

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.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 44 леченых пациентов (63 стопы) мальчиков было 28, девочек — 16. Правосторонняя косолапость — 13 случаев (мальчики), 9 случаев (девочки). Левостороннее поражение — мальчиков 5, девочек 4. Двусторонняя деформация — 10 мальчики и 3 девочки.

Рецидивы выявлены у 12 пациентов — 27 % от общего количества детей и 19 % от общего числа стоп с косолапостью.

Выявлено также, что рецидивы у 3 пациентов возникли на фоне полного отсутствия брейсового лечения, у 6 пациентов брейсы использовались периодически, и только у 3 детей родители добросовестно соблюдали брейсовый режим.

По половой принадлежности случаи рецидивов распределились следующим образом: 7 (58 %) мальчиков и 5 (42 %) девочек то есть у мальчиков рецидивы сформировались в 1,4 раза чаще, чем у девочек.

Показательной является оценка результатов коррекции в соответствии со сроками начала лечения детей с врожденной косолапостью (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение случаев рецидивов косолапости в зависимости от сроков начала лечения

Возрастные группы начала лечения	0–1 месяц	1–3 месяца	3–6 месяцев	6–9 месяцев	После 1 года
Общее количество пациентов	10	13	11	4	6
Число рецидивов	0	6 (46 %)	1 (9,1 %)	1 (25 %)	4 (66,7 %)

Исходя из таблицы 1, видно, что в случаях раннего начала лечения косолапости с рождения рецидивы отсутствуют. При задержке начала лечения в 1–3 месяца развиваются рецидивы, причем число их значительно. Следует заметить, что в случаях начала лечения в 1–3 месяца выполнялась стандартная схема лечения по И. Понсети с применением 3–4-недельного гипсования после ахиллотомии. Мы увеличили срок гипсовой иммобилизации до 6–8 и более недель (как и в случаях более позднего начала лечения) с целью профилактики рецидивов. Значительное число рецидивов при позднем начале лечения, особенно после 1 года, обусловлено грубыми анатомическими изменениями в стопах, формирующимися к возрасту начала ходьбы.

Рецидивы развились в возрасте от 1 года до 3 лет у 6 (50 %) человек, в 4–5 лет — у 3 (25 %) пациентов, после 5 лет — в 3 (25 %) случаях.

Случаи рецидивов врожденной косолапости по стороне поражения характеризуются в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение случаев рецидивов косолапости по стороне поражения

Сторона поражения	Односторонняя косолапость		Двусторонняя косолапость
	правосторонняя	левосторонняя	
Число рецидивов	4	0	8

Количество рецидивов при двусторонней косолапости составило 66,7 % (8 случаев из 12), рецидивы при одностороннем варианте косолапости составили 33,3 % (4 случая). При двусторонней косолапости у пациентов ни в одном случае не было двустороннего рецидивирования, рецидивы сформировались только односторонние справа. При односторонней патологии рецидивы выявлены только при правостороннем варианте патологии. Случаев рецидивов левосторонней косолапости выявлено не было.

Выводы

1. По результатам исследования рецидивы врожденной косолапости возникают у 27 % пациентов и в 19 % деформированных конечностей.

2. У мальчиков рецидивы формируются в 1,4 раза больше, чем у девочек. У детей с двусторонней косолапостью рецидивы встречаются чаще, чем при одностороннем варианте патологии, причем рецидивировать косолапость преимущественно с одной стороны.

3. При первичном лечении малый срок иммобилизации (3–4 недели) после ахиллотомии способствует увеличению количества рецидивов, целесообразно при иммобилизации конечности увеличить срок до 6–8 недель даже в раннем возрасте детей.

4. Одним из важнейших причинных факторов развития рецидивов врожденной косолапости является несоблюдение родителями протокола ношения брейсов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дейкало, В. П. Эпидемиология врожденной косолапости среди детского населения Гомельской области / В. П. Дейкало, Г. В. Дивович // реценз. науч.-практ. журнал «Новости хирургии»: Т. 22, № 2. — 2014. — С. 209–211.

2. Клычкова, И. Ю. Врожденная косолапость / И. Ю. Клычкова, М. П. Конюхов / Ортопедия: национальное руководство / И. Ю. Клычкова, М. П. Конюхов; под ред. С. П. Миронова и Г. П. Котельникова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — Гл. 6. — С. 192–204.

3. Ponseti, I. V. Congenital Clubfoot Fundamental of treatment / I. V. Ponseti. — Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 1996. — 140 p.

УДК 616.2:314.44

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НАРОВЛЯНСКОГО РАЙОНА ЗА 2009–2013 гг.

Малиновская И. В.

Научный руководитель: к.х.н. *А. Г. Сыса*

Учреждение образования

«Международный государственный экологический институт имени А. Д. Сахарова»
Белорусского государственного университета
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Болезни органов дыхания в настоящее время являются актуальной клинической, и социальной проблемой. По данным медицинской статистики этот класс болезней является наиболее распространенной патологией в структуре общей и первичной заболеваемости взрослого и детского населения Республики Беларусь [1]. Актуальность проблемы заболеваний органов дыхания состоит в том, что они формируют весьма высокие уровни заболеваемости, инвалидности и смертности населения, оставаясь в то же время потенциально предотвратимыми.

Значительная распространенность заболеваний респираторной системы обусловлена не только недостаточным иммунологическим опытом, но и отрицательным воздействием загрязнения воздушной среды и внутрижилищного воздуха, особенно в мегаполисах и промышленных районах.

Цель

Изучить особенности заболеваемости болезнями органов дыхания населения Наровлянского района Гомельской области за период с 2009 по 2013 гг.

Материал и методы исследования

На основании информации о числе случаев заболеваний болезнями органов дыхания, полученной из Центра гигиены и эпидемиологии г. Наровли за 2009–2013 гг., были рассчитаны показатели динамики первичной и общей заболеваемости взрослого и детского населения.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре общей заболеваемости детского населения болезнями органов дыхания наибольший удельный вес имели острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей 91 % в 2009 г. и 90 % в 2013 г. Удельный вес хронических болезней миндалин и аденоидов за изучаемый период увеличился с 1,4 до 2 %. Доля прочих заболеваний органов дыхания, таких как аллергический ринит, хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит, хронический и неуточненный бронхит, эмфизема легких и др., возросла с 2 % в 2009 г. до 3 % в 2013 г.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения болезнями органов дыхания наибольший удельный вес имели острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей —