



При корреляционном анализе у пациенток обеих подгрупп основной группы выявлены достоверные взаимосвязи между толщиной комплекса интима-медиа и индексом эластичности сонных артерий, индексом массы тела пациентов ( $r=0,18$ ,  $p<0,05$  и  $r=-0,24$ ,  $p<0,01$  соответственно), семейным анамнезом АГ ( $r=0,23$ ,  $p<0,05$  и  $r=-0,23$ ,  $p<0,01$ ), уровнем триглицеридов ( $r=0,20$ ,  $p<0,05$  и  $r=-0,20$ ,  $p<0,05$  соответственно).

Таким образом, полученные данные убедительно свидетельствуют о снижении эластичности стенки ОСА и повышении ее жесткости у пациенток с АГ, при этом в большей степени у пациенток с АГ со снижением уровня эстрадиола и повышением ФСГ.

Более того у пациенток первой подгруппы основной группы наблюдается большее увеличение толщины комплекса интима-медиа сонной артерии, прямого маркера субклинического атеросклероза. Таким образом, регистрируемое нами расширение просвета ОСА и связанное с ним снижение скорости кровотока в сонных артериях без гемодинамически значимых стенозов в большей степени у пациенток, страдающих АГ с гипоестрогенией, свидетельствует о более выраженных структурно-функциональных изменениях артериальной стенки в виде превалирования развития атеросклероза в сравнении с группой женщин с АГ и нормальным эстрогенным балансом.

## ЗАВИСИМОСТЬ ВОЗРАСТА МЕНАРХЕ ОТ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

**Немыкин В.Н., Дьячкова А.В., Тома Д.А., Пахомов С.П.**

*Россия, г. Белгород, НИУ БелГУ, медицинский факультет, кафедра акушерства и гинекологии*

Влияние социальных факторов – важный аспект, учитываемый при оценке репродуктивного здоровья женщины. Девушки на пути становления своей половой зрелости подвергается действию различных факторов в частности окружающей среды, с которой еще не сформировавшийся женский организм может реагировать в той или иной степени адекватно. В условиях тотальной урбанизации необходимо оценить, каким образом оказывает воздействие социальный фон на репродуктивную функцию развивающегося в онтогенетическом плане женского незрелого организма. Так же установлена связь возраста наступления менархе с дальнейшей патологией, что открывает возможности для профилактики и раннего лечения нарушений женской репродуктивной сферы.

Целью работы являлось определение влияния социальных факторов на возраст становления менархе. Материалом для исследования послужили 326 женщин, проживающих в городе Белгороде.

Основные методы исследования – анкетирование, методы стандартной статистики.

Всего было обследовано 326 женщин от 14 до 81 года. Средний возраст – 29,93. Все женщины были разделены на три группы в зависимости от возраста наступления менархе: 1 группа – 10–12 лет ( $n=111$ , средний возраст – 27,15); 2 группа – 13–14 лет ( $n=177$ , средний возраст – 30,7); 3 группа 15–18 лет ( $n=38$  человек, средний возраст – 34,7). Средний возраст установления менархе у всех женщин – 13,06 лет.

Имелась достоверная корреляция ( $r=0,50$ ) между сроком наступления менархе у матери и дочери.

Установлено, что в первой группе девушек регулярно занимающихся спортом (продолжительностью, по крайней мере, 30 минут в день) до наступления менархе было больше (50%), чем девушек во второй и третьей группах (34% и 32% соответственно), что может свидетельствовать о влиянии регулярных физических нагрузок на ранее начало менархе ( $p<0,05$ ).

Аналогичное заключение можно сделать и по поводу другого критерия – в период становления менструаций количество девушек, подвергающих себя интенсивным физическим нагрузкам, в первой группе составляло 47%, что практически в 1,5 раза больше, чем число девушек во второй (31%) и в третьей (29%) группах ( $p<0,05$ ).

При субъективной оценке девушками своего роста относительно своих одноклассников было выявлено, что девушки, имеющие низкий рост имели превалирующее количество в третьей группе (37%), что практически в 4 раза больше, чем количество девушек из второй (12%) и первой (7%) групп. Обратные пропорциональные показатели дали девушки с ростом выше среднего среди своих одноклассников: в первой группе (31%), во второй (15%) и в третьей (5%). Эти данные позволяют нам сказать, что девушки с высоким ростом чаще имели раннее начало менархе, а девушки с низким показателем роста соответственно позже ( $p<0,05$ ).

Также был оценен субъективный показатель массы тела девушек относительно их одноклассников и его влияние на время наступления менархе. Прослеживалось позднее наступление менархе у девушек с низкой массой тела; так в третьей группе их количество достигало 34%, во второй практически в 3 раза меньше (12%), а в первой группе в 5,5 раз меньше, чем в третьей (6%). Из девушек, которые имели среднюю массу тела относительно своих одноклассников, к первой группе относились 85%, ко второй 76% и к третьей 58% ( $p<0,05$ ).



