

Выводы

1. Течение ВВК в период беременности характеризуется развитием повторных эпизодов заболевания, единичные эпизоды клинической манифестации кандидозной инфекции половых путей ($\chi^2 = 12$, $p = 0,0005$) и персистирующий вариант течения заболевания ($\chi^2 = 20,6$, $p = 0,00001$) встречаются значительно реже. Вероятность развития персистирующего ВВК увеличивается при возникновении первичного эпизода клинических проявлений в первом триместре беременности (ОШ = 9, 95 % ДИ = 1,9–42,1, $p = 0,005$). Имеется сильная корреляционная зависимость между сроком беременности при первичной клинической манифестации кандидозной инфекции и частотой эпизодов заболевания (гамма корреляция = $-0,78$). Монокандидозная инфекция половых путей и микстинфицирование при беременности встречается в сопоставимых долях: 23 (37,1 ± 6,1 %) и 39 (62,9 ± 6,1 %).

2. Жалобы беременных зависят от варианта течения ВВК. Зуд преобладает в жалобах беременных с первичными эпизодами ВВК ($p = 0,00001$), интенсивность зуда при повторных проявлениях заболевания уменьшается ($p = 0,009$, $p = 0,007$, $p = 0,03$), при персистирующем течении ВВК зуд встречается крайне редко ($p = 0,02$). Жжение в области наружных половых органов умеренной интенсивности также характерно для первичного клинического эпизода кандидозной инфекции в сравнении с повторными проявлениями заболевания ($p = 0,003$).

3. Интенсивная гиперемия вульвы и влагалища характерна для первичных ($p = 0,02$) и повторных эпизодов ВВК ($p = 0,007$) в сравнении с персистирующим вариантом течения, при котором она в 100 % случаях слабо выражена. Отек вульвы также чаще встречается при первом клиническом проявлении генитального кандидоза ($p = 0,03$).

4. Субъективные ощущения беременных при монокандидозной инфекции и микстинфицировании сопоставимы. Однако, гиперемия умеренной интенсивности преобладала при монокандидозной инфекции в сравнении с микстинфицированием ($p = 0,04$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Занько, С. Н. Вагинальный кандидоз / С. Н. Занько // Охрана материнства и детства. — 2006. — № 5. — С. 64–71.
2. Мирзабалаева, А. К. Кандидоз гениталий у женщин в практике акушера-гинеколога: учеб. пособие / А. К. Мирзабалаева. — СПб., 2009. — 52 с.

УДК 618.3+618.16-002.828:301

СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ И СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ

Крупейченко В. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Развитие кандидозной инфекции зависит от многочисленных экзогенных и эндогенных факторов. К одним из эндогенных факторов относят беременность [1]. Частота вульвовагинального кандидоза во время беременности достигает 30–35 %, в отдельных группах (эндокринологические больные, ВИЧ-инфицированные) увеличивается до 60 % [2].

Цель

Изучить социальный статус, гинекологическую и соматическую патологию беременных с вульвовагинальным кандидозом (ВВК).

Материал и методы исследования

Проведено проспективное исследование методом сплошной выборки. Основную группу составили 62 беременные с клинически и лабораторно подтвержденным ВВК. Контрольную группу сформировали 41 пациентка, беременность которых не осложнилась кандидозной инфекцией половых путей. Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10.0 («StatSoft», США), «MedCalc 10.2.2.0» («MariaKerke» Бельгия).

Результаты исследования и их обсуждение

Большинство пациенток с ВВК — 35 ($56,5 \pm 6,3$ %) имели более одного эпизода вульвовагинального кандидоза в течение беременности, однократно болели 16 ($25,8 \pm 5,6$ %) женщин ($\chi^2 = 12, p = 0,0005$), у 11 ($17,7 \pm 4,9$ %) ($\chi^2 = 20,6, p = 0,00001$) — клинические симптомы заболевания были практически постоянно с момента первичной манифестации инфекционного процесса и исчезали на непродолжительный промежуток времени во время и после проводимого лечения, что расценено как персистирующая форма вульвовагинального кандидоза.

