

циентов. У 23 (65,7 %) детей специфических изменений по данным МРТ головного мозга не обнаружено.

Выводы

1. В структуре пароксизмальных состояний эпилептического генеза у детей 5–17 лет преобладали R56.8 (42,8 %) — Другие и неуточненные судороги, что свидетельствует о полиморфной клинической картине ПС у детей. При этом манифестация клинических проявлений ПС у большинства детей возникала в школьном возрасте, а неврологическом статусе детей доминировали негенерализованные, немоторные тонико-клонические судороги.

2. По данным МРТ головного мозга у большинства детей патологии не было выявлено, однако в единичных случаях у пациентов с пароксизмальными состояниями зарегистрированы микроструктурные поражения головного мозга, такие как кистозно-глиозные изменения в теменно-затылочных долях, ретроцеребеллярная киста, мелкоочаговые изменения в лобных долях и др. Данные особенности могут обуславливать тяжесть заболевания и отягощать его течение в будущем.

3. МРТ-исследование головного мозга, проводимое в соответствии с клинико-анамнестическими данными, высокоинформативно в выявлении структурных и микроструктурных изменений головного мозга у детей с пароксизмальными состояниями и позволяет усовершенствовать диагностику пароксизмальных состояний с дебютом в детском возрасте и разработать алгоритмы ведения данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Верещагин Н. В.* Мозговое кровообращение. Современные методы исследования в клинической неврологии / Н. В. Верещагин, В. В. Борисенко, А. Г. Власенко. — М.: Интер-Весы, 1993. — 143 с.
2. *Галайдин, П. А.* Основы магниторезонансной томографии: учеб. пособие / П. А. Галайдин, А. И. Замятин, В. А. Иванов. — СПб.: СПбГИТМО, 1998. — 24 с.
3. *Коновалов, А. Н.* Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии / А. Н. Коновалов, В. Н. Корниенко, И. Н. Пронин. — М.: Видар, 1997. — 472с.
4. *Торстен, Б.* Норма при КТ- и МРТ-исследованиях / Б. Торстен, С. Меллер, Э. Райф. — М.: МЕДпресс-информ, 2016. — 254 с.

УДК 613.79-053.2

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ БЕЗОПАСНОГО СНА РЕБЕНКА

Стасевич О. И.^{1,2}, Ненартович И. А.¹, Почкайло А. С.¹

¹Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь,

²Учреждение здравоохранения

«Дзержинская центральная районная больница»

г. Фаниполь, Минская область, Республика Беларусь

Введение

Согласно определению, принятому на 2-й Международной конференции по внезапной смерти детей, под синдромом внезапной детской смерти (СВДС) понимают неожиданную ненасильственную смерть видимо здорового ребенка грудного возраста, при которой отсутствуют адекватные для объяснения причины смерти, данные анамнеза и патоморфологического исследования [3]. В федеральных клинических рекомендациях (2015 г.) подчеркивается, что при СВДС смерть ребенка от 7 дней до 1 года жизни остается необъяснимой после проведения полного посмертного обследования, включающего вскрытие, исследование места смерти и анализ медицинской документации [1]. В МКБ-10 данный синдром обозначен как «внезапная смерть грудного ребенка» под рубрикой R95.0 в разделе «неизвестные причины смерти» [2].

Причины СВДС в настоящее время активно изучаются. Накопленный обширный материал свидетельствует в пользу многофакторности данного состояния. СВДС чаще наблюдается в семьях из категории социально-биологического риска. Курение матери, употребление алкоголя, не всегда полная и своевременная диспансеризация беременной женщины, незрелость и маловесность детей при рождении, недостаточная информированность родителей об актуальности данного синдрома, о возможных причинах, его вызывающих, относят к факторам риска развития этого грозного синдрома [4].

СВДС в настоящее время занимает одно из первых мест среди причин младенческой смертности. В США частота встречаемости СВДС составляет 0,4 на 1000 детей, самые низкие показатели регистрируются в Японии (0,09 на 1000 детей), самые высокие — в Новой Зеландии (0,8 на 1000 детей), в России — 0,43 на 1000 детей [3].

Учитывая такие статистические данные, особенно актуальной представляется профилактика СВДС, то есть исключение потенциальных факторов риска. Сформулированы рекомендации по организации безопасного сна ребенка [1]:

1. Сон только на спине до достижения 1-го года. Такое положение тела не увеличивает риск аспирации при гастроэзофагеальном рефлюксе, поскольку у младенцев есть надежные защитные механизмы.

