

3. Карпев, С. А. Роль хронических заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы в генезе привычного невынашивания беременности / С. А. Карпев, Е. В. Балукова, Ю. С. Карпева // Медицина : теория и практика. – 2018. – Т. 3, № 1. – С. 36–37.

4. Зверева, В. А. Особенности течения беременности и перинатальные показатели у женщин с привычным невынашиванием беременности / В. А. Зверева [и др.] // В сборнике: Молодежь, наука, медицина. материалы 65-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. – 2019. – С. 385–386.

5. Кушубекова, А. К. Невынашивание беременности : носительство различных комбинаций полиморфных генов фолатного цикла / А. К. Кушубекова, А. Э. Самигуллина, А. А. Бообокова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – № 4. – С. 113–120.

ВАРИАНТЫ МЕНОПАУЗЫ С ОЦЕНКОЙ СОМАТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Милош Т.С., Гуляй И.Э.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В период менопаузы в организме женщины происходят негативные изменения, связанные с дефицитом эстрогенов: вазомоторные, психологические, общие физические, сексуальные, урогенитальные, наряду с выраженным влиянием на состояние сердечно-сосудистой системы [1]. Особенno значимые нарушения отмечаются после двусторонней овариоэктомии в молодом возрасте, поскольку гораздо выше риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе с летальным исходом, а также более выражены когнитивные нарушения в сравнении с женщинами с естественной менопаузой (ЕМ) [2, 3]. В результате таких операций возникают экстрагенитальные осложнения, включающие в себя повышение риска развития артериальной гипертензии, острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, атеросклероза, ожирения, инсулинерезистентности, сахарного диабета, неврологических, костно-мышечных заболеваний.

В ходе наступления ЕМ происходит постепенное и необратимое снижение секреции эстрогенов и прогестерона, при этом нет значительного влияния на секрецию андрогенов, которая снижается постепенно с возрастом [4]. Однако хирургическая менопауза, сопровождающаяся удалением обоих яичников, приводит к резкому прекращению синтеза не только эстрогенов и прогестерона, но и андрогенов, что повышает заболеваемость и ухудшение качества жизни таких пациенток [5].

Поэтому исследование механизмов возникновения патологических нарушений в менопаузе, возникающих при недостатке половых гормонов, позволит разработать и внедрить новые эффективные методы их лечения и профилактики, является актуальным [6].

Вместе с тем, в настоящее время не до конца изучены соматические данные у пациенток с различными типами менопаузы, диагностика и лечение климактерических расстройств данных групп женщин остаются проблемой. Поэтому исследование соматических данных у пациенток с хирургической и естественной менопаузой представляет значительный интерес.

Цель – проанализировать анамнез женщин с разными вариантами менопаузы и оценить соматические данные.

Методы исследования. Исследования выполнены на базе кафедры акушерства и гинекологии УО «Гродненский государственный медицинский университет, УЗ «Гродненская клиническая больница № 4». Обследовано 103 женщины перименопаузального возраста, разделенных на три группы: I группа – 41 женщина с хирургической менопаузой (ХМ), II группа – 32 женщины с ЕМ, контрольная группа – 30 женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов.

Критериями включения в I группу были: возраст 44-57 лет, в анамнезе тотальная аденексэктомия с гистерэктомией либо изолированное удаление яичников. Средний возраст женщин на момент обследования составил $50,2 \pm 4,9$ года, возраст проведения оперативного вмешательства – $49,1 \pm 3,1$ года, длительность менопаузы – давность операции от 1 года до 5 лет; наличие климактерических симптомов (КС). Показаниями к оперативному вмешательству явились миома матки, доброкачественные опухоли придатков матки, аденоциз, воспалительные тубовариальные образования.

Критерии включения пациенток во II группу обследования: возраст 44-57 лет, аменорея 1 год и более, наличие клинических и лабораторных (уровень фолликулостимулирующего гормона в крови более 30 МЕ/л) признаков эстрогенного дефицита. Средний возраст пациенток на момент обследования составил $51,0 \pm 4,3$ года, возраст наступления менопаузы – $49,2 \pm 3,3$ года, длительность менопаузы – от 1 года до 5 лет, наличие КС.

Критериями включения пациенток в контрольную группу исследования явились: возраст 43-55 лет, наличие менструаций. На время обследования средний возраст женщин данной группы – $44,8 \pm 5,2$ года, у которых возрастная перестройка протекала без осложнений.

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.

У всех женщин был изучен акушерско-гинекологический анамнез, соматические данные, выполнена антропометрия, расчет ИМТ.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 6.0». После проверки данных на нормальность рассчитывали медиану, межквартильный интервал (25-й и 75-й процентили). Для оценки статистической значимости различий при неравномерном распределении признака использовался U-критерий Манна-Уитни. При описании относительной частоты бинарного признака рассчитывался доверительный интервал (95% ДИ) по формулам Клоппера-Пирсона (Clopper-Pearson interval). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных пациенток экстрагенитальная патология выявлялась у большинства. Сопутствующие соматические заболевания встречались у 83% женщин с ХМ, у пациенток с ЕМ – в 93,3%, у контрольной группы – 37,5%.

При этом частота заболеваний сердечно-сосудистой системы превалировала, составив 27,0%, преобладая у женщин с ХМ – 34,1 (95% ДИ 20,1-50,6), у пациенток с ЕМ – 15,6 (95% ДИ 5,9-31,3), у контрольных участниц – 5,5 (95% ДИ 3,7-13,2). Заболевания желудочно-кишечного комплекса отмечены в 21,6% случаев и встречались у прооперированных женщин

в 19,0 (95% ДИ 8,6-34,1), у пациенток с естественным снижением половых гормонов в 21,9 (95% ДИ 9,3-39,9), в контрольной группе – 15,6 (95% ДИ 9,8-22,6). Частота патологии дыхания установлена в 16,2% случаев, в первой группе 12,2 (95% ДИ 4,1-26,2), во второй группе 12,5% (95% ДИ 3,5-29,0) и третьей группе 9,2 (95% ДИ 1,5-19,3). Уровень фиброзно-кистозной мастопатии – 10,8%, у пациенток с удалением яичников 7,3 (95% ДИ 1,5-19,9), у женщин с ЕМ 12,5 (95% ДИ 3,5-29,0), у контрольных респонденток – 2,3 (95% ДИ 0,9-9,7). Патология почек установлена в 13,5% случаев, составив в трех исследуемых группах 21,9 (95% ДИ 10,6-37,6), 6,3 (95% ДИ 0,8-20,8) и 3,3 (95% ДИ 0,8-17,2) наблюдений соответственно. Варикозное расширение вен нижних конечностей регистрировалось в 6,8% случаев, составив у пациенток с ХМ 14,6 (95% ДИ 5,6-29,8), у женщин с биологической менопаузой 21,9 (95% ДИ 0,8-22,1) и интактных участниц 10,0 (95% ДИ 2,1-26,5). Частота эндокринных заболеваний наблюдалась в 9,5% случаев, преобладая у прооперированных пациенток – 14,6 (95% ДИ 5,6-29,2), у женщин с ЕМ – 12,5 (95% ДИ 3,5-28,9), у респонденток – 3,3 (95% ДИ 0,08-17,2).

Отмечался отягощенный гинекологический анамнез – преобладали доброкачественные заболевания матки – миомы, лейомиомы, составив 32,5%, при этом у женщин с удалением яичников – 68,3 (95% ДИ 51,9-81,9), с естественным угасанием репродуктивной функции – 31,3 (95% ДИ 16,1-50,0), у интактных участниц – 21,9 (95% ДИ 9,3-39,9). Количество эрозий шейки матки наблюдалось в 26,3%, при этом в группе постоварэктомии составило 46,3 (95% ДИ 30,7-62,6), у женщин с ЕМ – 25 (95% ДИ 11,5-43,4), у контрольных пациенток – 16,7 (95% ДИ 5,6-34,7). Хронический аднексит составил 8,8%, составив в трех исследуемых группах 7,3 (95% ДИ 1,5-19,9), 18,8 (95% ДИ 7,2-36,4), 13,3 (95% ДИ 3,8-30,7) наблюдений соответственно. Кисты, кистомы яичников отмечены в 18,4% случаев, при этом

у прооперированных женщин 36,6 (95% ДИ 22,1-56,1), у пациенток с естественным угасанием репродуктивной функции – 16,7 (95% ДИ 5,6-34,7), у интактных участниц – 3,3 (95% ДИ 0,08-17,2). Патология эндометрия – гиперплазия, полипы установлена в 9,6% наблюдений, составляя у пациенток с ХМ 29,3 (95% ДИ 16,1-45,5), с ЕМ – 28,1(95% ДИ 13,8-46,8), у контрольных женщин – 20 (95% ДИ 7,7-38,6).

В основных группах преобладали женщины со средним специальным образованием, имевшие высокую стрессовую нагрузку, нормопонижающий менструальный цикл, составивший $26,9 \pm 1,6$ дней со средней продолжительностью менструации 5 Ме (5; 6) дней.

