

Материалы Международных научных конференций**ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ, ПРОФИЛАКТИКА
СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА
Турция (Анталия), 16-23 августа 2010 г.****Медицинские науки****СОСТОЯНИЕ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКИХ
КОЛЛЕДЖЕЙ КРАСНОДАРСКОГО
КРАЯ****А.М. Аслоньянц, Л.В. Нефёдова,****П.В. Нефёдов***Кубанский государственный
медицинский университет
Краснодар, Россия*

В настоящее время наблюдается несоответствие между процессом физиологического созревания и уровнем социально-нравственного развития подростков, что проявляется ранним вступлением в половые отношения, толерантностью к добрачным сексуальным связям и сожительству, нарастанием дистанции между сексуальным поведением молодежи и нравственными установками предшествующих поколений. Вместе с тем, сохранение и укрепление репродуктивного здоровья молодежи в условиях демографического кризиса является общенациональной задачей (Баранов А.А. и соавт., 2008 и др.).

Изучали состояние репродуктивного здоровья у студенток медицинских колледжей 2-х возрастных групп (15-17 лет - младшая группа и 18-20 лет - старшая группа), проживающих в городской и сельской местностях

методом анонимного анкетирования (391 респондентов).

Анализ полученных данных выявил определенные территориально-возрастные особенности показателей репродуктивной функции.

В целом регулярный менструальный цикл установился после менархе в $40,9 \pm 2,5\%$ случаев. У городских студенток младшей возрастной группы этот показатель был значительно (на 56%) и статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у сельских студенток. В старшей возрастной группе отмечена обратная динамика: четкий менструальный цикл установился у достоверно ($p < 0,05$) большего процента городских студенток (54,0% и 32,2%, соответственно). Доля студенток младшей возрастной группы, у которых месячные устанавливались в срок до одного года, оказалась самая большая среди городских респондентов ($35,0 \pm 6,2\%$), в то время как у сельских студенток она была статистически достоверно ниже и составляла только в $19,0 \pm 4,0\%$. Важно, что доля городских студенток, у которых на момент интервью регулярные месячные не установились, была заметно выше, чем у сельских респондентов (7,6% и 4,6%, соответственно).

Важным информативным показателем при комплексной оценке функционального состояния репродуктивной системы в целом является

наличие и интенсивность болевых ощущений до начала и во время месячных (Можеко Л.Ф., 2001; Кулаков В.И., 2002; Иоффе Л.А., 2003 и др.). Боли перед месячными отметили 78,3% опрошенных. У сельских респондентов значение этого показателя составляло 83,5% и в сравнении с городскими студентками было выше ($p < 0,05$), особенно в старшей возрастной группе (на 24%).

Сильные боли перед месячными у опрошенных составляли 34,0% в общей структуре болевых ощущений. На 27,3-29,9% чаще такие болевые ощущения отмечали студентки младших территориально-возрастных групп. Очень сильные болевые ощущения отметили в целом 13,1% студенток (15,8% у городских и у сельских 13,4% студенток).

В связи риском развития железодефицитной анемии настораживает высокий процент студенток, отмечающих обильный характер менструаций: 28-29% во всех территориально-возрастных группах. Только 1-1,7% респондентов отметили скудные месячные.

Оценка длительности менструального цикла выявила более высокий удельный вес укороченных, затяжных и чрезмерно затяжных типов менструальных циклов у студенток младших возрастных групп. В старших возрастных группах структура длительности менструального цикла была более благоприятна.

Наличие болей в середине менструального цикла может свидетельствовать об «овуляторном синдроме» и часто является настораживающим признаком (Кулаков В.И., 2002; Ткаченко Л.В., 2004 и др.). Анализ опроса респондентов на наличие болей в середине менструального цикла показал, что в целом их отмечали 41,2% студенток, у 32,0% боли воз-

никали периодически и в 9,2% случаев они появлялись регулярно. Городские респонденты по сравнению с их коллегами из сельской местности значительно (на 19%) реже отмечали появление болей в середине менструального цикла. В то же время постоянно возникающие боли в середине цикла месячных на 30% чаще отмечали сельские респонденты, в особенности (на 40% чаще) из младшей возрастной группы. Таким образом, более ярко по данному показателю овуляторный синдром отмечался у сельских студенток.

Проведенное обследование показало, что 63,4% девушек-учащихся медицинских колледжей имеют опыт половой жизни, а средний возраст полового дебюта составил 16,5 лет.

Судя по ответам опрошенных, наиболее ранний половой дебют состоялся у 11-летних девочек – нынешних городских студенток младшей возрастной группы (6,7% от числа студенток этой группы). Среди сельских студенток младшей группы в этом возрасте половых дебютов не было.

Процент городских и сельских респондентов, указавших, что они имеют опыт сексуальных отношений, был практически одинаковым, однако в территориально-возрастных группах отмечено существенное различие. Так, в младшей возрастной группе процент городских студенток, имеющих опыт половой жизни, был в 2 раза выше, чем у сельских студенток (66,7% против 30,4%; $p < 0,01$), а в старшей, наоборот, в 1,5 раза чаще (87,8% против 60,6%) половой жизнью жили студентки из сельской местности ($p < 0,001$).

Среди имеющих половые отношения респондентов предохраняются от нежелательной

беременности 84,3% студенток, чаще всего с помощью презерватива.

