

3. Киренская О.В. Криминальное агрессивное поведение подростков с задержанным психическим развитием: нейрофизиологические и психологические факторы риска / О.В. Киренская, Е.В. Макушкин, Т.Н. Лаврова [и др.]. // Агрессия и психические расстройства. – М., 2005. – Т. 2. – С.43–77.
4. Кон И. Мальчик – отец мужчины / И. Кон // – М.: Время, 2009. – 704 с.
5. Кон И.С. Что такое буллинг и как с ним бороться? / И.С. Кон. // Сексология. Персональный сайт И.С. Кона. – Режим доступа: <http://www.sexology.narod.ru/info178.html>. – Загл. с экрана.
6. Левина Л.И. Подростковая медицина: руководство. 2-е изд. / Л.И. Левина, А.М. Куликова // – СПб.: Питер, 2006. – 544 с.
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО) / А.Е. Личко // – СПб.: Речь, 2009. – 256 с.
8. Макушкин Е.В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием / Е.В. Макушкин // – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 240 с.
9. Нечевин Д.К. Социально-правовой регулятор насильственного девиантного поведения молодежи / Д.К. Нечевин // Тезисы науч.-практ. конференции. – М., 2000. – С. 3–6.
10. Ожиёва Е.Н. Буллинг как разновидность насилия. Школьный буллинг / Е.Н. Ожиёва // Психология и социология. – 2008. – Режим доступа: http://www.rusnauka.com/33_NIEK_2008/Psihologia/37294.doc.htm. – Загл. с экрана.
11. Nordhagen R. Parental reported bullying among Nordic children: a population-based study / R. Nordhagen, A. Nielsen, X. Stigum [et al.] // Child: Care, Health & Development. – 2005. – Vol. 31. – Issue 6. – P.693-701.

Рефераты

ДОСЛІДЖЕННЯ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ УЧАСНИКІВ БУЛЛІНГУ В КОНТИНГЕНТІ ПІДЛІТКІВ РЕГІОНАЛЬНОГО СОЦІАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ДЛЯ НЕПОВНОЛІТНІХ

Пономарьов В.І.

Результати вивчення акцентуацій характеру у учасників буллінгу в контингенті підлітків регіонального соціального закладу для неповнолітніх показали, що у всіх підлітків-учасників буллінгу є преморбідна характерологічна обтяженість, у вигляді явно виражених акцентуацій характеру, переважно астено-невротичного типу у жертв буллінгу, і гіпертимно-експлозивного та епілептоїдного типу у підлітків-буллерів. Виявлено значний вплив органічного чинника у формуванні характерологічної акцентуованості у підлітків, що здійснюють специфічне насильство у формі буллінгу в дитячо-підлітковому середовищі.

Ключові слова: буллінг, підлітки, акцентуації характеру.

Стаття надійшла 7.05.2013 р.

CHARACTER ACCENTUATIONS RESEARCH OF BULLING PARTICIPANTS IN THE COTINGENT OF ADOLESCENTS OF A REGIONAL SOCIAL ESTABLISHMENT FOR MINORS

Ponomaryov V.I.

The results of character accentuations research in bullying participants in the contingent of adolescents of a regional social establishment for minors showed that all the adolescents who participated in bullying had premorbid character burden in form of evidently expressed character accentuations, mainly of asthenic-and-neurotic type in bullying victims and hyperthymic-and-explosive and epileptoid type in bullers. It is elicited significant influence of organic factor in formation of character accentuation in adolescents who realize specific violence in the form of bullying in children and adolescents environment.

Key words: bullying, adolescents, character accentuations.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК 616-007

Ф.О. Сенабекова

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ ГОРОДА БАКУ

Был проведён анализ частоты встречаемости врождённых пороков развития (ВПР) по городу Баку за 2000-2011 года. Было выявлено 1070 новорождённых с различными ВПР. Из них в 150 случаях был поставлен диагноз ВПР ЖКТ. Так же было выявлено, что ВПР ЖКТ чаще встречается среди мальчиков (59,0%). Было отмечено, рост таких патологий как пилоростеноз от 0,8 случаев на 10000 новорождённых в 2005 году до 2,8 случаев в 2011 году, атрезии ануса от 1,4 случая до 2,4 случаев.

Ключевые слова: частота встречаемости, врождённые пороки развития желудочно-кишечного тракта, новорождённые.