2. Сон в детской кроватке на жесткой поверхности (матрасе) на простыне, без использования других постельных принадлежностей и мягких предметов.

3. Грудное вскармливание.

4. Сон в комнате с родителями до 1 года, но ни в коем случае не менее 6 месяцев после рождения. Необходимо укладывать ребенка рядом с родительской постелью, но на отдельной предназначенной для детского сна поверхности (кроватка, колыбель).

5. Не использовать мягкие предметы и постельные принадлежности в зоне сна ребенка для уменьшения риска СВДС, удушения и странгуляции.

6. Предлагать ребёнку соску-пустышку во время дневного и ночного сна.

7. Исключить курение во время беременности и после родов.

8. Исключить употребление алкоголя и наркотиков во время беременности и после родов.

9. Исключить перегревание младенца и не надевать на него во время сна головной убор.

10. Беременные должны находиться под постоянным дородовым наблюдением.

11. Младенцы должны быть привиты в соответствии с действующими рекомендациями.

12. Исключить использование в постели устройств, которые не удовлетворяют требованиям безопасности ребенка (позиционеры, коконы и т. п.).

13. Не применять как способ предупреждения СВДС домашние кардиореспираторные мониторы.

14. Во время бодрствования выкладывать ребенка на живот под наблюдением взрослого для улучшения развития и предупреждения позиционной деформации черепа.

15. Нет оснований рекомендовать пеленание для предупреждения СВДС.

16. Медицинские работники, персонал детских учреждений и все лица, осуществляющие уход за ребенком, должны придерживаться правил предупреждения СВДС, начиная с рождения ребенка.

17. Средства массовой информации и производители должны следовать рекомендациям по безопасному сну в своей рекламе и сообщениях.

18. Продолжать кампанию «Безопасный сон», фокусируя внимание на уменьшении риска смерти младенца во сне, включая СВДС, удушение и другие случаи непреднамеренной смерти. Педиатры и все лица, осуществляющие уход за детьми, должны участвовать в этой кампании.

19. Продолжать исследование и изучение факторов риска, причин и патофизиологических механизмов СВДС и иной младенческой смертности во сне с конечной целью повсеместного устранения случаев такой смерти.

Цель

Оценить информированность родителей детей в возрасте до 1 года о проблеме СВДС и способах его профилактики в условиях города районного подчинения.

Материал и методы исследования

С целью изучения информированности родителей детей в возрасте до 1 года о проблеме СВДС и способах его профилактики, было проведено анкетирование 40 семей в условиях г. Фаниполя (Минская область). Анкета состояла из 27 вопросов с выявлением наиболее значимых причин детской смертности. Включены вопросы о наличии вредных привычек в семье, анамнезе беременности (сроки постановки на учет в женскую консультацию, интервал между родами, наличие медицинских аборт), масса тела ребенка при рождении, оценке по шкале Апгар. Подробнее интересовались об организации спального места ребенка: имеется ли отдельная кровать для малыша, какой вид кровати, где располагается, наличие в кровати игрушек, балдахинов, предметов ухода, используют ли родители подушку, позиционеры, пустышки; ознакомлены ли родители с рекомендациями о безопасном использовании одеяла и применяют ли на практике, о безопасной позе во время сна, практикуют ли совместный сон с ребенком. Последними пунктами в анкетировании были вопросы об осведомленности родителей о проблеме СВДС и об источнике этой информации.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты анкетирования показали, что 2,5 % (1/40) респондентов вообще не приобретают отдельную кровать для младенца. Семьи, приобретающие кроватку, предпочитают классическую деревянную модель. При этом в 97 % (39/40) случаев кроватка расположена в спальне родителей и рядом с родительской.

Более половины опрошенных респондентов 58 % (22/40) используют балдахины и бортики в кроватке младенца, в 27,5 % (11/40) семей имеются подушки для малышей, в 22,5 % (9/40) практикуют позиционеры, которые могут способствовать нарушению циркуляции воздуха и накоплению пыли. Чуть меньше половины семей 42 % (18/40) оставляют в кроватках младенцев игрушки, одежду и предметы ухода.

