

Результаты исследования и их обсуждение

В Центре превентивной гастроэнтерологии за 2013 г. система гистопатологического стадирования по OLGA/OLGIM использовалась у 37 пациентов с атрофическим гастритом (средний возраст — 61 год) (таблица 1). Контрольный осмотр, оценка по Сиднейской системе: хронический гастрит без атрофии — 1, атрофия без метаплазии — 10, метаплазия — 24, дисплазия — 3.

Таблица 1 — Оценка по системе OLGA/OLGIM

Система оценки	0 стадия	1 стадия	2 стадия	3 стадия	4 стадия
OLGA, n = 37	1 (2,7 %)	9 (24,3 %)	9 (24,3 %)	12 (32,4 %)	6 (16,2 %)
OLGIM, n = 37	12 (32,4 %)	9 (24,3 %)	9 (24,3 %)	4 (10,8 %)	3 (8,1 %)
Совпадение OLGA и OLGIM, n = 37	1 (2,7 %)	2 (5,4 %)	1 (2,7 %)	2 (5,4 %)	3 (8,1 %)

Выявление стадий гастрита повышенного риска (стадия 3–4): OLGA — 48,6 % случаев, OLGIM — в 18,9 % случаев ($p = 0,03$). Совпадение OLGA и OLGIM: 24,3 % ($n = 9$), несовпадение: 76 % ($n = 28$). Различие в 1 стадию: 20/28, различие во 2 стадии: 8/28. Пациенты с дисплазией ($n = 3$): OLGA: 2, 3, 4 стадии, OLGIM: 0, 2, 3 стадии.

За 2014 г. в Центре превентивной гастроэнтерологии система классификации гастрита OLGA/OLGIM применялась у 38 пациентов, обратившихся по поводу синдрома диспепсии (средний возраст 50,7 лет). У 19 (50 %) выявлена та или иная степень атрофии. Из них выявлены стадии повышенного риска (3–4) у 4 (10,5 %) по OLGA, у 3 (7,9 %) по OLGIM (таблица 2).

Таблица 2 — Оценка по системе OLGA/OLGIM

Система оценки	0 стадия	1 стадия	2 стадия	3 стадия	4 стадия
OLGA, n = 38	19 (50 %)	6 (15,7 %)	9 (23,68 %)	2 (5,26 %)	2 (5,26 %)
OLGIM, n = 38	26 (68,4 %)	7 (18,4 %)	2 (5,26 %)	2 (5,26 %)	1 (2,63 %)
Совпадение OLGA и OLGIM, n = 38	19 (50 %)	0	1 (2,63 %)	1 (2,63 %)	1 (2,63 %)

Выводы

1. Традиционный подход гистологической классификации не дает нам возможности, отбора пациентов, требующих ежегодного динамического наблюдения от пациентов с незначительной очаговой атрофией, локализованной в антральном отделе, не нуждающихся в ежегодном контроле ФГДС.

2. Внедрение OLGA позволила уменьшить группу наблюдения в 2 раза по сравнению с традиционным подходом, OLGIM — еще в 2 раза по сравнению с OLGA.

3. Позволяет судить о динамике гастрита, в том числе под влиянием разных методов лечения.

4. Пациентам с хроническим атрофическим гастритом стадии I и II (по системе OLGA) необходимо проводить эндоскопический и морфологический мониторинг один раз в 1–2 года, а при атрофии III и IV стадий — один раз в 12 месяцев. Пациентов с III–IV стадиями по OLGA/OLGIM следует включить в группу риска рака желудка.

5. Классификация OLGA/OLGIM информативна при эпидемиологических исследованиях патологии желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. OLGA staging for gastritis / M. Rugge [et al.] // A tutorial, Digestive and Liver Disease. — 2008. — Vol. 40. — P. 650–658.
2. Gastritis / M. Rugge [et al.] // The histology report, Digestive and Liver Disease. — 2011. — Vol. 43S. — P. 373–384.

УДК 618.177-089.888.11-071.1

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ И СОМАТИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ

Брель К. А., Недосейкина М. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Причиной бесплодия у женщин репродуктивного возраста является акушерско-гинекологическая и соматическая патология, в т. ч. влияющая на течение наступившей после лечения беременности.

Тщательное изучение причин бесплодия и анамнестических особенностей пациентки дает возможность разработать детальный план прегравидарной подготовки, прогнозировать течение беременности, родов и провести профилактику осложнений [1, 2].

Цель

Изучить акушерско-гинекологический и соматический анамнез женщин с бесплодием, у которых беременность наступила после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и спонтанно после лечения.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 100 историй родов учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 2013–2014 гг. Основную группу (группа 1) составили 36 женщин с бесплодием и ЭКО-индуцированной беременностью. В группу сравнения (группа 2) вошли 64 женщины с бесплодием в анамнезе, у которых беременность наступила самостоятельно после лечения.

В группах исследовали возраст, особенности акушерско-гинекологического анамнеза (менструальная, половая и репродуктивная функция, гинекологическая патология, длительность бесплодия, причины бесплодия) и соматическую патологию.

Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm SD$), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (T). Качественные признаки описывали с помощью доли и ошибки доли ($p \pm s_p\%$). Частоту встречаемости качественных признаков оценивали с помощью критерия χ^2 и одностороннего критерия Фишера (P). Результаты считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст женщин на момент наступления беременности не различался и колебался в основной группе от 26 до 43 лет, а в группе сравнения — от 21 до 42 лет.

Средний возраст менархе у пациенток группы 1 составил $13 \pm 1,4$ года, а у женщин группы 2 — $13 \pm 2,2$ года. Продолжительность менструального кровотечения в обеих группах не различалась и составила в среднем $5 \pm 1,2$ дня. Длительность менструального цикла составила у пациенток основной группы $29 \pm 2,4$ дня и у женщин группы сравнения $28 \pm 2,9$ дня. Нерегулярные менструальные кровотечения были отмечены у 4 ($11,1 \pm 5,2\%$) женщин группы 1 и у 13 ($20,3 \pm 5,0\%$) пациенток группы 2 ($p = 0,4$). Нарушения менструального цикла (аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, дисменорея) выявлены у 11 ($30,5 \pm 7,7\%$) женщин основной группы и у 21 ($32,8 \pm 5,9\%$) пациенток группы сравнения ($p = 0,9$). Средний возраст начала половой жизни составил $19 \pm 2,5$ года у женщин группы 1 и $18 \pm 1,7$ года у женщин группы 2.

У наибольшей доли пациенток основной группы ($13,8\%$) исходом предыдущих беременностей был самопроизвольный выкидыш по сравнению с 1 ($1,6 \pm 1,5\%$) случаем в группе сравнения ($\chi^2 = 6,2$, $p = 0,01$). Тубэктомия по поводу внематочной беременности выполнена 8 ($22,2 \pm 6,9\%$) женщинам группы 1 ($P = 0,0002$), случаев внематочной беременности в группе 2 не выявлено. У 8 ($12,5 \pm 4,1\%$) пациенток группы сравнения при предыдущих беременностях диагностирована неразвивающаяся беременность ($P = 0,047$). Медицинские аборт в анамнезе отмечены у 4 ($11,1 \pm 5,2\%$) пациенток группы 1 и у 11 ($17,2 \pm 4,7\%$) женщин группы 2 ($p = 0,6$). Структура гинекологической патологии представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Гинекологические заболевания у пациенток основной группы и группы сравнения, n ($p \pm s_p\%$)

Гинекологические заболевания	Группа 1 ($n = 36$)	Группа 2 ($n = 64$)	Уровень статистической значимости
Хронический сальпингоофорит	17 ($47,2 \pm 8,3\%$)	16 ($25,0 \pm 5,4\%$)	$\chi^2 = 4,2$; $p = 0,04$
Патология шейки матки	11 ($30,5 \pm 7,7\%$)	23 ($35,9 \pm 5,9\%$)	$\chi^2 = 0,1$; $p = 0,7$
Синдром поликистозных яичников	4 ($11,1 \pm 5,2\%$)	3 ($4,7 \pm 2,6\%$)	$\chi^2 = 0,6$; $p = 0,4$
Миома матки	3 ($8,3 \pm 4,6\%$)	9 ($14,0 \pm 4,3\%$)	$\chi^2 = 0,3$; $p = 0,6$
Патология эндометрия	3 ($8,3 \pm 4,6\%$)	1 ($1,6 \pm 1,5\%$)	$\chi^2 = 1,3$; $p = 0,3$
Генитальный эндометриоз	0	2 ($3,1 \pm 2,2\%$)	$P = 0,7$
Дисфункция яичников	0	10 ($15,6 \pm 4,5\%$)	$P = 0,01$
Заболевания молочной железы	3 ($8,3 \pm 4,6\%$)	5 ($7,8 \pm 3,6\%$)	$\chi^2 = 0,09$; $p = 0,7$

Инфекции, передаваемые половым путем, выявлены у 3 ($8,3 \pm 4,6\%$) беременных основной группы и у 13 ($20,3 \pm 5,0\%$) женщин группы сравнения ($p = 0,2$).

