

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

строения ушной раковины, прикуса, неправильный рост зубов, голубые склеры, бледность и гиперрастяжимость кожи, слабость мышц живота, грыжи) достоверно чаще ($p < 0,03$) встречались у детей основной группы, чем у девочек из группы сравнения.

При анализе данных ЭКГ замечено, что нарушения ритма, проводимости, процессов реполяризации достоверно чаще ($p < 0,001$) наблюдались у детей I группы, в то время как у девочек II группы в большей степени выявлялся нормальный тип ЭКГ.

По результатам анкетирования при изучении состояния вегетативного гомеостаза у детей I группы в большинстве случаев ($p < 0,001$) установлен смешанный тип исходного вегетативного тонуса (ИВТ) – 67,2%, в то время как во II группе пациентов преобладала эйтония (54,3%).

У девочек I группы достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялись: нарушение менструального цикла (34,3%), ювенильные кровотечения, нарушение

полового развития (6,8%), аномалии развития гениталий (0,95%), воспалительные заболевания гениталий (15,1%).

Таким образом, у детей с проявлениями дисплазии соединительной ткани достоверно чаще встречаются сопутствующие соматические заболевания и стигмы дизэмбриогенеза, что может стать отягощающим фактором при беременности в будущем.

Вегетативный статус девочек I группы характеризуется наличием смешанного типа исходного вегетативного тонуса (67,2%), что может быть благоприятным фоном для развития дисрегуляции вегетативной нервной системы по смешанному типу.

Наличие различного рода отклонений со стороны органов репродуктивной системы достоверно чаще выявлялось у девочек с признаками ДСТ, что может служить благоприятным фоном для развития осложнений беременности в активный репродуктивный период.

СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЖЕНЩИН КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

**Корецкая Н. М.,
Шогжал И. С.**

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздравсоцразвития России

Одну из наибольших опасностей для женщин представляет такое социально значимое заболевание, как туберкулез. За годы эпидемиологического неблагополучия в Красноярском крае значительно выросла их заболеваемость туберкулезом органов дыхания (ТОД), соотношение заболевших женщин и мужчин в 2009 году составило 1 : 1,8, что превышает показатели по России.

Цель исследования – проанализировать показатели впервые выявленного ТОД у женщин; факторы, способствующие его развитию, структуру клинических форм и эпидемиологическую опасность заболевших.

Возраст, доля фиброзно-кавернозного туберкулеза в структуре заболеваемости и массивных бактериовыделителей (по результатам микроскопии мазка) изучены по форме № 8 у 833 заболевших ТОД женщин в 2009 году. Социальные, медико-биологические и эпидемиологические факторы

риска, способствующие развитию заболевания, структура клинических форм ТОД, характеристика процесса, особенности его выявления и приверженность лечению проанализированы по историям болезни 195 пациенток, лечившихся стационарно в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере № 1.

Возраст заболевших в 2009 г. составил: 18–24 года – 16,4%, 25–34 года – 34,7%, 35–44 года – 19,8%, 45–54 года – 15,0%, 55–64 года – 8,3%, 65 лет и старше – 5,8%, т. е. преобладали женщины фертильного возраста. Фиброзно-кавернозный туберкулез был выявлен в 2,3% случаев. Бактериовыделение методом бактериоскопии было установлено у 28,3% обследованных, т. е. почти каждая третья заболевшая являлась массивным бактериовыделителем и представляла высокую эпидемическую опасность для окружающих.

Среди 195 больных, пролеченных в стационаре, 58,5% являлись сельскими жителями; средний