

2) Среди всех составляющих сексуальной функции наиболее низким в обеих группах оказался показатель влечения.

3) Наличие или отсутствие зарегистрированного брака и удовлетворенность им не играет значимой роли в реализации сексуальной функции женщины, однако следует заметить, что возможно при увеличении выборки данные результаты могут претерпеть изменения.

4) Качество интимного общения составляет значимую часть в отношениях удовлетворенности и сексуального удовлетворения.

Список литературы:

1. Hassanin A.M. The Relationship of Close Marital Affairs to Healthy Women's Sexual Function: A Cross-Sectional Retrospective Study in Egypt / A.M. Hassanin, A.N. Kaddah, M.Y. El-Amir // *Sexual Medicine*. – 2019. - Volume 7, Issue 4. – P. 498 – 504.

2. Life and Family Values Similarity in Inter-Ethnic and Inter-Faith Couples by Elena Yu. Chebotareva and Marina I. Volk *Sci*. 2020, 10(1), 38

3. Айзман Н. И. Здоровая женская сексуальность как один из факторов семейного благополучия // *Вестник Нижневартковского государственного университета*. - 2009. - №4.

4. Schoenfeld E. Does Sex Really Matter? Examining the Connections Between Spouses' Nonsexual Behaviors, Sexual Frequency, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction / E.Schoenfeld, T. Loving, M. Pope et al. // *Archives of Sexual Behavior*. – 2017. – Feb\$ 46 (2). – P. 489–501.

5. Litzinger S. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction / S. Litzinger, K.C. Gordon // *J Sex Marital Ther*. – 2005. - 31 (5): 409-24.

УДК 618.174

**Стрелова Д.А., Геец А.В., Воронцова А.В., Звычайный М.А.
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ
МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА И В ПОСТМЕНОПАУЗЕ В РАМКАХ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического
факультета

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Strelova D.A., Geets A.V., Vorontsova A.V., Zvychainyi M.A
ASSESSMENT OF WOMEN'S HEALTH DURING MENOPAUSAL
TRANSITION AND POSTMENOPAUSE IN THE FRAMEWORK OF
MEDICAL EXAMINATION**

Department of obstetrics and gynecology

Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: chekasina_dasha@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены некоторые показатели здоровья, определенные в рамках диспансеризации 2019 среди женщин, находящихся в период менопаузального перехода и постменопаузы

Annotation. The article discusses some health indicators defined in the framework of the clinical examination 2019 among menopausal women and postmenopausal women, as well as the severity of menopausal syndrome among women and their relationship to menopausal hormone therapy.

Ключевые слова: диспансеризация, гинекологическая патология, репродуктивное здоровье

Key words: prophylactic medical examination, gynecological pathology, reproductive health

Введение

Общая численность женщин старше 50 лет в настоящее время составляет более 500 млн, а в России около 30% всего населения составляют женщины в возрасте 40-69 лет (29 млн) [2]. При этом длительность постменопаузы составляет 30-40% от всей продолжительности жизни женщины и треть своей жизни женщина проводит в состоянии эстрогенного дефицита. Следовательно, существует необходимость обеспечить женщинам адекватную работоспособность, высокий уровень качества здоровья и качества жизни в современном мире [1].

Цель исследования – оценка показателей здоровья женщин в период менопаузального перехода и постменопаузы в рамках диспансеризации.

Материалы и методы исследования

Проспективное исследование было проведено на базе поликлиники №3 МБУ «ЦГБ№2 им.А.А.Миславского». Были обследованы женщины, находящиеся в период менопаузального перехода и в постменопаузе, обратившиеся на терапевтический прием с лечебно-диагностической или консультативной целью и прошедшие обследование в рамках диспансеризации. При достижении выбранного количества пациенток, находящихся в каждом из периодов, было сформировано 2 равные группы: 1 группа – 20 женщин, находящихся в периоде постменопаузы, 2 группа – 20 женщин, находящихся в периоде менопаузального перехода.

У женщин, обратившихся на прием к терапевту, были произведены: сбор жалоб и анамнеза, физикальный осмотр (определение массы тела, роста, расчет ИМТ), анкетирование с помощью менопаузальной шкалы Грина, также во внимание были приняты лабораторные (количество эритроцитов, тромбоцитов, концентрация гемоглобина, холестерина, глюкозы, результат

онкоцитологического исследования мазков, полученных из цервикального канала и наружной поверхности шейки матки) и инструментальные (маммография) данные, проведенные в рамках диспансеризации 2019.

Статистический анализ данных был выполнен с помощью программы Statistica 10 (StatSoftInc, США). Статистическая значимость различий в группах определялась посредством расчета критерия Манна-Уитни. Оценка корреляционной связи проводилась с помощью коэффициента корреляции Пирсона. За статистически значимое различие принято $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате анализа проведенного сбора анамнеза выяснено, что средний возраст пациенток первой группы составил 62,91 (2,62) года, второй - 47,6 (2,22) года.

