

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зайцев, Е. М.* Эпидемический процесс и вакцинопрофилактика коклюша / Е. М. Зайцев // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 2013. — № 3. — С. 104–112.
2. *Фисенко, Е. Г.* Иммуноструктура к коклюшу среди детского населения г. Минска / Е. Г. Фисенко, В. А. Логотько, И. Н. Глинская // Медицинский журнал. — 2012. — № 3. — С. 128–131.
3. Персистенция бактерии *Bordetella pertussis* и возможный механизм ее формирования / Г. И. Каратаев [и др.] // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 2015. — № 6. — С. 114–121.
4. Состояние специфического иммунитета к коклюшу в разных возрастных группах детей / А. А. Басов [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2015. — Т. 14, № 3 (82). — С. 84–88.
5. *Тюкавкина, С. Ю.* Коклюш: эпидемиология, биологические свойства *Bordetella pertussis*, принципы лабораторной диагностики и специфической профилактики / С. Ю. Тюкавкина, Г. Г. Харсеева // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2014. — Т. 19, № 4. — С. 5–59.

УДК 616.831.38-008.844.1-053.3

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ГИДРОЦЕФАЛИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Малашкова В. Н., Красова О. Е.

Научный руководитель: ассистент *Н. В. Николаенко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гидроцефалия — это полиэтиологическое заболевание, характеризующееся расширением ликворосодержащих полостей, за счет уменьшения объема вещества головного мозга, в результате нарушения ликвородинамики и избыточного накопления спинномозговой жидкости. Причиной гидроцефалии могут быть врожденные пороки развития головного мозга, а также разнообразные его поражения в внутриутробном периоде, интранатально или в постнатальном периоде [2].

Гидроцефалия является распространенным заболеванием нервной системы. Согласно статистическим исследованиям, врожденная гидроцефалия составляет 3–4 случая на 1 тыс. родившихся детей. Прогрессирующее течение приводит к тяжелым неврологическим и психическим дефектам, а в дальнейшем — к инвалидизации с утратой трудоспособности [1].

Цель

Проанализировать предрасполагающие факторы у новорожденных, находившихся на стационарном лечении учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница».

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 50 медицинских карт стационарного больного с диагнозом «Гидроцефалия. Гидроцефальный синдром», находившихся на лечении в неврологическом отделении «Гомельская областная детская клиническая больница» за 2012 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Для выявления факторов, предрасполагающих к развитию гидроцефалии, было изучено состояние здоровья матери во время беременности. Проведенный нами анализ акушерско-гинекологического анамнеза показал значительные отклонения в течении беременности. Так, беременность, в большинстве случаев, протекала на фоне инфекций, различной этиологии — 27 (54 %), угрозы прерывания 18 (36 %), анемии 9 (18 %), эрозии шейки матки в 6 (12 %). В единичных случаях отмечались гестоз, эпилепсия, диффузный зоб. Без патологии течение беременности наблюдалось в 12 (24 %). В гендерной структуре преобладали мальчики 33 (66 %), по сравнению с девочками 17 (33 %). Среди новорожденных большинство составили доношенные дети со сроком гестации более 37 недель 38 (76 %); менее 37 недель 9 (18 %), более 41 недель (6 %). Родоразрешение проводилось через естественные родовые пути в 29 (58 %) случаях, путем операции кесарево сечения 21 (42 %). Наиболее часто гидроцефалия наблюдалась у детей с массой тела при рождении 2500–3990 г 36 (72 %); от 2499–1500 г 3 (6 %), менее 1500 г 5 (10 %), более 4000 г 6 (12 %). Проведенный нами анализ показал, что 37 (74%) новорожденных перенесли умеренную асфиксию, 3 (8 %) асфиксию тяжелой степени, лишь у 9 (18 %) детей оценка по шкале Апгар была более 8 баллов.

Выводы

Таким образом, результаты наших исследований показывают, что гидроцефалия чаще встречалась у доношенных детей (в половой структуре преобладали мальчики), рожденных в срок, через естественные родовые пути, с массой тела при рождении более 2500 г. Была отмечена прямая зависимость между развитием гидроцефалии и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом матери (в 76 % была выявлена патология беременности, среди которой преобладали перенесенные инфекции в период беременности), перенесенной асфиксией при рождении 82 %, что непосредственно влияет на созревание и функционирование клеток нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ратнер, А. Ю. Неврология новорожденных: научное издание / А. Ю. Ратнер. — 3-е изд. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. — 368 с.
2. Ткаченко, А. К. Неонатология: учеб. пособие / А. К. Ткаченко, А.А. Устинович. — Минск: Выш. шк., 2009. — 496 с.

УДК 617.586-007.5-089.2

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

Малиновская А. Е., Жеребков Д. А.

Научный руководитель: ассистент Г. В. Дивович

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Врожденная косолапость занимает 36 % врожденных заболеваний опорно-двигательной системы и характеризуется сложной комбинированной деформацией стоп с многообразием клинических форм. В Гомельской области на 1585 новорожденных встречается 1 ребенок с врожденной косолапостью [1]. Врожденная косолапость у детей до 5 лет имеет тенденцию к постоянному рецидивированию. По данным различных авторов процент рецидивов после первичного лечения составляет от 20 до 70 % [2]. В настоящее время общепризнанным «золотым стандартом» в лечении косолапости является метод Игнасио Понсети, применяемый в Гомельской области с 2010 г. При лечении детей этим способом рецидивы характеризуются менее тяжелыми деформациями стоп, а частота рецидивирования не превышает 30 % [3].

В настоящем исследовании проведен анализ лечения детей с врожденной косолапостью по методике И. Понсети на базе травматолого-ортопедического отделения Гомельской областной клинической больницы с 2010 по 2015 гг.

Цель

Оценить результаты первичного лечения врожденной идиопатической косолапости, выявить частоту рецидивов заболевания и проанализировать причины возникновения рецидивов.

Материал и методы исследования

В Гомельской областной клинической больнице с 2010 по 2015 гг. проведено лечение 44 детей (63 стопы) с врожденной идиопатической косолапостью. Лечение 10 пациентов было начато в возрасте 0–1 месяц, у 13 детей — в возрасте 1–3 месяца, более позднее начало лечения (4–6 месяцев) было у 11 пациентов, в 6–9 месяцев — у 4 детей, а в возрасте 1 года и старше — в 6 случаях. При первичном лечении использовалась этапная гипсовая коррекция стоп, подкожная ахиллотомия по показаниям с послеоперационной иммобилизацией в гипсовой повязке от 4 до 8 недель. После этого проводилось ортезное лечение в ортопедических брейсах. В процессе лечения всем пациентам проводилось ультразвуковое и рентгенографическое исследование стоп и голеней в прямой и боковой проекциях. Лечение рецидивов проведено консервативно гипсовой коррекцией у 2 пациентов, остальным проводились различные операции (заднее-медиальный релиз с латерализацией сухожилия передней большеберцовой мышцы). При оперативном лечении рецидивов наблюдались хорошие результаты через 1–2 года после лечения.