

Как видно из представленной таблицы, частота встречаемости нарушений менструального цикла по типу олиго- и аменореи, а также хронических тазовых болей, являются статистически значимыми и достоверными. Следовательно, можно заключить, что перитонит аппендикулярного генеза, перенесенный в детском возрасте, может явиться предиктором возникновения данных нарушений.

Хронический эндометрит, в данном исследовании, практически с одинаковой частотой встречается в обеих группах исследуемых, следовательно, статистически не значим и установить зависимость его возникновения от факта наличия санации брюшной полости в детстве возможным не представляется.

Выводы

По результатам исследовательской работы выявлено, что у женщин репродуктивного возраста, перенесших санацию брюшной полости по поводу аппендикулярного перитонита из лапаротомных доступов в детском или подростковом возрасте, в отличие от женщин без данного вмешательства в анамнезе, наиболее часто встречающимися нарушениями состояния репродуктивной системы являются: хронические тазовые боли – 72% (13 исследуемых, n=18); нарушения менструального цикла – 55% (10 пациенток, n=18), из них 22% по типу аменореи и 33% по типу олигоменореи.

Следовательно, данное оперативное вмешательство может являться предиктором возникновения данных нарушений функции репродуктивной системы у женщины.

Литература:

1. Карасаева О.В. Детская хирургия / О.В. Карасаева, Л.М. Рошаль, А.В. Брянцев, В.А. Капустин, Т.А. Чернышева, Т.Ф. Иванова // М., 2007. – С. 23 – 27
2. Доржиев Б.Д. Послеоперационные осложнения при аппендикулярном перитоните и оптимизация его лечения у детей.// Автореф. канд. дис. – Иркутск. – 2005. – 18 – 19 с.

УДК 618.173

Т.А. Габдулина, С.С. Плаксина, А.В. Воронцова
ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У
ЖЕНЩИН ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский Государственный Медицинский Университет
Екатеринбург, Российская Федерация

T.A. Gabdulina, S.S. Plaksina, A.V. Voroncova
NATURE OF THE FLOW OF THE CLIMACTERIC SYNDROME IN
WOMEN OF EKATERINBURG
Department of Obstetrics and Gynecology

Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: Gabdulina_Tansu@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены основные клинические проявления климактерического синдрома, их частота. Проанализирована обращаемость женщин с климактерическим синдромом к врачу, их отношение к менопаузальной гормональной терапии. Определено влияние на качество жизни клинических симптомов климактерического синдрома.

Annotation. In the article the main clinical manifestations of the climacteric syndrome, their frequency. Analyzed the uptake menopausal women to the doctor, their attitude to menopausal hormone therapy. Determine the impact on quality of life of the clinical symptoms of the climacteric syndrome.

Ключевые слова: климактерический синдром, симптомы, качество жизни.

Keywords: climacteric syndrome, symptoms, quality of life.

Одну треть жизни женщины находятся в периоде перименопаузы, поэтому большое внимание уделяется вопросам, определяющим качество жизни женщин этого возраста. К ним относятся проблемы, связанные с профилактикой, диагностикой и лечением нейро-вегетативных проявлений климактерического синдрома, урогенитальных нарушений, заболеваний сердечно-сосудистой системы, остеопороза. Все эти патологические проявления климактерического синдрома нарушают профессиональную деятельность женщин, снижают социальную активность, изменяют межличностные отношения [1,4]. И, к сожалению, за последнее время отмечается увеличение частоты возникновения климактерического синдрома [3].

Несмотря на давность изучения климактерического синдрома, до настоящего времени в проблеме перименопаузальных расстройств остается много спорных и нерешенных вопросов [2,4]. В том числе, отсутствуют статистические данные по частоте возникновения симптомов климактерического синдрома, особенностям течения климактерического синдрома как у женщин России, так и в г.Екатеринбурге в частности. Кроме того, не проводилась оценка приверженность пациенток к менопаузальной гормональной терапии.

Цель исследования – изучение характера течения климактерического синдрома у женщин, проживающих в г. Екатеринбурге.

