

Диаметр сечения завитка улитки отличался при различном уровне повышения порога восприятия звуков: при уровне 90 дБ диаметр правой и левой улиток составил 1,8 мм; при уровне 100 дБ диаметр правой улитки — $1,69 \pm 0,33$ мм, левой улитки — $1,74 \pm 0,28$ мм; при уровне 110 дБ диаметр правой улитки — $1,61 \pm 0,14$ мм, левой улитки — $1,63 \pm 0,18$ мм; при уровне 120 дБ диаметр с обеих сторон $1,5 \pm 0,2$ мм. Достоверной разницы не выявлено ($p > 0,05$).

В возрасте от 1 до 2,5 лет диаметр сечения завитка правой улитки составил $1,58 \pm 0,25$ мм, левой улитки — $1,68 \pm 0,23$ мм; у детей старше 2,5 лет: диаметр правой улитки — $1,78 \pm 0,13$ мм; левой улитки — $1,68 \pm 0,18$ мм. Для возраста старше 2,5 лет нет возрастной зависимости диаметра сечения завитка правой и левой улитки. Отмечается увеличение диаметра сечения завитка правой улитки по сравнению с возрастной категорией от 1 до 2,5 лет, однако оно оказалось недостоверным.

С целью реабилитации слуха в улитку устанавливается кохлеоимплант. Размер вводимой внутренней части кохлеарного имплантата по данным Neurelec составляет: длина электродов 25 мм; диаметр основания 1,05 мм, верхушки 0,5 мм [3]. При размерах улитки меньше диаметра внутренней части кохлеоимпланта установить его будет невозможно, как и в случаях прорастания кости в улитке. Поэтому, исследование МСКТ улитки является обязательной частью подготовки пациента для кохлеоимплантации.

Выводы

1. Пороги восприятия звуков не имеют достоверной зависимости от диаметра сечения завитка улитки.
2. Диаметр сечения завитка улитки определяется не возрастными рамками, а индивидуален для каждого человека.
3. Для определения противопоказаний для кохлеоимплантации необходимо исследование МСКТ улитки.

ЛИТЕРАТУРА

1. URL: www.lorvrach.ru.
2. Синельников, Р. Д. Атлас анатомии человека / Р. Д. Синельников, Я. Ф. Синельников, А. Я. Синельников // Новая волна, 2010. — Т. 4. — 344 с.
3. URL: www.neurelec.com.

УДК 616.98:578.828НIV-036.22-053.2(476.2) «2017/2019»

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, РОДИВШИХСЯ В ПЕРИОД 2017–2019 ГГ.

Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л.

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

Введение

В мире, согласно глобальной статистике Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), живет более 36 млн человек, инфицированных ВИЧ, в т. ч. 2,1 млн детей.

Беларусь достигла значительных результатов в области профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. В июне 2016 г. в Нью-Йорке (США) постоянному представителю Беларуси при ООН вручили свидетельство Всемирной организации здравоохранения, фиксирующее, что в Беларуси официально подтверждено предотвращение передачи от матери к ребенку ВИЧ-инфекции и сифилиса [1].

На сегодняшний день 114 детей с диагнозом «ВИЧ-инфекция» состоят на учете в областном консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы и получают антиретровирусную терапию. По данным проводимых ранее исследований, возраст установления ВИЧ статуса у детей составляет 2,1 (1,1–4,3) года. В случаях установления диагноза ВИЧ-инфекции на первом году жизни возраст составляет 0,6 (0,5–0,9) месяцев [2].

Цель

Провести анализ клинических и эпидемиологических особенностей у ВИЧ-инфицированных детей в Гомельской области, родившихся в период 2017–2019 гг.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 6 медицинских карт и карт эпидемиологического расследования ВИЧ-инфицированных детей, состоящих на учете в областном консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы, которые родились в период с 2017 по 2019 гг.

Согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией» от 01.06.2017 № 41 диагностика ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 18 месяцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, основывается на выявлении провирусной ДНК ВИЧ методом ПЦР. Исследование крови на выявление провирусной ДНК ВИЧ методом ПЦР выполняют в возрасте 2–5 дней, 8–10 недель и 4 месяца. По достижению ВИЧ-экспонированным пациентом возраста 18 месяцев лабораторные исследования выполняют по стандартному алгоритму диагностики ВИЧ-инфекции [2].

Стадию ВИЧ-инфекции выставляли в консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД. Для оценки стадий заболевания использовалась клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей до 15 лет (ВОЗ, 2012 г.).

Описания значений возраста представлено в виде Ме и интерквартильного размаха (25; 75%).