Врождённые пороки развития (ВПР) являются одной из основных причин перинатальной и ранней детской смертности, вызывая серьёзные медико-социальные проблемы в обществе. Врождённые пороки развития встречаются у 5% младенцев, но их вклад в структуру детской смертности достигает 20% и выше [6].

В структуре ВПР аномалии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают третье место составляя от 21,7%-25% от всех пороков. В странах Европы врождённые пороки развития желудочно-кишечного тракта встречаются с частотой 13-26,4 на 10000 живорожденных, диафрагмальная грыжа с частотой 2,5-5,0 на 10000 живорожденных [2,4].

Несмотря на то, что пороки развития пищеварительного тракта хорошо поддаются оперативному лечению, однако летальность среди новорождённых с ВПР ЖКТ остаётся высокой. Так, смертность среди детей с атрезией пищевода составляет 12-55%, при диафрагмальной грыже 40-80%, а при гастрошизисе 21-80% [1]. Хотя, история изучения врождённых пороков развития ЖКТ насчитывает несколько столетий и данной проблеме посвящены множество научных трудов, но её частота не имеет тенденции к снижению. Таким образом, актуальность данной темы не подлежит сомнению, так как врождённые пороки развития желудочно-кишечного тракта среди новорожденных являются не только одной из причин высокой смертности, но инвалидизации детей в будущем.

Целью работы было провести исследования - представить частоту встречаемости ВПР желудочно-кишечного тракта среди новорождённых города Баку за 2000-2011 года.

Материал и методы исследования. За 2000-2011 года в г.Баку родились 1070 новорождённых с врождёнными пороками развития. Среди них 150 новорождённых родились с различными пороками со стороны желудочно-кишечного тракта. Сбор материала проводился в родильных домах города Баку и НИИ Педиатрии имени К.Фараджевой. На учёт брались новорождённые, родившиеся в городе Баку.

При статистическом анализе вычисляли среднюю арифметическую величину (M), ошибку репрезентативности ($\pm t$), вычислялась встречаемость 1 случая на 10000 новорождённых и достоверность.

Результаты исследования и их обсуждение. За период 2000 по 2011 года по городу Баку было выявлено 1070 случаев рождения новорождённых с различными врождёнными пороками развития плода, что составило 3,7 случая на 10000 новорождённых. Среди них на пороки со стороны желудочно-кишечного тракта приходится 150 случаев. Встречаемость аномалий развития ЖКТ на 10000 новорождённых по городу Баку составило 15 случаев, что свидетельствует об актуальности данной проблемы. Аномалии развития ЖКТ в 59% наблюдались среди мальчиков и 41% случаев приходилось на девочек.

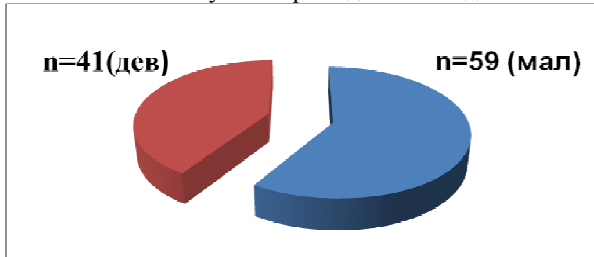


Рис 1. Распределение наблюдаемых новорождённых по полу.



Фото новорождённого с гастрошизмом.

Среди новорождённых детей с пороками развития ЖКТ 63,0% родились с весом от 3000-4000 гр, 30,4% новорождённых с весом от 2500-2900 гр, 4,3% новорождённых детей с весом от 2000-2500 гр с массой тела больше 4000 гр-2,2%, т.е пороки развития ВПР ЖКТ в основном наблюдались среди доношенных новорождённых.

При выяснении возраста матери родивших детей с ВПР ЖКТ было выявлено, что от 18 до 25 лет составили 57 женщин (38,0%), в 47,3% (71) матери от 26 лет до 34 лет, в 13% возраст женщин был от 35 лет и старше и 2,0% случаях их возраст был 17 лет и менее. Таким образом, возраст женщин, родивших детей с ВПР ЖКТ в основном был в пределах от 26 до 34 лет.

При выяснение частоты встречаемости ВПР ЖКТ в зависимости от диагноза ВПР ЖКТ. Так непроходимость кишечника наблюдалась в 46 случаях (4,3%). Встречаемость данной патологии составила 1,6 случая на 10000, на втором месте стоит атрезия ануса, которая была выявлена в 38 (3,6%) и частота встречаемости на 10000 1,3 случая. Пилоростеноз наблюдался в 29 случаях (2,7%) и составил 1 случай на 10000.