Материалы и методы исследования

Провели анкетирование 140 женщин в возрасте 40-60 лет. Было выделено 2 группы пациенток: I группа (n=70) – пациентки, находящиеся на стационарном лечении в терапевтическом отделении многопрофильной

больницы МАУ ГKB№40; II группа (n=70) - «женщины с улицы» (анкетирование проводилось вне лечебно-профилактических учреждений). Для выявления жалоб у пациенток использовали анкету: «Оценка симптомов климактерического синдрома (шкала Грина)", дополненная вопросами о возрасте, менструальной функции, менопаузальной гормональной терапии, сопутствующих заболеваниях и их лечении. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Excel. Степень достоверности определялась с помощью критерия Манна-Уитни, за статистически значимый уровень принимался уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст опрошенных женщин составил $49,0 \pm 4,60$ лет и не отличался в обеих группах. У женщин обеих групп чаще первые проявления климактерического синдрома возникали с наступлением менопаузы – у 95 (67,9%), в переходном периоде – у каждой третьей женщины (у 43 женщин; 30,7%), а через 1-2 года после менопаузы только у 2 (1,4%) женщин.

В I группе женщин, страдающих климактерическим синдромом, соматическая патология выявлена у всех пациенток, а среди II группы – менее чем у половины 28 женщин (40%).

Наличие различных симптомов климактерического синдрома отмечала 21 женщина (30%) – в I группе; практически столько же – 20 женщин (28,5%) – во II группе.

Как в I, так и во II группе первые симптомы климактерического синдрома появились в $49,0 \pm 3,20$ лет в виде нарушений сна у 108 (77,1%) опрошенных, повышенной плаксивостью у 60 (42,9%) женщин, чувством напряжения и нервозности у 104 (74,2%) женщин, «приливами» жара у 48 (34,2%) женщин.

Вегето-сосудистые нарушения проявлялись наиболее часто ночной потливостью у 56 женщин (40,0%). Психические расстройства при климактерическом синдроме чаще характеризовались как аффективные сдвиги с характерной неустойчивостью эмоциональной сферы в виде повышенной возбудимости – у 50 (35,7%) опрошенных.

Психическая активность и работоспособность при климактерическом синдроме были достаточно лабильны: 52 женщины (37,1%) отмечали появление чувства усталости, сопровождающееся затруднением концентрации внимания, невозможностью выполнять повседневную умственную и физическую работу.

У большинства опрошенных женщин (90 женщин; 64%) отмечалось повышение/лабильность артериального давления, возникающие в период постменопаузы.

Что касается выраженности отдельных проявлений климактерического синдрома (таблица), то наибольшее значение в обеих группах имели такие расстройства как: усталость, чувство напряжения и нервозность, головные боли, мышечные и суставные боли. Следует отметить, что единственным симптомом, выраженность которого значимо отличалась у пациенток сравниваемых групп, оказалась потеря интереса к сексуальной активности: в I

группе его выраженность составила $0,92 \pm 0,22$ балла против $0,53 \pm 0,15$ балла во II группе ($p < 0,05$). Оценивая и сравнивая выраженность группы симптомов (вегето-сосудистых и психо-эмоциональных), была выявлена более сильная выраженность вегето-сосудистых нарушений в группе женщин, находящихся на стационарном лечении ($7,15 \pm 0,15$ балла в I группе по сравнению с $5,06 \pm 0,27$ балла во II группе, $p < 0,05$); а выраженность психо-эмоциональных расстройств в обеих группах была практически одинакова – в I группе $4,09 \pm 0,25$ балла, во II группе $4,24 \pm 0,74$ балла.

Таблица

Выраженность климактерических расстройств (шкала Грина)