Возраст беременных основной и контрольной группы статистически не различался и составил 18–42 года (Me = 24 (25 % — 21; 75 % — 29)) и 17–34 года (Me = 26 (25 % — 22; 75 % — 29)) соответственно. Городскими жителями были 42 ($67,7 \pm 5,9$ %) женщины с ВВК и 29 ($70,7 \pm 7,1$ %) — контрольной группы, остальные беременные проживали в сельской местности.

Среди беременных с ВВК в зарегистрированном браке состояла 41 ($66,1 \pm 6$ %) пациентка, сожительствовали без официальной регистрации 8 ($12,9 \pm 4,3$ %) женщин, одинокими были 13 ($20,9 \pm 5,2$ %), в группе сравнения доли беременных были сопоставимы и составили 33 ($80,5 \pm 6,2$ %), 4 ($9,8 \pm 4,6$ %) и 4 ($9,8 \pm 4,6$ %) соответственно.

Среднее базовое образование имели 21 ($33,9 \pm 9$ %) беременная основной группы и 12 ($29,3 \pm 7,1$ %) беременных группы сравнения, среднее специальное образование было у 29 ($46,8 \pm 6,3$ %) пациенток основной группы и у 16 ($39 \pm 7,6$ %) — контрольной группы, высшее образование — 11 ($17,7 \pm 4,9$ %) женщин основной группы и 13 ($31,7 \pm 7,3$ %) — контрольной группы. По характеру трудовой деятельности группы были сопоставимы (таблица 1).

Таблица 1 — Характер трудовой деятельности женщин исследуемых групп, n (p ± s_p %)

| Характер трудовой деятельности | Основная группа (N = 62) | Контрольная группа (N = 41) | Уровень значимости |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Рабочие | 10 ($16,1 \pm 4,7$ %) | 5 ($12,2 \pm 5,1$ %) | $\chi^2 = 0,3, p = 0,6$ |
| Служащие | 39 ($62,9 \pm 6,3$ %) | 27 ($65,9 \pm 7,4$ %) | $\chi^2 = 0,09, p = 0,8$ |
| Учащиеся | 3 ($4,8 \pm 2,7$ %) | 3 ($7,3 \pm 4,1$ %) | $p = 0,7$ |
| Не работающие | 10 ($16,1 \pm 4,7$ %) | 6 ($14,6 \pm 5,5$ %) | $\chi^2 = 0,01, p = 0,9$ |

Для сексуальной функции пациенток основной группы характерны дебют в возрасте до 18 лет — 31 ($50 \pm 6,4$ %) и количество партнеров 5 и более — 20 ($32,3 \pm 6$ %) в сравнении с контрольной группой: 9 ($22 \pm 6,5$ %) и 3 ($7,3 \pm 4,1$ %).

В настоящее время первобеременными были 37 ($59,7 \pm 6,2$ %) женщин с ВВК и 21 ($51,2 \pm 7,8$ %) женщина, не болевшая кандидозной инфекцией вульвы и влагалища в период гестации, первородящими 47 ($75,8 \pm 5,4$ %) и 26 ($63,4 \pm 7,5$ %) женщин соответственно в этих группах. По паритету беременностей и родов статистически значимых различий в группах не выявлено. Высокий паритет беременностей был у 12 ($19,4 \pm 5$ %) пациенток в основной группе и у 6 ($14,6 \pm 5,5$ %) — в контрольной группе, высокий паритет родов у 3 ($4,8 \pm 2,7$ %) и 1 ($2,44 \pm 2,4$ %) соответственно. Бесплодие в анамнезе диагностировано у 2 ($3,2 \pm 2,2$ %) женщин с ВВК и у 1 ($2,44 \pm 2,4$ %) — в группе сравнения. Прерывание беременности в анамнезе отметили 18 ($29 \pm 5,8$ %) и 9 ($21,9 \pm 6,5$ %) женщин в группах соответственно.

Детально исследован anamnesis morbi пациенток исследуемых групп. Установлено, что беременные основной группы статистически значимо чаще имели в анамнезе до настоящей беременности 2 и более эпизода клинической манифестации генитального кандидоза — 12 ($19,4 \pm 5$ %) в сравнении с женщинами контрольной группы — 1 ($2,44 \pm 2,41$ %) ($p = 0,01$).

Отягощенного гинекологического анамнеза был у 44 ($70,9 \pm 5,8$ %) беременных в основной группе и 20 ($48,8 \pm 7,8$ %) в группе сравнения ($\chi^2 = 5,1, p = 0,02$). Структура гинекологической патологии у женщин с клинической манифестацией кандидозной инфекции половых путей в период беременности и пациенток без данной инфекции представлена в таблице 2.

Проанализировав имеющуюся экстрагенитальную патологию, установлено, что хронические заболевания желудочно-кишечного тракта преобладают у беременных с ВВК. В структуре заболеваний доминирует хронический гастрит, диагностированный у 14 ($22,6 \pm 5,3$ %) женщин в основной группе и у 1 ($2,44 \pm 2,41$ %) в контрольной группе ($p = 0,004$). В структуре

хронических заболеваний мочевыделительной системы первое место занимает хронический пиелонефрит, который диагностирован в основной группе в 3 раза чаще — у 9 ($14,5 \pm 4,5$ %), в контрольной группе — у 2 ($4,9 \pm 3,4$ %) женщин, причем, он встречался только в у пациенток с несколькими эпизодами ВВК в период гестации, беременные с одним эпизодом ($p = 0,01$) и с персистирующим течением ($p=0,04$) данным заболеванием не болели. Структура и частота соматической патологии у беременных представлена в таблице 3.

Таблица 2 — Структура гинекологической патологии у женщин исследуемых групп, n ($p \pm sp$ %)

| Заболевания | Основная группа (n = 62) | Контрольная группа (n = 41) | Уровень значимости |
|--|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Псевдоэрозия шейки матки | 22 ($35,5 \pm 5$ %) | 13 ($31,7 \pm 7,3$ %) | $\chi^2 = 0,2, p = 0,7$ |
| Полип цервикального канала | 3 ($4,8 \pm 2,7$ %) | 1 ($2,44 \pm 2,41$ %) | $p = 1,0$ |
| Дисплазия шейки матки I степени | 1 ($1,61 \pm 1,59$ %) | 1 ($2,44 \pm 2,41$ %) | $p = 1,0$ |
| Рубцовая деформация шейки матки | 2 ($3,2 \pm 2,2$ %) | 0 | $p = 0,5$ |
| Хронический сальпингоофорит | 4 ($6,5 \pm 3,7$ %) | 2 ($4,9 \pm 3,4$ %) | $p = 1,0$ |
| Острый сальпингоофорит | 10 ($16,1 \pm 4,7$ %) | 0 | $p = 0,006^*$ |
| Киста яичника | 2 ($3,2 \pm 2,2$ %) | 0 | $p = 0,5$ |
| Синдром склерокистозных яичников | 2 ($3,2 \pm 2,2$ %) | 0 | $p = 0,5$ |
| Миома матки | 3 ($4,8 \pm 2,7$ %) | 0 | $p = 0,3$ |
| Диффузная мастопатия | 1 ($1,61 \pm 1,59$ %) | 1 ($2,44 \pm 2,41$ %) | $p = 1,0$ |
| Генитальный герпес | 0 | 1 ($2,44 \pm 2,41$ %) | $p = 0,4$ |
| Кондиломатоз вульвы, влагалища и шейки матки | 3 ($4,8 \pm 2,7$ %) | 1 ($2,44 \pm 2,41$ %) | $p = 1,0$ |
| Бактериальный вагиноз | 2 ($3,2 \pm 2,2$ %) | 1 ($2,44 \pm 2,41$ %) | $p = 1,0$ |
| Неспецифический вагинит | 3 ($4,8 \pm 2,7$ %) | 3 ($7,3 \pm 4,1$ %) | $p = 0,7$ |

* — Статистически значимое различие с контрольной группой.

Таблица 3 — Структура соматической патологии у женщин исследуемых групп, n ($p \pm sp$ %)

| Заболевания | Основная группа (N = 62) | Контрольная группа (N = 41) | Уровень значимости |
|---|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Заболевания желудочно-кишечного тракта | 15 ($24,2 \pm 5,4$ %) | 3 ($7,3 \pm 4,1$ %) | $p = 0,03^*$ |
| Заболевания мочевыделительной системы | 11 ($17,7 \pm 4,9$ %) | 4 ($9,8 \pm 4,6$ %) | $p = 0,4$ |
| Заболевания ЛОР-органов | 6 ($9,7 \pm 3,8$ %) | 3 ($7,3 \pm 4,1$ %) | $p = 1,0$ |
| Заболевания щитовидной железы | 18 ($29 \pm 5,8$ %) | 12 ($29,3 \pm 7,1$ %) | $\chi^2 = 0,0001, p = 1,0$ |
| Заболевания органов дыхания | 3 ($4,8 \pm 2,7$ %) | 0 | $p = 0,3$ |
| Заболевания сердечнососудистой системы | 25 ($40,3 \pm 6,2$ %) | 24 ($58,5 \pm 7,7$ %) | $\chi^2 = 3,28, p = 0,07$ |
| Заболевания глаз | 15 ($24,2 \pm 5,4$ %) | 11 ($26,8 \pm 6,9$ %) | $\chi^2 = 0,09, p = 0,8$ |
| Заболевания кожных покровов | 1 ($1,61 \pm 1,59$ %) | 1 ($2,44 \pm 2,41$ %) | $p = 1,0$ |
| Заболевания опорно-двигательной системы | 7 ($11,3 \pm 4$ %) | 3 ($7,3 \pm 4,1$ %) | $p = 0,7$ |
| Нарушения жирового обмена | 6 ($9,7 \pm 3,8$ %) | 5 ($12,2 \pm 5,1$ %) | $\chi^2 = 0,01, p = 0,9$ |

* — Статистически значимое различие с контрольной группой.

Аллергические реакции в анамнезе отметили 22 ($35,5 \pm 6,1$ %) беременные с ВВК против 5 ($12,2 \pm 5,1$ %) контрольной группы ($\chi^2 = 5,8, p = 0,02$), среди аллергических реакций в основной группе преобладает крапивница — 19 ($30,6 \pm 5,9$ %) против 1 ($2,44 \pm 2,41$ %) ($\chi^2 = 12,6, p = 0,0004$). Аллергические реакции обусловлены действием пищевых аллергенов 10 ($16,1 \pm 4,7$ %), влияние которых в контрольной группе не установлено ($p = 0,006$). В результате изучения гинекологической, соматической патологии, анамнеза аллергических реакций выявлены анамнестические факторы способствующие развитию ВВК в период гестации (таблица 4).

Таблица 4 — Факторы, увеличивающие вероятность развития ВВК в период беременности

| Название фактора | Коэффициент достоверности |
|---|---|
| Особенности сексуальной функции: ● → Начало половых отношений до 18 лет ● → 5 и более половых партнеров | ОШ = 3,6, 95 % ДИ = 1,5–8,7, $p = 0,005$ ОШ = 6, 95 % ДИ = 1,7–21,9, $p = 0,006$ |
| Отягощенный гинекологический анамнез: ● → 2 и более эпизода ВВК до беременности | ОШ = 2,6, 95 % ДИ = 1,1–5,8, $p = 0,02$ ОШ = 9,6, 95 % ДИ = 1,2–76,9, $p = 0,03$ |
| Соматическая патология: ● → заболевания ЖКТ | ОШ = 4, 95 % ДИ = 1,1–15, $p = 0,04$ |
| Аллергические реакции в анамнезе: ● → крапивница | ОШ = 4, 95 % ДИ = 1,4–11,5, $p = 0,01$ ОШ = 17,7, 95 % ДИ = 2,3–138,2, $p = 0,006$ |

Выводы

1. Беременные с ВВК и беременные без клинической манифестации кандидозной инфекции нижних отделов половых путей по возрасту, социальному статусу, характеру трудовой деятельности и репродуктивной функций сопоставимы.

2. Течение ВВК в период беременности характеризуется развитием повторных эпизодов заболевания, единичные эпизоды ($\chi^2 = 12$, $p = 0,0005$) и персистирующий вариант течения заболевания ($\chi^2 = 20,6$, $p = 0,00001$) встречаются значимо реже.

3. У пациенток с ВВК выявлены особенности сексуального поведения, увеличивающие вероятность развития заболевания в период гестации: раннее начало половых отношений (до 18 лет) ($\chi^2 = 8,2$, $p = 0,004$) (ОШ = 3,6, 1,5–8,7, $p = 0,005$) и высокий промискуитет (5 и более половых партнеров) ($p = 0,003$) (ОШ = 6, 1,7–21,9, $p = 0,006$).

4. Для беременных с ВВК характерен отягощенный гинекологический анамнез (ОШ = 2,6, 95 % ДИ = 1,1–5,8, $p = 0,02$), острый сальпингоофорит в анамнезе ($p = 0,006$), 2 и более эпизодов клинической манифестации кандидозной инфекции вульвы и влагалища до беременности ($p = 0,01$), увеличивающие шанс развития заболевания (ОШ = 9,9, 1,2–76,9, $p = 0,03$).

5. Пациентки с ВВК чаще болеют хроническими заболеваниями ЖКТ ($p = 0,03$), которые предрасполагают к развитию ВВК в период беременности (ОШ = 4,0, 1,1–15, $p = 0,04$), в их структуре превалирует хронический гастрит ($p = 0,004$). У пациенток с повторными эпизодами заболевания в сравнении с беременными с единичными эпизодами ($p = 0,01$) и персистирующим вариантом течения ВВК преобладает хронический пиелонефрит ($p = 0,04$).

6. Предиктором клинической манифестации кандидозной инфекции нижних отделов половых путей в гестационный период являются аллергические реакции (ОШ = 4,0, 1,4–11,5, $p = 0,01$), которые встречаются в анамнезе у беременных с ВВК ($\chi^2 = 5,8$, $p = 0,02$), обусловленные влиянием пищевых аллергенов ($p = 0,006$), клинически проявляющиеся крапивницей ($\chi^2 = 12,6$, $p = 0,0004$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевченко, Е. А. Урогенитальный кандидоз и бактериальный вагиноз: учеб. пособие / Е. А. Шевченко, А. А. Артифксова, О. А. Успенская. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2007. — 28 с.
2. Мирзабалаева, А. К. Кандидоз гениталий у женщин в практике акушера-гинеколога: учеб. пособие / А. К. Мирзабалаева. — СПб., 2009. — 52 с.

УДК 378.1:174

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА ПЕДАГОГА ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ: АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Кузнецова М. В.

Учреждение образования

**«Витебская ордена «Знак Почета» государственная академия ветеринарной медицины»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

Необходимость повышения профессионально-педагогической культуры преподавателя высшей школы обусловлена возрастающими требованиями к уровню общекультурной и специальной подготовки выпускников вузов; сменой общеобразовательных парадигм, фиксирующих переход от массово-репродуктивных форм и методов преподавания к индивидуально-творческим; подготовкой будущих специалистов к профессиональному, компетентному вхождению в рынок труда.

Социально-экономические катаклизмы в современном обществе не замедлили сказаться на общей атмосфере и морально-психологическом климате высшей школы. Возникшие затруднения в материальном, техническом оснащении исследовательской, учебно-воспитательной базы, существенное ухудшение материального положения профессорско-преподавательского состава привели к снижению престижа и авторитета преподавательской деятельности, оттоку