

Результаты и их обсуждение. В 85,5% случаев было выполнено изолированное БПШ реверсированной аутовеной, в 11,3% – БПШ после ангиопластики и стентирования подвздошного сегмента и в 3,2% – БПШ после эндартерэктомии из аорто-подвздошно-бедренного сегмента. Срок наблюдения за пациентами составил 13,5 [12; 19] месяцев. Осложнения в виде тромбоза шунтов наблюдались у 18 пациентов: 16 – после изолированных БПШ, 2 – послекомбинированного лечения. Средний уровень ГЦ составил 19.6 [15.6; 23.8] мкмоль/л. После проведения анализа по Манну-Уитни статистически достоверной разницы в аминокислотном составе пациентов с осложнениями и без не обнаружено. Большинство были носителями А/Г гена А2756G MTRиА/А гена А1298С MTHFR (n=34).

Выводы. Изолированное БПШ было выполнено 85,5% исследуемых пациентов. Осложнения в виде тромбоза шунтов наблюдались у 29% пациентов. Средний уровень ГЦ составил 19.6 [15.6; 23.8] мкмоль/л, статистически достоверной разницы в аминокислотном составе пациентов с осложнениями и без не обнаружено. Наиболее распространенными аллелями изучаемых генетических полиморфизмов оказались А/Г гена А2756G MTRиА/А гена А1298С MTHFR (n=34), большинство пациентов с ХАН 2Б оказались носителями С/С гена С766Т MTHFR (58,6 %), с 3 стадией – А/А гена А1298С MTHFR (78,6 %), с 4 стадией – А/Г гена А66G MTRR (57,9 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Causes of hyperhomocysteinemia and its pathological significance / Kim J. [et al.] // Arch. Pharm. Res. – 2018. – Vol 41. – P. 372–383.
2. Role of Hyperhomocysteinemia and Hyperuricemia in Pathogenesis of Atherosclerosis / Zhao J [et al.] // J Stroke Cerebrovasc Dis. – 2017. – Vol 26. – P. 2695–2699.
3. Hiraoka, M. Genetic polymorphisms and folate status. / M Hiraoka, Y. Kagawa // Congenit Anom (Kyoto). – 2017. – Vol 57. – P. 142–149.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЛИЧНОСТНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЖЕНЩИН И СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Котляренко Д. О.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: канд. мед. наук Луговская А. А.

Актуальность. За последние годы возросла тяжесть климактерических проявлений (нейровегетативных, психоэмоциональных, метаболических) у женщин в период менопаузы. Это обусловлено многими факторами:

биологическими (увеличение случаев преждевременной менопаузы), социальными (несвоевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью с целью раннего купирования симптомов), психологическими (наличие определенных свойств личности, способствующих более тяжелому протеканию периода менопаузы). Выявление закономерности личностных характеристик с выраженностью климактерических расстройств даст возможность врачам-специалистам дифференцировать пациенток и своевременно оказать медикаментозную и психотерапевтическую помощь.

Цель. Обзор научных работ с интерпретацией результатов.

Методы исследования. Поиск по ключевым словам в базе данных «Cyberleninka», «PubMed».

Результаты и их обсуждение. В основе патогенеза менопаузы лежит снижение синтеза яичниками эстрадиола, выполняющего в течение репродуктивного возраста роль сигнала обратной связи, в результате формируется нейроэндокринная дисфункция на уровне гипоталамо-гипофизарных и лимбических структур центральной нервной системы и изменения в вегетативном равновесии вследствие нарушений в выработке нейротрансмиттеров (норадреналина и дофамина), что сопровождается проявлением климактерических и эмоционально-психических расстройств разной степени тяжести. Данные симптомы встречаются у 40-60 % женщин старше 40 лет [1].

К климактерическим расстройствам легкой степени относятся приливы жара, головная боль, головокружение, ознобы. К средней степени – тахикардия, отечность, артериальная гипертензия или гипотензия, вестибулопатии, сухость кожи, потливость, учащенное мочеиспускание. К тяжелой степени – метаболический синдром, остеопороз, судороги, онемение, болезнь Альцгеймера. К психоэмоциональным – повышенная утомляемость, беспокойство, сонливость, изменение аппетита, появление навязчивых идей (страхи, подозрительность), изменение настроения (лабильное, меланхолия), снижение либо отсутствие либидо [2].

Проводились исследования с поиском закономерности личностных характеристик женщин и тяжестью климактерической симптоматики.

На основе имеющихся данных, для женщин, находящихся в менопаузальном периоде характерен высокий уровень показателей «личностной тревожности» в сочетании с «сензитивностью». Это означает повышенную чувствительность к происходящим событиям, эмоциональную лабильность, склонность к рефлексии, длительное переживание по поводу неприятных ситуаций, озабоченность собственными трудностями и проблемами окружающих, а также наличие пессимистического взгляда на будущее. Также проводились методики, направленные на определение акцентуаций характера. По результатам выявлен высокий уровень шкалы «интроверсия» [3]. Данная шкала характеризуется стремлением к одиночеству, трудностями социализации, наблюдательностью, пунктуальностью. При исследовании женщин с тяжелой степенью климактерических расстройств

уровень депрессии был значительно выше среди респондентов со средней и тяжелой степенью тяжести климактерия. Анализ результатов, полученных при исследовании пациенток по шкалам депрессии и тревоги, показал, что чем тяжелее проявления климактерического синдрома, тем выше выраженность тревожного и депрессивного расстройства [4]. Отмечается низкая своевременная диагностика депрессий. В структуре климактерического синдрома психоэмоциональные нарушения (преобладают над нейровегетативными и обменно-эндокринными либо сочетаются с вегетативной дисфункцией [5].

Выводы. Можно предположить, что у женщин, для которых характерны данные особенности, возрастает вероятность возникновения депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств в сочетании с усугублением клиники климактерического периода ввиду характерного действия нейрогуморальной регуляции (нарушения в деятельности гипоталамо-гипофизарной системы, дисбаланс в системе нейротрансмиттеров). Задача врачей-специалистов состоит в ранней диагностике и оказании своевременной помощи при психоэмоциональных нарушениях. Только при слаженной работе врача акушера-гинеколога и психолога/психотерапевта достигаются высокие результаты в лечении данной категории пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000 с.
2. Акушерство и гинекология / Ю. К. Малевич. – Минск : Беларусь, 2021. – 495 с. С. 393–396.
3. Лебедев Д. А. Особенности психологического статуса женщин перименопаузального возраста с признаками климактерического синдрома /Д. А. Лебедев, А. В. Черноситов, Т. Л. Боташева // Российский психологический журнал. – 2017. – Т. 14, № 4. – С. 121–137.
4. Кострома, Я. В. Оценка выраженности климактерического синдрома и особенности психосоматического статуса / Я. В. Кострома, Е. Н. Беляева, Е. Л.Хазова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68, № 1. – С.13–20.
5. Бохан, Н. А. Депрессивные расстройства у женщин в климактерическом возрасте (обзор зарубежной литературы за 2012–2016 гг.) /Н. А. Бохан, Е. В. Лукьянова, Г. Г. Симуткин // Бюллетень сибирской медицины. – 2018. –№ 17 (2). – С. 100–113.