

отношениях с членами семьи, выбор друга) — 24,7 %, на уверенность в себе (замкнутость, чувство вины, трудность в установлении коммуникаций) — 16,5 %, на умение справляться с жизненными невзгодами (уверенность в жизненной стойкости) — 12,4 %;

3) с принятием жизненно важных решений: не связывать свою жизнь с человеком, употребляющим алкоголь и не терпеть ситуацию злоупотребления алкоголем в своей семье — 24,7 %, сконцентрироваться на достижениях — 6,2 %.

Респонденты давали следующие советы тем, кто проживает в подобной ситуации:

— бороться с этой ситуацией (разговаривать, мотивировать на лечение, быть рядом, постараться проявлять сочувствие) — 21,6 %; расстаться с человеком, злоупотребляющим алкоголем (уйти из семьи, переехать,) — 21,6 %.

Следует отметить, что у 13,4 % участников интервью было выявлено отрицательное отношение к алкоголю, причем участники отметили, что не употребляют алкогольные напитки вообще.

Планируется дальнейшее исследование психологических особенностей взрослых детей, выросших в семьях со злоупотреблением алкоголя в целях использования результатов в психопрофилактической работе и психотерапевтической работе (как индивидуальной, так и групповой) данной категории людей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что влияние алкогольной зависимости 1-го из членов семьи оказывает негативное воздействие на психологическое и психосоматическое здоровье детей, проживающих в таких условиях. Причем воздействие имеет отсроченный характер, так как, становясь самостоятельными, взрослые дети испытывают переживания, связанные с неразрешенными психологическими проблемами, что снижает адаптивность в социуме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мировая статистика здравоохранения 2010 год. — М.: Всемирная организация здравоохранения, 2010. — 177 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Психология поведения жертвы / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2006. — С. 100.
3. *Kearns-Bodkin, J. N. Relationship Functioning Among Adult Children of Alcoholics / J. N. Kearns-Bodkin, K. E. Leonard // Journal Studing Alcohol and Drugs. — 2008. — Vol. 69 (6). — P. 941–950.*
4. Гатальская Г. В., Короткевич О. А. // Психологическая помощь взрослым детям алкоголиков: международный опыт. — 2010. — № 4(26). — С. 81.
5. *Мертон, Р. Фокусированное интервью / Р. Мертон, М. Фиске, П. Кендалл. — М., 1991. — 86 с.*

УДК:616.831-053.31.036.8

ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ. ФАКТОРЫ РИСКА И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Каменюкова И. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, заведующая кафедрой А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Перинатальная энцефалопатия — это обширная группа состояний, синдромов и заболеваний нервной системы плода и новорожденного, развивающихся вследствие действия повреждающих факторов в перинатальный период. Перинатальная энцефалопатия является частым осложнением патологии беременности и родов и диагностируется у новорожденных до 5 % случаев.

Цель

Изучить факторы, способствующие развитию энцефалопатии новорожденных, наиболее часто встречающиеся клинические синдромы, особенности физического и психомоторного развития этих детей на первом году жизни.

Материалы и методы исследования

Был проведен анализ 100 медицинских карт стационарного больного новорожденных детей с энцефалопатией новорожденных, находящихся в отделении новорожденных с поражением ЦНС У «Гомельская областная детская клиническая больница» с января по март 2009 г., а также 29 историй развития ребенка (форма 112у) этих детей (амбулаторный этап наблюдения).

Результаты и их обсуждение

Среди данной группы детей 48 % составляли мальчики, 52 % — девочки.

98 (98 %) детей родилось от доношенной беременности, 2 % — недоношенными. У 21-й роженицы роды проводились оперативным путем, у 79 — через естественные родовые пути.

Анализируя параметры физического развития детей при рождении выявлено: массу тела при рождении менее 2500 г имели 11 (11 %) новорожденных (все были доношенными), от 2500 до 4000 г — 83 (83 %) ребенка, более 4000 г — 6 (6 %) человек. Средняя масса тела составила 3177 г. Длина тела при рождении менее 48 см отмечалась у 8 (8 %) детей, у 91 (91 %) новорожденного — более 48 см. Средняя длина тела составила 52 см. Окружность головы при рождении менее 33 см была у 18 (18 %) детей, от 33 до 36 см — у 76 (76 %) детей, у 5 (5 %) человек — более 36 см. Средняя окружность головы — 34 см. Окружность груди при рождении менее 33 см имели 33 (33 %) ребенка, от 33 до 36 см — 67 (67 %) детей. Средняя окружность груди составила 33 см.

56 (50 %) детей родилось от 1-й беременности. 27 — от 2-й, 8 — от 3-й, 4 — от 4-й, 5 детей — от 5-й беременности. Первые роды были у 66 женщин, 2-е — у 24, 3-и — у 7 женщин.

На момент рождения детей 33 женщины имели возраст до 25 лет, 51 женщина — от 25 до 35 лет, старше 35 лет было 5 женщин. В 14 медицинских картах не указан возраст матери. Возраст отца указан в 34 % случаев, из них, до 25 лет — 8 человек, от 25 до 35 — 22 и старше 35 лет — 4 мужчины.

