

УДК 618.175:[612.662+614.2]

**ЗНАЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ
И ОБРАЗА ЖИЗНИ В РАЗВИТИИ ДИСМЕНОРЕИ**

Трутко О. Д., Янковец М. В.

Научный руководитель: ассистент Я. И. Бик-Мухаметова

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

Введение

Дисменорея — это патологическое состояние, проявляющееся циклическими болями внизу живота во время менструации, комплексными обменно-эндокринными и психоэмоциональными симптомами. Болевой синдром значительно снижает качество жизни женщин, приводит к временному снижению трудоспособности, требует приема анальгетиков различных групп.

Частота встречаемости дисменореи колеблется, по данным разных авторов, от 35 до 92 % [1].

В основе формирования болевого синдрома лежит нарушение каскада арахидоновой кислоты и продукции простагландинов (ПГ). Повышение концентрации ПГF_{2a}, тромбксана A₂ и соотношения F_{2a}/E₂ способствует развитию спастических сокращений миометрия, ишемии ткани и появлению болей [2].

Цель

Изучить значение особенностей менструальной функции и образа жизни в развитии дисменореи у женщин.

Материал и методы исследования

Было проведено анонимное анкетирование 146 женщин. Основную группу составили 85 женщин с симптомами дисменореи, в группу сравнения вошла 61 женщина без симптомов дисменореи. В группах проводилось изучение менструальной функции, особенностей питания, режима труда и отдыха, наличия вредных привычек. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «MedCalc 10.2.0.0» и стандартного приложения «Microsoft Office Excel» (2010), с помощью анализа долей (р %), стандартной ошибки доли (sp %). Общее межгрупповое различие качественных признаков определяли с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность, для малых выборок — с помощью точного критерия Фишера (P). Парное межгрупповое сравнение количественных признаков рассчитывали по критерию Манна — Уитни с поправкой Йетса (Z). Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Женщины с дисменореей и без дисменореи по возрасту статистически значимо не отличались: 34 (19; 44) года и 35 (21; 44) лет соответственно ($P = 0,174$).

Особенности менструальной функции женщин групп исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика менструальной функции у женщин с дисменореей и без дисменореи

Характеристика менструального цикла	Основная группа (N = 85)	Группа сравнения (N = 61)	Результаты межгруппового сравнения
Возраст менархе, лет	13 (10; 16)	13 (11; 20)	$P = 0,614$
Длина менструального цикла, дней	28 (20; 38)	28 (23; 42)	$P = 0,916$
Длина менструального кровотечения, дней	6 (3; 10)	5 (3; 10)	$P = 0,061$
Скудные менструации	1 (1,18 ± 1,17 %)	7* (11,48 ± 4,08 %)	$P = 0,01$
Обильные менструации	26* (30,59 ± 5 %)	9 (14,75 ± 4,54 %)	$P = 0,04$

* — Статистически значимое различие.

Таким образом, среди женщин с дисменореей статистически значимо чаще встречается гиперменореей: у 26 (30,59 ± 5 %) женщин в основной группе против 9 (14,75 ± 4,54 %) женщин в группе сравнения (p = 0,04). Реже встречается гипоменструальный синдром: у 1 (1,18 ± 1,17 %) женщины в основной группе против 7 (11,48 ± 4,08 %) женщин в группе сравнения (P = 0,01).

При анализе данных, полученных при опросе женщин, было установлено, что по наличию вредных привычек женщины обеих групп статистически значимо не отличались: курение имело место у 22 (25,88 ± 4,75 %) женщин в группе с дисменореей и у 15 (24,59 ± 5,51 %) женщин в группе без дисменореи (p = 0,987); чрезмерный прием алкоголя отметили 8 (9,41 ± 3,17 %) женщин в группе с дисменореей и 5 (8,2 ± 3,51 %) женщин в группе без дисменореи (p = 0,968).

Особенности питания женщин групп исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Особенности питания женщин с дисменореей и без дисменореи

Особенности питания	Основная группа (N = 85)	Группа сравнения (N = 61)	Результаты межгруппового сравнения
Ежедневное употребление фруктов	31 (36,47 ± 5,22 %)	22 (36,07 ± 6,15 %)	p = 0,901
Ежедневное употребление рыбы	1 (1,18 ± 1,17 %)	1 (1,64 ± 1,63 %)	P = 1,000
Ежедневное употребление яиц	2 (2,35 ± 1,64 %)	7* (11,48 ± 4,08 %)	P = 0,037

* — Статистически значимое различие.

