

связана с урологической патологией детского возраста. С этими заболеваниями связывают приблизительно 30% бездетных браков, а с неопущением яичек (крипторхизмом) до 50% [3]. Наличие длительно неоперированных паховых грыж у девочек значительно увеличивает риск ущемления яичников и, соответственно, число гинекологических заболеваний. Пациенты, у которых на профосмотрах в школе выявляется хирургическая патология, направляются в детские поликлиники для дообследования и назначения необходимого лечения. В случае хирургического и урологического заболевания это чаще всего оперативное вмешательство. Эффективность оперативного лечения анализировалась ежегодно и составила от 83,4% до 94,7% в год от выявляемой патологии.

Выводы. Главное назначение профилактических осмотров состоит в том, чтобы: 1) выделить из большой численности учащихся тех, которые имеют функциональные и анатомические отклонения со стороны разных органов и систем; 2) назначить лечение (коррекцию) выявленных отклонений; 3) продолжить наблюдение за детьми, поскольку без планового динамического наблюдения многие заболевания детского возраста постоянно прогрессируют, развиваются осложнения со стороны других органов и систем, что в дальнейшем потребует больших затрат и более сложного лечения.

Литература:

1. Приказ МЗ РБ № 669 от 31.05.2012 г. «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи детям в учреждениях образования».
2. Куинджи Н.Н., Рапопорт И.К. Профилактические осмотры детей в общеобразовательных учреждениях: цели, реалии и пути решения проблемы. Поликлиника, 2008. №1. с.16–19.
3. Пугачев А.Г. Детская урология: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. с. – 832.

ОСОБЕННОСТИ АНТЕНАТАЛЬНОГО, ИНТРАНАТАЛЬНОГО И РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ У ДЕТЕЙ С ГЕМАНГИОМАМИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ

Боцман А.В., Бекезин В.В., Тарасов А.А.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Введение. Гемангиомы кожных покровов являются наиболее часто встречающимся доброкачественным сосудистым образованием у детей. По данным ряда авторов, они встречаются в 1,1–2,6 % случаев [1], по другим данным – в 4–10% [2]. Гемангиомы имеют доброкачественную природу, однако даже точечные и небольшие сосудистые опухоли у новорожденных

могут проявлять бурный рост, приводя к деформациям и разрушению окружающих тканей, что вызывает не только косметические, но и функциональные проблемы [3].

Цель. Провести сравнительную характеристику течения антенатального, интранатального и раннего неонатального периодов у доношенных детей с гемангиомами наружных покровов в сравнении со здоровыми детьми без гемангиом.

Материал и методы исследования. В исследование были включены доношенные дети с гемангиомами наружных покровов (20 детей – группа № 1) и здоровые новорожденные без гемангиом (30 детей – группа № 2). Анализ проводился по результатам изучения медицинской документации.

Результаты и их обсуждение. В нашем исследовании мы установили, что у матерей детей группы № 1, беременность в 89% случаев протекала на фоне отягощенного соматического анамнеза. У матерей детей группы № 2 процент встречаемости отягощенного соматического анамнеза составил 85%. При рассмотрении частоты встречаемости заболеваний, входящих в группу заболеваний осложненного соматического анамнеза, было выявлено, что в группе матерей детей группы № 1 показатели частоты каждого из отдельно взятых заболеваний был выше ($p < 0,05$), чем у матерей детей группы № 2. Так, например, заболевания дыхательной системы в анамнезе у матерей детей группы № 1 отмечались в 84% случаев, у матерей детей группы № 2 в 65% случаев; заболевания пищеварительной системы в анамнезе у матерей детей группы № 1 выявлены в 72% случаев, у матерей детей группы № 2 в 44% случаев; заболевания сердечно-сосудистой системы у матерей детей группы № 1 отмечались в 36% случаев, у матерей детей группы № 2 в 7% случаев; заболевания мочевыделительной системы в анамнезе у матерей детей группы № 1 отмечались в 45% случаев, у матерей детей группы № 2 в 21% случаев.

У матерей детей группы № 1 в 94% случаев беременность протекала на фоне токсикоза первой половины, угрозы прерывания, гестоза, анемии (осложненное течение беременности). У матерей детей группы № 2 осложненное течение беременности регистрировалось в 90% случаев. При подсчете частоты встречаемости отдельных осложнений беременности в данных группах, было установлено, что у матерей детей группы № 1 они регистрировались более часто ($p < 0,05$). Так, токсикоз беременности у матерей детей группы № 1 отмечался в 68% случаев, у матерей детей группы № 2 в 49% случаях; угроза прерывания беременности у матерей детей группы № 1 отмечалась в 59% случаев, у матерей детей группы № 2 в 36% случаев; гестоз беременности у матерей детей группы № 1 выявлен в 35% случаев, у матерей детей группы № 2 в 16% случаев; у матерей детей группы № 1 анемия во время беременности отмечалась в 12% случаев, у матерей детей группы № 2 в 3% случаев.

У матерей детей группы № 1 беременность протекала на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза в 84% случаев. У мате-

рей детей группы № 2 частота случаев отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза составила 80%. Оценив частоту встречаемости каждого из показателей осложненного акушерско-гинекологического анамнеза, было установлено, что более часто ($p < 0,05$) регистрировались осложнения у матерей детей группы № 1. Так, например, воспалительные заболевания половой системы у матерей детей группы № 1 отмечались в 78% случаев, у матерей детей группы № 2 в 54% случаев; медицинские аборт в анамнезе у матерей детей группы № 1 отмечались в 43% случаев, у матерей детей группы № 2 в 25% случаев.

Интранатальный и ранний неонатальный периоды у детей группы № 1 протекали без особенностей по сравнению с детьми группы № 2.

Выводы. Антенатальный период у доношенных детей с гемангиомами наружных покровов протекал на фоне отягощенного соматического, акушерско-гинекологического анамнезов матери, а также высокой частоты осложнений беременности по сравнению со здоровыми детьми без гемангиом. Интранатальный и ранний неонатальный периоды у детей с гемангиомами не отличались от аналогичных периодов у детей без гемангиом.

Литература:

1. Aresman Robert M. Pediatric surgery // Landesbioscience. – 2000. – Georgetown, Texas U.S.A. – 464 p.
2. Holcomb G.W. Ashkraft's Pediatric Surgery. – Philadelphia: saunderselsevier. – 2010. – 1101 p.
3. Володин Н.Н. Неонатология: национальное руководство. / Н.Н. Володин. М.,: 2009. – 848 с.
4. Кожевников Е.В., Маркина Н.В., Кожевников В.А. Диагностика и лечение обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей // Детская хирургия. – 2009. – № 6. – С. 31–34.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС У ДЕТЕЙ

Вакульчик В.Г.¹, Худовцова А.В.², Пашетова В.А.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно*

²*Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно*

Введение. Пневмоторакс подразделяется на спонтанный (не связанный с травмой или какой-то явной причиной), травматический и ятрогенный. Первичный спонтанный пневмоторакс возникает в отсутствие клинически значимой легочной патологии, вторичный спонтанный пневмоторакс – это осложнение существующей легочной патологии (S.A. Sahn, J.E. Neffner, 2006). Заболеваемость спонтанным пневмотораксом, по разным оценкам, составляет от 1 до 18 случаев на 100 000 населения в год (в зависимости от пола). Обычно он развивается у высоких, худых моло-