У прооперированных пациенток ИМТ составил 28,3 Ме (25,3; 31,98) кг/м², у женщин с ЕМ составлял 30,6 Ме (27,9; 33,98) кг/м², указывая на нарушение жирового обмена и ожирение в сравнении с группой контроля, в которой ИМТ составил 24,0 Ме (18,6; 27,28).

Среди прооперированных женщин выполнена экстирпация матки с придатками в 55% (95% ДИ 34,4-63,7) случаях, надвлагалищная ампутация матки с придатками – у 20,4% (95% ДИ 10,2-34,3) пациенток, двусторонняя овариэктомия – у 24,5% (95% ДИ 13,3-38,9) пациенток. У всех пациенток с удаленными яичниками наблюдались клинические проявления постовариектомического синдрома.

Выводы. Итак, частота экстрагенитальной патологии среди пациенток с естественным угасанием репродуктивной функции на 10,3% выше по сравнению с прооперированными и на 45,5% больше по сравнению с практически здоровыми женщинами.

В противоположность этому, у женщин с хирургической менопаузой превалировали заболевания сердечно-сосудистой системы, патологии дыхания и эндокринные заболевания по сравнению с пациентками с естественной менопаузой.

Кроме того, высокая частота встречаемости заболеваний органов малого таза и избыточной массы тела у женщин с разными типами менопаузы усугубляет течение климактерия, что подтверждает необходимость профилактических мероприятий для восстановления соматического и социального статуса данных пациенток.

Работа выполнена при поддержке гранта БРФФИ № М21-158.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апетов, С. С. Влияние дефицита половых гормонов на заболеваемость и качество жизни женщин с хирургической менопаузой/ С. С. Апетов, С. Ю. Калинченко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – Т. 11., № 5. – С. 72–78.
2. Rivera, C. M. Increased cardiovascular mortality after early bilateral oophorectomy / C. M. Rivera [et al.] // Menopause. – 2009. – № 16. – Р. 15–23.
3. Rocca, W. A. Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause / W. A. Rocca [et al.] // Neurology. – 2007. – № 69. – Р. 1074–1083.

4. Радзинский, В. Е. Синдром дефицита андрогенов у женщин / В. Е. Радзинский, С. Ю. Калинченко, С. С. Апетов // Вестник РУДН. – 2010. – № 6. – С. 266–276.
5. Davison, S. L. Androgen levels in adult females: Changes with age, menopause, and oophorectomy / S. L. Davison [et al.] // J. Clin Endocrinol Metab. – 2005. – № 90. – Р. 3847–3853.
6. Добрынина, И. С. Особенности соматической патологии у женщин в климактерии / И. С. Добрынина, О. Н. Красноруцкая, А. В. Сивкова, Е. В. Белозерова// Прикладные информационные аспекты медицины. – 2019. – Т. 22., № 1. – С. 86–93.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА И ПРАКТИКИ В УЧРЕЖДЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Минич Т.В., Трубило Е.И., Широкая Н.Е.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Пандемия COVID-19, начавшаяся в 2020 году, внесла существенные изменения во все сферы человеческой жизни. Практически все социальные институты были вынуждены ввести ряд ограничительных мер в связи со сложившейся эпидемиологической обстановкой. В устоявшиеся механизмы функционирования образования, в том числе высшего, пришлось вносить колоссальные корректизы. Многие учреждения образования столкнулись с новизной и сложностью ситуации, когда и обучающиеся, и преподаватели были «вырваны» из налаженного образовательного процесса, но наибольшие сложности, на наш взгляд, возникли в учреждениях высшего медицинского образования. Проблемы организации образовательного процесса остаются актуальными и на сегодняшний день, когда дать какой-либо прогноз по срокам окончания пандемии не представляется возможным.

Цель. Анализ опыта организации образовательного процесса в учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет» (далее – ГрГМУ) в условиях пандемии COVID-19.

Методы исследования. Теоретический анализ, наблюдение, обобщение педагогического опыта.

Результаты и их обсуждение. Организация учебного процесса в ГрГМУ в условиях пандемии COVID-19 потребовала кардинального пересмотра традиционных подходов к образовательной деятельности.

В целях обеспечения безопасных условий обучения, а также в связи с необходимостью обязательного освоения всеми студентами содержания образовательных программ высшего образования в ГрГМУ в апреле 2020 г. было принято решение о внесении изменений в организацию образовательного процесса для студентов 1-6 курсов всех факультетов.