

Таким образом, ступенчатая терапия является режимом антибактериальной терапии, обеспечивающим преимущество как для пациента, так и стационара.

Л и т е р а т у р а

1. Буданов С.В. Ступенчатая антибиотикотерапия инфекций // Клинический вестник. - 1996. - №4. - С. 20-22.
2. Муконин А.А., Идрисова Е.М. и др. Фосфомицин: спектр активности, фармакологические свойства и опыт клинического применения: информ. пос. для врачей. - М., 2006. - 52 с.
3. Сергеева Т.В., Комарова О.В. Инфекция мочевыводящих путей у детей // Вопросы современной педиатрии. - 2002. - Т.1. - С.49-53.
4. Синякова Л.А. Антибактериальная терапия острого пиелонефрита // РМЖ. - 2003. - Т. 11. - С. 18
5. Страчунский Л.С., Шевелев А.Н. Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у детей // Детский доктор. - 2000. - № 5. - С. 32-33.

6. Царегородцев А.Д., Таболин В.А. Рациональный выбор antimicrobial терапии инфекции мочевой системы у детей: рук-во по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии // Нефрология. - М.: Медпрактика, 2003. - Т. 3. - 436 с.

Координаты для связи с авторами: Киреева Алла Сергеевна — зав. отделением нефрологии Амурской областной детской клинической больницы, заоч. аспирант кафедры педиатрии АГМА, тел.: 8-(4162)-44-88-57, e-mail: kireevaas@mail.ru; Доровских Владимир Анатольевич — доктор мед. наук, профессор, засл. деятель науки РФ, ректор АГМА, тел.: 8-(4162)-52-68-28, e-mail: agma@amur.ru; Заболотских Татьяна Владимировна — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии АГМА, тел.: 8-(4162)-44-10-74, e-mail: agma@amur.ru; Серга Ася Петровна — канд. мед. наук, зам. гл. врача по лечебной работе Амурской областной детской клинической больницы, тел.: 8-(4162)-44-99-69, e-mail: sergaAP@aodkb.ru.



УДК 612.61 - 06 - 053.6

О.А. Генова^{1,2}, Е.В. Ракицкая^{1,2}, Р.В. Учакина², В.К. Козлов^{2,1}

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С МАРКЕРАМИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-32-63-93;
Институт охраны материнства и детства СО РАМН²,
680022, ул. Воронежская, 49, корп.1, тел.: 8(4212)-98-05-91, г. Хабаровск

Интерес медицинской общественности к изучению недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) на современном этапе подтверждается большим количеством тематических исследований [1, 6, 13]. Актуальность проблемы продиктована широкой распространенностью в популяции и преимущественно наследственным генезом данной патологии, полисистемностью поражения, прогрессирующим характером течения, сопутствующей соматической патологией, высокой инвалидизацией, потерей трудовых ресурсов [5, 7]. Современная диагностика НДСТ базируется преимущественно на оценке внешних и висцерально-локомоторных фенотипических маркеров [1]. С возрастом ребенка увеличивается количество фенотипических маркеров НДСТ, достигая максимума в подростковом возрасте [1, 6, 13], что обусловлено гетерохронией ростовых процессов, мобильностью вегетативного обеспечения, возрастающими нагрузками на фоне несовершенства соединительно-тканых структур.

Напряженность пубертатных нейроэндокринных регуляторных механизмов, наличие неполноценности со-

единительной ткани может являться серьезным фактором риска нарушения гормональной регуляции [13]. Исследования данной проблемы немногочисленны и касаются преимущественно взрослого населения [2, 3, 9, 11]. У детей тематические исследования представлены единичными работами: сообщается о дисфункции половой системы и низких концентрациях эстрогенов и тестостерона у девушек с НДСТ [9, 10]. Комплексных исследований по оценке состояния репродуктивной системы у подростков с НДСТ в доступной литературе не найдено.

Цель работы — изучить состояния репродуктивной системы у подростков с признаками НДСТ в зависимости от степени тяжести диспластических изменений.