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2017 по 2019 гг. было взято на учет в областном консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы 6 ВИЧ-инфицированных детей (с вертикальным путем передачи, родившихся в 2017–2019 гг.).

Возраст установления ВИЧ статуса в обследованной группе составил 4 (3,8) месяца.

Полную антиретровирусную профилактику для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду получили 2 ребенка (33 %). Согласно проведенному анализу карт эпидемиологического расследования, можно выделить следующие основные причины отсутствия полной антиретровирусной профилактики для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду: 1) низкая приверженность женщины к приему антиретровирусных средств (нерегулярный прием); 2) употребление женщиной во время беременности наркотических веществ; 3) поздние сроки взятия на учет по беременности в женской консультации (в сроке 30–31 неделя) и письменный отказ от оперативного родоразрешения.

Среди ВИЧ-инфицированных детей, родившихся в 2017–2019 гг. на момент установления диагноза ВИЧ-инфекции, по одному ребенку (17 %) находились в 1 и 4 клинических стадиях заболевания. У ребенка с 1 клинической стадией ВИЧ-инфекции заболевание протекает в бессимптомной форме. Основной значимой оппортунистической инфекцией у ребенка в 4 стадии заболевания была пневмоцистная пневмония в сочетании с бактериальной пневмонией. Одинаковое количество детей (по 2 ребенка, 33 %) были отнесены ко 2 и 3 клиническим стадиям ВИЧ-инфекции. Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей в виде среднего отита наблюдались у детей со 2 стадией заболевания. Наличие у детей бактериальной пневмонии определяло 3 клиническую стадию заболевания.

В большинстве случаев (50 %, 3 ребенка) у детей из данной группы наблюдения при установлении диагноза ВИЧ-инфекции наблюдался незначительный уровень иммунодефицита. Выраженный иммунодефицит имели 33 % детей (2 ребенка) и у одного ребенка (17 %) уровень иммунодефицита был умеренным.

Выводы

Несмотря на комплекс проводимых мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в области продолжают рождаться дети с ВИЧ-инфекцией.

Возраст установления ВИЧ статуса у детей, родившихся в 2017–2019 гг., (обследованы согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией» от 01.06.2017 г.) составил 4 (3;8) месяца. Полную антиретровирусную профилактику для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду получили только 2 ребенка (33 %). В большинстве случаев (50 %, 3 ребенка) у детей из этой группы наблюдения при установлении диагноза ВИЧ-инфекции наблюдался незначительный уровень иммунодефицита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Технический отчет для Министерства здравоохранения, Беларусь, в области валидации элиминации передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку. — Минск, 2016. — 51 с.
2. Анищенко, Е. В. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции у детей в Гомельской области [Электронный ресурс] / Е. В. Анищенко, Е. Л. Красавцев // Современные аспекты здоровьесбережения: сб. материалов юбил. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 55-летию мед.-проф. фак-та УО БГМУ, Минск, 23–24 мая 2019 г. / под ред. А. В. Сикорского, А. В. Гиндюка, Т. С. Борисовой. — Минск, 2019. — С. 417–420. — 1 диск (CD-ROM).
3. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией»: утв. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 41 от 01.06.2017. — Минск, 2017. — 134 с.

УДК 616.718.49-001.6-072.1

ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

Астапенко А. И., Козлов А. В., Артюшков Е. Л., Примак А. Н.

Учреждение

**«Гомельская областная детская клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Коленный сустав — один из объектов наиболее пристального внимания в травматологии детского возраста. Сложность анатомического строения и биомеханики, плохая защищенность мягкими тканями, большие нагрузки в статике и динамике — вот те характерные особенности, которые обуславливают высокую частоту его повреждений. Травмы этой локализации у детей, по данным разных авторов, составляют 10–25 % от числа повреждений опорно-двигательной системы, острый вывих надколенника составляет около 10 % от всей травмы коленного сустава [1].

Значительная доля пациентов с травмой коленных суставов получают первичную медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Ограничение диагностических возможностей травматологических пунктов и поликлиник приводит к постановке «приблизительного» диагноза. Стандартное лечение (гипсовая иммобилизация, купирование явлений гемартроза, физиотерапевтическое лечение (ФТЛ), реабилитация) приводит к тому, что до 25 % (при вывихах надколенника этот показатель достигает 70 %) детей из-за неустраненных травм возвращается с рецидивами гемартроза и хроническим синовитом, что затягивает восстановительный период, приводит к необходимости дополнительного диагностического обследования и отдаляет сроки возврата пациентов к прежнему образу