Показатель	Среднее значение, в баллах $M \pm m$	
	I группа $n=70$	II группа $n=70$
Сердцебиение и тахикардия	$0,67 \pm 0,32$	$0,73 \pm 0,25$
Чувство напряжения и нервозность	$1,0 \pm 0,23$	$0,75 \pm 0,12$
Нарушение сна	$0,93 \pm 0,25$	$0,85 \pm 0,12$
Возбудимость	$0,64 \pm 0,02$	$0,58 \pm 0,14$
Панические атаки	$0,15 \pm 0,23$	$0,11 \pm 0,36$
Нарушение концентрации	$0,36 \pm 0,12$	$0,24 \pm 0,34$
Усталость	$1,48 \pm 0,32$	$1,04 \pm 0,12$
Потеря интереса ко многим вещам	$0,51 \pm 0,15$	$0,25 \pm 0,18$
Депрессия	$0,57 \pm 0,17$	$0,29 \pm 0,25$
Плаксивость	$0,75 \pm 0,25$	$0,27 \pm 0,03$
Раздражительность	$0,77 \pm 0,63$	$0,68 \pm 0,14$
Головокружение, обмороки	$0,36 \pm 0,21$	$0,49 \pm 0,25$
Напряжение и сдавление в голове и теле	$0,24 \pm 0,45$	$0,35 \pm 0,12$
Чувство онемения и дрожь в теле	$0,45 \pm 0,12$	$0,31 \pm 0,32$
Головные боли	$0,97 \pm 0,13$	$1,02 \pm 0,14$
Мышечные и суставные боли	$0,73 \pm 0,35$	$0,56 \pm 0,19$
Слабость в конечностях	$0,54 \pm 0,21$	$0,34 \pm 0,02$
Затрудненное дыхание	$0,24 \pm 0,14$	$0,18 \pm 0,14$
Приливы	$0,33 \pm 0,11$	$0,55 \pm 0,27$
Ночная потливость	$0,51 \pm 0,16$	$0,44 \pm 0,145$
Потеря интереса к сексу	$0,92 \pm 0,22$	$0,53 \pm 0,15^*$
Итого:		
Вегето-сосудистые (вазомоторные) нарушения	$7,15 \pm 0,15$	$5,06 \pm 0,27^*$
Эмоционально-психические расстройства	$4,09 \pm 0,25$	$4,24 \pm 0,74$

Примечание: *- $p < 0,05$ у пациентов I и II групп.

При этом, обращаемость к гинекологу-эндокринологу среди «женщин с улицы» (II группа) составила 18 (25,7%) опрошенных, из них 16 женщин (88,9% от обратившихся к врачу) начали принимать менопаузальную гормональную

терапию; обращаемость женщин среди пациенток, лечащихся в стационаре (I группа), к гинекологу-эндокринологу – 11(15,7%), и их 8 женщинам (72,2%) была рекомендована менопаузальная гормональная терапия.

Выводы:

1. Первые симптомы климактерического синдрома у женщин г.Екатеринбурга проявляются в среднем в $49,0 \pm 3,20$ лет.

2. Начальными проявлениями климактерического синдрома являются нарушения сна, повышенная плаксивость, чувство напряжения и нервозности вне зависимости от наличия соматической патологии, требующей стационарного лечения.

3. Среди женщин, находящихся на стационарном лечении по поводу соматической патологии, выраженность снижения интереса к сексуальной жизни выше, чем у женщин, не получающих стационарное лечение.

4. Выраженность вегето-сосудистых (вазомоторных) проявлений климактерического синдрома наиболее велика у женщин, находящихся на стационарном лечении.

5. Среди женщин, не получающих стационарное лечение по поводу соматического заболевания, обращаемость к гинекологу-эндокринологу значительно выше, чем у женщин, находящихся на лечении в стационаре (25,7% и 15,7% соответственно, $p < 0,05$).

Литература:

1. Балан В.Е. Возможности повышения эффективности терапии климактерического синдрома препаратом специального экстракта цимицифуги / В.Е. Балан, Л.А. Ковалева // Проблемы репродукции. – 2009. – №5. – С. 70 – 73.

2. Мальцева Л.И. Роль мелатонина в развитии климактерического синдрома у женщин и возможности применения мелатонина в лечении симптомов патологического климакса / Л.И. Мальцева, Е.А. Гафарова // Русский медицинский журнал. – 2007. – №266. – С. 9.

3. Манушарова Р.А. Гинекологическая эндокринология. Руководство для врачей / Р.А. Манушарова, Э.И. Черкезова // Медицинское информационное агентство, 2008. – 153 с.

4. Сметник В.П. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации / В.П. Сметник, Г.Т. Сухих, Е.Н. Андреева, В.Е. Балан, А.А. Гависова // М.; 2015. – 57 – 60с.

УДК 618.5.915-754.124

Ф.И. Ганиев

**ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Самаркандский государственный медицинский институт

Самарканд, Узбекистан