

Среди абортированных плодов простая трисомия при цитогенетическом исследовании выявлена в 95,5% случаев, в 4,5% – транслокационная форма.

Анализ уровня фенилаланина и тиреотропного гормона в крови новорожденных с СД в раннем неонатальном периоде показал достоверное увеличение данных показателей у новорожденных с синдромом Дауна, что может служить звеньями патогенеза психоневрологических у них расстройств [1].

Таблица 3. – Уровень фенилаланина и тиреотропного гормона

Показатели	Me(LQ;HQ)		U	p
	Основная группа	Группа сравнения		
Фенилаланин	1 (0,85;1,2)	0,9 (0,7;1,1)	658,5	0,025
Тиреотропный гормон	2,48 (1,45;4,77)	1,6 (1,35;1,2)	413,5	0,019

Следует отметить, что 64,0% детей с СД были выписаны домой, 26,0% были направлены в детскую больницу для дальнейшего наблюдения, 3,0% – умерли. В 7,0% случаев родители отказались от своих детей.

Выводы:

1. Проведение комплексного пренатального скрининга, включающего УЗИ и биохимический анализ, позволило снизить частоту рождения детей с синдромом Дауна в Гродненской области в 2015 году на 55,6%.

2. Выше представленное исследование показало, что у новорожденных с синдромом Дауна более низкие показатели физического развития и у 64,1% из них выявлены врожденные пороки развития.

3. Данные обстоятельства необходимо учитывать при проведении пренатального ультразвукового исследования плода, в том числе и у пациентов в возрастной группе до 35 лет.

Список литературы:

1. Состояние здоровья детей с синдромом Дауна / В.В. Бабаян [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. – № 1. – С. 24-28.

2. Suzanne B. Cassidy. Management of genetic syndromes / B.Cassidy Suzanne, E. Judit // Wiley-Blackwel. – 3d ed. – 2010. – P. 309-336.

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ В ПРАКТИКЕ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ: УЧИТЫВАЕТСЯ ЛИ РИСК АТОПИИ

Попова О.В.

ГУО «Белорусская государственная академия последипломного образования»,
кафедра клинической педиатрии, Минск, Беларусь

Введение. Организация рационального вскармливания детей на первом году жизни является одним из основных направлений работы педиатрической службы РБ по формированию здоровья детского населения.

Учитывая возрастающую частоту аллергопатологии у детей, педиатрам все чаще необходимо решать проблемы рационального вскармливания детей с пищевой аллергией. В этой связи особо актуальны как высокий уровень теоретической подготовки медицинских работников, так и правильная системная организация со стороны амбулаторно-поликлинического звена.

Объект и методы исследования. С целью уточнения проблемных

аспектов в реальной практике вскармливания детей первого года жизни и последующей их коррекции было проведено анонимное анкетирование по вопросам введения прикорма родителей и медицинского персонала (врачей-педиатров участковых, участковых медицинских сестер). Одним из аспектов анализа всего собранного материала были вопросы введения прикорма детям с пищевой непереносимостью и риском атопии.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано всего 144 ситуации, из них: 1-я группа – 50 случаев с диагностированным атопическим дерматитом (35% детей), 2-я группа – 48 случаев (33%) с другими проявлениями пищевой непереносимости (выявлены преимущественно при проведении анкетирования), 3-я группа – 46 случаев (32%) с предрасположенностью к аллергии в анамнезе и/или эпизодическими проявлениями нарушения пищевой толерантности. Все группы сопоставимы по числу и возрасту пациентов (таблица 1).

Учитывался ли в проанализированных ситуациях риск атопии при введении прикорма: 3-я группа – 46 детей, из них в 48% случаев имел место неправильный вариант первого прикорма. 22 ребенка из 46 получили первый прикорм в виде молочной каши и многокомпонентного пюре. Именно в 3-й группе оказался наибольшим % расхождений в рекомендациях медиков (врач-педиатр участковый – участковая медицинская сестра).

Таблица 1. – Группы детей

Недостатки	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Неправильные сроки введения прикорма (по рекомендации медика)	16% (8 детей)	36% (18 детей)	50% (23 ребенка)
Неправильные рекомендации медика по варианту первого и последующих прикормов	30% (15 детей)	33% (16 детей)	48% (22 ребенка)
Упущение других клинических проявлений пищевой аллергии и предрасположенности к аллергии в анамнезе	нет	62,5% (30 детей)	78% (36 детей)
Продолжительность грудного вскармливания до 1,5 лет	8% (4 ребенка)	14,5% (7 детей)	8,5% (4 ребенка)
Продолжительность грудного вскармливания до 1 года	12% (6 детей)	12,5% (6 детей)	17% (8 детей)

В 50% случаев в проанализированной выборке пациентов (23 ребенка) имело место несоблюдение сроков введения прикорма: 7 детей – до 4 мес (сок); 6 детей – 7 мес; 10 детей – 8-8,5-9 мес.

Следует также отметить, что в 70 случаях (48%) из 144 проанализированных имели место расхождения в рекомендациях врача, участковой медсестры и/или кабинета здорового ребенка.

Таким образом, в результате анализа собранного материала выявлены следующие основные проблемы:

1. Ошибочные рекомендации участкового педиатра и медицинской сестры, сотрудника кабинета здорового ребенка, вытекающие из этого противоречивость и отсутствие системности в рекомендациях родителям пациентов. Неправильные сроки (возраст, обострение проявления аллергии и т.п.). Неправильный выбор варианта прикорма (сок, многокомпонентное пюре

или каша, отсутствие объяснения родителям социально-обеспеченной группы преимуществ инстантных каш и др. вида прикорма промышленного производства и т.д.).

