

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. 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 уровня 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.