

ВТОРИЧНАЯ ОЛИГОМЕНОРЕЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Хворик Н. В.

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

Актуальность. Аспекты снижения овариального резерва у женщин старшего репродуктивного возраста – актуальная проблема последних десятилетий. Неоспорим тот факт, что возраст определяет благополучие репродуктивной функции. Скорость процессов старения репродуктивной системы определяется взаимодействием генетических факторов и многообразным влиянием окружающей среды [1, 2, 3, 4]. Условно предложено выделять этапы и критерии функционирования репродуктивной системы – STRAW+10 (2011г.), когда этапом функционирования является стадия -3b, которая характеризуется регулярным менструальным циклом и нормальным уровнем ФСГ в ранней фолликулярной фазе, -3a – укорочение менструального цикла и повышенный уровень ФСГ. Уточненные критерии определяют вступление в ранний менструальный переход проявлениями переменных по длине менструальных циклов с разницей 7 и более дней с последующим сохранением этой разницы хотя бы 1 раз в течение 10 циклов. При этом вспомогательными критериями служат повышенные и изменчивые уровни ФСГ, низкие уровни антимюллера гормона, а также низкое количество антральных фолликулов [2, 3, 4].

Цель исследования – структурирование причин и клинических проявлений вторичной олигоменореи вследствие гипергонадотропных состояний у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материал и методы. Обследованы 42 пациентки с клиническими и лабораторными критериями вторичной олигоменореи. Возраст колебался от 36 до 42 лет, в среднем составил $37,3 \pm 2,2$ года. Для сравнения включены 18 женщин, которые были сопоставимы по возрасту и проходили профилактическое обследование. Критерии включения пациенток в исследование: нарушения менструального цикла и клинические проявления дефицита эстрогенов, уровень ФСГ в сыворотке крови более 25 мМЕ/л хотя бы в однократном определении. Критериями исключения были пациентки, имеющие установленный диагноз склерополикистоза яичников, гиперпролактинемию, аменорею центрального генеза.

Диагноз вторичной олигоменореи устанавливался на основании анамнестических, клиническо-лабораторных данных и методов инструментального обследования. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «Statistica 6,0». Для описания полученных результатов изучаемых явлений рассчитывали

показатели частоты изучаемых явлений (p) со статистической ошибкой (Sp), среднюю арифметическую (M) и ошибку средней арифметической (m).

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных пациенток почти все имели высшее образование – 92,9%, средне-специальное – 7,1%. Вредные привычки в виде курения в анамнезе отмечали 16,7% женщин. При обращении пациенток основными предъявляемыми жалобами были нарушения менструального цикла, которые встречались в 73,8% случаев. Во всех случаях имела место вторичная олигоменорея, тогда как в 77,4% случаев – стойкая олигоменорея, а в 87,1% случаев отмечалось чередование вторичной олигоменореи с периодами укорочения менструального цикла, аменорея диагностирована у 12,9% женщин. Субъективные симптомы истощения функции яичников в виде «приливов» жара, снижения либидо, головных болей, повышенной утомляемости, нарушений сна, сухости влагалища предъявляли 76,2% женщин.

Средний возраст наступления менархе составил $13,4 \pm 0,5$ года. Начало половой жизни пациентки отмечали в среднем с $19,1 \pm 1,4$ года. В большинстве случаев (92,9%) после менархе отмечался регулярный менструальный цикл длительностью $28,9 \pm 2,5$ дня. Анализ показателей репродуктивной функции показал, что большая часть женщин – 95,2% – имели роды, однако у 2 пациенток (4,8%) репродуктивные планы были не реализованы. У 85,7% в анамнезе двое родов, в 7,1% случаев – трое, в 2,4% случаев пациентка имела одного ребенка. Аборты отмечены у 28,6% женщин. У 8 (19%) пациенток в анамнезе присутствовали безуспешные попытки ЭКО.