Средний возраст наступления менопаузы в 1 группе женщин составил – 52,37 (2,19) лет, длительность постменопаузы (при 95% ДИ) – 10,54 года (от 8,62 до 15,31 лет); хирургическая менопауза была у 20% пациенток.

Среднее значение ИМТ в первой группе составило 30,52 (3,21) кг/м³ и статистически значимо ($p < 0,001$) превысило среднее значение ИМТ у женщин во второй группе (25,42 (2,34) кг/м³). При этом, количество женщин с ИМТ в пределах 18,5-24,9 в первой группе оказалось лишь 15% (n=3), а во второй – 45% (n=9); а наличие избыточной массы тела и ожирения было выявлено у 50% (n=10) и у 35% (n=7) обследованных первой группы и у 35% (n=7) и у 10% (n=2) обследованных второй группы. Недостаточная массы тела была обнаружена у 10% (n=2) – только во второй группе пациенток.

В результате анализа результатов исследования общего анализа крови в обеих группах женщин, выяснено, что среднее значение количества эритроцитов в первой и второй группе было примерно одинаково и составило $4,35 \cdot 10^3$ /мкл, $4,62 \cdot 10^3$ /мкл соответственно. Что касается уровня гемоглобина, то среднее значение концентрации гемоглобина крови у женщин в постменопаузе оказалось 126,85 (6,31) г/л, при этом у 35% (n=7) уровень гемоглобина соответствовал анемии I степени и минимальное значение концентрации гемоглобина составило 104 г/л; в группе женщин в периоде менопаузального перехода средний уровень гемоглобина (125,65 (7,14) г/л), количество женщин, имеющих анемию I степени (40%, n=8) и минимальное значение гемоглобина (96 г/л) практически не отличался от соответствующих значений в первой группе. Количество тромбоцитов в обеих группах практически не отличалось друг от друга – в первой группе $292,55 \cdot 10^3$ /мкл, во второй $275,95 \cdot 10^3$ /мкл.

При анализе результатов биохимического исследования крови оказалось, что среднее значение уровня холестерина (при верхней границе нормы до 5,2 ммоль/л) в первой группе было равным 6,04 (1,72) ммоль/л (у 55% - выше нормы), во второй – 5,39 (1,08) ммоль/л (у 55% - выше нормы), т.е. в обеих группах обследованных женщин имеет место гиперхолестеринемия и необходимо определение липидного спектра с целью выяснения необходимости назначения медикаментозной липидснижающей терапии/диетотерапии. Среднее

значение уровня глюкозы в первой группе составило 5,78 (1,32) ммоль/л, во второй – 4,87 (1,08) ммоль/л (норма до 6,1 ммоль/л), при этом процентное количество женщин имеющих гипергликемию натощак в первой группе было в 6 раз больше – 30% (n=6) по сравнению со второй группой – 5% (n=1). Кроме того, было выяснено, что между ИМТ и уровнем холестерина в обеих группах имеется положительная корреляционная связь средней силы ($r=0,36$), а между ИМТ и уровнем глюкозы крови натощак корреляционная связь средней силы положительной направленности ($r=0,42$). Таким образом, чем выше ИМТ, тем больше уровень и глюкозы, и холестерина в сыворотке крови, которые повышают риск развития и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний, сопровождающихся развитием инвалидности или ранней смертности.

По данным, полученным при анализе онкоцитологического исследования материала, полученного с поверхности шейки матки и из цервикального канала (забор которой осуществлялся в рамках диспансеризации), установлено, что в группе женщин в постменопаузы нормальная цитологическая картина наблюдалась в 65% случаев (n=13), цитограмма воспаления – в 25% (n=5), CIN-1 – в 10% случаев (n=2). В группе женщин в периоде менопаузального перехода воспалительная цитограмма наблюдалась в 40% случаев (n=8); а цервикальная интраэпителиальная неоплазия встречалась также в 10% случаев (из них, по одной пациентке обнаружена CIN-1 (5%) и CIN-2 (5%); у остальных обследованных (50%) наблюдалась нормальная цитологическая картина. Заключений цитологического исследования на основе системы Bethesda при диспансеризации не было ни у одной из пациенток в обеих группах.

Также были проанализированы результаты проведенной маммографии. Выяснено, что в первой группе чаще всего в 80% случаев (n=16) встречалось заключение «фиброзно-жировая инволюция» (ФЖИ), в 15% случаев (n=3) наблюдались кисты молочных желез, а в 5% случаев (n=1) фиброаденома молочной железы (ФАМ). У женщин второй группы женщин в 50% случаев (n=10) было дано заключение диффузная фиброзно-кистозная мастопатия, в 20% случаев – кисты молочных желез, в 15% случаев – ФАМ молочной железы и в 15% - ФЖИ молочных желез. Следует отметить, что, заключения ММГ, выполненной в рамках диспансеризации, не соответствуют ни современной международной системе BIRADS, ни клинико-рентгенологической классификации Рожковой.

