm 14,2$ %) пациентки, из них чаще встречались императивное недержание мочи — 6 ($12,5 \pm 4,7$ %) случая.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сандакова, Е. А. Течения периода менопаузального перехода и ранней постменопаузы у женщин с различными типами и степенью ожирения: сб. науч. ст. / Е. А. Сандакова, И. Г. Жуковская. РМЖ. Мать и дитя. 2019. № 1. С. 16–22.