

диагностики ФПН, а снижение удельной площади капиллярного русла ворсин следует считать одним из ведущих звеньев в патогенезе синдрома ФПН.

Литература

1. Савельева, Г. М. Плацентарная недостаточность / Г.М. Савельева, М.В. Федорова – Москва: «Медицина», 1991.
2. Малевич, Ю. К. Фетоплацентарная недостаточность / Ю.К. Малевич, В.А. Шостак – Минск, 2007.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ
ПАТОЛОГИИ СЛУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Алещик И. Ч., Хоров О.Г., Марицунь Д.Н., Лопухова А.П.,
Леменовская П.А.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Тугоухость – наиболее часто встречаемое моногенно наследуемое заболевание в Беларуси [2]. В России насчитывается более 13 млн. слабослышащих, среди них на детей приходится более 1 млн. Из 1000 новорожденных 1 ребенок рождается с глубокой тугоухостью или глухотой. Кроме того, в течение первых 3 лет жизни тугоухость появляется еще у 2-3 детей [3]. Выделяют следующие факторы риска развития нейросенсорной тугоухости и глухоты среди новорожденных: возраст матери старше 35 лет; беременность на момент родов менее 30 недель; масса ребенка при рождении до 1500 граммов; генетические нарушения слуха (у родителей, близких родственников); инфекции из группы TORCH (цитомегалия, краснуха, токсоплазмоз, герпес), сифилис; асфиксия при рождении; кровотечения, приводящие к тяжелой анемии; патологические состояния новорожденных, угрожающие развитием билирубиновой энцефалопатии; нахождение на искусственной вентиляции легких >48 часов; нахождение в инкубаторе более 10 дней; поражения центральной нервной системы; гестоз II-III степени (во II и III триместре); прием ототоксических препаратов; врожденные пороки развития у новорожденного. Все эти факторы не одинаково часто могут приводить к врожденной патологии слуха. В литературе имеются данные о наиболее частых и важных факторах [1], а именно: генетические

нарушения (у родителей и близких родственников) – 28%, недоношенность – 28%, родовая патология – 28%, перинатальная энцефалопатия – 21%, масса ребенка при рождении меньше 1500 кг – 21%, внутриутробная инфекция – 14%, применение ототоксических препаратов у ребенка – 14%, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность – 7%. Мы решили изучить данную проблему и определить наиболее вероятные и чаще встречаемые факторы риска развития тугоухости и глухоты.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости факторов риска развития тугоухости и глухоты у новорожденных.

Материалы и методы. Изучены результаты анкетирования родителей детей, страдающих тяжелыми формами нейросенсорной тугоухости и глухотой, на базе Центра патологии слуха и речи УЗ «ГОКБ». Всего было опрошено 108 женщин.

Полученный материал обработан методом статистического анализа.

Результаты исследования. Среди детей мальчики составили 52 (48,15%), девочки – 56 (51,85%). Средний возраст детей на момент анкетирования составил $10,2 \pm 2,2$ года (от 1 до 19 лет). В среднем снижение слуха замечено в возрасте $1,8 \pm 0,4$ года, диагноз установлен в $2,5 \pm 0,5$ года. У 9 (8,3%) больных диагностирована 2 степень тугоухости, у 41 (38%) пациента - 3 степень тугоухости, у 58 (53,7%) детей – 4 степень тугоухости.

У 4 (3,7%) матерей возраст на момент родов был старше 35 лет. В 10 (9,26%) случаях беременность на момент родов составила менее 30 недель. В 4 (3,7%) случаях вес новорожденного составлял менее 1500 граммов. Генетические нарушения слуха у родственников: 3 (2,78%) пациента - слух нарушен у одного из родителей, 12 (11,1%) пациентов - у обоих родителей, 24 (22,2%) пациента – нарушения слуха отмечались у близких родственников. Инфекции из группы TORCH (цитомегалия, краснуха, токсоплазмоз, герпес) отмечались у беременных в 5 (4,4%) случаях, у новорожденных – в 1 (0,9%) случае. На момент родов 2 (1,85%) новорожденных имели 6 баллов по шкале Апгар, 1 (0,9%) - 5 баллов, 2 (1,85%) - 2 балла. В 6 (5,56%) случаях встречалась патологическая желтуха в раннем

