

Таким образом, только переемственность и единство работы детского и подросткового гинеколога совместно с психологом будут способствовать укреплению репродуктивного здоровья и профилактике незапланированной гестации у наших детей.

Литература

1. Брюхина Е.В., Мазная Е.Ю., Рыбалова Л.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте. Материалы II Российского форума «Мать и дитя»; 2000; Москва.
2. Ланцбург, М.Е. Деятельность материнских центров по профилактике отказов от ребенка (на примере центра «Шармиран», Гренобль, Франция) [Электронный ресурс] // Электронный журнал Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. – 2010. – № 5.
3. Можейко, Л.Ф. Медицинские и социальные аспекты подростковой беременности / Л.Ф. Можейко, Е.Г. Карпова// Медицинский журнал. – 2011. – №4. – С.85-87.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ПРИ ПОСТОВАРИЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Милош Т.С.¹, Гутикова Л.В.¹, Жегздрин О.А.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
ГУЗ «Городская поликлиника №6, женская консультация №5»²

В настоящее время отмечается рост числа гинекологических заболеваний, требующих удаления придатков матки. В странах Евросоюза ежегодно производится более 100 тыс. гистерэктомий, около 75% оперативных вмешательств выполняются у **женщин** моложе 50 лет. Так, в Швеции и Великобритании частота полостных гинекологических операций по поводу гистерэктомии составляет 38 и 25% соответственно, а в США на долю экстирпации матки в сочетании с овариэктомией приходится более 36 % от всех **хирургических** вмешательств. В России приблизительно до 90% гистероэктоми по поводу доброкачественных или злокачественных заболеваний маточно-яичникового комплекса осуществляется в репродуктивном и пременопаузальном периодах [2].

По данным литературы, именно среди этих женщин высок процент летальности, инвалидизации и длительной потери трудоспособности. Климактерические морфофункциональные изменения в нейро-эндокринной системе женщины сопряжены с развитием эстрогенного дефицита, что обуславливает летальные исходы от ишемической болезни сердца или инсульта у каждой второй женщины, а у 50% пациенток в менопаузе имеется артериальная гипертензия.

В отличие от естественного механизма **менопаузы**, характеризующегося постепенным снижением функциональной активности яичников с развитием недостатка эстрогенов и прогестерона, при **хирургической менопаузе** полностью выключается процесс стероидогенеза в яичниках в сравнительно короткий промежуток времени, что сопряжено с развитием более выраженных поздневременных обменно-метаболических осложнений климактерия. [1]. Постовари-

эктомический синдром сопровождается тяжелыми климактерическими расстройствами: нарушением углеводного и липидного обменов, изменением метаболизма костной ткани, ухудшением реологических свойств крови.

Однако проблемы изучения метаболических расстройств, развивающихся у женщин в состоянии тотальной овариоэктомии (ТО), становятся с каждым годом актуальнее в связи с ростом числа оперативных вмешательств у молодых женщин [4]. Тяжелые проявления постовариоэктомического синдрома у больных репродуктивного возраста с гинекологическими заболеваниями протекает с более выраженной манифестацией, что обуславливает необходимость более детального подхода к изучению частоты, этиологических факторов, особенностей патогенетических механизмов и прогнозирования в период хирургической менопаузы.

При этом, одним из недостаточно изученных объектов в условиях развивающегося гипогонадизма является эндотелий. Вместе с тем можно предполагать, что его дисфункция может явиться причиной роста сосудистых расстройств, имеющих место у женщин в постклимактерический период. Известно, что в этот период у женщин значительно увеличивается количество инфарктов миокарда и инсультов, патогенез которых связан с дисфункцией эндотелия. В связи с тем, что не до конца изучено состояние эндотелия сосудов, в ходе эстрогенного дефицита, исследования в этом направлении являются актуальными.

Цель исследования – изучить состояние эндотелия кровеносных сосудов у женщин репродуктивного возраста в условиях двухсторонней овариоэктомии.

Материалы и методы. Выполнено клиническое наблюдение и клинико-инструментальное обследование 30 женщин с ТО (основная группа) изолированно либо в сочетании с гистерэктомией по поводу лейомиомы матки, эндометриоза, опухолевидных образований яичников. В контрольную группу вошли 12 женщин репродуктивного возраста.

Критерии включения: возраст $47 \pm 1,4$ лет ($p > 0,05$), индекс массы тела (ИМТ) < 25 кг/см². Критерии исключения из исследования: ИМТ > 25 кг/см², опухоли экстрагенитальной локализации, факт приема кихих-либо гормональных препаратов, и лекарств, оказывающих влияние на эндотелий сосудов.

При подборе пациенток также обращали внимание на социальный статус, физическую активность, пищевые и вредные привычки. Всем пациенткам накануне операции проводилось общеклиническое, биохимическое исследование крови, коагулограмма.

