

В настоящее время общепризнанной является классификация, предложенная В. С. Фарфелем, который все виды спортивных упражнений разделил на позы и движения. Движения разделяются на два класса — стандартные (стереотипные) и нестандартные (ситуационные). Первые формируются по принципу стереотипа, выполняются во всегда заранее известных условиях, в определенной последовательности. Вторые — хоть и содержат ряд заученных, стереотипных элементов, но выполняются в нестандартных условиях, непостоянных ситуациях, с большими вариациями, что характерно для единоборств и спортивных игр [2].

Группу стандартных движений можно условно разделить на две подгруппы:

- 1) движение с количественной оценкой (в кг, м, с);
- 2) движение с качественной оценкой (в баллах).

Первая подгруппа может быть подразделена на циклические (с повторяющимися циклами движений) и ациклические движения.

Циклические движения, в свою очередь, делятся по зонам относительной мощности (максимальной, субмаксимальной, большой, умеренной). Их можно также разделить по видам локомоций (осуществляемые с помощью рук или с помощью ног), которые могут быть подразделены на естественные, совершаемые на суше и в водной среде, со скольжением (бег на коньках).

Ациклические движения делятся на:

- 1) скоростно-силовые (прыжки, метания);
- 2) собственно силовые (поднятие штанги);
- 3) прицельные (стрельба, броски и подачи мяча и т. д.).

Выводы

Несомненно, что каждая разновидность физического упражнения имеет свои отличительные особенности. Однако было бы безуспешной попыткой давать физиологическую характеристику каждому отдельному упражнению. Поэтому ученые попытались найти те физиологические общности, которые оказались характерными для целых групп спортивных упражнений. Их систематизация способствует уяснению влияния различных групп физических упражнений на организм. Знание классификации и характеристики физических упражнений позволит сознательно совершенствовать как двигательные, так и вегетативные функции организма. При этом необходимо иметь в виду, что физические нагрузки способны вызывать стойкие функциональные и морфологические изменения в системах обеспечения различных органов только при систематических занятиях физическими упражнениями с конкретной интенсивностью [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Харе, Д. В.* Учение о тренировке / Д. В. Харе. — М.: Физкультура и спорт, 1991. — С. 156–157.
2. *Максименко, А. М.* Основы теории и методики физической культуры: учебник / А. М. Максименко. — М.: Физическая культура, 2005. — С. 37–38.
3. *Защиорский, В. М.* Методика воспитания силы // Физические качества спортсмена / В. М. Защиорский. — М.: ФиС, 1970. — С. 8–75.

УДК 616.3:612.63.031.3

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ПРОГЕСТЕРОНА

Рубанова И. П.

Научный руководитель: ассистент Ю. Д. Каплан

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Применение гестагенов у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы, с дисгормональными расстройствами позволяет обеспечить развитие нормального процесса гестации,

предотвратить возможные серьезные осложнения беременности, такие как невынашивание беременности, преждевременные роды, гестозы [1]. С другой стороны, имеет место гипердиагностика и рутинное назначение препаратов прогестерона в случаях нормальной физиологической беременности, что приводит к нивелированию положительных свойств данных лекарственных средства и развитию осложнений со стороны матери и плода.

Сегодня необходимо смещение акцентов от безоснованной заместительной терапии гестагенами к патогенетически обоснованной гормональной коррекции беременности [2]. Увеличение арсенала гестагенов выпускаемых в различных лекарственных формах, которые существенно различаются по биодоступности, ставят врача перед сложностью выбора гормональной терапии [3]. Цена пользы и вреда применения гормональных препаратов во время беременности, до сих пор вызывает оживленные споры среди клиницистов и требует дальнейшего исследования.

Цель

Проанализировать особенности течения беременности и родов у женщин, принимающих препараты прогестерона во время беременности.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ индивидуальных карт беременных и родильниц, состоящих на учете по беременности в женской консультации филиал № 8 г. Гомеля, а также историй родов, находившихся в послеродовом отделении ГКБ № 2 г. Гомеля. В исследовании приняли участие 125 женщин, которые были разделены на две группы. В I группу (основную) вошли 89 женщин, которые во время беременности получали прогестероновую терапию, II группу (контрольную) составили 36 женщин, не применявшие в течение беременности препараты прогестерона. При анализе историй учитывались анамнестические данные, причины назначения препаратов прогестерона, изучалось течение данной беременности и ее осложнения, а также исходы в зависимости от назначенного препарата. Данные обрабатывались с помощью программы «Statistica» 8.0. Анализ результатов проведен с помощью оценки χ^2 для оценки значимости различий частот наблюдений. Данные считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту и паритету беременности. У женщин первой группы проведен анализ показаний к назначению препаратов прогестерона, нами были выявлены следующие наиболее значимые среди них. По поводу бесплодия препараты прогестерона были назначены 26 (29,2 %) женщинам, по причине привычного невынашивания беременности 12 (13,4 %) женщинам, по поводу угрозы прерывания беременности 23 (25,8 %) женщинам, по поводу гормональных нарушений (гиперандрогения, нарушение менструального цикла) — 4 (4,5 %) женщинам. В 24 (26,9 %) случаях причину назначения препаратов прогестерона установить не удалось.

Из 89 женщин основной группы в I триместре беременности препараты прогестерона были назначены 78 (87,6 %) женщинам. Средние сроки лечения с 8,1 по 13,6 недели. После 16 недель продолжили лечение 39 (43,8 %) женщин в среднем с 8,3 по 21,7 недели. До 37 недель препараты прогестерона принимали 2 (2,2 %) женщины, еще 9 (10,1 %) женщинам препараты прогестерона были назначены со второго триместра. Основным препаратом в I триместре являлся дюфастон — 65 (81,2 %), сустен принимали 9 (11,2 %) женщин, утрожестан — 3 (3,7 %) женщины. Во II триместре дюфастон принимали 23 (47,9 %) женщины, утрожестан — 17 (35,4 %), сустен — 8 (16,6 %). Комбинированное лечение двумя и более препаратами на протяжении беременности было назначено 22 (24,7 %) женщинам основной группы. Наиболее частые осложнения беременности представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Осложнения настоящей беременности

Осложнения	I группа (n = 89)		II группа (n = 36)		p
	абс.	отн.	абс.	отн.	
Угроза прерывания беременности	50	56,1 %	4	11,1 %	*0,0001
ХФПН	20	22,4 %	9	25 %	0,465
ИЦН	15	16,8 %	0	0 %	*0,004
Гестоз	7	7,8 %	3	8,3 %	0,591
Гепатоз	4	4,4 %	3	8,3 %	0,324
Крупный плод	9	10,1 %	6	16,6 %	0,232

* Различия между группами статистически значимые.

Были выявлены статистически значимые различия между группами в частоте таких осложнений, как угроза прерывания беременности и истмико-цервикальная недостаточность, однако это обусловлено тем, что данные осложнения явились причиной назначения препаратов прогестерона. Среди других осложнений статистически значимых различий выявлено не было.

Между группами женщин, которым прогестероновая терапия была назначена без показаний и по показаниям не было выявлено статистически значимых различий по осложнениям и исходам беременности.

Из 89 женщин основной группы у 5 (5,6 %) произошло прерывание беременности: самопроизвольный выкидыш произошел у 2 женщин, неразвивающаяся беременность — 2, прерывание беременности по медицинским показаниям (врожденный порок сердца плода) было выполнено у 1 женщины. Однако по исходам беременности и осложнениям родов группы статистически значимо не различались.

Выводы

1. Основными показаниями к назначению гормональных препаратов являлись бесплодие (29,2 %), угроза выкидыша (25,8 %), привычное невынашивание беременности (13,5 %), а также в 26,9 % случаев причина назначения препаратов была неизвестна.

2. Не было выявлено статистически значимых различий между сравниваемыми группами по течению и исходу беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольская, К. В. Роль гестагенов в лечении бесплодия и невынашивания беременности / К. В. Краснопольская, О. С. Горская, Д. И. Кабанова // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 2. — С. 21–23.
2. Межевитинова, Е. А. Возможности применения дидрогестерона у женщин с недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла / Е. А. Межевитинова, Э. Р. Довлетханова // Гинекология. — 2010. — Т. 12, № 3. — С. 21–24.
3. Еремина, Е. Ю. Лекарственные поражения печени у беременных / Е. Ю. Еремина, А. В. Герасименко, И. В. Герасименко // Медицинский альманах. — 2013. — № 1 (25). — С. 55–59.

УДК 616.831-005.4-06:616.8-092-08:602.9

АНТИПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК И МОНОНУКЛЕАРОВ КОСТНОГО МОЗГА НА МОДЕЛИ ПОСТИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Руденкова И. В.¹, Кондратович Т. В.^{1,2}, Нижегородова Д. Б.^{1,2}

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. М. Зафранская

¹Учреждение образования

**«Международный государственный экологический институт имени А. Д. Сахарова
Белорусского государственного университета»,**

²Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Мезенхимальные стволовые клетки (МСК) обладают свойствами полипотентности и вариабельности влияния на другие клетки, что обуславливает широкий интерес к ним. Существуют разработанные стратегии и способы применения МСК в разных направлениях, в том числе и в терапевтических целях. Одной из достаточно не изученных функций является антипролиферативный потенциал МСК, достигаемый, предположительно, за счет секреции факторов, таких как трансформирующий ростовой фактор β (TGF β) и интерферон γ (IFN γ). Антипролиферативный эффект МСК может являться важным звеном в предотвращении образования фиброзных изменений в ткани, а также в уменьшении влияния ишемии и гипоксии на отдельно взятый орган и даже на целый организм.

Цель

Изучение антипролиферативного потенциала МСК в отношении спленоцитов крыс и оценка влияния МСК на синтез и секрецию спленocyтaми IFN γ и TGF β .