Заключительным моментом первого этапа диспансеризации является посещение участкового терапевта, который выставляет диагноз, дает дальнейшие рекомендации и в случае необходимости отправляет на второй этап (дообследование). В конечном итоге, терапевт выделяет группы пациентов, однородных по состоянию здоровья и степени активности патологического процесса для удобства дальнейшего их наблюдения. В таблице 1 представлены диагнозы, которые были выставлены на момент заключительного первого этапа диспансеризации.

Таблица 1.

Перечень диагнозов, выставленных по итогам первого этапа диспансеризации

Нозология	Первая группа (n=30)	Вторая группа (n=30)
Гипертоническая болезнь (I11.9)	40%	25%
Гиперхолестеринемия (E75.5)	20%	15%
ДФКМ (N60.1)	10%	20%
Остеохондроз позвоночника (M42.1)	10%	10%
Хронический гастрит (K29.3)	10%	10%
Полип ободочной кишки (K63.5)	10%	0%
Дисплазия ШМ (N87.9)	0%	5%
Условно здоров (Z00)	0%	15%
Итого	100%	100%

При сравнении результатов обследования и выставленных диагнозов обращают на себя внимание следующие несоответствия. Так, повышение уровня холестерина было выявлено у 55% обследованных в обеих группах, тогда как диагноз E75.5 был выставлен лишь у 20% и 15% женщин в первой и второй группе соответственно. По результатам онкоцитологического исследования цервикального мазка дисплазия шейки матки была диагностирована у 10% женщин первой группы и у 10% пациенток второй группы), однако, в качестве диагноза «дисплазия шейки матки неуточненная» была выставлена лишь у 5% женщин второй группы. Диагноз «Нарушение гликемии натощак» не был выставлен ни у одной из женщин, имеющих превышение нормального уровня глюкозы. Диагноз «Ожирение» так же отсутствовал у всех женщин, имеющих ИМТ 30 и более.

Что касается наличия менопаузальных расстройств, то среди опрошенных женщин первой группы отметили факт наличия у них климактерических нарушений 15% (n=3), коррекцию менопаузальных симптомов проводили 25% женщин (из них, 15% применяли препараты на основе фитоэстрогенов, а 10% - менопаузальную гормональную терапию). Во второй группе обследованных о наличии у них менопаузальных нарушений сообщили 65% (n=13), а корректировали имеющиеся нарушения лишь 20% пациенток (прием гормональных препаратов). Однако, при проведении специального анкетирования женщин обеих групп с помощью менопаузальной шкалы Грина было выяснено, что интегральный показатель выраженности менопаузальных расстройств среди женщин в постменопаузе оказался 20,05 (5,09) балла, что свидетельствовало о наличии тяжелых менопаузальных проявлений, тогда как в группе женщин в периоде менопаузального перехода среднее значение было

статистически значимо ниже ($p < 0,05$) и составило 16,5 (3,59) балла и свидетельствовало о средней степени тяжести менопаузальных симптомов.

Выводы

Результаты проведенного обследования в рамках диспансеризации свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья женщин в периоде менопаузального перехода и постменопаузе – наличие ожирения, анемии (как в период менопаузального перехода, так и в постменопаузе), гипергликемии, гиперхолестеринемии, CIN-1 или CIN-2 диффузной и очаговой патологии молочных желез. Обнаружение данных изменений, особенно еще на стадии метаболических отклонений, требует более детального обследования пациентов и активной тактики врача и пациента. Однако, в результате проведения первого этапа диспансеризации выявленные метаболические или структурные изменения не выставляются в диагноз, что обесценивает саму идею диспансеризации. Имеющиеся отклонения интерпретируются без использования современных классификаций, а порой используются несуществующие термины. С другой стороны, к сожалению, женщины в периоде менопаузального перехода и в постменопаузе не ассоциируют ухудшение в состоянии своего здоровья с наличием менопаузальных расстройств; а значит, они активно не сообщают об этом на приемах у врача и, следовательно, требуется активное выявление менопаузальных проявлений со стороны врача и активная просветительская работа среди женского населения.

Список литературы :

1. Лопатина О.В. Факторы женского здоровья с точки зрения старения репродуктивной системы и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Лопатина, В.Е. Балан, О.Н. Ткачева, Н.В. Шарашкина, А.С. Журавель // Альманах клинической медицины. – 2015. – Т.1. – №37. – С. 111-117
2. Ткачева О.Н. Профилактика преждевременного старения у женщин / О.Н.Ткачева, Ю.Э. Доброхотова, Е.Н. Дудинская //Методические рекомендации. – 2017. – С. 5-6

УДК 618.3-06

**Тетелютина Ф.К., Валиев Р.Р., Петрунин П.М.
АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ
СИМФИЗИОПАТИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП
Ижевская государственная медицинская академия
Ижевск, Российская Федерация

Teteliutina F.K., Valiev R.R., Petrunin P.M.