постнатальном периоде. 12 (11,1%) новорожденных находились на ИВЛ более 48 часов. У 13 (12,03%) новорожденных отмечали поражение ЦНС (менингит, отек головного мозга, менингоэнцефалит). Гестоз 2-3 ст. наблюдали у 23 (21,3%) беременных. У 22 (20,4%) детей в возрасте до года использовались антибиотики из группы ототоксических. Врожденные пороки развития встречались редко: в 1 (0,9%) - челюстно-лицевая патология, в 1 (0,9%) - врожденный порок сердца.

Имели место следующие факторы риска и частота их встречаемости:

- возраст матери старше 35 лет - 4 (3,7%);
- беременность на момент родов менее 30 недель - 10 (9,26%);
- вес новорожденного менее 1500 граммов - 4 (3,7%);
- инфекции из группы TORCH у беременных - 5 (4,4%), у новорожденных - 1 (0,9%);
- менее 7 баллов по шкале Апгар - 5 (4,6%);
- патологическая желтуха в раннем постнатальном периоде - 6 (5,56%);
- нахождение на ИВЛ более 48 часов - 12 (11,1%);
- поражение ЦНС - 13 (12,03%);
- гестоз 2-3ст. - 23 (21,3%);
- применение ототоксических антибиотиков у детей в возрасте до года - 22 (20,4%);
- врожденные пороки развития у новорожденного - 2 (1,85%);
- генетические нарушения слуха у родственников: у родителей - 15 (13,9%), у близких родственников - 24 (22,2%).

Наиболее часто встречались генетические нарушения слуха у близких родственников - 24 (22,2%), гестоз 2-3ст. - 23 (21,3%), применение ототоксических антибиотиков у детей в возрасте до года - 22 (20,4%), генетические нарушения слуха у родителей - 15 (13,9%), поражение ЦНС - 13 (12,03%), нахождение на ИВЛ более 48 часов - 12 (11,1%).

Наименее редко - инфекции из группы TORCH у новорожденных - 1 (0,9%), врожденные пороки развития у

новорожденного – 2 (1,85%), возраст матери старше 35 лет – 4 (3,7%), вес новорожденного менее 1500 граммов – 4 (3,7%). Не встречались такие факторы риска, как кровотечения, приводящие к анемизации плода и новорожденного; гемолитическая болезнь новорожденных; нахождение в инкубаторе более 10 дней; применение петлевых диуретиков в неонатальном периоде у новорожденного; генетические нарушения новорожденного.

Выводы.

1. Наиболее вероятные причины развития тугоухости и глухоты – генетические нарушения слуха у близких родственников, гестоз 2-3ст., применение ототоксических антибиотиков у детей в возрасте до года, генетические нарушения слуха у родителей, поражение ЦНС, нахождение на ИВЛ более 48 часов.

2. Знание факторов риска развития тугоухости и глухоты помогает рано выявить патологию слуха и начать реабилитационные мероприятия.

Литература

1. Алгоритм комплексной оценки слуховой функции у новорожденных детей: инструкция по применению / К.У. Вильчук, Т.В. Гнедько, И.И. Паюк, С.А. Берестень, О.А. Копылович // Минск, 2008. – 14 с.

2. Маркова, Т.Г. Практика медико – генетического консультирования при врожденной и ранней детской тугоухости. / Т.Г. Маркова, А.В. Поляков, Н.Л. Кунельская // Вестник оториноларингологии. - 2008. - № 5. – С. 18–22.

3. Таварткиладзе, Г.А. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни / Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. – М.: Экзамен, 2005. – 128 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ УШНОГО ШУМА У ДЕТЕЙ

Алещик И.Ч., Зосик Ю.В., Кринец О.О., Костюкович С.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Ушной шум – это слуховые ощущения в одном или двух ушах, возникающие при отсутствии акустического импульса в окружающей среде. Это не отдельная самостоятельная болезнь, а скорее сопутствующий симптом, как осложнение других заболеваний. Проблема ушного шума у детей сравнительно недавно начала рассматриваться иностранными авторами и имеет высокую актуальность в связи с широкой распространенностью и