Согласно результатам анкетирования, касающихся особенностей питания, среди женщин с дисменореей значимо реже встречались женщины, ежедневно употребляющие яйца: 2 (2,35 ± 1,64 %) женщины в основной группе против 7 (11,48 ± 4,08 %) женщин в группе сравнения (P = 0,037).

При анализе особенностей физической активности женщин в группах исследования, было отмечено, что ежедневные занятия спортом среди женщин с дисменореей имели место реже, чем среди женщин без дисменореи: у 1 (1,18 ± 1,17 %) женщины в основной группе против 9 (14,75 ± 4,54 %) женщин группы сравнения (P = 0,002).

Особенности режима отдыха представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Особенности режима отдыха женщин с дисменореей и без дисменореи

Особенности режима отдыха	Основная группа (N = 85)	Группа сравнения (N = 61)	Результаты межгруппового сравнения
Сон после 23:00	37 (43,53 ± 5,38 %)	28 (45,9 ± 6,38 %)	p=0,908
Длительность сна менее 6 часов	5 (5,88 ± 2,55 %)	8 (13,11 ± 4,32 %)	p=0,223

Таким образом, согласно данным нашего исследования, особенности режима отдыха не оказывают влияние на развитие дисменореи.

Выводы

У женщин с гипоменструальным синдромом дисменорея встречается реже, что может быть обусловлено преобладанием ановуляторных циклов у этих женщин (P = 0,010).

Женщины с гиперменореей больше подвержены развитию дисменореи, что косвенно может указывать на факт вторичной дисменореи на фоне органической патологии матки (p = 0,040).

Ежедневные занятия спортом, как фактор, воздействующий на общий уровень здоровья, может уменьшать риск развития дисменореи (P = 0,002).

Изменение качественного состава питания, употребление в пищу яиц, может способствовать профилактике развития дисменореи, что обусловлено повышением уровня полиненасыщенных жирных кислот в организме ($P=0,037$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Буралкина, Н. А. Дисменорея: патогенетическое обоснование фармакотерапии / Н. А. Буралкина, А. С. Каткова, И. А. Киселева // Медицинский совет. — 2018. — № 7. — С. 23–26.
2. Доброхотова, Ю. Э. Первичная дисменорея: стратегия и тактика лечения / Ю. Э. Доброхотова, Е. И. Боровкова, С. А. Залеская // Гинекология. — 2018. — №1. — С 31–34.

УДК 618.11-006.2-07-08

**ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЛУЧЕВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ
СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

Швабо Ю. В., Василевская О. И.

Научный руководитель: ассистент Е. С. Зарецкая

Учреждение образования

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

Введение

Актуальность проблемы синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) определяется большой распространенностью данной патологии. Частота синдрома в популяции среди женщин репродуктивного возраста составляет 5–10 %, от всех форм гиперандрогении — 80–90 %, у пациенток с эндокринным бесплодием — 50–60 %. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты данной патологии в структуре нарушений менструальной и генеративной функций у женщин. Подавляющее большинство исследователей рассматривают синдром поликистозных яичников как мультифакторное заболевание, развитие которого определяется как влиянием ряда наследственных факторов, так и факторов окружающей среды [1].

Цель

Изучить лабораторные и лучевые методы диагностики синдрома поликистозных яичников для предотвращения развития эндокринного бесплодия у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования

Проведен выборочный ретроспективный анализ 64 диспансерных карт пациенток, наблюдающихся в УЗ «ГОПКЦ» с диагнозом E28.2 «Синдром поликистозных яичников» в возрасте от 18 до 48 лет. Исследуемую группу составили пациентки с нормальным или повышенным ИМТ, имеющие нарушения менструального цикла и эхографическими признаками СПКЯ (V OVS и V OVD более 10 см³).

Исследовались следующие показатели: место проживания, возраст менархе, параметры менструального цикла (частота, длительность, наличие или отсутствие болевого синдрома), гормональные показатели (АМГ, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, пролактин, тестостерон, 17-оксипрогестерон, ТТГ), УЗИ органов малого таза, наличие или отсутствие клинических признаков гиперандрогении (гирсутизм (степень оценивалась с помощью шкалы Ферримана-Голлвея), андрогензависимая дерматопатия), сопутствующая патология.

Критериями исключения были: возраст начала менархе менее 8 лет, иные причины гиперпролактинемии. Медиана наблюдения составила 2 года.

В работе использовался статистический метод исследования. Обработка данных проведена с использованием пакетов прикладной программы «Microsoft Excel XP».