

3. Наиболее значимыми в диагностике СШТ являются первичная аменорея, половой инфантилизм (встречаются в 100% случаев при цитогенетически подтвержденном СШТ) и низкое физическое развитие (84,6%).

4. Все девочки с низкорослостью в обязательном порядке должны быть консультированы врачом-генетиком с последующим проведением им кариотипирования для ранней диагностики СШТ и назначения заместительной терапии с целью улучшения в дальнейшем качества жизни пациенток.

5. У половины обследованных отмечались короткая шея, гипоплазия матки и яичников, остальные клинические симптомы, характерные, согласно литературным данным, для СШТ у обследованных пациенток встречались реже.

6. Диагноз данного синдрома выставлялся пациенткам поздно, в 14,4 года, что говорит об отсутствии настороженности участковых врачей-педиатров в отношении данного синдрома, в то время как качество жизни детей и подростков в дальнейшем определяется именно возрастом постановки диагноза и своевременностью начала адекватной заместительной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев, Ю. И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей (путеводитель по клинической генетике) / Ю. И. Барашнев, В. А. Бахарев, П. В. Новиков. – М. : Триада Х, 2004. – 560 с.

2. Мутовин, Г. Р. Клиническая генетика. Геномика и протеомика наследственной патологии : учеб. пособие / Г. Р. Мутовин. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 832 с.

3. Клиническая эндокринология : рук. для врачей / под ред. Е. А. Холодовой. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 736 с.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ

Милош Т.С.¹, Иоскевич А.А.², Юркевич С. В.³

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»²,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»³*

Актуальность. В последние годы отмечается рост числа гинекологических заболеваний, требующих радикального оперативного подхода. Тотальная овариэктомия (ТО) клинически отражается на качестве жизни пациенток более тяжелыми климактерическими расстройствами в сравнении с естественной менопаузой. Она обуславливает рост риска развития метаболического синдрома (МС), сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1], риска ишемической болезни сердца в 7 раз. В странах Европы, в России более 1/2 смертей у женщин происходят в результате фатальных ССЗ [2].

Патогенез постовариэктомического синдрома многофакторный, в полной мере не изучен, обусловлен рядом механизмов среди которых перераспределение жировой ткани, метаболические, гемодинамические и провоспалительные изменения. Кроме того, дефицит эстрогенов на фоне относительной гиперандрогении оказывает прямое влияние на сосудистую стенку, вызывая рост сердечно-сосудистого риска и МС. При этом, эстрадиол стимулирует нитрогенсинтазу, обуславливая выработку оксида азота, который расширяет сосуды и окисляет накапливающиеся под интимой липопротеины. Поэтому дефицит эстрогенов вызывает атерогенез и спазм сосудов[3].

Однако, не до конца изучены механизмы дизадаптации организма после ТО, не достаточно выяснено состояние метаболических расстройств организма, не разработаны пути коррекции этих изменений.

Цель. Исследовать метаболические показатели и липидный спектр женщин после хирургического удаления яичников.

Методы исследования. После проведения анкетирования, изучения менопаузального индекса выделены 25 женщин с ТО (основная группа) изолированно либо в сочетании с гистерэктомией по поводу лейомиомы матки, эндометриоза, опухолевидных образований яичников или их перекрута в течение 6 месяцев после операции. Контрольную группу составили 14 женщин с учетом критериев включения и исключения.

Критерии включения: возраст 47,0(1,4; 2,3) лет ($p>0,05$), наличие в анамнезе тотальной аднексэктомии с гистерэктомией либо только с удалением яичников, с давностью операции от 1 года до 5 лет; наличие климактерических симптомов; отсутствие в анамнезе приема препаратов заместительной гормональной терапии и их аналогов. Критерии исключения из исследования: артериальная гипертензия 3-й степени по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999 (уровень систолического артериального давления ≥ 180 мм рт. ст. и/или диастолического ≥ 110 мм рт.ст.), симптоматическая артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов головного мозга, периферических артерий, сердечная недостаточность; бронхиальная астма и тяжелые заболевания легких, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью; печеночная и почечная недостаточность; сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, протекающие с нарушениями ее функции; мигрень, эпилепсия, нарушения мозгового кровообращения в анамнезе.

Для оценки метаболических нарушений вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле: $\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$, измеряли окружность талии (ОТ) и устанавливали наличие абдоминального ожирения при превышении $\text{ОТ} > 80$ см. Исследовали антропометрические показатели: ОТ, окружность бедер (ОБ), соотношение их окружностей ОТ/ОБ (ВОЗ, 1997). Тип распределения жировой ткани рассчитывали по соотношению объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ) ($\text{ОТ/ОБ} > 0,85$ – абдоминальный тип, $\text{ОТ/ОБ} < 0,85$ – глутеофemorальный) [4]. Проведено лабораторное обследование, включившее исследование липидного

спектра крови в ее сыворотке по уровню общего холестерина (ХС) [5], холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) [6], триглицеридов (ТГ) [7] колориметрическим фотометрическим тестом для количественного определения на анализаторе Beckman Coulter серии AU.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 6,0». После проверки данных на нормальность, рассчитывали медиану, межквартильный интервал (25-й и 75-й процентиля). Для оценки статистической значимости различий при неравномерном распределении признака использовался критерий Манна-Уитни. При описании относительной частоты бинарного признака рассчитывался доверительный интервал (95% ДИ) по формулам Клоппера-Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У всех пациенток с ТО наблюдались клинические проявления постовариоэктомического синдрома. Средний возраст женщин составил 49,0(0,8; 1,4) лет. Проведено обследование 25 женщин, которым выполнены оперативные вмешательства: экстирпация матки с придатками в 52% (95% ДИ 31,3-72,2) случаях, надрывагалищная ампутация матки с придатками – у 24% (95% ДИ 9,4-45,1) пациенток, двусторонняя овариэктомия – у 14% (95% ДИ 4,6-36,1) участниц.

У прооперированных пациенток отмечены колебания массы тела. Их средний вес равнялся $74,4 \pm 14,2$ кг ($p > 0,05$), вес пациенток контрольной группы – $63,9 \pm 9,8$ кг. При исходном обследовании избыточная масса тела (ИМТ 25-30 кг/м²) и ожирение 1 степени (ИМТ 30-35 кг/м²) выявлено поровну у 17,6% прооперированных женщин (таблица 1).

Таблица 1– Характеристика антропометрических показателей обследованных женщин с тотальной овариэктомией (ТО)

Параметр	Группы женщин	
	Контроль (n=14)	ТО (n=25)
ИМТ (кг/м ²) до операции	–	26,0 (24,8;32,9)
ИМТ (кг/м ²) на момент исследования	25,7 (24,4; 26,0)	29,0 (24,3; 32,0)
ОТ (см) на момент исследования	88,0 (83,0; 104,0)	92,0(86,0; 100,0)
ОБ (см) на момент исследования	102,0 (101,0;115,0)	109,5 (102,0; 118,0)*
ОТ/ОБ на момент исследования	0,84 (0,82; 0,9)	0,82 (0,79; 0,87)

Примечания – 1 – Данные представлены в виде медианы Ме (25-й; 75-й процентиля). 2 * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$ – различия статистически значимы между показателями основной и контрольной групп

При этом ИМТ у пациенток контрольной группы – $25,8 \pm 0,52$ кг/м². Абдоминальное перераспределение жира наблюдалось у 29,4% женщин,

глютеофemorальное – у 5,9%. Установлено, что ОБ у пациенток с удаленными яичниками составила на 6,8% была больше ($p<0,05$), чем у пациенток контрольной группы – $75,5\pm 8,1$ см, что согласуется с литературными данными.

В ходе анализа биохимических показателей крови у женщин с ТО установлено увеличение на 39,2% уровня ТГ ($p<0,05$), наряду со снижением холестерина ЛПВП на 13,6% ($p<0,05$), в сравнении с неоперированными пациентками (таблица 2).

