

тип телосложения спортсменок. Для достижения необходимых показателей массы тела спортсменки часто прибегают к использованию диет, что приводит к дефициту энергетических субстратов в организме. Энергодефицит в организме спортсменок в сочетании с регулярными высокоинтенсивными физическими нагрузками приводят к торможению выработки гормонов в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе. Это обстоятельство позволяет отнести гимнасток-художниц в группу риска по развитию симптомокомплекса «Триада женщины-спортсменки», клиническими проявлениями которого являются расстройства пищевого поведения, аменорея и остеопороз.

### Цель исследования

Сравнение особенностей полового развития спортсменок, тренирующихся в различных «школах» художественной гимнастики — российской (Санкт-Петербург) и украинской (Севастополь), и девочек неспортсменок соответствующего возраста. Выбор контингента гимнасток был обусловлен мировым лидерством на протяжении многих лет представительниц данных «школ» художественной гимнастики, различными методиками построения учебно-тренировочного процесса, а также различной климатической зональностью расположения.

### Материал и методы

В исследование принимали участие гимнастки квалификации «кандидат в мастера спорта» и «мастер спорта», тренирующиеся в ДЮСШ г. Санкт-Петербурга и Центре подготовки по художественной гимнастике г. Севастополя. Среди девочек неспортсменок в данном исследовании принимали участие учащиеся 5–11 классов школы-гимназии № 373 г. Санкт-Петербурга.

Применялся визуальный метод оценки наличия вторичных половых признаков (развитие молочных желез и оволосение в подмышечной впадине) и метод опроса для установления возраста менархе. При оценке использовались следующие критерии: в норме у девочек вторичные половые признаки развиваются с 10–13 лет, среднепопуляционный возраст менархе — 13 лет.

### Результаты

Среди гимнасток г. Санкт-Петербурга возраста  $13,6 \pm 0,3$  лет вторичные половые признаки отмечены у 66,7% девочек. Менструальный цикл отмечается у 1/3 гимнасток возраста  $13,6 \pm 0,3$  лет, а среди гимнасток возраста  $15,3 \pm 0,4$  лет — в 80,0% случаев. Отставание полового развития от нормы по критериям возраста менархе составляет 1,3 года.

К 13 годам менархе отсутствует (100%) у гимнасток г. Севастополя. Среди девочек более старшего возраста ( $15,7 \pm 0,2$  лет) менархе у гимнасток г. Севастополя отмечалось реже (60,0%), чем у гимнасток г. Санкт-Петербурга (80,0%). Отставание темпов полового развития от нормы у севастопольских гимнасток составило 1,2 года.

В результате сравнительного анализа темпа полового развития у гимнасток и их сверстниц, не занимающихся спортом, установлено, что девочки неспортсменки опережают спортсменок в сроках развития вторичных половых признаков. У школьниц возраста  $11,0 \pm 0,7$  лет частота выявления вторичных половых признаков составила 75,0%, тогда как у гимнасток г. Санкт-Петербурга возраста  $13,6 \pm 0,3$  лет вторичные половые признаки отмечены у 66,7% девочек, у гимнасток г. Севастополя возраста  $13,0 \pm 0,4$  лет — у 14,3% девочек. Средний возраст менархе у неспортсменок соответствовал в нашем исследовании  $12,1 \pm 0,6$  лет. Данные показатели не выходят за пределы среднестатистической нормы.

### Заключение

Согласно полученным данным, интенсивные тренировочные нагрузки в детском и подростковом возрасте, характерные для художественной гимнастики как вида спорта, оказывают влияние на состояние репродуктивной системы девочек, что выражается, в частности, в отставании темпа полового развития гимнасток от такового в популяции неспортсменок на 2,1–2,2 года. Климатическая зональность проживания существенно не влияет на темп полового развития гимнасток. В связи с этим целесообразным представляется дальнейшее всестороннее исследование состояния репродуктивной системы у спортсменок, составляющих группу риска по развитию «Триады женщины-спортсменки».

## ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

© Л. В. Сущевич, Н. М. Егикян, Л. М. Каппушева

Центр планирования семьи и репродукции, Москва, Россия

### Актуальность проблемы

Гистероскопия является основным методом диагностики и лечения внутриматочной

патологии. За рубежом в течение многих лет диагностическая гистероскопия проводится в амбулаторных условиях с применением инстру-

ментов малого диаметра — мини-гистероскопия. Усовершенствование эндоскопических инструментов в последние годы позволило проводить в амбулаторных условиях не только диагностическую гистероскопию, но и определенные виды оперативных гистероскопий.

### Материал и методы

В Центре планирования семьи и репродукции с 2001 года диагностические гистероскопии проводятся в условиях дневного стационара. За период с января 2006 года по август 2009 года нами было проведено 2768 гистероскопий у пациенток с различной внутриматочной патологией, из них 263 пациенткам была выполнена офисная гистероскопия с использованием диагностической тонкой оптики диаметром 2,7 мм с наружным операционным тубусом 3,5 мм, куда уже включен 5 Fg рабочий канал и система постоянного орошения. Офисная гистероскопия проводилась вагиноскопическим доступом без использования зеркал, пулевых щипцов, без расширения цервикального канала и проведения анестезии (методика no-touch).

### Результаты

Из общего числа гистероскопий, оперативных проведено 1999, из них офисных оперативных гистероскопий — 46. Во время оперативных гистероскопий мы использовали механические 5 Fg инструменты, электрохирургическую биполярную систему Versapoint с 5 Fg электродами: дрелевый, шариковый, спиральный, резецирующая петля, вапоризирующий бар электрод. В ходе оперативных гистероскопий выполнялась полипэктомия, миомрезекция, разделение синехий, рассечение внутриматочной перегородки. Осложнений при выполнении оперативных офисных гистероскопий не было.

### Заключение

Таким образом, условия дневного стационара позволяют выполнить большое количество внутриматочных вмешательств, включая различные гистероскопические операции. Наряду с традиционным способом, в амбулаторных условиях внутриматочные операции возможно и предпочтительнее проводить с использованием методики офисной гистероскопии.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ПРИЕМЛЕМОСТЬ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ КОМБИНАЦИИ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛ 20 МГ И ДРОСПИРЕНОН 3 МГ В РЕЖИМЕ ПРИЕМА 24 + 4

© Е. В. Уткин

Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово, Россия

### Актуальность проблемы

Предупреждение нежелательной беременности — одно из основных направлений охраны репродуктивного здоровья молодежи. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что предпочтения молодежи изменяются в пользу современных методов контрацепции (Савельева И. С., 2000). Однако большая часть молодых женщин начинает принимать комбинированные оральные контрацептивы (КОК) в основном в расчете на их непротивопоказательные эффекты. В частности, одними из наиболее популярных препаратов среди учащейся молодежи являются КОК, обладающие антиандрогенными свойствами, что связано с довольно высоким распространением явлений гиперандрогении (акне, себорея, гирсутизм) у данной категории женщин. Следует отметить, что указанная категория молодежи отличается весьма высокой самооценкой и имеет высокие психоэмоциональные нагрузки, в связи с чем крайне отрицательно относится к любым побочным эффектам, возникающим при приеме КОК, поэтому именно

плохая переносимость КОК является наиболее частой причиной отказа от их дальнейшего применения. Как свидетельствуют многочисленные опросы молодых женщин, использующих КОК, в настоящее время сформировался определенный желательный прообраз «идеального» КОК, сочетающего в себе высокую контрацептивную надежность при минимуме побочных и максимум благоприятных эффектов.

### Цель исследования

Определение лечебных аспектов и приемлемости монофазного микродозированного КОК «Джес» (этинилэстрадиол 20 мкг и дроспиренон 3 мг), обладающего антиандрогенными и антиминералокортикоидными свойствами при приеме в режиме 24+4.

### Материал и методы

Было проведено исследование 31 студентки в возрасте от 19 до 27 лет (средний возраст составил  $M \pm m$  23,2 ± 0,5 лет). Средние статистические