Гормональное исследование, проведенное в раннюю фолликулярную фазу, установило, что колебания уровней ФСГ составили от 9 до 38 мМЕ/л. Среднее значение – $28,6 \pm 7,4$ мМЕ/л. При наличии менструального цикла проводилось исследование последовательно дважды и колебания гормона при повторном определении составили от 25 до 49 мМЕ/л. В случаях, когда женщины имели аменорею, гормональное исследование проведено однократно, содержание ФСГ соответствовало гипергонадотропному состоянию. Колебания уровня гормона составили от 52 до 105,5 мМЕ/л. Сравнивая показатель ФСГ с уровнями у пациенток контрольной группы – $8,6 \pm 1,8$ мМЕ/л, мы получили значимые различия ($p < 0,001$). В случаях, когда менструальный цикл имел продолжительность 21 день и менее, уровень ФСГ не превышал 12 мМЕ/л. Однако в последующем ановуляторном цикле, длительность которого составляла более 36 дней, уровень ФСГ у большинства женщин соответствовал гипергонадотропным значениям, достигая 52 мМЕ/л. Содержание ЛГ в раннюю фолликулярную фазу у женщин основной группы соответствовало $18,8 \pm 8,1$ мМЕ/л, тогда как в контрольной группе значения составили $5,1 \pm 1,9$ мМЕ/л ($p < 0,001$). Определяя коэффициент ЛГ/ФСГ, который составил $0,62 \pm 0,2$ в основной группе, а в контрольной – $0,58 \pm 0,5$, нами не отмечено значимых различий, что свидетельствует о взаимозависимых гормональных колебаниях в базальных уровнях гомонов. Нами установлено, что уровень эстрадиола не имел достоверных различий с контрольной группой и составил $45,8 \pm 8,8$ пг/мл и

48,9±8,1 пг/мл, соответственно. Отсутствие различий связано с определением базальных уровней содержания гормона в крови. Также не выявлено достоверных различий при сравнении уровня пролактина у женщин обеих групп ($p>0,05$). Уровень АМГ у всех пациенток был снижен и соответствовал $0,26\pm 0,13$ нг/мл, тогда как в контрольной группе он составил $1,2\pm 0,86$ нг/мл.

Выводы. Таким образом, вторичная олигоменорея – то состояние, которое требует четких критериев и подходов к раннему выявлению патологии.

Литература

1. Петров, И. А. Механизмы вторичной недостаточности яичников при операциях на органах малого таза (экспериментальное исследование) / И. А. Петров [и др.] // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2015. - № 9 (4). – С. 6-17.

2. Соснова, Е. А. Эмболизация маточных артерий при миоме матки у пациенток репродуктивного возраста и её роль в формировании аутоиммунного оофорита / Е. А. Соснова // *Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева*. – 2016. - № 3 (2). – С. 81-87.

3. Назаренко, Т. А. Оценка овариального резерва у женщин репродуктивного возраста и его значение в прогнозировании успеха лечения бесплодия / Т. А. Назаренко [и др.] // *Журнал Российского общества акушеров-гинекологов*. - 2005. - № 1. – С. 36-39.

4. The menopausal transition. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine // *Fertil. Steril.* - 2008. – Vol.90. – P.61–65.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Хворик Н. В.¹, Биркос В. А.², Амбрушкевич Л. П.², Довнар Л. Н.²

¹*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,*

г. Гродно, Беларусь

²*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,*

г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Опущение и выпадение внутренних половых органов – серьезная медицинская и социальная проблема, которая занимает одно из ведущих положений среди гинекологических патологий. Данное состояние непосредственно не угрожает жизни пациента, однако из-за анатомической и функциональной связи с разными органами и системами, приводит к снижению качества жизни, социальной дезадаптации. Доля данной патологии в структуре гинекологических заболеваний занимает до 28%, а 15% всех гинекологических операций проводят именно по данному поводу [1, 2, 3, 4]. Согласно данным, опубликованным Американской ассоциацией урологов, в хирургическом лечении пролапса гениталий и/или стрессового недержания мочи нуждается каждая девятая женщина, а у каждой четвертой женщины старше 60 лет встречаются разные формы пролапса внутренних половых органов, причем