

3. Только своевременная постановка диагноза и ранее оперативное вмешательство позволяют резко снизить число неудовлетворительных исходов лечения перекрута яичка и предупредить развитие осложнений.

Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – 1997. – С. 288
2. Пугачев А.Г. Детская урология. – 2009.
3. Юдин Я.Б., Окулов А.Б., Зуев Ю.Е. Острые заболевания органов мошонки у детей. – 1987. – С.50 – 80

ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Хоха Р.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Гипермобильность суставов (ГМС) – состояние, при котором большинство суставов имеет диапазон движений больший, чем обычный для данного пола, возраста и национальности [1]. Распространенность ГМС в популяции среди обследованных детей и подростков достигает 6,7-39,6% (11). Максимальная подвижность суставов определяется у 50% детей в возрасте 3 лет, в возрасте 2–12 лет ГМС наблюдается с частотой 27,3–35,5%, 13–15 лет – 18,2%.

Цель исследования – оценить частоту встречаемости и степень выраженности ГМС у детей.

Материал и методы исследования. Обследование проводили на базе педиатрического отделения УЗ «ГОДКБ». Проведено обследование 106 детей. Возраст обследованных 4–17 лет. Всем детям проведен осмотр, определение ГМС по шкале Бейтона. Оценка степени ГМС проведена по бальной системе: I степень (легкая) – 1–3 балла, II степень (умеренная) – 4–6 баллов, III степень (выраженная) – 7–9 баллов. ГМС I степени считается физиологической, ее можно найти у здоровых, ГМС II и III степени встречается при патологии. Из всех обследованных детей с бронхиальной астмой (БА) было 23, с аллергодерматозами (АД) 15, аллергическим ринитом (АР) 28, хроническим гастродуоденитом (ХГД) 42. Диагноз БА, АР, АД, ХГД выставлен по общепринятым критериям.

Индекс массы тела (ИМТ) Кетле определяли по формуле $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{длина тела (м}^2\text{)}$.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием пакета программ STATISTICA 6.0.

Для полученных значений относительных частот рассчитывали границы 95% доверительных интервалов (ДИ). Статистическую значимость различия частот определяли сравнением их ДИ: если ДИ не пересекались, то различия частот считались статистически значимыми.

Результаты и их обсуждение. Из всех обследованных физиологическая ГМС I степени установлена у 31 ребенка (28,7%, ДИ: 21,02 –37,85%): 8 (34,78%, ДИ: 18,81–55,11%) с БА, 4 (26,66%, ДИ: 10,9–51,95%) с АД, 12 (28,57%, ДИ: 17,17–43,57%) с ХГД, 7 (25%, ДИ: 12,68–43,36%) с АР. Патологическая ГМС установлена у 77 детей (71,29%, ДИ: 62,15–78,98%): II степени у 33 детей (42,86%, ДИ: 32,41–53,99%) из них 4 (17,39%, ДИ: 6,98–37,14%) с БА, 2 (6,06%, ДИ: 1,68–19,61%) с АД, 13 (39,39%, ДИ: 24,68–56,31%) с ХГД, 13 (39,39%, ДИ: 24,68–56,31%) с АР; III степени у 44 детей (40,74%, ДИ: 31,95–50,17%) из них 11 (25%, ДИ: 14,57–39,44%) с БА, 9 (20,45%, ДИ: 11,15–34,5%) с АД, 16 (36,36%, ДИ: 23,78–51,13%) с ХГД, 8 (18,18%, ДИ: 9,51–31,96%) с АР.

Среди обследованных детей мальчиков было 57 (52,8%, ДИ: 43,43–61,94%), девочек 51 (47,2%, ДИ: 38,06–56,57%). Анализ степени ГМС в зависимости от пола показал следующее: I степень зарегистрирована у 19 мальчиков (33,3%, ДИ: 22,49–46,27%) и 12 (23,5%, ДИ: 14,01–23,53%) девочек, II степень – у 16 (28,1%, ДИ: 18,08–40,83%) мальчиков и 17 девочек (33,33%, ДИ: 21,97–47,03%), III степень – у 22 (38,6%, ДИ: 28,62–53,3%) мальчика и 22 (43,1%, ДИ: 30,5–56,74%) девочек.