Атрезия пищевода была выявлена в 10 случаях (0,93%) и составил 0,3 случая на 10000. Также среди новорождённых были диагностированы атрезии желчных путей в 4 случаях (0,4%) и её частота составила 0,4 случая, омфалоцеле наблюдались в 17 случаях (1,6%) с частотой 1,7 случая, диафрагмальная грыжа была выявлена у 4 новорожденных - 0,4 случая, гастрошизис в 3 случаях (0,3% с частотой 0,3 случая на 10000 новорождённых.

При распределении по годам встречаемости новорождённых с ВПР ЖКТ было отмечено, что имеется тенденция к увеличению частоты случаев на 10000 новорожденных с пилоростенозом. Так в 2005 году-0,8 случаев, в 2007 году данный показатель составил 2,1 случай, в 2009 году-2,4 и в 2011-2,8 случая. Частота встречаемости атрезии ануса также имела тенденцию к увеличению. Так, в 2007 году-1,4 случая, в 2009-1,8 случая, 2010-0,7 случая и 2011 году-2,4 случая на 10000 новорождённых.

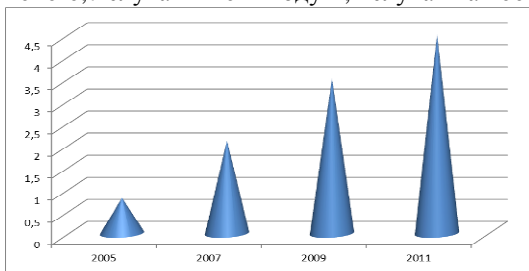


Рис 2. Частота встречаемости случаев пилоростеноза по годам на 10000 новорождённых.

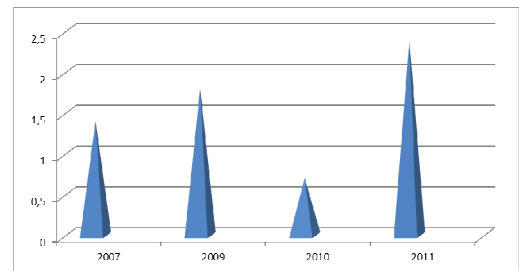


Рис 3. Частота встречаемости случаев атрезии ануса по годам.

Заключение

Таким образом, врождённые пороки желудочно-кишечного тракта являются актуальной проблемой современной педиатрии.

Перспективы дальнейших исследований. Реализация комплексной программы профилактической направленности и коррекции врождённых аномалий позволит уменьшить их частоту, повысить процент выявляемых дефектов при УЗИ плода, снизить летальность и инвалидность среди детей с ВПР.

Литература

1. Баранов А.А. Смертность детского населения России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // - М. Литтера, - 2007.
2. Байгулов М.Ш. Обоснование и разработка методики оценки организации хирургической помощи детям при врождённых пороках развития ЖКТ / М.Ш. Байгулов // - Республика Казахстан Астана, 2011-34 с.
3. Зарецкая Н.Б. Врожденные пороки развития плода / Н.Б. Зарецкая // - 2001. № 11. С. 21–22.
4. Торлопова В.А. Пренатальная диагностика и современные аспекты хирургической помощи новорождённым с пороками развития пищеварительного тракта / В.А. Торлопова // Автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук, М. 2006-24с.

5. Al-Salem A.H. Congenital hernia of Morgani in infants and children/ A.H. Al-Salem //J Pediatr. Surg 2007 №9-Vol 42-P 1539-1543.
6. Guschiere A. Anorectal anomalies associated with or as part of part of other anomalies. EUROCAT Working Group / A. Guschiere //Am.J Med. Genet 2002-Vol 15, №2, P-122-130.
7. Gibbin C. Abdominal wall defect and congenital heart disease / C.Gibbin, S.Touch, R.E. Broth [et al.] //Ultrasound Obstet Gynecol, - 2003. Vol. 21, №4, P. 334-337.
8. Kubota A. Focal intestinal perforation in extremely-low-brith-weght neonates etiologica consideration from histological finding /A.Kubota, [et al.]// Pediatr.Surg. Int. 2007 oct-Vol 23, №10. P -997-1000.
9. Tonks A. Congenital malformations of the diaphragm/ Findings of the west Midlands Congenital Anomaly Register 1995 to 2000 / A. Tonks [et al.] // Diag 2004-Vol 24.8. P 596-604.

Рефераты

ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ СЕРЕД НОВОНАРОДЖЕНИХ МІСТА БАКУ

Сейдібекова Ф.О.

