

Выводы:

1. С помощью регрессионного анализа определены формулы расчета возрастных нормативов основных показателей одномерной эхокардиограммы с высокой степенью корреляции и достоверности.
2. Нормальные возрастные показатели эхокардиограммы могут быть рассчитаны с помощью стандартных вычислительных средств (ПК, калькулятор) и программ (MS Excel).

Литература:

1. Kampmann C., Wiethoff C.M., Wenzel A., Stolz G., Betancor M., Wippermann C-F., Huth R-G., Habermehl P., Knuf M., Emschermann T., Stopfkuchen H. // Normal values of M mode echocardiographic measurements of more than 2000 healthy infants and children in central Europe // Heart. – 2000. – № 83. – С. 667-672.
2. Белозеров Ю.М. Ультразвуковая семиотика и диагностика в кардиологии детского возраста. М.: Москва, 1999.
3. Клиническая ультразвуковая диагностика: Руководство для врачей: В 2 т. Т. 1 / Н.М. Мухарлямов, Ю.Н. Беленков, О.Ю. Атьков и др.; под ред. Н.М. Мухарлямова. – М.: Медицина, 1987.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЧЕРЕПА НОВОРОЖДЕННЫХ

Воробьев А. А., Лукьянова О. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.С. Околоулак

Изучение вариантной анатомии человека является актуальным направлением современной морфологии. Исследование морфометрических характеристик лицевого и мозгового отделов черепа, показание варьирования размеров изученных структур в зависимости от размера гипофизарной ямки представляется актуальным, учитывая достаточно высокую встречаемость патологий у новорожденных и детей первого года жизни.

Цель исследования - обработать и обобщить имеющиеся данные о соотношении размеров лицевого и мозгового отделов черепа с размерами гипофизарной ямки в отечественной и зарубежной литературе.

Объектом исследования послужили 11 отечественных и 3 зарубежных литературных источников.

Развитие скелета головы у зародышей человека начинается на 1-м месяце эмбриогенеза. Первая закладка появляется в затылочной области и соответствует основной части затылочной кости. Первые признаки закладок костей свода черепа появляются почти одновременно с затылочной пластинкой. Четкие границы между отдельными закладками костей появляются только после начала их окостенения (через 4-4,5 мес. от начала внутриутробного развития). Точка окостенения в составе костей лицевого черепа появляется на 9-12-й неделе внутриутробного развития.

В связи с интенсивным ростом мозга во внутриутробный период развития размеры мозгового черепа значительно превышают размеры лицевого. Их соотношение у новорождённого ребёнка составляет 8:1. Высота головы у новорождённого укладывается в длине тела четыре раза. С возрастом это соотношение меняется, т. к. рост черепа отстаёт от роста всего организма.

Анатомия черепа новорождённых имеет свои особенности: а) бугры лобных и теменных костей хорошо выражены, лобная кость состоит из двух половин,

надбровные дуги отсутствуют, лобных пазух ещё нет; б) части височной кости отделены друг от друга хорошо выраженными щелями, содержащими соединительнотканые или хрящевые прослойки, сосцевидный отросток не развит; г) малая высота лицевого черепа, т. к. недоразвиты нижняя и верхняя челюсть, нижняя челюсть состоит из двух частей, глазницы широкие, основание черепа, по сравнению со сводом, отстаёт в росте, на костях черепа не выражены мышечные бугры и линии; д) ювинильное турецкое седло имеет округлую форму, индекс сагиттальный/вертикальный размер равен единице.

Проведенный анализ литературных источников показал, что вопросы краниометрической характеристики черепа не достаточно освещены, требуют дальнейшей доработки и систематизации.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Выговская А.А., Эликов А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.С. Парамонова

Бронхиальная астма – одно из наиболее важных как в медицинском, так и в социальном плане заболеваний у детей. Ею страдает от 5 до 10% детского населения, значительно варьируя в зависимости от методов и критериев диагностики.

Качество жизни детей с бронхиальной астмой – проблема, заслуживающая особого внимания, что обусловлено значительными социально-экономическими потерями при этом заболевании. Качество жизни рассматривается как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на субъективном восприятии.

Цель исследования:

Изучить качество жизни и определить способы его повышения у детей с бронхиальной астмой.

Объект и методы исследования: Было проведено исследование качества жизни 67 детей со среднетяжелым и тяжелым течением бронхиальной астмы, находящихся на лечении в аллергологическом отделении ДОКБ, а также состоящих на учете в детских поликлиниках г. Гродно. Верификация диагноза «бронхиальная астма» и определение степени тяжести и стадии заболевания проводилась в соответствии с современной классификацией бронхиальной астмы у детей [2]. Для оценки качества жизни детей использовался общий вопросник, который является русифицированным аналогом вопросника Child Health Questionnaire (CHQ) (разработчик - John E. Ware) [1].

Результаты исследования: Установлено, что на качество жизни детей с бронхиальной астмой оказывают влияние степень тяжести, длительность заболевания, наличие или отсутствие контроля над болезнью, возраст ребенка и социальные факторы. Получены различия параметров качества жизни детей со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой при самооценке и оценке родителей. Причем, физический статус был ниже по оценке родителей, а психосоциальный статус – по оценке детей. На качество жизни детей с бронхиальной астмой оказывают влияние такие социальные факторы, как образовательный уровень родителей, их профессиональная занятость, возраст и число детей в семьях. Дети, чьи родители имеют высшее образование, испытывают меньше эмоциональных проблем, связанных со здоровьем. Критерий «самооценка» (степень удовлетворенности своим внешним видом, взаимоотношениями, жизнью в целом) выше у детей в семьях, где родители