Материалы и методы

В клинике НИИ охраны материнства и детства обследован 221 подросток с маркерами НДСТ в возрасте 10-17 лет, из них 51% девочек и 49% мальчиков. Критериями включения в исследуемую группу явились: сегрегации фенотипических маркеров НДСТ в родословной, наличие внешних марке-

ров дисплазии, выявление висцерально-локомоторных маркеров по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) внутренних органов, рентгенологического, эндоскопического обследования. Степень тяжести НДСТ определялась по шкале балльной оценки значимости клинико-инструментальных показателей с учетом суммарной величины баллов [7]. Подростки с НДСТ разделены на 3 клинические группы: с минимальной степенью тяжести — 32%, со средней степенью — 51%, с тяжелой — 17%. Контрольную группу составили 75 подростков с I и II группой здоровья без маркеров НДСТ. Оценка физического развития проведена по региональным центильным таблицам. Оценка полового развития проведена согласно критериям J. Tanner [15] и УЗИ органов малого таза. В сыворотке крови определяли уровни пролактина (ПРЛ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), тестостерона (Т), эстрадиола (Е2), дигидроэпиандротрона-сульфата (ДГЭА-с), кортизола (К) — иммуноферментным (ИФА) методом с помощью наборов реактивов фирмы «Алкор-Био» (Санкт-Петербург), результаты исследования получали на колориметре «StatFacs-2100» (США).

Результаты и обсуждение

Клинико-генеалогическое исследование подтвердило наследственный вариант дисплазии у 83% подростков с НДСТ. Неблагоприятное течение ante- и перинатального периода преимущественно в форме хронической гипоксии документировано в 86% случаев, перинатальное поражение ЦНС — у 74% подростков исследуемой группы, в группе контроля — 42 и 36% соответственно ($p < 0,05$).

При анализе тематических жалоб у девочек исследуемой группы альгодисменорея отмечена в 17,5% случаев, полименорея — в 31,8%, длительные кровотечения (более 5 дн.) — в 17,3%, гипоменструальный синдром — в 9,1%. Мальчики предъявляли жалобы на отставание в половом развитии в 7,8% наблюдений. В контрольной группе указанных жалоб не отмечено. Средний возраст менархе у девочек с НДСТ составил $13,3 \pm 0,2$ г., причем у 19,2% менархе наступило после 14 лет, в контрольной группе — $12,9 \pm 0,2$ г. и 4,9% соответственно ($p < 0,05$).

У подростков с НДСТ степень развития вторичных половых признаков соответствовала возрастной норме в 87,5% случаев, у 12,5% обследованных отмечена задержка их формирования. Развитие вторичных половых признаков подростков контрольной группы соответствовало возрасту. По данным УЗИ, патология гонад выявлена у 46,1% подростков с НДСТ с одинаковой частотой в обеих тендерных группах.

У девочек в структуре нарушений преобладала гипоплазия матки (70%), выявляемая в препубертатном и пубертатном периодах развития с одинаковой частотой. У 2 девушек старшей возрастной группы обнаружена двурогая матка. Отсутствие дифференцировки на эндо- и миометрий у девочек препубертатного периода развития выявлено в 38,5% случаев, а у девочек пубертатного периода в 10,0%. Яичники не визуализировались у 30,0% девочек, находящихся в препубертатном периоде, а у девочек старшей возрастной группы визуализированы в 100%. Высокое расположение яичников отмечено у четверти девочек в обеих возрастных группах, поликистоз яичников — у 15,1% девочек пубертатного периода.

Резюме

Обследован 221 подросток с проявлениями недифференцированной дисплазии соединительной ткани различной степени тяжести и 60 здоровых подростков. Состояние репродуктивной системы подростков с маркерами НДСТ характеризуется поздними сроками созревания и распространенностью врожденных аномалий развития гонад. Выявлены достоверные различия уровней гормонов в исследуемых группах в сравнении с контрольной. Вариабельность полученных гормональных показателей зависит от степени тяжести НДСТ, пола и возраста подростка.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, репродуктивная система, гормоны, подростки, степень тяжести.

O.A. Genova, E.V. Rakitskaya,
R.V. Uchakina, V.K. Kozlov

THE STATE OF REPRODUCTIVE SYSTEM IN ADOLESCENTS WITH THE MARKERS OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

*Far eastern state medical university;
Mother and Child Care Institute of SB RAMS, Khabarovsk*

Summary

221 adolescents with the features of undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD) of different severity and 60 healthy adolescents were examined. The reproductive system status in adolescents with UCTD markers is characterized by later maturation and the spread of congenital gonad's abnormalities. Reliable differences in hormone levels between two examined groups were revealed. Variability of the obtained data depends upon UCTD severity, gender and the age of the person.

Key words: undifferentiated connective tissue dysplasia, reproductive system, hormones, adolescents, severity.

У мальчиков отклонения в становлении репродуктивной системы представлены: гипоплазией яичек, выявляемой у подростков в препубертатном периоде развития в 55,6% и в пубертатном — в 23,1%; варикоцеле, выявленном в препубертатном периоде в 27,8% и в пубертатном — в 46,2%. Доля других нарушений (микропенис, водянка и киста яичка) суммарно составила 15,4%.

Возможно, наблюдаемые различия в возрастных группах подростков с НДСТ отражают замедленное увеличение размеров яичников и отсроченную дифференцировку матки на эндо- и миометрии у девочек и замедленное увеличение размеров яичек у мальчиков. Кроме того, у девочек появляются кистозные изменения яичников. Проведенное подросткам с гипоплазией гонад цитогенетическое обследование (G-окраска) ни в одном случае изменений кариотипа не выявило.

Исследование гормонального статуса в общей группе подростков с НДСТ выявило более высокие уровни гонадотропинов в сравнении со здоровыми подростками. При минимальной степени тяжести дисплазии в общей группе подростков выявлено значимое повышение уровня ФСГ ($5,5 \pm 0,05$ ед./л) в сравнении как с контрольной группой

Таблица 1

**Уровни гормонов у здоровых подростков
в зависимости от пола и стадии полового развития**

Гормоны	Девочки		Мальчики	
	препубертат (n=16)	пубертат (n=19)	препубертат (n=17)	пубертат (n=23)
ФСГ (ед./л)	4,88±0,56	5,4±0,40	1,77±0,17*	3,87±0,47
ЛГ (ед./л)	2,93±0,54	4,15±0,5	1,14±0,19*	2,2±0,16*
ПРЛ (нг/мл)	258,8±48,4	236,3±17,0	161,6±20,0*	198,0±11,8
E ₂ (нмоль/л)	41,9±9,9	80,7±14,2	41,6±7,0	47,4±5,3*
T (нмоль/л)	1,0±0,36	1,3±0,23	4,0±1,0*	15,5±1,5*
K (нмоль/л)	300,1±33,8	374,0±25,2	479,5±38,3*	476,4±26,0*
ДГЭА-с (мкг/мл)	0,99±0,25	1,8±0,24	1,4±0,21	2,5±0,33

Примечание. * — гендерные различия; p<0,05 в каждой возрастной группе.

(3,88±0,28 ед./л), так и с группами со средней (4,11±0,01 ед./л) и тяжелой (4,04±0,03 ед./л) степенями тяжести (p<0,05). Значения ЛГ при минимальной (3,49±0,03 ед./л) и тяжелой (4,97±0,04 ед./л) степенях НДСТ значимо выше, чем в контрольной группе (2,75±0,29 ед./л) (p<0,05).

Кроме того, выявлены гендерные особенности функционирования гипофиза. У девочек с более выраженной степенью диспластических изменений уровни ФСГ были достоверно снижены, минимальные значения определены при тяжелой степени. Однонаправленных изменений уровня ЛГ не наблюдалось. У мальчиков зафиксированы высокие значения показателей ФСГ и ЛГ при минимальной степени НДСТ и низкие показатели при тяжелой степени. Таким образом, при минимальной степени диспластических изменений имеет место высокая активность, а при значительной выраженности диспластических изменений — угнетение гонадотропной функции гипофиза.

Изменение ритма секреции ПРЛ может явиться маркером ответной реакции организма на средовые воздействия, проявляя себя транзиторной или стойкой гиперпролактинемией (ГП) [4, 14]. ГП, превышающая референтную норму, зафиксирована у 14% подростков исследуемой группы, из них 73% — девочки и 27% — мальчики, преимущественно в пубертатном периоде (75% случаев), при среднетяжелой и тяжелой степенях дисплазии. Проведенное всем подросткам с ГП комплексное обследование (краниограмма с прицельным снимком турецкого седла, МРТ головного мозга, осмотр глазного дна, повторное определение уровня пролактина в динамике) не выявило морфологических признаков гиперпластического процесса в гипофизе. Пациенты с НДСТ характеризуются наличием комплекса эмоционально-личностных и характерологических особенностей (тревожность, неуверенность в себе, раздражительность, эмоциональная лабильность, склонность к потере эмоционального равновесия в травмирующих ситуациях, повышенная чувствительность к неудаче и др.), что определяет их склонность к длительно сохраняющемуся состоянию эмоциональной напряженности [12]. Это позволило расценить ГП как функциональную, вероятно, обусловленную неадекватным ответом организма подростка с НДСТ на стрессовые нагрузки. В обеих гендерных группах уровень ПРЛ

нарастал пропорционально степени тяжести диспластических изменений (p<0,05), установлена прямая сильная корреляционная связь (r=0,9).

Выявлено значимое повышение гонадотропинов у девочек в пубертатном периоде при минимальной и средней степенях тяжести, а при тяжелой степени НДСТ зарегистрировано некоторое их снижение. В старшей возрастной группе увеличение уровня ПРЛ было пропорционально степени тяжести дисплазии, что отражает рост напряженности регуляторных механизмов с увеличением тяжести НДСТ. У мальчиков в пубертатном периоде отмечены разнонаправленные сдвиги: высокий уровень пролактина при средней степени дисплазии и снижение показателей при минимальной и тяжелой степени (табл. 1, 2).

Изучение уровней половых гормонов выявило достоверное повышение E₂ у девочек в сравнении с контрольными величинами в пубертатном периоде развития при всех степенях тяжести, а у мальчиков в пубертатном периоде при минимальной и тяжелой НДСТ. Уровни тестостерона у подростков обеих гендерных групп превышают контрольные значения и имеют тенденцию к нарастанию с увеличением степени тяжести дисплазии. В пубертатном периоде развития показатели тестостерона у мальчиков во всех группах закономерно значимо выше, чем в препубертатном периоде, а у девочек отмечена тенденция к их увеличению.

Возможно, выявленная нами гипоплазия гонад на фоне высоких уровней половых гормонов у подростков с НДСТ в обеих гендерных группах связана с низкой биодоступностью гормонов. В норме в препубертатном периоде увеличивается биодоступность половых гормонов за счет снижения уровня секс-стероидсвязывающего глобулина. Известно о негативной корреляции концентрации секс-стероидсвязывающего глобулина и количества жировой ткани в организме [5]. У подростков исследуемой группы, в отличие от группы контроля, преобладало мезосоматическое дисгармоничное физическое развитие с высоким ростом и астеническим типом конституции (63 и 13% соответственно, p<0,05), у 48% девочек и 52% мальчиков с НДСТ отмечен дефицит массы тела. Возможно, имеет место конституционально обусловленное снижение биодоступности половых гормонов у подростков с НДСТ.

Кроме того, указанные изменения, наряду с достоверным повышением кортизола и ДГЭА у девочек, могут свидетельствовать о напряжении гипофизарно-надпочечникового звена регуляции. Активация андроген-глюкокортикоидной функции надпочечников в сочетании с гиперпролактинемией у девочек с НДСТ может являться одной из причин нарушения становления репродуктивной системы, способна привести к ановуляторным циклам, формированию пролиферативных и кистозных изменений в железистой ткани гонад [8].

У мальчиков исследуемой группы выявлено достоверное снижение уровней кортизола и ДГЭА-с в препубертатном периоде вне зависимости от тяжести процесса (p<0,05), с сохранением тенденции в пубертатном периоде.

Выводы

Подростки с маркерами НДСТ различной степени тяжести формируют группу риска по нарушению становле-

Гормональные показатели у подростков с НДСТ в различные периоды развития

Гормоны	НДСТ минимальная (1)		НДСТ средняя (2)		НДСТ тяжелая (3)	
	препубертат	пубертат	препубертат	пубертат	препубертат	пубертат
Девочки						
ФСГ (ед./л)	15 4,31±0,1	22 6,1±0,06**	27 3,58±0,03 ^{*1,3}	27 5,9±0,093 ^{**}	8 5,7±0,1 ^{*1,2}	18 4,24±0,06 ^{1,2}
ЛГ (ед./л)	15 2,63±0,15	22 5,35±0,1**	27 2,04±0,04 ^{*1,3}	27 4,73±0,06 ^{*1,3,**}	8 4,25±0,24 ^{1,2}	18 3,61±0,1 ^{1,2}
ПРЛ (нг/мл)	15 280,2±4,93	22 380,4±4,56 ^{**}	26 356,5±5,15 ^{*1,3}	27 542,9±10,6 ^{*1,3,**}	8 221,6±7,0 ^{1,2}	18 663,8±14,2 ^{*1,2,**}
E ₂ (нмоль/л)	15 102,1±3,99*	23 82,2±1,4**	27 70,6±1,14 ^{*1,3}	27 115,4±1,7 ^{*1,3,**}	8 133,1±6,8 ^{*1,2}	18 76,0±2,3 ^{1,2}
T (нмоль/л)	15 1,15±0,03	23 1,97±0,03	26 1,34±0,01 ^{1,3}	25 2,28±0,04 ^{*1,3}	8 2,71±0,24 ^{*1,2}	18 2,69±0,06 ^{*1,2}
K (нмоль/л)	15 453,9±6,7 ^{*2,3}	22 480±3,5 ^{*2,3}	27 467,2±2,2 ^{*3}	26 585,8±4,05 ^{*3,**}	8 610,1±13,6 ^{*1,2}	18 557,2±6,7 ^{*2}
ДГЭА-с (мкг/мл)	15 1,27±0,04 ³	22 1,9±0,03 ³	26 1,01±0,01 ^{1,3}	25 2,03±0,02 ^{1,3,**}	8 1,3±0,06 ²	17 1,9±0,02 ^{2,**}
Мальчики						
ФСГ (ед./л)	10 10,3±0,93	22 3,65±0,04 ^{**}	18 2,65±0,04 ^{*1,3}	40 3,65±0,03 ^{**}	7 2,16±0,13 ^{1,2}	7 3,5±0,22 [*]
ЛГ (ед./л)	10 1,97±0,05	22 2,85±0,06 ^{**}	18 1,54±0,03 ^{*1,3}	40 2,72±0,02 ^{**}	7 0,55±0,04 ^{*1,2}	7 2,3±0,08 ^{**}
ПРЛ (нг/мл)	10 457,2±22,0*	22 326,2±5,56 ^{**}	18 292,5±5,19 ^{*1,3}	39 357,8±1,04 ^{**}	7 462,4±34,5 ^{*2}	8 343,5±10,6 ^{**}
E ₂ (нмоль/л)	10 59,8±3,91	21 114,6±3,95	18 48,7±1,344 ¹	39 49,1±0,43 ^{1,3}	7 71,6±4,7*	7 76,6±4,48 ^{*1,2}
T (нмоль/л)	10 5,33±0,27	22 16,68±0,27 ^{**}	18 6,77±0,21 ^{*1,3}	39 18,2±0,13 ^{*1,**}	7 7,23±0,59 ^{*1,2}	7 20,3±0,6 ^{*1,2,**}
K (нмоль/л)	10 291,8±8,0 ^{*23}	22 446,8±6,1 ^{2,3,**}	18 373,6±4,6 ^{*1}	40 459,4±2,8 ^{1,**}	7 369±10,7 ^{*1}	7 463,4±14,7 ^{1,**}
ДГЭА-с (мкг/мл)	10 0,95±0,05	22 1,77±0,02 ^{*2,3,**}	18 1,02±0,02*	34 2,2±0,01 ^{1,**}	7 1,03±0,08	7 2,2±0,09 ^{*1,**}

