

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

кольца, деформации ушной раковины. 17,6% детей, рожденных от женщин с НДСТ, потребовалось лечение в палате интенсивной терапии по поводу церебральной ишемии, конъюгационной желтухи.

Таким образом, наличие НДСТ у матерей является фактором риска развития осложнений у детей

в раннем неонатальном периоде, таких как гипоксия, поражение центральной нервной системы, синдром задержки внутриутробного развития, синдром желтухи. Дети, рожденные от женщин с НДСТ, требуют наблюдения начиная с неонатального периода.

## **ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АКТИВНЫЙ РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПЕРИОД**

**Кондусова Ю. В.,  
Крючкова А. В.,  
Пятницина С. И.**

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Репродуктивное здоровье женщины закладывается еще во время внутриутробного развития и продолжает формироваться в постнатальный период. Наиболее интенсивно процесс формирования репродуктивной системы происходит в подростковый период, поэтому крайне важно оценивать состояние здоровья подростков и выявлять факторы, которые могут привести к неблагоприятным последствиям. В последнее время все большее внимание уделяется дисплазии соединительной ткани (ДСТ) как фоновому состоянию. ДСТ – врожденный дефект мезинхимального матрикса организма с прогрессивным течением, который служит основой для формирования разнообразных клинико-функциональных нарушений и проявляется внешними фенотипическими признаками в сочетании с клинически значимой дисфункцией одного или нескольких внутренних органов. Наиболее характерные фенотипические проявления ДСТ со стороны репродуктивной системы у женщин: аномалии развития и расположения половых органов, невынашивание беременности, нарушение менструального цикла, различные формы бесплодия.

Цель исследования – выявить ДСТ у девочек подросткового возраста и спрогнозировать возможные последствия ее влияния на репродуктивное здоровье.

Исследование проводилось в 2009–2010 годах на базе Детской клинической больницы ВГМА им. Н. Н. Бурденко, Областной детской клинической больницы № 1, Городской детской клинической больницы № 1 г. Воронежа. В исследовании приняли участие 69 девочек в возрасте 13–17 лет. Дети были разделены на 2 группы в зависимости

от наличия признаков ДСТ. I группу составили 39 девочек с признаками ДСТ, II группу – 30 девочек без признаков ДСТ.

В процессе проведения исследования были использованы: клиничко-анамнестический, общеклинические методы, физикальное исследование, оценка исходного вегетативного тонуса, осмотр специалистов, функциональные методы, по показаниям – УЗИ внутренних органов, фиброэзофагогастродуоденоскопия. Для выявления недифференцированной ДСТ применялись критерии Э. В. Земцовского и таблица скрининг-диагностики ДСТ О. М. Герасимовой и соавт.

Анализ структуры сопутствующих заболеваний показал, что у детей с ДСТ достоверно чаще выявлялась соматическая патология ( $p < 0,05$ ), причем первое место занимала патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз – у 46,9%, нарушение осанки – у 73,5%, плоскостопие – у 31,9%, деформация грудной клетки – у 22,1%), второе место – патология нервной системы (дисрегуляция вегетативной нервной системы – у 31,9%, астеноневротический синдром – у 9,8%), третье место – патология желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит – у 19,5%, дискинезия желчевыводящих путей – у 12,4%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 9,8%). Возможно, увеличение частоты заболеваний внутренних органов связано с различными изменениями их строения из-за ДСТ, которые являются благоприятным фоном для развития патологического процесса.

Внешний осмотр показал, что большинство стигм ДСТ (плоскостопие, сколиоз, ГМС, арахнодактилия, деформация грудной клетки, аномалии