Був проведений аналіз частоти зустрічаємості вроджених вад розвитку(ВВР) по місту Баку за 2000-2011 роки. Було виявлено 1070 новонароджених з різними ВВР. З них в 150 випадках був поставлений діагноз ВВР ШКТ. Так само було виявлено, що ВВР ЖКТ частіше зустрічається серед хлопчиків(59,0%). Було відмічено, зростання таких патологій як пілоростеноз від 0,8 випадків на 10000 новонароджених в 2005 році до 2,8 випадків в 2011 році, атрезії анусу від 1,4 випадку до 2,4 випадків.

Ключові слова: частота зустрічаємості, вроджені вади розвитку шлунково-кишкового тракту, новонароджені.

Стаття надійшла 7.05.2013 р.

CONGENITAL ANOMALIES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT AMONG THE NEWBORN IN BAKU CITY

Seyidbekova F.O.

The analyses of frequency of the occurrence of congenital anomalies was conducted in Baku in period for 2000-2011 years. For this period of time the 1070 newborn are educed with different congenital anomalies/ from them in 150 cases was diagnosed congenital anomalies of gastrointestinal tract. The height of such pathologies, as pylorostenosis, was marked that 0,8 cases on 10000 new born in 2005 year to 2,8 cases in 2011 year of the anus from 1,4 to 2,4 cases. These indexes once again talks about actuality of this theme.

Key words: frequency of the occurrence, congenital anomalies of gastrointestestinal tract, newborn.

Рецензент Траверсе Г.М.

УДК 616.716-001-007.2-08-089

М.Г. Скикевич, Л.И. Волошина

ВУЗ України "Українська медичинська стоматологічна академія", г. Полтава

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА И ДЕФОРМАЦИЙ

Вследствие топографо-анатомических особенностей клинические проявления травм средней зоны лица чрезвычайно многообразны и сложны. Имеет место серьезность прогноза для общего состояния организма. При этом основной задачей для диагностики и планирования лечения таких пострадавших является в каждом индивидуальном случае получение точного представления об наличии поврежденной костной и мягкотканной структуры лица.

Необходимы мероприятия жизнеобеспечивающего характера, выявление и прогнозирование различных последствий травмы. Возможны случаи запоздалого обращения к врачу с уже развившимися осложнениями. Важно оптимальное программирование комплексного лечения и создание индивидуальных аппаратов. Метод стереолитографии значительно расширяет возможности современной костно-пластической хирургии и будет способствовать внедрению в практику новых видов имплантатов.

Ключевые слова: травма средней зоны лица, статистика, комплексное обследование, хирургическое лечение, деформации, осложнения.

По данным литературы за последние годы показатель общего травматизма значительно вырос-на 10-17%. Наблюдается рост удельного веса и тяжести сочетанных повреждений [3]. В общей структуре травматизма сочетанные повреждения средней зоны лица составляют до 50-70% [4]. Актуальной общемедицинской проблемой остается лечение пациентов с повреждениями челюстно-лицевой области. Доля переломов средней зоны лица, среди переломов лицевого скелета варьирует от 19 до 40% и нередко сопровождаются массивными разрушениями, а по распространенности занимают второе место, уступая только переломам нижней челюсти [5].

По данным российских авторов ежегодно регистрируется 12-15 млн. травм, основная их масса поврежденных приходится на опорно-двигательный аппарат (80%), удельный вес переломов костей челюстно-лицевой области колеблется от 2,5 до 8% по данным различных авторов [1].

В связи с топографическими и анатомо-функциональными особенностями расположения и взаимодействия с другими отделами черепа, повреждения средней зоны чаще всего носят множественный и сочетанный характер, что и является показанием к комплексному подходу лечения данного вида повреждений [2].

Верхней границей средней зоны лицевого скелета является условная линия, проведенная от лобно-скулового шва с одной стороны до

лобно-скулового шва противоположной стороны, проходящая через лобно-носовой и лобно-верхнечелюстные швы, а нижней границей-окклюзионная плоскость верхней челюсти. При одновременном повреждении костей носа, решетчатой кости и других костей средней зоны лица эти повреждения объединяются диагнозом травмы средней зоны лица [1,5].

Сочетанные и множественные повреждения челюстно-лицевой области относятся к наиболее тяжелым видам травм, а их клинические проявления обусловлены развитием синдрома взаимного отягощения, который усугубляет течение болезни и приводит к значительному увеличению осложнений. Как правило, при сочетанных