Примечания. * — $p < 0,05$ в сравнении с контрольной группой, ** — с препубертатным периодом той же степени тяжести; 1,2,3 — соответствующими группами по степеням тяжести одной и той же возрастной категории.

ния репродуктивной системы. Предикторами нарушения формирования репродуктивной системы могут являться: сегрегация маркеров НДСТ в семье, гипоксическое повреждение головного мозга в анте- и перинатальном периодах.

В структуре нарушений полового развития у подростков с НДСТ преобладает задержка формирования гонад на фоне повышенных уровней гонадотропных и периферических половых гормонов, увеличения уровня ПРЛ вплоть до функциональной гиперпролактинемии, высокой андроген-глюкокортикоидной функциональной активности надпочечников у девочек.

Л и т е р а т у р а

1. Абакумова Л.Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей. - 2006. - Режим доступа http://window.edu.ru/window_catalog/pdf2txt?p_id=30350&page=1 (дата обращения 28.10.2009).

2. Айрапетов Д.Ю. Значение недифференцированной дисплазии соединительной ткани в формировании женского бесплодия // Акушерство и гинекология. - 2008. - №2. - С. 47-50.

3. Арсентьев В.Г., Пшеничная К.И., Суворова А.В. и др. Клинические и патогенетические аспекты нарушений в системе гемостаза при дисплазиях соединитель-

ной ткани у детей // Педиатрия. - 2009. - Т.87, №4. - С. 134-140.

4. Иловайская И.А., Марова Е.И. Биология пролактина. Нейроэндокринный контроль регуляции и секреции // Акушерство и гинекология. - 2000. - №5. - С. 42-45.

5. Дедов И.И., Семичева Т.В., Петеркова В.А. Половое развитие детей: норма и патология. - М.: Колор Ит Студио, 2000. - С. 232.

6. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии: клиника, диагностика, лечение, диспансеризация. - СПб.: Невский диалект, 2000. - 270 с.

7. Кадурина Т.И., Абакумова Л.Н. Оценка степени тяжести недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей // Мед. вестник Северного Кавказа. - 2008. - №2. - С. 15-20.

8. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков: рук-во для врачей. - М.: Мед. информ. агентство, 2001. - С. 288.

9. Кудинова Е.Г., Уварова Е.В. Особенности семейного анамнеза у молодых женщин с недифференцированными признаками ДСТ и нарушением ритма менструаций в пубертате // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2009. - №3. - С. 61-66.

10. Левенец С.А., Куликова Л.Ф., Начетова Т.А. и др. Клинико-анамнестические и гормональные особенности

олигоменореи и вторичной аменореи у девочек-подростков с системной дисплазией соединительной ткани // Акушерство и гинекология. - 2006. - №1. - С. 39-41.

11. Лисенко Т.П. Клинико-гормональные особенности синдрома поликистозных яичников у больных с дисплазией соединительной ткани: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Харьков, 2003. - 42 с.

12. Мартынов А.И., Поляков Ю.Ф., Николаева В.В. Клинико-психологические особенности лиц с синдромом дисплазии соединительной ткани // Рос. мед. вести. - 1998. - №3. - С. 25-31.

