

щихся, находящихся в разных группах по положению в системе личных взаимоотношений.

Таким образом, можно сделать вывод, что прямой зависимости между успеваемостью школьника и его местом в системе личных взаимоотношений не существует.

## **ВЛИЯНИЕ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ.**

***Г.И. Литвак***

Научный руководитель - д.м.н. ***Л.Ф. Можейко***  
*Белорусский государственный медицинский университет*

Цель: изучить влияние подросткового возраста на течение беременности, родов и состояние здоровья новорожденных.

Методика: клиническое обследование 78 женщин в возрасте 13-18 лет, включая определение гормонов крови, иммунологическое, ультразвуковое исследования, оценку состояния новорожденных.

Результаты: из 78 обследуемых 82,7% являлись учащимися школ и средних специальных учебных заведений, у 46,5% брак был не зарегистрирован, а 92% замужних вступили в брак после наступления беременности. У 8% в анамнезе отмечен искусственный аборт. Среди соматической патологии, которая наблюдалась у 91,2% беременных, преобладала патология мочевыделительной, сердечно-сосудистой, эндокринной систем, а также их сочетание. Практически у всех обследованных женщин наблюдалось осложненное течение беременности: у 54,2%- угроза прерывания беременности, у 58%- беременность протекала на фоне анемии, у 19,6%- был выявлен гестоз, у 14,7% беременность закончилась преждевременными родами. Течение родов было осложненным у 73,5% женщин: несвоевременное излитие околоплодных вод- 32%, слабость родовой деятельности- 29,4%, внутриматочная гипоксия плода- 16% и прочие. Оперативное родоразрешение применялось в 15,6% случаев. В удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар родились 52% новорожденных, в состоянии гипоксии- 48%, в том числе тяжелая степень наблюдалась у 7,7% детей. Из обследованных нами - 42% новорожденных переводились на второй этап долевания и выхаживания в специализированное отделение.

Выводы: беременность и роды в подростковом возрасте представляют угрозу для здоровья матери и ребенка, что требует тщательного обследования и наблюдения за течением всего гестационного периода для своевременной коррекции выявленных нарушений.

## **ДЕРМАТОГЛИФИКА, КАК МАРКЕР ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**

***С.Н. Литвинович***

Научный руководитель – к.м.н. ***С.А. Сидорович***  
*Гродненский государственный медицинский университет*

Известно, что кожа происходит из тех же самых эмбриональных зачатков, что и нервная система, ее узоры можно считать оригинальным маркером морфологической организации мозга. Узоры гребневой кожи закладываются на тринадцатой неделе внутриутробного развития организма и никогда уже не меняются. Общность эмбрионального происхождения кожи и нервной системы служит гарантом адекватности дерматоглифических данных в изучении мозга. За кожными узорами стоят сложные процессы роста и дифференцировки тканей в период онтогенеза.

К сожалению, никаких прямых параллелей между дерматоглифами и параметрами морфологической организации нервной системы до сих пор не получено. Однако накоплено немало косвенных данных, позволяющих считать дерматоглифический подход адекватным в изучении мозга человека. Часть из них получена в клинических наблюдениях, многолетний опыт которых показывает, что отклонения в характере волярного узора всегда сопровождаются нарушениями морфогенеза центральной нервной системы .

Целью нашей работы было изучение симметричности расположения пальцевых узоров на пальцах обеих рук у здоровых и больных детским церебральным параличом.

При сопоставлении симметричности расположения папиллярных узоров оказалось, что у больных ДЦП полное соответствие дактилотипов правой и левой руки наблюдается в 45,9% случаев (у здоровых – в 23,3%,  $p < 0.01$ ). В таблице представлен процент совпадения узоров по каждому пальцу правой и левой рук у больных ДЦП и здоровых.

Таблица

Процент совпадения узоров по каждому пальцу у больных ДЦП и здоровых

Пальцы	Больные n=37	Здоровые n=1472
1 на прав. руке соответствует 1 на лев	83,78	71,67
2 на прав. руке соответствует 2 на лев	56,76	59,04
3 на прав. руке соответствует 3 на лев	83,78	70,24
4 на прав. руке соответствует 4 на лев	91,89*	74,46
5 на прав. руке соответствует 5 на лев	97,3*	86,35

\* - отличие от здоровых,  $p < 0.05$

Процент совпадения узоров по четырем пальцам обеих рук (1,3,4,5) у больных ДЦП 64,9% (у здоровых 37,4%,  $p < 0,001$ ), а по (2,3,4,5) у больных ДЦП 51,4% (у здоровых 29,3%,  $p < 0,01$ ). Соответствие узоров правой и левой рук по трем пальцам (3,4,5) у больных ДЦП 78,4% (у здоровых 49,6%,  $p < 0,001$ ), по двум (4,5) у больных ДЦП 89,2% (у здоровых 64,5%,  $p < 0,001$ ).

Таким образом, наличие достоверных отличий в симметричности расположения узоров на правой и левой руках у больных ДЦП, по сравнению со здоровыми, по-видимому, указывает на врожденный характер данной патологии и может использоваться как маркер для формирования групп риска по данной патологии.

## ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ В ПУЛЬПОВОЙ КАМЕРЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОТОПОЛИМЕРИЗАЦИОННОЙ ЛАМПЫ

*О.Г. Мальковец, Е.Я. Тимчук*

Научный руководитель – *Е.Н. Терещенко*

*Белорусский государственный медицинский университет*

Во время препарирования на все ткани зуба оказывается воздействие ряда факторов. Среди которых следует отметить следующие:

- глубина препарированной полости,
- форма и скорость вращения инструмента,
- материал, из которого изготовлен инструмент,
- величина и направление давления, оказываемого на режущий инструмент,
- количество влаги в операционном поле,
- вид иссекаемой ткани (т.е. эмаль или дентин),
- продолжительность контакта инструмента с тканью.

Особенно чувствительной к внешним воздействиям является пульпа зуба.

Целью нашего исследования было определить возможность повышения температуры в пульпарной камере в процессе проведения фотополимеризации.

Материалы и методы.

Для исследования отпрепарировали кариозную полость первого класса по Блэку в удаленном первом моляре нижней челюсти. Корневую часть зуба срезали на уровне верхней трети корня, был создан доступ в камеру пульпы для введения датчика термометра (вольтметр В 7-27А). Аппарат был подготовлен Лакиним Николаем Алексеевичем, сотрудником кафедры медицинской и биологической физики.

Первоначально измеряли температуру в камере пульпы зуба с толщиной надпульпарного слоя 2,7 мм. Измерения проводили при комнатной температуре. Датчик термометра вводили в