2. Малая продолжительность грудного вскармливания или отказ от него при проявлении пищевой аллергии.

3. Необоснованно завышенный «авторитет» торговой сети, родственников-знакомых и других непрофессиональных источников информации, включая интернет сайты.

4. Неправильный выбор прикорма касался преимущественно детей с предрасположенностью к пищевой аллергии. Не учитывается все многообразие клинических проявлений пищевой аллергии.

Принципиально отличались схемы авторитетности источников информации для родителей при выборе варианта прикорма: правильная и реально действующая (см. рис. 1 и рис. 2). Их отличие наглядно демонстрирует недостатки реальной практики введения прикорма.



Рисунок 1. - Схема правильной авторитетности источников информации для родителей на этапе введения прикорма

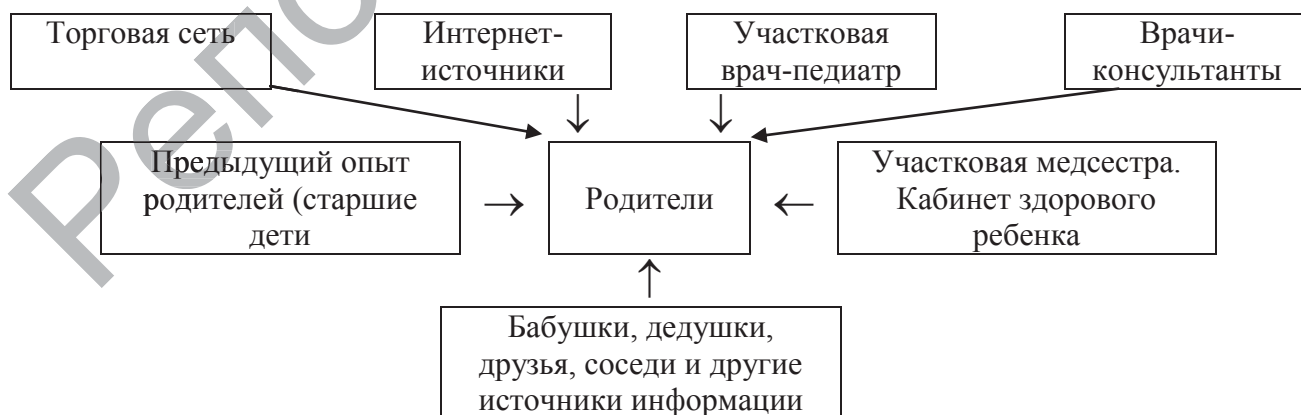


Рисунок 2. - Реально действующая схема авторитетности источников информации для родителей на этапе введения прикорма

Таким образом, основными задачами, требующими решения для правильной организации вскармливания детей первого года жизни являются:

1. Повышение уровня авторитетности медработников путем повышение уровня теоретической подготовки и освоения современных знаний по вопросам вскармливания детей с аллергопатологией:

– необходимость пролонгировать грудное вскармливание, организация рационального питания беременной и кормящей женщины

– грамотный анализ анамнеза с учетом отягощенности и предрасположенности к проявлениям атопии

– учет разнообразия клинических проявлений пищевой аллергии у детей первого года жизни

– сроки введения и характер прикорма

2. Совершенствование согласованности рекомендаций врача-педиатра и среднего медицинского персонала поликлиники.

3. Активная пропаганда «здорового вскармливания» как основы здорового образа жизни.

Список литературы:

1. Жерносек, В.Ф. Вскармливание здоровых детей первого года жизни: учеб.-метод. пособие / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова. – Минск, 2008. – 48 с.

2. Жерносек, В.Ф. Диагностика и лечение аллергических болезней у детей: справ. / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова. – Минск: РИВШ, 2013. – 120 с.

3. Жерносек, В.Ф. Пищевая аллергия у детей: лекция «Лечение, профилактика» / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова, Т.Н. Суковатых // ARSmedica. – 2011. – № 3. – С. 186-195.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ «ЦЕНТРОВ, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНЫХ К ПОДРОСТКАМ»

Попова О.В.

ГУО «Белорусская государственная академия последипломного образования», кафедра клинической педиатрии, Минск, Беларусь

Введение. Президентская программа «Дети Беларуси» 2006-2010 гг., нацеленная на совершенствование медицинской помощи по охране здоровья детей и подростков и формирование здорового образа жизни, способствовала увеличению числа Центров, доброжелательных к подросткам (ЦДМ) на базе целого ряда детских поликлиник республики и г. Минска в частности. В настоящее время возникла необходимость поиска путей повышения эффективности работы таких центров.

Объект и методы исследования. Были проанализированы результаты, формы и методы работы ряда ЦДМ г. Минска по отчетам и результатам анкетирования сотрудников, волонтеров и обращающейся в центры молодежи.

Результаты и их обсуждение. Молодежь нуждается в услугах по охране здоровья, которые по форме отличаются от услуг, оказываемых взрослым. ЦДМ должны ориентироваться не только на решение наиболее типичных проблем в состоянии здоровья, требующих лечения, но и затрагивать другие аспекты здоровья: последствия негативных факторов, имевших место в детстве;