

кардиохирург). Более 80% детей после оперативного вмешательства не нуждаются в медикаментозной терапии. Остальная часть респондентов вынуждена получать терапию в связи с паллиативным характером оперативного вмешательства. 22% детей отмечали плохую переносимость физической нагрузки. В группе пациентов, которым была выполнена полная хирургическая коррекция порока, таких было только 3%, что свидетельствует о хорошей адаптации сердечно-сосудистой системы в послеоперационный период. Наличие у ребенка врожденного порока в значительной мере влияет на трудоспособность матерей, вынужденных отказаться от работы для ухода в послеоперационном периоде. Матери, детям которых была выполнена паллиативная операция (или первый этап оперативного вмешательства), в 100% случаев не работали.

При сравнительном анализе показателей качества жизни в зависимости от времени, прошедшего от дня операции и объема оперативного вмешательства, было установлено, что в течение первого года после операции все дети с ВПС имеют достоверно более низкие показатели физического функционирования по сравнению со здоровыми сверстниками. Снижение физических возможностей приводит к ограничению участия больных детей в школьных работах, играх с друзьями. В катамнезе значения физического функционирования у детей с полностью скорректированным ВПС улучшаются.

Литература

1. Новик. А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине /А.А. Новик, Т.И. Ионова. - СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС. 2002. - 320 с.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ

Кондратов А.В., Лоцилова С.А.

Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Шейко М.И.

По данным ВОЗ, в 2007 году отмечен значительный подъем заболеваемости менингококковой инфекцией, особенно в отдельных регионах Африки с летальностью до 7-16% и более.

В развитых странах бактериальные менингиты встречаются с частотой около 10 случаев на 100 тыс. населения, а среди детей этот показатель еще выше [1]. В Республике Польша с начала 2007 года регистрируется рост случаев менингококковой инфекции, вызванной менингококками группы С, а также отмечено смещение заболеваемости из группы детей раннего возраста в более старшие возрастные группы, такая же ситуация характерна и для других стран, в частности, США, Англии, Чехии.

Целью настоящей работы было определение влияния групповой принадлежности крови (А,В,0) на частоту манифестации и тяжесть течения менингококковой инфекции.

Материал и методы. Для решения поставленной задачи нами проведен анализ 260 историй болезни (менингококковый менингит - 208, менингококцемия – 52). За норму распространенности групп крови приняты данные обследования 660 доноров. У них 0 (I) группа была выявлена у 254 (38,48±1,82%) человек, А (II) у 214 (32,42±1,81%), В (III) у 135 (20,46±1,56%) и АВ (IV) у 57 (8,64±1,09).

Результаты. В Гродненской областной инфекционной клинической больнице за последние 15 лет на стационарном лечении находился 461 больной с менингококковой

инфекцией. Детей было 352 (76,35%) человека, взрослых 109 (23,65%). Менингококцемия диагностирована у 111 (24,0%) больных, менингит у 350 (76%). Менингококцемия чаще регистрировалась у детей (88,29%). Летальность составила 2,39%. Из 11 умерших 8 человек (72,7%) были дети в возрасте до 1 года. Основной подъем заболеваемости (72,88%) наблюдался с 1992-1999 годы. В 2007 году из 12 больных менингококковой инфекцией, поступивших в стационар, все были дети и у 11 (91,6%) диагностирована менингококцемия. Один ребенок, поступивший в реанимационное отделение в состоянии клинической смерти, умер.

Анализ частоты встречаемости менингококковой инфекции показывает, что при всех формах преобладают больные с А (II) групповой принадлежностью (39,4 – 43,2%) и реже с 0 (I) (24,3 – 36,7%). При менингококцемии, наряду с фенотипом А (II) отмечалось некоторое увеличение числа больных с группой крови АВ (IV) (13,6%).

При анализе тяжести патологического процесса при менингококковой инфекции выявлено, что более тяжело болеют лица с А (II) группой крови (48,8%) и легче с 0 (I) (21,9%). Эти показатели согласуются с данными других авторов [2, 3].

Вывод. Таким образом, наличие А (II) группы крови следует рассматривать как показатель риска заболеть тяжелой формой менингококковой инфекции.

Литература:

1. Кудин В.П., Астапов А.А. // Журнал Медицинские новости – 2005. - № 7. – С. 27-32.
2. Сухарева Е.Г. // ЖМЭИ. – 1978 - № 10. – С. 121.
3. Шапкин В.И. // ЖМЭИ. – 1979 - № 11. – С. 116-117.

АНАТОМИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА

Кондращук П.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Смолко Я. Е.

Мозолистое тело (*corpus callosum*), совокупность нервных волокон, соединяющих большие полушария головного мозга у плацентарных млекопитающих и человека. Волокна М. т. идут в разных направлениях, но главным образом - в поперечном, связывая симметричные места полушарий и осуществляя между ними обмен нервной импульсацией, благодаря чему оба полушария составляют единое целое. В М. т. проходят также волокна, соединяющие разноимённые извилины противоположных полушарий, например, лобные с теменными или затылочными. Волокна М. т. дают коллатерали и к разным отделам полушария той же стороны (ассоциативные волокна).

Мозолистое тело может иметь различную форму в сагиттальных проекциях – от плоской у долихоцефалов до выпуклой у брахицефалов. Изменения мозолистого тела могут быть оценены с помощью угла, вершина которого совпадает с вершиной спинки турецкого седла, а стороны проходят через передненижний край колена и задненижний край валика. У долихоцефалов этот угол равен 118-122, у мезоцефалов – 99-110, у брахицефалов – 90-95 градусов.

На верхней поверхности мозолистого тела находятся крупные ветви перикаллезных артерий.

Формирование мозолистого тела начинается с 11-й и заканчивается к 20-й неделе внутриутробного развития. Развивается оно от передних отделов, от колена до валика, и только клюв развивается позже всего. Миелинизация мозолистого тела происходит от задней части к передней и заканчивается к 4-му году жизни.