Услугами гинеколога пользовались 75,2% опрошенных студенток. Часто посещали гинеколога 14,4% студенток. Большая часть респондентов посещала гинеколога редко (44,2%) и очень редко (16,6%). Студенток, которые вообще не посещали гинеколога (всего 14,4%), было значительно (на 30%) меньше среди городских респондентов.

Одним из важнейших составляющих репродуктивного здоровья является уровень заболеваемости женских половых органов (Доника А.Д., Сливина Л.П., 2005; Пахомов С.П., 2006 и др.). На наличие заболеваний женской половой сферы указали 17,6% опрошенных. У сельских студенток в целом процент заболеваний был несколько выше, чем у их городских сверстниц (за исключением эрозии шейки матки). Наиболее высокие значения данного показателя (21,7%) были у сельских студенток старшей возрастной группы. По частоте патологии женских половых органов наиболее весомое значение (от 5,0% среди городских студенток младшей группы до 8,7% в старшей группе сельских студенток) имели воспалительные заболевания (в разных группах студентов в структуре этой патологии от 35,5% до 40,0%). Эти заболевания достоверно чаще отмечали сельские респонденты в обеих возрастных группах.

Анализ частоты беременностей, родов, абортов и выкидышей у обследуемого контингента студенток показал, что в целом беременными были у 9,7% опрошенных, в 1,5 раза чаще сельские респонденты, в том числе в 1,8 раза в младшей и в 1,6 раза в старшей возрастных группах.

На одну студентку из числа тех, которые были беременными, в среднем приходилось по 1,37 беременностей с колебаниями от 1,29 в младшей до 1,44 в старшей возрастной группе сельских респондентов. У городских студенток в обеих возрастных группах различия не отмечено и этот показатель у них был равен 1,33.

Рожали чаще (почти в 2 раза) сельские студентки (3,6% против 2,0% городских респондентов). Отношение числа родов к числу беременностей в старших возрастных группах городских и сельских студенток было 0,25 и 0,3, а число родов на 1 студентку - 0,33 и 0,44, соответственно.

Настораживает большое количество абортов. Так, в целом аборт делали 9,7% от всех респондентов, т.е. 72% всех беременностей завершились абортами. Среди городских респондентов количество абортов составляло 7,6%, а у сельских студенток – 11,9%, что составляет 74% и 72% от числа беременностей в соответствующих группах студенток.

В младших возрастных группах беременности были прерваны абортами у 88,6% сельских респондентов и в 100% случаев беременностей у городских студенток.

В старших возрастных группах процент абортов от числа беременностей был ниже: 68,4% и 65% у городских и сельских респондентов, соответственно. В этих же группах отношение числа абортов к числу родов составляло 2,75 и 2,13.

Среди опрошенных были респонденты, которые отмечали, что они неоднократно прерывали нежелательные беременности абортами. Так, в среднем по 2 аборта завершились 17,3% всех беременностей и по 3 аборта закончились 3,8% беременностей.

Кроме того, имели место выкидыши, в целом среди опрошенных – 0,8%, а от числа беременностей – 6,0%.

Анализ полученных результатов позволяет свидетельствовать о наличии неблагоприятных тенденций в формировании репродуктивного здоровья студенток медицинских колледжей.

Среди признаков, вызывающих особую настороженность необходимо отметить высокий уровень альгодисменореи. Выявлена тенденция увеличения доли учащих с проявлениями овуляторного синдрома у сельских студенток, наиболее ярко выраженная в младшей возрастной группе.

В структуре заболеваемости доминируют неспецифические воспалительные заболевания гениталий, при этом наиболее часто они отмечены в младших возрастных группах в особенности у сельских респондентов.

Анализируя характер полового поведения необходимо отметить, что респонденты младших возрастных групп раньше начинают половую жизнь, лучше ориентируются в вопросах контрацепции, более подробно отвечают на вопросы анкеты, при этом общий уровень сексуальной культуры остается достаточно низким.

При прочих равных условиях более тревожные признаки ухудшения репродуктивного здоровья отмечены у студенток младших возрастных групп.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости повышения внимания образовательных учреждений, органов здравоохранения и семьи к проблеме сохранения и укрепления репродуктивного здоровья девушек - будущих матерей.

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ СТРЕСС ПРИ РАБОТЕ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ

Е.М. Власова, В.В. Шевчук,

Н.В. Кашкина

*Пермская государственная
медицинская академия
им.ак. Е.А.Вагнера
Пермь, Россия*

Пользователи компьютеров (ПК) в большей степени, чем другие профессиональные группы, подвержены развитию стрессовых состояний и дисфункций некоторых органов и систем. Причиной различных изменений, вызванных неправильным, неумелым дозированием нагрузки, является утомление. В здоровом организме возникающие нарушения возвращаются к норме через два часа после прекращения работы с ПК и полностью восстанавливаются к началу следующей рабочей смены. Чем дольше сохраняется синдром нервно-эмоционального напряжения, тем медленнее протекают процессы восстановления в организме. Выделяют следующие ступени дисфункции при длительной психо-эмоциональной нагрузке: физиологическое, адаптационное, патологическое, состояние напряжения.

Вследствие хронической стресс-реакции в ответ на воздействие комплекса факторов производственной среды в организме формируются мультисистемные изменения по типу полипатий. Данный симптомокомплекс в качестве диагностических критериев следует учитывать для своевременной диагностики донозологических нарушений и формирования групп профессионального риска. В его патогенезе лежит ответная реакция организма на воздействие комплексного производственного фактора.