Анализ частоты встречаемости ГМС в зависимости от возраста показал следующее: среди детей в возрасте 3–5 лет ГМС установлена у 4 (3,7%, ДИ: 1,45–9,13%) детей, 6–8 лет – у 16 (14,81%, ДИ: 9,33–22,71%) детей, 9–11 лет – у 25 (23,15%, ДИ: 16,2–31,94%) детей, 12–14 лет – у 25 (23,15%, ДИ: 16,2–31,94%) детей, 15–17 лет – у 38 (35,18%, ДИ: 26,83–44,56%) детей. ГМС I степени не зарегистрирована у детей 3–5 лет, установлена у 9 (56,25%, ДИ: 33,18–76,9%) детей 6–8 лет, 5 (20%, ДИ: 8,86–39,13%) – 9–11 лет, 6 (24%, ДИ: 11,5–43,43%) – 12–14 лет, 9 (23,68%, ДИ: 12,99–39,2%) – 15–17 лет. ГМС II степени зарегистрирована у 1 (25%, ДИ: 4,56–69,94%) ребенка в возрасте 3–5 лет, 5 (31,25%, ДИ: 14,16–55,6%) – 6–8 лет, 6 (24%, ДИ: 11,5–43,43%) – 9–11 лет, 7 (28%, ДИ: 14,28–47,58%) – 12–14 лет, 13 (34,21%, ДИ: 21,21–50,11%) – 15–17 лет. ГМС III степени из всех обследованных установлена у 3 (75%, ДИ: 30,06–95,44%) детей в возрасте 3–5 лет, 2 (12,5%, ДИ: 3,5–36,02%) – 6–8 лет, 14 (56%, ДИ: 37,07–73,33%) – 9–11 лет, 12 (48%, ДИ: 30,03–66,5%) – 12–14 лет, 16 (42,1%, ДИ: 27,86–57,81%) – 15–17 лет.

Оценка выраженности ГМС нами проведена у детей в зависимости от индекса массы тела (ИМТ). Анализ показал, что из 41 (37,96%, ДИ: 29,37–47,38%) ребенка с ИМТ 0–19 ГМС I степени имели 13 (31,7%, ДИ: 19,57–46,99%) детей, ГМС II степени – 11 (26,83%, ДИ: 15,7–41,93%) детей, III степени 17 (41,46%, ДИ: 27,75–56,63%) детей; из 62 (57,41%, ДИ: 47,99–66,32%) детей с ИМТ 19–24,9 I степени имели 15 детей (24,19%, ДИ: 15,24–36,15%), 2 степени – 30 (48,39%, ДИ: 36,41–60,56%) детей, 3 степени – 17 (27,42%, ДИ: 17,88–39,59%) детей; из 5 (4,63%, ДИ: 1,99–10,38%) детей с ИМТ 25–29,9 I степени имели 2 (40%, ДИ: 11,76–76,93%) ребенка, II

степени – 3 (60%, ДИ: 23,07–88,24%) ребенка, III степени – 0 детей. Детей с ИМТ 30–39,9 в исследовании не было.

Выводы:

1. При соматической патологии у детей частота и степень ГМС зависит от возраста и ИМТ.

Литература:

1. Иванова, И.И. Сравнительный анализ распространенности гипермобильности суставов в детской популяции Твери и других регионов Российской Федерации / И.И.Иванова, С.Ф.Гнусаев, И.И.Макарова // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – № 4. – С. 102–109.

АГЕНЕЗИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Шейбак В. М., Омельченко Д.Г.

*Гродненский государственный медицинский университет
Центральный госпиталь, Уамбо, Ангола*

Агенезия полового члена – крайне редкая аномалия развития у новорожденных детей. Встречается 1 случай на 10–30 миллионов родившихся. Кариотип при ней чаще всего 46 XY. Врожденное отсутствие полового члена (афалия) связано с внутриутробным дефектом развития, провалом полового бугорка. В таких случаях наблюдается полное отсутствие кавернозных тел, наружное отверстие уретры может открываться на промежность, вблизи заднего прохода или в прямую кишку, на переднюю брюшную стенку или вообще отсутствовать. Данный порок развития может сочетаться с крипторхизмом, гидронефрозом, мегауретером, агенезией почек. Дискутабельна дальнейшая тактика при данном пороке – фаллопластика или смена пола еще в периоде новорожденности. Некоторые авторы называют данный порок казуистикой, которая сочетается с другими несовместимыми с жизнью аномалиями.

Приводим собственное наблюдение. 10.06.2013 родился ребенок мужского пола, негроидной расы, весом 3 кг, при обследовании выявлено полное отсутствие полового члена и наружного отверстия уретры. Кожа передней брюшной стенки ниже пуповины и до мошонки гладкая, без складок и патологических изменений. Мошонка сформирована правильно, яички находятся в мошонке. Пуповина расположена правильно, других видимых внешних пороков развития не выявлено. Область заднего прохода без изменений, тонус сфинктера обычный. Меконий отошел в первые сутки, обычного цвета и консистенции. Общий анализ крови без особенностей. 11.06.13 проведено ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря – почки расположены обычно, структура неизменена, наблюдается