13. Николаева А.А., Николаев К.Ю., Отева Э.А. и др. Дисплазия соединительной ткани и полиорганная патология у детей школьного возраста // Педиатрия. - 2006. - №2. - С. 89-91.

14. Noczynska A., Wasikowa R. Hyperprolactinemia in children during the peripubertal period - personal observations // J Pediatr Endocrinol Metab. - Oct17 (10). - 2004. - P. 1399-1400.

15. Tanner J. Training for family-oriented pediatric care: Issues and options // Pediatr. Clin. North Am. - 1995. - Vol. 42, №1. - P. 193-202.

Координаты для связи с авторами: *Генова Оксана Алимовна* — ассистент кафедры детских болезней педиатрического факультета ДВГМУ, врач-генетик Института охраны материнства и детства, тел.: 8-(4212)-98-05-91, e-mail: genova7@mail.ru; *Ракицкая Елена Викторовна* — канд. мед. наук, доцент кафедры детских болезней ДВГМУ, врач-эндокринолог Института охраны материнства и детства, тел.: 8-(4212)-98-05-91; *Учакина Раиса Владимировна* — доктор биол. наук, профессор, гл. науч. сотрудник НИИ охраны материнства и детства СО РАМН, зав. лабораторией гормональных исследований, тел.: 8-(4212)-98-05-91; *Козлов Владимир Кириллович* — доктор мед. наук, профессор, засл. деятель науки, член-кор. РАМН, директор НИИ охраны материнства и детства, тел.: 8-(4212)-98-05-35.



УДК 159.9.07

В.В. Ахметова, Н.В. Говорин, Т.П. Злова

ТЕСТ «РУКА» В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ

*Читинская государственная медицинская академия,
672090, ул. Горького, 39а, тел.: 8-(3022)-32-00-85, e-mail: macadem@mail.chita.ru, г. Чита*

В последние годы в литературе все чаще обсуждается проблема негативного влияния различных социальных факторов на формирование личности ребенка. При этом в качестве предиктора аномально-личностных свойств и девиантных форм поведения у детей рассматривается материнская депривация [3].

Отмечено, что дети, воспитывающиеся в условиях сиротских учреждений, характеризуются склонностью к делинквентности, алкоголизации, наркотизации, высоким уровнем возбудимости, импульсивности и агрессивности [12]. Кроме того, дети-сироты в большей степени, чем их обычные сверстники, подвержены тревожности, страхам, депрессии и аутоагрессии [8].

Ю.А. Музаевой (2006) доказано наличие социально-психологических особенностей, обуславливающих развитие девиантного поведения у детей-сирот: деструктивной линии решения конфликтных ситуаций, трудностей в построении межличностных отношений, низкого уровня самоконтроля и др. [6]. Детям, воспитывающимся в интернатных учреждениях, необходимо адаптироваться к большому числу людей, у них не удовлетворены многие социальные и эмоциональные потребности, поэтому зачастую они стараются самоутвердиться посредством

нарушения социальных норм [8]. О роли микросоциальной среды в генезе девиантного поведения подростков свидетельствуют также работы О.Г. Сыропятова и соавт. (1996), О.П. Карповой (1998), В.В. Слюсарь и соавт. (1999), Е.В. Костюхиной (2005), Е.В. Демидовой (2008) и др. Авторы отмечают высокую распространенность зависимости от психоактивных веществ, гетероагрессию и криминальное поведение у подростков из социально-неблагополучных семей, в том числе родители которых лишены прав, и у подростков — воспитанников интернатных учреждений [4, 5, 7, 10].

Проведенные сотрудниками кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской медицинской академии сплошные клинико-эпидемиологические исследования воспитанников детских домов г. Читы показали, что 83% детей-сирот имеют психические отклонения, среди которых преобладают когнитивные расстройства и нарушения поведения [2]. При этом следует отметить высокую распространенность у обследуемых агрессивных тенденций [1].

Целью настоящего исследования было определение личностных особенностей детей-сирот при помощи экспериментально-психологической методики «Рука». Впер-