Степень морфологического повреждения эндотелия кровеносных сосудов изучали по количеству циркулирующих эндотелиаль-

ных клеток (ЦЭК) в 1 л плазмы крови по методу Hladovec J. (1973) в модификации Власова Т. Д. (1999) [5].

У всех женщин изучен анамнез, проводилось ультразвуковое обследование органов малого таза и молочных желез на аппарате Voluson 730 Expert. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 6,0». После проверки данных на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка рассчитывали медиану, межквартильный интервал (25-й и 75-й процентиля). Статистическую значимость различий между качественными (нечисловыми) характеристиками оценивали при помощи критерия хи-квадрат χ^2 (Chi-square, Chi-square Yates corrected). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ [3].

Результаты. У всех пациенток с ТО наблюдались клинические проявления постовариоэктомического синдрома. Средний возраст женщин составил $48,9 \pm 5,3$ лет. В ходе анализа было обнаружено, что частота встречаемости морфологических изменений эндотелия сосудов составила 85%. У женщин с ТО уровень ЦЭК превышал данный показатель среди женщин контрольной группы в 1,9 раза. 15 пациенток (50%) в гинекологическом анамнезе отмечали эрозию шейки матки. Анализ результатов состояния гемостаза выявил у 11 женщин (36,7 %) умеренную гиперкоагуляцию, которая проявлялась повышением содержания фибриногена в сыворотке крови (средние значения уровня фибриногена в сыворотке крови у этих женщин - $4,2 \pm 0,02$ г/л и $4,5 \pm 0,01$ г/л соответственно). Данные процессы связаны с отсутствием положительного влияния эстрогенов на эндотелий кровеносных сосудов. В ходе ультразвукового исследования состояния молочных желез были установлены инволютивные изменения молочных желез у 5 (16,7 %), фибroadеноматоз - у 8 (26,7 %), кисты молочных желез у 7 (23,3%).

Выводы. Изучение морфологического состояния эндотелия кровеносных сосудов женщин с тотальной овариэктомией показало, что важное значение в генезе хирургической менопаузы могут играть нарушения морфофункциональных свойств эндотелия кровеносных сосудов.

В ходе оперативной менопаузы развиваются стойкие морфологические нарушения эндотелия, обуславливая состояние общего здоровья, трудоспособности и качества жизни женщин, что диктует необходимость разработки своевременной коррекции.

Литература

1. Аккер, Л.В. Хирургическая менопауза / Л.В. Аккер // Барнаул. – 2004. – С. 19–37.
2. Моргулис, Ю.В. Терапевтическая коррекция состояния кожи у женщин после хирургической менопаузы / Ю.В. Моргулис, Н.Н. Потеев, И.М. Корсунская // Рус. мед. журн. 2008. – № 19. – С. 1257–1261.
3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA // Москва: Медиа Сфера. – 2003. – 312 с.

4. Юренева, Д.Б. Постоваризэктомический синдром. Лечение препаратом «Климонорм» / Д.Б. Юренева // Гинекология – 2004. – Т. 6. – №1. – С. 42–44.

5. Hladovec, J. Circulating endothelial cells isolated together with platelets and the experimental modification of their counts in rats/ J. Hladovec, P. Rossman // Thromb. Res. – 1973. – V.3. – P. 665–674.

КОММУНИКАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗГОВОРНОЙ РЕЧИ

Мишонкова Н.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Разговорная речь – разновидность литературного языка, которая реализуется в устной форме в ситуации непринужденного общения при непосредственном взаимодействии партнеров коммуникации [1].

Основная сфера реализации разговорной речи – повседневная обиходная коммуникация, протекающая в неофициальной обстановке. Одним из ведущих коммуникативных параметров, определяющих условия реализации разговорной речи, является «неофициальность общения». Разговорная речь противопоставлена книжно-письменному кодифицированному литературному языку, который обслуживает сферу официального общения.

Русская разговорная речь в системе литературного языка определяется как устная разновидность в составе литературного языка или как особый стиль. Теоретическая концепция – когда литературный язык и русская разговорная речь представляют собой две подсистемы внутри литературного языка, реализация которых определяется коммуникативными условиями: кодифицированный литературный язык обслуживает сферу официального общения (личного и публичного), разговорная речь – сферу неофициального неподготовленного личного общения.

Социально-политические перемены оказали влияние на русскую языковую ситуацию: границы функциональных стилей оказались размытыми и нечеткими, что привело, с одной стороны, к широкому вторжению разговорных элементов в устную публичную речь, в язык средств массовой коммуникации, а с другой – к активизации употребления иноязычных слов, элементов официально-деловой и специальной речи в повседневном бытовом общении [12]. Изменившиеся условия повлияли на характер языковых процессов в разных коммуникативных сферах, но не отменили членения литературного языка на кодифицированный литературный язык и разговорную речь.

Разговорный тип общения существовал и будет существовать всегда, а как самостоятельный тип речевой культуры он стал формироваться только в конце XX века.