

использовали антибактериальные препараты местно и перорально, с учетом выделенного возбудителя и его чувствительности к противомикробным препаратам курсами 10-14 дней, в сочетании с антигистаминными препаратами, эубиотиками и постоянным увлажнением слизистой, наряду с терапией экстрагенитальной патологии. Для профилактики рецидивов рекомендовалась иммуннобиокоррекция.

Выводы:

1. У обследованных пациенток максимальное число вульвовагинитов встречается в возрасте от 4-х до 6-ти лет. При этом установлен фактор перинатального инфицирования, склонность к рецидивированию и дисбиоз кишечника. Выяснено, что в развитии воспалительного процесса гениталий имеет значение нарушение аэрации наружных гениталий, чрезмерный «сверхуход» за половыми органами, сопровождающийся вымыванием нормальной микрофлоры влагалища, наряду с ее высушиванием из-за частого подмывания с мылом). В свою очередь, низкий санитарный уровень культуры в семьях, снижение иммунологической реактивности организма и несбалансированное питание, дефицитное по белку и основным микронутриентам, микроэлементам с преобладанием или большим количеством углеводов, приводят к осложненному течению данной патологии.

2. Большинство факторов, обуславливающих вульвовагинит, управляемые. Необходимы слаженные обоюдные действия акушеров-гинекологов, педиатров и родителей детей для выявления и лечения воспалительного процесса гениталий на амбулаторном этапе. Чтобы сохранить репродуктивное здоровье подрастающих девочек, необходимо повышать знания родителей по вопросам, касающимся правил ухода за гениталиями, соблюдения правил личной гигиены, необходимости их регулярного осмотра.

Список литературы:

1. Коколина, В.Ф. Урогенитальный хламидиоз: пособие для врачей / В.Ф. Коколина. – М., 2007. – 26 с.
2. Кохреидзе, Н.А. Становление вагинальной микрофлоры в возрастном аспекте / Н.А. Кохреидзе, М.Е. Кравченко // Детская больница. – 2002. – Т. 3. – С. 45-47.
3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – Москва: Медиа Сфера, 2003. – 312 с.
4. Уварова, Е.В. Применение препарата «Гексикон» в лечении воспалительных заболеваний влагалища неспецифической этиологии / Е.В. Уварова, Н.Х. Латыпова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2007. – № 4. – С. 11-16.

ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ МЛАДЕНЦЕВ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мирончик А.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Введение. Проблема синдрома внезапной смерти младенца (СВСМ) остается актуальной и в наше время. По данным ВОЗ на долю СВСМ в

структуре младенческой смертности приходится 15-33%. Наиболее низкие показатели отмечаются в скандинавских странах, в Австрии, Японии, Израиле, Северной Ирландии [1]. Наиболее высокие показатели СВСМ (от 0,8 до 1,4 на 1000, родившихся живыми) зарегистрированы в Новой Зеландии, Австралии, Англии, США и России [2].

По статистике Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в нашей стране ежегодно регистрируют от 25 до 40 случаев СВСМ. В разные годы частота СВСМ составляла от 0,07 до 0,48 на 1000 родившихся живыми. Исследования белорусских ученых показали, что среди погибших преобладали мальчики, их соотношение к девочкам составило полтора к одному. Самый проблемный возраст – от двух до четырех месяцев [3]. Больше всего детей погибало по причине СВСМ в холодное время года – с октября по март. Согласно западным исследованиям факторов риска развития СВСМ, его достоверная связь отмечена только с одним фактором – положением ребенка во время сна на животе. Большинство детей обнаруживали мертвыми в ночное время (от 00:00 до 06:00), в положении лежа на животе, с головой повернутой на бок. Признаки, которые позволили бы родителям или врачу заподозрить возможности катастрофы, отсутствовали [1]. Британские педиатры в качестве одной из основных причин СВСМ рассматривают так же небрежность и невнимательность родителей, 6 из 10 случаев внезапной смерти младенцев – результат незнания или нежелания родителей выполнять элементарные правила ухода за грудным ребенком. Половина случаев СВСМ происходила в выходные и праздничные дни, когда родители склонны отдохнуть от забот [2]. В Гродненской области СВСМ регистрируется с 1993 года. За период с 1993 по 2003 год от СВСМ умерло 35 детей. Частота этого синдрома колеблется от 0,07 до 0,48 на 1000 родившихся живыми [4].