Большое значение для здоровья будущего ребенка имеет состояние здоровья матери. У 21 (21 %) женщины отмечена патология мочевой системы в виде пиелонефрита (15 %), нефропатии (4 %), мочекаменной болезни (2 %); у 10 женщин — сердечно-сосудистой системы: вегето-сосудистая дистония — в 6 % случаев, артериальная гипертензия — в 3 %, миокардиодистрофия — в 1 % случаев. 5 женщин имели патологию щитовидной железы. 2 женщины страдали хроническим тонзиллитом, 1 — хроническим бронхитом. За время беременности 19 женщин перенесли ОРВИ, 2 женщины — герпетическую инфекцию. 20 женщин имели патологию половой системы: хламидиоз — 5 женщин, уреаплазмоз — 3, микоплазмоз — 3, молочницу — 2, трихомониаз — 2, кольпит — 3, эрозию шейки матки, аднексит — по 2 случая, вагинит и бактериальный вагиноз — по 1 случаю.

Среди особенностей течения настоящей беременности преобладала анемия (40 %) и угроза прерывания беременности (31 %). Нарушение фетоплацентарного кровообращения встречалось в 10 % случаев, хроническая внутриматочная гипоксия плода — в 12 %. Гестоз — у 9 женщин, истмико-цервикальная недостаточность — у 5, синдром задержки развития плода — у 4-х женщин. Гестационный сахарный диабет и водянка беременных имели место в 2 % случаев. В одном случае отмечено тазовое предлежание. Обвитие пуповины вокруг шеи было у 10 % новорожденных.

При оценке общего состояния и неврологического статуса у 45 (45 %) детей отмечалось понижение спонтанной двигательной активности, у 9 (9 %) новорожденных — повышение. Угнетение рефлексов орального автоматизма наблюдалось у 39 (39 %) детей, оживление — у 10. Вялые спинальные рефлексы отмечались у 84 (84 %) детей, оживленные — в 1 % случаев. Дистоничный мышечный тонус с тенденцией к гипертонусу отмечен у 22 (22 %) детей, к гипотонусу — у 44 (44 %) новорожденных. «Пяточные» стопы имели 24 (24 %) ребенка, «паретичные» кисти — 12 (12 %) детей, непостоянный тремор конечностей — 9 (9 %), детей крик по принуждению — 11 (11 %) детей, тремор подбородка, симптом «заходящего солнца» наблюдались по 3 % каждый. У 84-х

новорожденных энцефалопатия имела токсико-гипоксический генез, у 14 — гипоксически-травматический, у 2-х детей — смешанный.

По данным медицинской документации амбулаторного этапа (форма 112у) средняя масса тела детей, перенесших энцефалопатию новорожденного, к году составила 10180 г, средняя длина тела — 76 см, средняя окружность головы — 45 см, среднее количество зубов к году составило 5.

Психомоторное развитие детей на первом году жизни соответствовало возрасту у 24 (82,75 %) детей. Задержка психомоторного развития к году отмечалась у 5 (17,25 %) детей. В течение первых 3-х месяцев жизни гипертензионный синдром наблюдался у 5 (17,25 %) детей. Синдром двигательных нарушений на протяжении первого полугодия жизни сохранялся у 7 (24,13 %) детей, синдром нервно-рефлекторной возбудимости — у 3 (10,34 %) детей. Дистония мышечного тонуса отмечалась у 13 (44,82 %) детей, нормализация которого произошла к пятому месяцу жизни. Средний возраст, в котором дети начали сидеть — 7 мес., стоять — 9 мес., говорить — 11 мес., ходить — 11 мес.

У детей, перенесших энцефалопатию новорожденных, часто развивались острые респираторные инфекции. У 18 (62,06 %) детей за первый год жизни отмечалось 3 эпизода заболевания, у 4 (13,79 %) человек — до 6 ОРЗ за год, только 7 (24,13 %) детей не болели на первом году жизни респираторными инфекциями. Среди фоновых заболеваний чаще встречались: атопический дерматит — 8 (27,58 %) человек, дисплазия тазобедренных суставов — у 7 (24,13 %) человек, железодефицитная анемия — у 4 (13,79 %) человек.

Таким образом, перинатальная энцефалопатия чаще встречается у детей, рожденных от первой беременности, первых родов. Детей, матери которых страдают микробно-воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, острой респираторной инфекцией во время беременности, анемией. Возраст родителей, родоразрешение, физическое развитие новорожденных не играют существенной роли в развитии перинатальной энцефалопатии. Основными клиническими проявлениями болезни является синдром угнетения: снижение спонтанной двигательной активности, угнетение рефлексов спинального и орального автоматизма, снижение мышечного тонуса.

У большинства детей, перенесших энцефалопатию новорожденных, психическое и физическое развитие к концу 1-го года жизни не отстает от сверстников.

Дети, перенесшие энцефалопатию новорожденных, часто болеют острыми респираторными инфекциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев, Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. — М.: Триада-Х., 2000. — 640 с.
2. Пальчик, А. Б. Современные представления о перинатальной энцефалопатии / А. Б. Пальчик // Рос. Педиатрический Журнал. — 2001. — № 1. — С. 31–35.

УДК 616-078:579

ФОРМИРОВАНИЕ БИОПЛЕНОК КЛИНИЧЕСКИМИ И МУЗЕЙНЫМИ ШТАММАМИ БАКТЕРИЙ IN VITRO

Капустина Ю. П., Пацукова О. П., Хлебосолова А. Н.

Научные руководители: к.б н., доцент Н. И. Шевченко.; ассистент Ю. И. Ярец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На протяжении многих лет микробиология развивалась на основе исследований чистой культуры. Однако, в настоящее время доказано, что большинство микроорганизмов в есте-