

В группе сравнения показаниями к оперативному родоразрешению явились: клинически узкий таз (13,6%; $n=3$), неправильные вставления головки плода (18,2%; $n=4$), аномалии родовой деятельности (18,2%; $n=4$), наличие рубца на матке (18,2%; $n=4$), тазовое предлежание (9,1%; $n=2$), при удовлетворительном состоянии плода. В 5 случаях (22,7%) операция выполнена в связи с развившимся острым дистрессом плода. Масса новорожденных в этой группе варьировала от 2500 до 4400 г, оценка по шкале Апгар 6-9 баллов. Необходимо отметить, что более низкая оценка новорожденных отмечена при экстренном родоразрешении по поводу острой гипоксии плода. У этих детей констатирована церебральная ишемия 1-2 степени (22,7%). Оперативное родоразрешение в остальных случаях позволило предотвратить развитие аспирационного синдрома у новорожденных группы сравнения.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что при мекониальной окраске околоплодных вод частота оперативного родоразрешения составляет 32,4%. При несложном течении родового акта и выявлении мекония в околоплодных водах, возможно, успешное завершение родов через естественные родовые пути. В то же время своевременное оперативное родоразрешение в данной ситуации значительно улучшает исходы родов и снижает частоту перинатальных осложнений.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В ГЕНЕЗЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Хворостухина Н.Ф., Свиридова О.Н.,
Столярова У.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава РФ», Саратов,
e-mail: Khvorostukhina-NF@yandex.ru

Охрана репродуктивного здоровья женщин продолжает оставаться актуальной задачей современной медицины. Одним из «загадочных» заболеваний в гинекологии считают эндометриоз (Адамян Л.В. и соавт., 2012; Barlow D., 1996; Сао Х. et al., 2004). По данным зарубежных авторов, во всем мире эндометриозом страдают 1761687000 женщин в возрасте от 15 до 45 лет (Nsoaham K.E. et al., 2010). При этом литературные источники указывают на неуклонный рост числа больных, что позволяет отнести это заболевание к разряду современных эпидемий. Эндометриоз поражает женщин независимо от расовой принадлежности, социально-экономического статуса и возраста – от подростков 10-11 лет до женщин 60-70 лет. Важно подчеркнуть, что заболевание выявляется у каждой из 10 женщин репродуктивного возраста, когда они заканчивают образование, делают карьеру, строят партнерские отношения или создают се-

мью. Несмотря на огромное количество работ, посвященных вопросам этиологии и патогенеза эндометриоза, проблема поиска эффективного лечения данной патологии остается открытой. На сегодняшний день ясно одно: то, что мы называем «эндометриозом», является только верхушкой айсберга для широкого диапазона проблем со здоровьем.

В последние годы все большее значение уделяется роли инфекционного фактора в развитии генитального эндометриоза. Известно, что воспалительные заболевания половых органов занимают первое место в структуре генитальной патологии (Кулаков В.И. и соавт., 2007). По статистике во всем мире в последнее время отмечено повышение частоты воспалительных заболеваний репродуктивной системы женщины.

Цель настоящего исследования: изучить роль воспалительных заболеваний органов малого таза в генезе генитального эндометриоза.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 56 женщин репродуктивного возраста, которые были направлены на хирургическое лечение по поводу наружного генитального эндометриоза. Всем пациенткам проводилось стандартное клиничко-лабораторное обследование, УЗИ. Дополнительно в план диагностических мероприятий был включен иммуноферментный анализ крови (ИФА) на обнаружение антител IgG и IgM к возбудителям урогенитальных инфекций. Оперативные вмешательства выполнялись с использованием мониторинговой лапароскопии (Karl Storz, Германия): цистэктомия, коагуляция очагов эндометриоза, сальпингоовариолизис. В зависимости от варианта лечения в послеоперационном периоде все пациентки были разделены на две группы. В основной группе ($n=28$) гормонотерапии («Бусерелин-депо 3,75 мг, 6 месяцев) предшествовала специфическая антибактериальная, противовоспалительная, иммуномодулирующая терапия с учетом выявленных инфекционных возбудителей. В группе сравнения ($n=28$) гормонотерапия начата сразу после операции.