Целью нашей работы было изучить структуру рисков СВСМ и определить ведущие факторы риска.

Объекты и методы исследования. Проведен анализ 100 амбулаторных карт детей форма 112/у, родившихся в период с января 2015 года по январь 2016 года, с оценкой факторов риска СВСМ, определяемых неонатологами и педиатрами поэтапно: в родильном доме, в 1, в 3 и в 6 месяцев жизни.

Результаты и их обсуждение. В группе обследованных детей доношенными родилось 98 детей, недоношенными – 2 ребенка.

Масса тела при рождении колебалась от 2260 до 4870 грамм. Результаты статистического анализа массы тела детей представлены в формате $Me = 3325$ [3100-3700]. Высокий риск СВСМ имели 10 детей, остальные относились к группе низкого и очень низкого риска.

Основными факторами риска СВСМ у детей из первой группы были следующие: число предшествовавших родов (от 2 до 4), небольшой интервал между родами (менее 14 месяцев), возраст матери на момент первой беременности (<17 лет), неполная семья, вредные привычки у матери.

От четвертых по счету родов родилось 2 детей с высоким риском СВСМ, от третьих родов – 2 детей, от вторых – 6 детей.

Беременности у женщин, родивших детей с высоким риском СВСМ, протекали на фоне уреоплазмоза в трех случаях, с угрозой прерывания

беременности в двух случаях. Пять женщин переносили во время беременности ОРИ.

Высокий риск СВСМ установлен в родильном доме у 4-х новорожденных, у остальных 6-ти младенцев – при последующих наблюдениях педиатром в 1 и в 3 месяца жизни. Повышение риска СВСМ от низкого при рождении до высокого на 1-м и 3-ем месяцах жизни отмечалось за счет добавления более высокого балла оценки СВСМ в 1 и в 3 месяца, 10 и 12 баллов соответственно, чем при рождении – 4 балла.

Электрокардиограмма записана всем детям из группы высокого риска СВСМ в родильном доме. У всех отмечался синусовый ритм, отклонение электрической оси сердца вправо, продолжительность интервалов и сегментов соответствовала возрастной норме.

Отличий в заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) между детьми с высоким риском СВСМ и детьми с низким практически не наблюдалось. В группе высокого риска 40% детей не болели ОРИ, у 30% детей отмечался 1 эпизод ОРИ, у 20% – 3 эпизода ОРИ, у 10% – 2. В группе низкого риска СВСМ у 47% детей не отмечено проявлений ОРИ, остальные 53% перенесли ОРИ от 1 до 3-х раз за исследуемый период времени.

При анализе динамического наблюдения детей с высоким риском СВСМ отмечалась регулярность посещения врачей у 70% детей, 30% – не являлись на осмотры и обследования.

Таким образом, проблема СВСМ актуальна. Посещение «школы беременных» будущей мамой, отказ от вредных привычек, внимательное отношение к себе и своему ребенку еще во время беременности, правильный уход за ребенком первого года жизни смогут существенно снизить смертность младенцев с этой патологией. Кроме того, для профилактики СВСМ очень важно регулярное наблюдение врача после рождения ребенка.

Список литературы:

1. Шакирова, А. Внезапная смерть грудного ребенка / А. Шакирова // Научно-практический мед. журнал. Практическая медицина [Электронный ресурс]. – 2010. – № 6. – Режим доступа: <http://pmarchive.ru/vnezapnaja-smert-grudnogo-rebenka>.
2. Кошкин, И. Синдром внезапной смерти младенцев / И. Кошкин // Журнал функциональной диагностики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fdpro.ru/синдром-внезапной-смерти-младенцев>.
3. Трапезников, М. Загадочная смерть в колыбели / М. Трапезников // Стартовая страница Беларуси 21.by [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа: <http://News.21.by/incident/2010/09/04>
4. Синдром внезапной смерти: практическое пособие для врачей-педиатров / МЗ РБ, УО «ГрГМУ», кафедра педиатрии № 2. / Гродно, 2004. Режим доступа: http://librany.grsmu.by/tile/katedry/ped_2/2005/Sindrom-smerti.doc.