Таблица 2 – Параметры липидного обмена сыворотки крови женщин с тотальной овариэктомией (ТО)

Показатели	Единицы	Группы женщин	
		Контроль (n=14)	ТО (n=25)
ХС общий	ммоль/л	5,04 (4,16; 6,07)	5,17 (4,85; 6,08)
ХС ЛПОНП	ммоль/л	0,36 (0,0; 0,94)	0,56 (0,32; 0,69)
ХС ЛПВП	ммоль/л	1,5 (1,34; 1,66)	1,32 (1,23; 1,44)*
Триглицериды	ммоль/л	1,24 (0,92; 2,01)	2,04 (0,99; 2,45)*

Примечания – 1 – Данные представлены в виде медианы Ме (25-й; 75-й процентиля). 2 * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$ – различия статистически значимы между показателями основной и контрольной групп. 3 ХС – холестерин. 4 ХС ЛПОНП – холестерин липопротеинов очень низкой плотности. 4 ХС ЛПВП – холестерин липопротеинов высокой плотности.

При этом, установлены тенденции к увеличению в сыворотке крови уровня общего ХС ($p>0,05$) и ХС ЛПОНП ($p>0,05$) при сравнении с контрольным значением.

Выводы. Итак, у пациенток после удаления яичников, возникают метаболические нарушения: увеличение массы тела, перераспределение жира с формированием абдоминального ожирения, изменяется липидный спектр – возрастает атерогенез, подтверждая развитие метаболического синдрома. Выявленные изменения метаболических показателей и липидного спектра женщин после перенесенного удаления яичников вызывают развитие стенокардии, инфарктов, инсультов и требуют своевременной коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никитина, Т. И. Хирургическая менопауза: патогенез, кардиологические риски, стандарты ведения: автореф. ... дис. д-ра мед. наук: 14.01.01. / Т. И. Никитина; Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ. – М., 2015. – 48 с.
2. Балан, В. Е. Кардиометаболические расстройства и менопаузальная гормонотерапия/ В. Е. Балан [и др.] //Гинекология. – 2017. – №19 (5). – С.10–14.
3. Rizzo, M. R. Short-term effects of low-dose estrogen/drospirenone vs low-dose estrogen/dydrogesterone on glycemic fluctuations in postmenopausal women with metabolic syndrome / M. R. Rizzo [et al.]// Age (Dordr).– 2014. Vol. 36(1). P. 265–274.

4. Дедов, И. И. Ожирение: Этиология, патогенез, клинические аспекты: руководство для врачей / И. И. Дедов, А. Г. Мельниченко; под ред. И. И. Дедова. – М.: МИА, 2004. – 456 с.

5. Enzymatic determination of total serum cholesterol/ C. C. Allain [et al.] // Clin Chem – 1974. – V. 20. – P. 470–475.

6. Riesen, W. F. Lipid metabolism. In: Thomas L, ed. Clinical laboratory diagnostics. Use and assessment of clinical laboratory results/ W. F. Riesen // Frankfurt/Main: TH-Books Verlagsgesellschaft. –1998. – P. 171–173.

7. Trinder, P. Enzymatic calorimetric determination of triglycerides by GOP-PAP method /P. Trinder // Ann Clin Biochem. – 1969. – Vol. 6. – P. 24–27.

КУЛЬТУРНЫЙ КОМПОНЕНТ ПРИ ОВЛАДЕНИИ РУССКИМ ЯЗЫКОМ ИНОСТРАННЫМИ УЧАЩИМИСЯ

Мишонкова Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Русский язык для иностранных студентов, обучающихся в нашей стране – это своеобразный перекресток культур, это практика межкультурной коммуникации, потому что каждое услышанное ими слово отражает другой мир и другую иноязычную культуру: за каждым словом стоит представление о мире совсем другой культуры, обусловленное национальным сознанием.

Цель. Раскрыть содержание и выявить особенности межкультурного обучения иностранных студентов медицинского университета.

Методы исследования. 1) использование русского языка иностранными студентами в разных сферах жизни: в науке, культуре и т. д.;

2) обобщить практический и теоретический опыт преподавания русского языка как иностранного;

3) обосновать методы обучения языку как средству общения между профессионалами в сочетании с культурой и с теми сферами, которые требуют применения русского языка как иностранного;

4) преподавать русский язык как иностранный с учётом социальной, культурной составляющей жизни учащихся в тесной связи с миром изучаемого языка;

5) разработать модель подготовки иностранных студентов как специалистов в области медицины с русским и английским языком обучения и межкультурному общению.

Результаты и их обсуждение. Для эффективного общения необходимы следующие умения: