

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН – ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Жданова Л. А.,
Бобошко И. Е.,
Ширстов Д. А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Активное формирование здоровья учителей должно основываться на этапной межведомственной системе прогностического слежения, включающей прогнозирование развития психосоматических отклонений с использованием принципов семейной диспансеризации, разработку современных профилактических технологий и организационных принципов мониторинга здоровья.

Целью настоящей работы стало изучение состояния здоровья женщин – учителей общеобразовательных школ и разработать комплексные оздоровительные программы для профилактики и коррекции отклонений в эмоциональной и вегетативной сферах.

Исследование проводилось на базе клиники ИвГМА. Обследовано 76 женщин – педагогов общеобразовательных школ. Возраст учителей колебался от 23 до 60 лет, 83,3% составили женщины моложе 40 лет. Замужем – 72%, не вступивших в брак – 18%.

По результатам амбулаторного обследования картина соматической патологии выглядела следующим образом: терапевтическая патология была выявлена у 86% женщин, неврологическая – у 77%, сочетанная – у 71%, остеохондроз позвоночника – у 100%. Более 60% учителей нуждались в лечении у стоматолога. Распространенность патологии ЛОР-органов составила 35%, гинекологической – 23%. Отклонения в вегетативной регуляции наблюдались более чем в 70% случаев. В 55% проявления шейного остеохондроза (в стадии обострения) сочетались с нарушениями мозгового кровообращения. Невротические расстройства имели место у 36% обследованных, синдром вегетативной дистонии – у 76%, гипертоническая болезнь II ст. – у 20%, железодефицитная анемия – у 7%, эндокринная патология – у 8%.

Исследование центральной гемодинамики в 98% случаев выявило гиперкинетический тип регуляции. У всех женщин-педагогов с обострением шейного остеохондроза отмечалось периферического сосудистого сопротивления, повышение тонуса крупных артерий, снижение эластичности сосудов, затруднение венозного оттока во всех бассейнах. У больных с гипертонической болезнью I–II ст. венозный отток нарушен не был.

Многопрофильный анализ межличностных отношений женщин показал, что небιологические патогенные факторы, влияющие на формирование патологии, можно условно разделить на три группы. Первая – это культуральные факторы: более чем в 70% случаев женщины отмечали неудовлетворенность своей ролью в семье (авторитарная позиция мужа, гипоопека со стороны членов семьи, конфликты с членами семьи и т. п.) и обществе (боязнь резких социальных перемен, отсутствие чувства защищенности, снижение престижности профессии, изменения взглядов в обществе на ценность педагогического труда). Вторую составили социальные факторы: уровень материального достатка и субъективное отношение к стабильности в социальной перспективе семьи. К третьей группе отнесены факторы микросоциального порядка – межличностные отношения в семье: недостаточное уважение взглядов женщины членами семьи, занижение оценки их личных качеств, низкий уровень эмпатии, низкий культурно-образовательный и социальный статус мужа.

Разрабатывая индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий, мы учитывали, что эмоциональная сфера выступает в роли индикатора как дезадаптации, так и восстановления функций. Не найдя причин эмоционального напряжения, которые обычно лежат в области межличностных отношений, невозможно добиться полного восстановления адаптационных возможностей индивида, предупредить развитие невротических и психосоматических заболеваний, а вегетативные расстройства являются облигатными.

В результате комплексного лечения у педагогов достигнуто значительное улучшение состояния (подтвержденное повторными осмотрами специалистов, данными функциональных, лабораторных исследований), а также значительное и достоверное снижение уровня невротизации и тревоги.

Особую значимость приобретает изучение структуры отклонений в состоянии здоровья учителей, поскольку они являются для своих учеников одной из ведущих референтных групп и напрямую влияют на состояние их психосоматического здоровья.

Одним из значимых результатов комплексной реабилитации педагогов явилось улучшение их взаимоотношений с учениками. Опрос школьников показал, что стабильное эмоциональное состояние учителя, его уважительное отноше-

ние и отсутствие авторитарности существенно гармонизируют межличностное взаимодействие и позитивно влияют не только на дисциплину и успеваемость, но и на самочувствие и работоспособность каждого ученика.

ВЛИЯНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Керимкулова Н. В.,
Никифорова Н. В.,
Волкова А. И.,
Манушина А. О.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В последние годы недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) рассматривается как один из факторов риска развития осложнений беременности и родов, что не может не отразиться на состоянии новорожденных.

Цель исследования – изучить особенности течения раннего неонатального периода у доношенных детей, рожденных от матерей, которые страдают НДСТ.

Основную группу составили 46 детей, рожденных от матерей с внешними и висцеральными маркерами НДСТ, контрольную группу – 44 ребенка, матери которых не имели признаков НДСТ. Исследование проводилось на базе МУЗ «Родильный дом № 4», учитывались жалобы, данные анамнеза, физикального и лабораторного исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение уровня лактата в крови). Математическая обработка проводилась при помощи пакета прикладных программ Windows Excel.

У женщин с НДСТ достоверное чаще отмечалось осложненное течение беременности и родов, по сравнению с пациентками без признаков НДСТ (100 и 67% соответственно, $p < 0,05$). У беременных основной группы чаще встречались угроза невынашивания (86%) и недонашивания (50%), случаи сочетанных гестозов (71%), плацентарная недостаточность и хроническая внутриутробная гипоксия плода (86%), внутриутробная инфекция (21%), быстрые роды (7%), разрывы промежности (36%), несвоевременное излитие вод (54%), дискоординация родовой деятельности (11%), гипотоническое кровотечение (14%).

Дети, рожденные от матерей с НДСТ, имели более низкую оценку по шкале Апгар на 1-й минуте ($7,34 \pm 0,2$ балла), чем дети контрольной группы ($7,64 \pm 0,16$ балла), и на 5-й минуте после рождения ($7,5 \pm 0,1$ и $8,5 \pm 0,1$ балла соответственно, $p < 0,05$). У 78,1% новорожденных основной группы состояние при рождении было расценено как удовлетворительное, у 17,6% – средней тяжести и у 4,3% – как тяжелое. Тяжесть состояния была обусловлена задержкой внутриутробного развития, дыхательной недостаточностью, недостаточностью кровообращения, гипоксическим поражением ЦНС. В основной группе у 21,7% детей выявлен кожный геморрагический синдром, у 26,1% – синдром желтухи, у 13% – отечный синдром, а в контрольной – у 13, 13 и 4,3% соответственно. В основной группе в 13% случаев имел место синдром задержки внутриутробного развития, в контрольной группе – в 4,3%. Кроме того, в основной группе были диагностированы: гипотермия – у 8,7% новорожденных, синдром угнетения – у 4,3%. В контрольной группе данные заболевания не встречались.

Повышение уровня лактата в основной группе встречалось у 39,1% детей, в контрольной – у 26,1%. В основной группе было 17,4% новорожденных с установочной кривошеей, 13% – с дисплазией тазобедренных суставов. В контрольной группе в 4,3% случаев диагностирована установочная кривошея.

В основной группе повышение уровня стигматизации выявлено у 26,1% детей, в контрольной – у 13%, причем как в первой, так и во второй группах преобладали такие стигмы дизэмбриогенеза, как гипертелоризм сосков, низкое стояние пупочного