

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕВУШЕК В УСЛОВИЯХ ЮГА ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Драгич О.А., Сидорова Т.А.,
Сидорова К.А.

*Тюменский государственный
нефтегазовый университет,
Тюменская государственная
сельскохозяйственная академия*

Факторами, влияющими на уровень адаптивности организма и состояние функциональных резервов центральной нервной системы являются: общее состояние здоровья, климатические и экологические условия, социальная среда и др. [1, 2].

Начало обучения в ВУЗе связано с изменением социального окружения, места жительства, привычного ритма жизни, интеллектуальными нагрузками и т.д., что является причиной психофизиологического стресса и требует адаптации организма [3].

Целью нашего исследования было изучение особенностей морфофункциональных и психофизиологических параметров организма девушек 17-22 лет в условиях юга Тюменской области в зависимости от места прежнего проживания.

Для решения поставленной цели было проведено комплексное изучение морфофункционального состояния организма девушек 17-22 лет. Всего было обследовано 480 студенток, обучающихся в Тюменской государственной сельскохозяйственной академии.

В ходе комплексной оценки физического развития и функциональных резервов организма учитываются только те морфологические и функциональные показатели, которые являются постоянными и объективно отражают возрастные закономерности. Нами использован набор морфологических и функциональных подходов, позволяющих оценить развитие жизненно важных систем и органов юношеского организма, определить уровень приспособительных реакций к условиям окружающей среды.

Наши исследования антропометрических показателей тела студенток 17-22 лет установили целый ряд соматических особенностей, которые определяются значительным влиянием места прежнего проживания студента. При анализе данных было установлено, что более высокие значения длины, массы, площади поверхности тела отмечены у городских учащихся во всех ис-

следуемых группах; по показателям ОГК у сельских жителей исследуемый показатель больше, что является особенностями образа жизни.

Таким образом, морфометрические показатели студенток юга Тюменской области соответствуют общим биологическим закономерностям, однако у девушек сельской местности наблюдается уменьшение продольных и увеличение поперечных размеров тела, что обуславливает преобладание среди сельских жительниц гиперстенического типа телосложения.

Анализируя различия ЧСС и АД в зависимости от места прежнего проживания установили, что во всех исследуемых группах максимальные значения имеют сельские девушки 1 и 5 курсов, чем их городские сверстницы.

Сравнивая показатели ЖЕЛ и ЖИ в зависимости от места прежнего проживания, выявили, что у сельских студенток всех исследуемых групп отмечены достоверно наибольшие значения. Наши исследования выявили возрастные различия во всех исследованных группах по величинам ЖЕЛ, ЖИ и ДЖЕЛ: максимальные значения по всем показателям имеют девушки 5 курса.

Таким образом, полученные результаты исследования сердечно-сосудистой и дыхательной систем установили гетерохронность в развитии показателей. У сельских девушек наблюдается функциональное напряжение в показателях сердечно-сосудистой системы, что является результатом смены привычной обстановки, а у городских девушек отмечено напряжение в показателях дыхательной системы, что объясняется низким уровнем индивидуального здоровья. Индивидуально-типологическая изменчивость, определяемая по морфологическим признакам, находит свое подтверждение в физиологических исследованиях сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Результаты настоящего исследования позволили выявить особенности морфофункционального состояния девушек 17-22 лет, проживающих на юге Тюменской области. Полученные данные физиологических и психологических особенностей девушек являются основой для разработки и осуществления мероприятий, направленных на коррекцию дезадаптивных нарушений. Это, в свою очередь, является важным условием сохранения здоровья девушек в процессе обучения в ВУЗе, особенно в неблагоприятной экологической среде.

Список литературы

1. Щедрина А.Г. Понятие индивидуального здоровья — центральная проблема валеологии. — Новосибирск, 1996. — 50 с.
2. Щедрина А.Г. В XXI век с новой методологией оценки здоровья / Материалы X межд. симпозиума «Эколого-физиологические проблемы

адаптации». — М.: Изд-во РУДН, 2001. — С.618.

3. Адаптивные реакции организма старших школьников к физическим и умственным нагрузкам / Под ред. В.Я. Еремеева. — Пермь: ПГПИ, 1990. — 240 с.

ОСОБЕННОСТИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ В III ПЕРИОДЕ РОДОВ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ

Салов И.А., Дятлова Л.И.

Саратовский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г. Саратов, Россия

Акушерские кровотечения остаются ведущей причиной материнской смертности. Новый бюллетень американского колледжа акушеров и гинекологов сообщает о цифре 140 000 материнских случаев ежегодно, каждые 4 минуты в мире умирает 1 женщина от кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах [4]. Основной причиной кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах являются нарушения сократительной деятельности матки. Сократительная деятельность матки в первом и втором периодах родов хорошо изучена, однако изучению моторики матки в послеродовом и раннем послеродовых периодах уделяется, на наш взгляд, недостаточное внимание.

Целью нашего исследования явилось изучение кинетики матки в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленной целью были обследованы 50 пациенток с физиологически протекавшими родами и ранним послеродовым периодом. Объем кровопотери после родов находился в пределах допустимой. Всем пациенткам в исследуемых периодах проводилась наружная токография в непрерывном режиме. Для регистрации маточных сокращений использовался фетальный монитор Sonicaid TEAM IP Trend, Oxford. Токо-датчик фиксировался в области дна матки. Сократительная деятельность матки оценивалась по следующим основным показателям: интенсивность (мм рт.ст.) схватки, продолжительность маточного цикла (сек.), тонус матки (мм рт. ст.), длительность маточного цикла (сек.), частота схваток за 10 мин, длительность интервалов между схватками (сек.), длительность схватки (сек.), длительность систолы схватки (сек.), длительность диастолы схватки (сек.), а также коэффициент асимметрии (отно-

шение продолжительности сокращений к длительности схватки), маточная активность (единицы Монтевидео и александрийская), индекс сократимости (отношение александрийской единицы к тонусу покоя матки).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате наших исследований мы выделили 2 фазы в третьем периоде родов (таблица). Первая фаза — сразу же после рождения ребенка, длительностью 2-4 мин. В этот период практически прекращаются сокращения матки, тонус матки снижается до базального уровня 10 мм рт. ст. Вероятно, это связано с приспособлением матки к изменению ее объема. Вторая фаза соответствует появлению первых признаков отделения плаценты от стенок матки. В эту фазу вновь возобновляются сокращения матки, по своей интенсивности они сопоставимы со схватками конца второго периода родов и достигают 50-80 мм рт. ст. Мы также зарегистрировали описанные Ю.М. Караш зубцы на пике схватки. Зубец, по мнению Ю.М. Караш, появляется вследствие частичного нарушения контакта плаценты со стенкой матки. В завершающий период 2 фазы на контуре схватки появляется деформации в виде «ступенек», которые отражают полное или почти полное отделение плаценты от стенок матки [2].

Дальнейшие исследования сократительной деятельности матки проведены нами в раннем послеродовом периоде при его физиологическом течении (таблица). Как оказалось, ранний послеродовый период токографически можно разделить на 3 фазы.

Первая фаза достаточно короткая. Продолжительность ее составляет от 1,5 до 3,5 минут. Фиксируются интенсивные схватки до 50-60 мм рт. ст. Длительность интервала между схватками составляет 1-1,5 мин. Продолжительность схваток 20-25 сек. Можно предположить, что именно в этот период происходит максимально возможное уменьшение объема матки, а достаточно высокий тонус матки между схватками позволяет мышечной массе фиксировать сосуды плацентарной площадки. Как известно, интенсивная ретракция миометрия способствует сжатию, скручиванию, деформации венозных сосудов и втягиванию в толщу мышцы спиралевидных маточных сосудов (артериол). Одновременно начинается процесс тромбообразования в сосудах плацентарной площадки за счет факторов свертывания (внутрисосудистых и тканевых активаторов из элементов плодного яйца) [1].

Вторая фаза раннего послеродового периода характеризуется высоким тонусом матки и отсутствием схваткообразных сокращений матки. Физиологическое значение второй фазы раннего послеродового периода можно расценить