Выявлено, что денежный доход в семье в детском возрасте также имел связь с возрастом наступления менархе. У девушек, отметивших очень низкий доход в семье, прослеживалась тенденция к позднему менархе: в первой (1%), второй (3%) и третьей (8%) группах, соответственно. Аналогичная ситуация наблюдалась и с девушками, чьи семьи имели низкий доход: первая (6%), вторая (11%), третья (21%) группы, соответственно. В семьях с высоким доходом имеется тенденция к снижению возраста менархе если в третьей группе 18% девушек, то уже во второй и первой их было 25% и 26%, соответственно. Показательно так же то, что девушек с очень высоким доходом в третьей группе не было, а вторая и первая группы имели 0,6% и 1% соответственно, что лишь подтверждает результаты показателей девушек, чьи семьи имели очень низкий и низкий уровень дохода ( $p < 0,05$ ).

Образование отца – важный социальный фактор, влияющий на срок наступления менархе. Было выявлено, что наибольшее количество девушек, чьи отцы имели неполное среднее образование, находилось в третьей группе (24%), во второй группе 12%, а в третьей 2% ( $p < 0,05$ ). Обратные результаты показали девушки, чьи отцы имели среднее образование: если в третьей группе количество девушек было 5%, то уже во второй и первой их было 10% и 12%, соответственно. Другая ситуация наблюдалась у девушек, чьи отцы имели неоконченное высшее образование, либо имелась учёная степень, так как показатели этих двух критериев дали одинаковые результаты: в третьей группе 0% девушек, во второй 3%, а в первой 4%, соответственно ( $p < 0,05$ ).

Следует заключить, что менархе значительно зависит от социального статуса семьи на момент начала менструаций.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФЕМИНАЛ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГИПОФУНКЦИЕЙ ЯИЧНИКОВ

**Обоскалова Т.А., Лаврентьева И.В.,  
Воронцова А.В., Прохорова О.В., Михайлова Е.В.**

*Россия, г. Екатеринбург, ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, МУ ДГБ №10, Городской перинатальный центр*

Авторами проведено исследование 65 женщин в возрасте от 28 до 43 лет, страдающих нарушением менструального цикла по типу первичного или вторичного гипоменструального синдрома (по МКБ

X – N91.3 и N 91.4). Первую группу составили 34 женщины, которые принимали ежедневно 40 мг изофлавонов красного клевера в составе препарата «Феминал» в течение 3 месяцев. Во вторую группу вошла 31 женщина. Эта группа принимала плацебо аналогичного вида 1 раз в день. Средний возраст пациенток группы I составил  $34,6 \pm 4,16$ , группы II –  $34,1 \pm 4,4$  года. Средняя продолжительность менструального цикла на момент начала исследования составила  $51,0 \pm 10,7$  и  $51,2 \pm 13,0$  в I и II группах соответственно, что также не имело достоверной разницы. При исследовании гормонов крови до начала лечения достоверных отличий в группах выделено не было. Средний уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в группе I и II составили  $5,5 \pm 3,5$  и  $5,1 \pm 2,9$  мМЕ/мл, а лютеинизирующего гормона (ЛГ) –  $8,2 \pm 4,5$  и  $8,3 \pm 7,2$  мМЕ/мл соответственно. На фоне лечения «Феминалом» уровень ФСГ достоверно не изменился ( $4,3 \pm 1,4$  в I группе и  $5,5 \pm 3,1$  мМЕ/мл во II группе), уровень ЛГ снизился до  $2,1 \pm 5,3$  мМЕ/мл ( $p = 0,02$ ). Особенно выраженным этот эффект был у женщин с повышенным по отношению к ФСГ уровнем ЛГ. Несмотря на отсутствие достоверной разницы по сравнению с исходными данными, у женщин I группы менструальный цикл сократился до  $35,8 \pm 3,2$  дней. Но эти изменения коснулись женщин с исходным циклом не более 45 дней. Ультразвуковое исследование органов малого таза выявило увеличение объема яичников от  $12,4$  до  $16,2$  см<sup>3</sup> у 8 (23,5%) женщин в I группе и 7 (22,5%) во II группе, что связано с формированием мультифолликулярных яичников. После лечения у 6 женщин (17,6%) в I группе и у 5 (16,1%) во II объем яичников снизился до нормы ( $< 12$  см<sup>3</sup>). Толщина эндометрия на 5-й день менструального или индуцированного цикла в группах не имела достоверной разницы. До и после лечения этот показатель был ниже нормы –  $3,2 \pm 0,7$  мм до и  $3,3 \pm 0,7$  мм после лечения в I группе и  $3,0 \pm 0,5$  и  $3,1 \pm 0,5$  мм во II группе, что подтверждает отсутствие пролиферативного эффекта изофлавонов на эндометрий.

Для определения дифференциальной самооценки общего функционального состояния – жизненного тонуса пациенток с гипоменструальным синдромом на фоне проводимой терапии препаратом «Феминал» использовалась методика САИ (Самочувствие, Активность, Настроение). Сущность методики заключалась в том, что испытуемых просили соотносить свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Данная шкала состоит из индексов и расположена между тридцатью парами слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). Испытуемая должна выбрать и отметить цифру, наиболее точно отражающую ее