В ряду выявленных положительных моментов можно отметить, что 82,5 % (33/40) родителей ознакомлены и практикуют безопасное использование одеяла (только до уровня груди ребенка с обязательным подворачиванием краев под матрас). Отметим, что положение ребенка на животе во время сна практикуется на сегодня в каждой пятой семье, несмотря на то, что риск развития СВДС научно доказан. Так же стоит обратить внимание, что в 33,3 % (13/40) практикуется совместный сон младенца с родителями. К сожалению, по результатам анкетирования выявлены неполные семьи (2 из 40); семьи, где употребляют алкоголь и курят 18 % (7/40) и 27 % (11/40) соответственно.

Информированность родителей о СВДС, согласно ответам респондентов, составила 66,6 % (26/40). Большинство — 42 % (17/40) узнали о проблеме СВДС и возможности его профилактики из открытых источников (интернет), 28 % (9/40) опрошенных родителей о ней рассказал участковый врач-педиатр.

Выводы

Более половины семей из опрошенных не выполняют современные требования по организации безопасного сна младенца, практикуя совместный сон ребенка с родителями, допуская сон младенцев в положении на животе, используя подушки, позиционеры, наличие игрушек и предметов ухода и размещая их в кровати ребенка. Из положительных моментов, отметим, что почти в каждой семье имеется отдельная кроватка для ребенка, большинство родителей практикует безопасное использование одеяла. Информированность родителей о СВДС достаточно высока, однако необходимы дальнейшие усилия специалистов по образованию родителей в сфере профилактики СВДС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи при синдроме внезапной смерти младенцев. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Союз педиатров России. — 2015 г. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_svsm.pdf. — Дата доступа: 17.09.2019.
2. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://mkb-10.com>. - http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_svsm.pdf. — Дата доступа: 17.09.2019.
3. Синдром внезапной детской смерти / Ю. И. Ровда [и др.] // *Мать и дитя в Кузбассе*. — 2018. — № 1(72). — С. 96–105.
4. *Кораблева, Н. Н.* Организация безопасного сна детей первого года жизни как профилактика младенческой смертности / Н. Н.Кораблева // *Рос. педиатр. журн.* — 2015. — № 2. — С. 43–46.
5. AAP task force on sudden infant death syndrome, SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016. Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. — [Electronic resource]. — <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162938/>. — Date of access: 17.09.2017.

УДК 515-053.31:612-017.1:616.98:578.825.11-07

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Турдиева Д. Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение

Физиологическая недостаточность приобретенного иммунитета у новорожденных обусловлена временными изъянами репертуара антигенраспознающих рецепторов В- и Т-клеток [1, 2], который формируется в онтогенезе постепенно по индивидуальной программе для каждой группы антигенов, и не завершается в раннем детском возрасте [2]. Т-клетки части новорожденных имеют повышенную склонность к активационному апоптозу. Повышена неспецифическая супрессорная активность CD8 и CD4 Т-клеток, блокирующих синтез иммуноглобулинов G, M и A В-клетками даже в том случае, когда антителообразование данной специфичности уже возможно [1].

Изучение системы иммунного ответа при врожденной пневмонии у новорожденных является основополагающим методическим фактором в оценке различных клинико-биологических проявлений патологии. Вместе с тем, расширение методических возможностей и методологических концепций клинической иммунологии на современном этапе определяет целесообразность дальнейших исследований особенностей иммунного ответа у новорожденных с врожденной пневмонией в рамках целостной функциональной системы.

Цель

На основании исследования основных звеньев иммунитета определить особенности иммунной резистентности новорожденных детей при врожденной пневмонии.

Материал и методы исследования

Обследованы 40 новорожденных с клиническими проявлениями при врожденной пневмонии на этапе терапевтических мероприятий. Контрольную группу составили 20 здоровых новорожденных.

Иммунологические исследования включали: определение иммунофенотипов субпопуляций Т-лимфоцитов (CD3+ — зрелые Т-лимфоциты, CD4+ — Т-хелперы/индукторы, CD8+ — Т-супрессоры/цитотоксические клетки), CD16+ — естественных киллеров, CD19+ — В-лимфоцитов и иммунорегуляторного индекса (ИРИ). Исследование показателей клеточного звена иммунитета проводили с помощью моноклональных антител производства МедБиоСпектр (Россия);

Иммунологические исследования проводились в фазе разгара клинических проявлений на 3–7-й день жизни и в фазе стабилизации на 2–3-й неделях жизни. Острый период заболевания у детей соответствовал первым 3–7 дням и 2–3 недель жизни.