

для которых разработаны эффективные методы лечения. Ежегодно в мире гонореей заражаются около 106 млн человек [3].

Гонорея имеет социальную значимость: эта болезнь неблагоприятно влияет на демографические показатели, потому что она отчетливо повышает распространенность бесплодия. Гонорея распространена в основном среди молодых людей от 20 до 30 лет, однако может встречаться в любом возрасте, как у мужчин, так и у женщин. Гонореей человек может заразиться несколько раз [2, 3].

Цель

Оценить сложившуюся эпидемическую ситуацию по гонорее в Гомельской области в период с 2012–2013 гг.

Материалы и методы исследования

Ретроспективный анализ 451 истории болезней пациентов, находящихся на стационарном лечении в Гомельском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере в период с 2012–2013 гг.

Результаты исследования

За 2013 г. было выявлен 451 человек, страдающий гонореей. Все пациенты были выявлены активно. Наиболее активная заболеваемость гонореей была выявлена в г. Гомеле (46,7 %), в г. Жлобине и Жлобинском районе (6,2 %), в г. Речица и Речицком районе (6,2 %), в г. Светлогорске и Светлогорском районе (6,1 %), в г. Мозыре (6,1 %). Наименее активная заболеваемость была выявлена в г. Брагине и Брагинском районе, в г. Ельске и Ельском районе, в г. Наровля и Наровлянском районе, по 1 случаю данного заболевания (0,22 % от общего количества заболевших). Также отмечается выраженная сезонность по данному заболеванию: наибольшее количество случаев заболеваемости приходится на весенне-летний период с апреля по сентябрь (47 % случаев заболевания от общего числа выявленных); пик заболеваемости пришелся на сентябрь (11 % от общего числа выявленных пациентов).

Выводы

1. Наибольшая заболеваемость гонореей регистрируется в крупных городах Гомельской области (исходя из общего числа выявленных пациентов).

2. Заболеваемость гонореей имеет выраженный волнообразный характер, с тенденцией к снижению в осенне-зимний период с октября по март.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адаскевич, В. П.* Кожные и венерические болезни / В. П. Адаскевич, В. М. Козин. — М., 2006. — С. 273–489.
2. *Данилов, С. И.* Инфекции, передающиеся половым путем / С. И. Данилов. — СПб., 2001. — С. 11–18.
3. http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/gonorrhoea_20120606/ru/.

УДК 618.177-02:616.4+772

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Зейдель Е. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Ф. Крот

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Согласно классификации (ВОЗ, 1994 г.) выделяют простую и сложную гиперплазии, в зависимости от степени структурного изменения слизистой оболочки тела матки. Полипы эндометрия выносятся за рамки данной классификации и рассматриваются как

опухолевидные образования слизистой тела матки [1]. Проблема гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста не теряет своего значения как с позиций профилактики рака эндометрия, так и с позиций восстановления и сохранения детородной функции [3].

Цель

Провести анализ этиологических факторов развития эндометриальной гиперплазии и эндометриального полипа.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни женщин репродуктивного возраста. В I группу вошли 30 пациенток с полипом эндометрия, во II группу — 30 женщин с гиперплазией эндометрия. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программного обеспечения «Statistica» 6.0. Качественные признаки описаны с помощью доли и ошибки доли. Качественные признаки сравнивались с помощью критериев χ^2 и Фишера.

Результаты исследования и их обсуждения

В возрасте 18–25 лет полип эндометрия встречался у 4 (13,33 ± 6,21 %) женщин и гиперплазия эндометрия у 3 (10,00 ± 5,48 %), в возрасте 26–35 лет — 18 (60,0 ± 8,94 %) и 8 (26,67 ± 8,07 %) случаев, а в возрасте 36–45 лет — 8 (26,67 ± 8,94%) и 19 (63,33 ± 8,80 %) случаев. Клинические проявления, в виде аномальных маточных кровотечений (АМК), выявлены у 11 (36,67 ± 8,80 %) пациенток с полипом эндометрия и у 26 (86,67 ± 6,21 %) с гиперплазией эндометрия. Из сопутствующей гинекологической патологии преобладала миома матки, которая была диагностирована у 6 (20,00 ± 7,30 %) женщин с полипом эндометрия и у 17 (56,67 ± 9,05 %) с гиперплазией эндометрия, воспалительные заболевания половых органов были выявлены у 13 (43,33 ± 9,05 %) с полипом эндометрия и у 8 (26,67 ± 8,94 %) пациенток с гиперплазией эндометрия, ИППП в анамнезе — у 13 (43,33 ± 9,05 %) женщин с полипом эндометрия и у 6 (20,00 ± 7,30 %) с гиперплазией эндометрия, кюретаж полости матки в анамнезе у 16 (53,33 ± 9,11 %) пациенток с полипом эндометрия и у 9 (30,00 ± 8,37%) с гиперплазией эндометрия. Гинекологический анамнез не был отягощен у 8 (26,67 ± 8,94 %) пациенток с полипом эндометрия и у 5 (16,67 ± 8,94%) женщин с гиперплазией эндометрия. Другая гинекологическая патология была выявлена у пациенток с полипом эндометрия в 3 (10,00 ± 5,48 %) случаях. Из сопутствующей соматической патологии преобладало ожирение, которое было выявлено у 7 (23,33 ± 7,72%) пациенток с полипом эндометрия и у 18 (60,00 ± 8,94 %) женщин с гиперплазией эндометрия. По гистологической структуре полип эндометрия железистого типа выявлен у 9 (22,5 ± 6,6%) женщин, железисто-фиброзный — у 19 (63,33 ± 8,80 %) пациенток, фиброзный — у 2 (6,67 ± 4,55%), случаев аденоматозного полипа выявлено не было. Простая без атипии гиперплазия эндометрия диагностирована в 18 (60,00 ± 8,94%) случаях, случаев простой гиперплазии эндометрия с атипией выявлено не было, сложная гиперплазия без атипии в 10 (33,33 ± 8,61 %), с атипией — в 2 (6,67 ± 4,55 %) случаях. Анализируя возраст пациенток, было выявлено, что статистически значимых различий в наличии патологии у 1 и 2 клинических групп в возрасте 18–25 лет получено не было. В возрастной группе 26–35 лет достоверно чаще встречался полип эндометрия (60,00 ± 8,94 % против 26,67 ± 8,07 % случаев гиперплазии эндометрия, $\chi^2 = 5,494$, $p = 0,0019$). А в возрасте 36–45 лет достоверно чаще диагностировалась гиперплазия эндометрия (63,33 ± 8,80 %, $\chi^2 = 6,734$, $p = 0,0095$). Клинические проявления в виде АМК отмечались достоверно чаще у пациенток с гиперплазией эндометрия (86,67 ± 6,21 % против 36,67 ± 8,80 % с полипом эндометрия, $\chi^2 = 9,394$, $p = 0,0022$), что соответствует литературным данным о наличии клинической картины гиперплазии и полипа эндометрия [2]. Полип эндометрия имел бессимптомное течение и был диагностирован с помощью УЗИ. Анализируя сопутствующие гинекологические патологии, выявлено,

что гиперплазия эндометрия достоверно чаще сочеталась с миомой матки ($56,67 \pm 9,05$ % против $20,00 \pm 7,30$ % случаев полипа эндометрия, $\chi^2 = 7,051$, $p = 0,0079$), что может указывать на гормональную зависимость обеих патологий. Статистически значимых различий другой анализируемой гинекологической патологии в анамнезе (воспалительные заболевания половых органов, доброкачественные опухолевые образования яичников, ИППП, кюретаж полости матки) получено не было. Из соматической патологии ожирение значительно чаще было выявлено у ($60,00 \pm 8,94$ %) пациенток 2 группы, в то время, как в 1 группе лишь у ($23,33 \pm 7,72$ %) пациенток; $\chi^2 = 6,857$, $p = 0,0088$.

Анализируя гистологическую структуру полипов эндометрия выявлено, что значительно чаще встречался полип железисто-фиброзного типа в $63,33 \pm 8,80$ % случаях, чем железистый и фиброзный полипы соответственно — $22,5 \pm 6,6$ % и $6,67 \pm 8,80$ %; $\chi^2 = 6,237$, $p = 0,0067$. А в структуре гиперплазии эндометрия не выявлено статистически значимых различий (простая гиперплазия в $60,00 \pm 8,94$ % и сложная в $40,00 \pm 9,05$ % случаях).

Выводы

1. Гиперплазия эндометрия достоверно чаще встречалась в позднем репродуктивном периоде в возрасте 36–45 лет, ($p = 0,0095$).

2. Анамнез с гиперплазией эндометрия отягощен заболеваниями, сопряженными с гормональными нарушениями — миомой матки ($p = 0,0079$), ожирением ($p = 0,0088$).

3. Гиперплазия эндометрия в отличие от полипа эндометрия проявляется АМК. ($p = 0,0022$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиперпластические процессы эндометрия: метод. пособие / И. В. Кузнецова. — М.: ММА им. Сеченова РМАПО, 2009. — 48 с.
2. Акушерство и гинекология / под ред. Н. М. Подзолкова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
3. Полякова, В. А. Онкогинекология: руководство для врачей. — М.: Медицинская книга, 2001. — С. 192.
4. Практическая гинекология: клинические лекции / под ред. В. И. Кулакова и В. Н. Прилепской. — М.: МЕД прессинформ, 2001.

УДК 613

АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И «САЛЕРНСКИЙ КОДЕКС ЗДОРОВЬЯ»

Землянский О. А.

Научный руководитель: старший преподаватель Н. П. Петрова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

В итальянском городе Салерно в IX в. была открыта врачебная школа, в которой занимались лечением больных и обучали врачебному искусству. В 1480 г. вышло в свет сочинение врача школы Арнольда из Виллавы — «Салернский кодекс здоровья». Этот труд назвали медицинским гимном Средневековья. Труд рассматривает вопросы долголетия, дает гигиенические рекомендации, рассматривает свойства различных пищевых продуктов, плодов, растений. В нем прописаны средства и методы, помогающие сохранить молодость и здоровье. Некоторые рекомендации кодекса не утратили своей актуальности и значимости много веков спустя.

Все века люди мечтали о долголетию и бессмертии, искали разгадку тайны: в чем секрет долголетия? Наступит ли такой момент, когда человек будет жить долго, отодвинув свою старость, или вовсе избавится от нее? Этими вопросами задаются люди и в XXI в. Так как до сих пор до конца не выявлены причины старения и еще нет ответа на вопрос, каковы первичные и существенные элементы старческой инволюции.