Средняя продолжительность бесплодия составила $8 \pm 5,6$ года у женщин группы 1 и $6 \pm 3,1$ года у женщин группы 2. У 6 ($16,6 \pm 6,2\%$) пациенток основной группы и у 3 ($4,7 \pm 2,7\%$) женщин группы

сравнения в анамнезе отмечены случаи лечения бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий ($\chi^2 = 2,7$, $p = 0,09$), донорство яйцеклетки потребовалось 1 ($2,7 \pm 2,7$ %) женщине группы 1. У 57% пациенток двух групп бесплодие было первичным по сравнению с 43 ($43 \pm 4,9$ %) случаями вторичного бесплодия ($\chi^2 = 3,4$; $p = 0,06$). Выявлено по 2 случая мужского фактора бесплодия в каждой группе. Причины бесплодия у женщин групп исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Причины бесплодия у женщин в группах исследования, n ($p \pm sp$ %).

Причины	Группа 1 (n = 36)	Группа 2 (n = 64)	Уровень статистической значимости
Нейроэндокринные синдромы	9 ($25 \pm 7,2$ %)	21 ($32,8 \pm 5,8$ %)	$\chi^2 = 0,3$; $p = 0,5$
Трубно-перитонеальные факторы	19 ($52,7 \pm 8,3$ %)	16 ($25 \pm 5,4$ %)	$\chi^2 = 6,6$; $p = 0,01$
Маточная патология	4 ($11,1 \pm 5,2$ %)	10 ($15,6 \pm 4,5$ %)	$\chi^2 = 0,7$; $p = 0,1$
Криптогенные причины	4 ($11,1 \pm 5,2$ %)	29 ($45,3 \pm 6,2$ %)	$\chi^2 = 11,1$; $p = 0,0009$

Соматическая патология выявлена у 26 ($72,2 \pm 7,5$ %) пациенток группы 1 и у 57 ($89,0 \pm 3,9$ %) женщин группы 2 ($\chi^2 = 3,5$; $p = 0,06$). Заболевания щитовидной железы наблюдали у 6 ($16,6 \pm 6,2$ %) пациенток основной группы и 27 ($42,2 \pm 6,2$ %) беременных группы сравнения ($\chi^2 = 5,7$; $p = 0,02$). Миопия была диагностирована у 6 ($16,6 \pm 6,2$ %) женщин группы 1 и 17 ($26,6 \pm 5,5$ %) пациенток группы 2 ($p = 0,4$). Артериальная гипертензия выявлена у 2 ($5,5 \pm 3,8$ %) женщин группы 1 и у 5 ($7,8 \pm 3,4$ %) пациенток группы 2 ($p = 0,9$).

Выводы

Пациентки двух групп были сопоставимы по возрасту, показателям менструальной и половой функции. У значимо большей доли женщин основной группы отмечены в анамнезе самопроизвольные выкидыши (13,8 %; $p = 0,01$) и нарушенная трубная беременность (22,2; $P = 0,0002$). Среди гинекологической патологии у пациенток данной группы превалировал хронический сальпингоофорит (47,2 %; $p = 0,04$).

В 12,5 % случаях в группе сравнения предыдущие беременности завершились неразвивающейся беременностью ($P = 0,047$). Дисфункция яичников диагностирована у 15,6 % женщин группы 2 ($P = 0,01$).

Группы не различались по продолжительности бесплодия. У большинства женщин основной группы (52,7 %) причиной бесплодия были трубно-перитонеальные факторы ($p = 0,01$). У 45,3 % пациенток группы сравнения причины бесплодия были не выяснены, среди них выявлен высокий процент патологии щитовидной железы (42,2; $p = 0,02$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева, Г. М. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, В. И. Кулаков, А. Н. Стрижаков. — М.: Медицина, 2000. — 328 с.
2. Малевич, Ю. К. Справочник врача женской консультации / Ю. К. Малевич. — Минск: Беларусь, 2014. — 348 с.

УДК 796.071.42+612.013.7]:612.6.057

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНЕРГООБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА И КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА СПОРТСМЕНОВ-ЛЕГКОАТЛЕТОВ

Брель Ю. И.¹, Будько Л. А.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной диспансер спортивной медицины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время высокая интенсивность тренировочных нагрузок, необходимая для роста спортивного мастерства, требуют тщательного контроля функционального состояния организма спортсмена с учетом индивидуальных и половозрастных особенностей. Адаптационные процессы при физических нагрузках в значительной степени характеризуются изменениями функциональных возможностей систем энергообеспечения мышечной работы, определяющих аэробную и анаэробную (креатинфосфатную и гликолитическую) работоспособность. В свою очередь работа и мощность систем энергообеспечения мышц тесно взаимосвязаны с изменениями характеристик телосложения и состава тела спортсменов [1]. Оценка гендерных особенностей изменения состава тела и параметров энергетического обеспечения мышечной работы спортсменов позволяет эффективно кор-