Результаты исследования. Пациентки групп были сопоставимы по возрасту, наличию генитальных и соматических заболеваний. По результатам микроскопического исследования мазков бактериальный вагиноз диагностирован у 89% женщин ($n=50$). Данные иммуноферментного анализа крови позволили выявить у всех обследуемых женщин антитела класса G к возбудителям урогенитальных инфекций. Хламидиоз констатирован у 58,9% больных, цитомегаловирусная инфекция – у 100%, трихомониаз – у 83,9%, генитальный герпес – у 44,6%, уреоплазмоз – у 5,3%. Необходимо отметить, что в каждом случае было характерно сочетание нескольких возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, в то время, как клинических признаков активизации вос-

палительного процесса не наблюдалось. Динамическое наблюдение пациенток после оперативного лечения осуществлялось в течение 1 года. В группе сравнения проведение гормонотерапии часто сопровождалось осложнениями, требующими дополнительного назначения лекарственных препаратов. Болевой синдром сохранялся у 13 женщин (46,4%), нарушения менструального цикла по типу метроррагий отмечали 10 пациенток (35,7%), признаки воспаления различных отделов полового тракта диагностировались в 100% наблюдений. В основной группе, предварительная специфическая

терапии, способствовала получению положительного эффекта гормонотерапии и стойкой ремиссии эндометриоза во всех случаях.

Заключение: генитальный эндометриоз развивается на фоне хронических инфекционных латентных процессов. В связи с этим, целесообразно включать в схему лечения генитального эндометриоза противовоспалительную, в том числе антибактериальную, противовирусную и иммуномодулирующую терапию, предваряющей традиционное назначение гормональных препаратов, что позволяет снизить частоту осложнений гормонотерапии и повысить ее эффективность.

Педагогические науки

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПЕРВОКУРСНИКОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Зерщикова Т.А.

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Белгород,
e-mail: zerschikova@bsu.edu.ru*

Проблема адаптации первокурсников к условиям обучения в высшем учебном заведении является одной из важнейших теоретических проблем, поскольку требует от не вполне сформировавшегося организма значительной мобилизации биологических и социально-психологических резервов. Её разрешение связано с задачами педагогической и психологической оптимизации этого процесса. Обучение, неадекватное физиолого-психологическим особенностям первокурсников, не обеспечивает необходимый уровень адаптации, негативно отражаясь на их состоянии здоровья и успеваемости. Соответственно, исследование адаптации первокурсников, условий ее активизации, психического состояния студентов на начальном этапе обучения с целью поиска путей оптимизации механизмов адаптации, весьма актуальны.

Вопросы адаптации первокурсников к условиям обучения рассматривались различными исследователями. Оценивались влияния физической нагрузки и пищевого статуса [2, 6] на адаптацию, особенности питания и отношения к организму [4], действие экзаменационного стресса на сердечную деятельность [9]. Описаны системные механизмы адаптации, условия и психолого-педагогическая поддержка студента-первокурсника в вузе [7]. Рассмотрена зависимость особенностей гемодинамики [8] и функциональных возможностей организма [2] от массы тела. Проводился мониторинг уровня физического здоровья подростков, среди которых отмечалось, в частности, значительное понижение массы тела в связи с неблагоприятной обстановкой в России [5]. Однако соотношения

адаптации и физиологического состояния первокурсников изучено недостаточно.

Цель, задачи работы, материал и методы. Целью работы было выявление особенностей адаптационного процесса первокурсников педагогического факультета с учетом их физического развития. Исследование проводилось на протяжении двух лет обучения с акцентированием на первом семестре.

Работа выполнялась методами антропометрическими, статистическими, письменного анкетирования и устного опроса. Физиологическое состояние первокурсников оценивалось по их трофологическому статусу путем антропометрии и расчета индекса Кетле (индекса массы тела, ИМТ), проводились функциональные пробы, измерялись пульс, артериальное систолическое и диастолическое давление, жизненная емкость легких; рассчитывались адаптационный потенциал сердечно-сосудистой системы (АП, индекс Р.М. Баевского); индекс Кердо (ВИК) для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы, играющей существенную роль в процессах адаптации; тип саморегуляции кровообращения (ТСК), минутный объем крови (МО, по методам Старра и Лильетранд, Цандер), выборочно у 54 человек определялись жизненный индекс и САН; рассчитывался коэффициент корреляции между ИМТ, частотой головной боли и сроком адаптации первокурсников. По адаптированным анкетам [1] выяснялись частота головных болей и головокружений первокурсников, субъективные представления о скорости адаптации. В течение двух лет обследовано 256 чел., из которых в 2012 г. – 58 чел. Возраст опрашиваемых в основном составлял 17-18 лет. Только 24 человека, включая четырех юношей, на момент опроса достигли 19-23 летнего возраста.

Результаты исследования. Полученные данные позволили заключить, что физическое развитие первокурсников в целом гармоничное и удовлетворительное. Средние показатели группы представлены в табл. 1. У большинства студентов они соответствуют норме.