

Том 10. – С. 6-10.

2. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике /А.Г. Чучалин [и др.]. – М., 2010. – 60 с.

3. Таточенко, В.К. Внебольничная пневмония у детей / В.К. Таточенко // Фарматека. – 2012. – № 1. – С. 58-63.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Пестерняк Ю.А., Пивоварчик Л. И., Пальцева А.И.

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

Введение. Физическое развитие новорожденного ребенка с синдромом Дауна, темп внутриутробного роста и прибавки массы тела имеют огромное диагностическое значение и являются важнейшими показателями его соматического здоровья. Синдром Дауна – это одно из наиболее распространенных врожденных хромосомных заболеваний. Данный синдром характеризуется, в первую очередь, выраженным отставанием в умственном развитии, а также рядом других аномалий внутриутробного развития. Так, низкая прибавка массы тела внутриутробно может оказаться первым симптомом нарушений со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной и нервной систем [2].

Обычно дети со ЗВУР склонны к большей потере первоначальной массы тела и более медленному ее восстановлению, длительно держащейся транзиторной желтухе новорожденных, медленному заживлению пупочной ранки после отпадения пуповинного остатка. Для детей с ЗВУР характерно частое развитие осложнений. У них часто развивается асфиксия в родах вследствие плохой переносимости родового стресса. Многие новорожденные с ЗВУР переносят хроническую внутриутробную гипоксию, приводящую к утолщению гладких мышц мелких легочных артерий, нарушению мозгового кровообращения. Поэтому новорожденные с ЗВУР имеют высокий риск развития синдрома персистирующего фетального кровообращения и поражения центральной нервной системы гипоксического характера. Также у новорожденных со ЗВУР отмечается нарушение метаболизма углеводов, поэтому они предрасположены к развитию гипогликемии. Риск перинатальной смерти у детей с синдромом задержки внутриутробного развития выше, чем у детей без неё. В литературе имеются разноречивые мнения по вопросу физического развития детей с синдромом Дауна. Вопреки распространенному мнению, данный синдром не всегда сопровождается глубокой олигофренией. Условной нормой, согласно распространенному тесту IQ, является 70 баллов (более низкий показатель рассматривают как умственную отсталость). У людей с синдромом Дауна, согласно некоторым исследованиям, результат может достигать 75 баллов и более.

Цель работы – выявить частоту рождения детей с синдромом Дауна в Гродненской области и особенности их физического развития.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Гродненского областного клинического перинатального центра, Гродненской клинической

больницы скорой медицинской помощи, Гродненской областной детской клинической больницы, Республиканского научно-практического центра «Мать и дитя».

Проведен клинический осмотр и кариотипирование новорожденных с СД, проанализированы 81 карта стационарного пациента, 89 протоколов патологоанатомического вскрытия abortированных плодов. Проведен анализ показателей уровней фенилаланина и тиреоидного гормона у детей с СД. Группу сравнения составили 30 здоровых новорожденных.

Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0: описательная статистика (Me (LQ;UQ) – медиана (верхний квартиль; нижний квартиль)), непараметрический корреляционный анализ Спирмена, сравнение 2-х независимых групп Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период с 2008 по 2015 гг. в Гродненской области родилось 82 ребенка и 88 плодов с СД элиминировано. Проведение в 2014 и 2015 гг. не только УЗИ-скрининга, но и биохимического скрининга позволило снизить число детей, родившихся с СД.

Таблица 1. – Абсолютное число новорожденных с СД и abortированных плодов с СД

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Всего
Новорожденные с СД	10	9	8	15	8	14	10	8	82
Abortированные плоды с СД	2	12	9	9	16	14	13	13	88

Как следует из таблицы 1, наибольшее количество детей с СД родилось в 2011, 2013 годах и в сравнении с 2008 годом увеличилось на 55,6%. В последующем отмечалось снижение числа родившихся с СД в 2014 и 2015 на 27,0% и 55,6% соответственно при одновременном увеличении в 6,5 раз числа прерванных беременностей с СД. Следует отметить, что у 39 матерей отсутствовал риск рождения ребенка с СД, 25 матерей отказались от инвазивной методики обследования (амниоцентеза), а 6 – не состояли на учете. Среди всех исходов беременностей частота СД в Гродненской области в 2015 году увеличилась в 2 раза по сравнению с 2008 годом. Снижение частоты рождения детей с данной патологией в 2014-2015 году ещё раз подтверждает значимость профилактики и пренатальной диагностики, включающей биохимический и УЗИ-скрининг беременных, основными задачами, которого является определение вероятности рождения ребенка с синдромом Дауна у конкретной женщины. Все новорожденные и abortированные плоды кариотипированы.

Динамика рождаемости детей с СД и элиминированных плодов с СД в Гродненской области за период 2011-2015 представлена на рисунке 1.

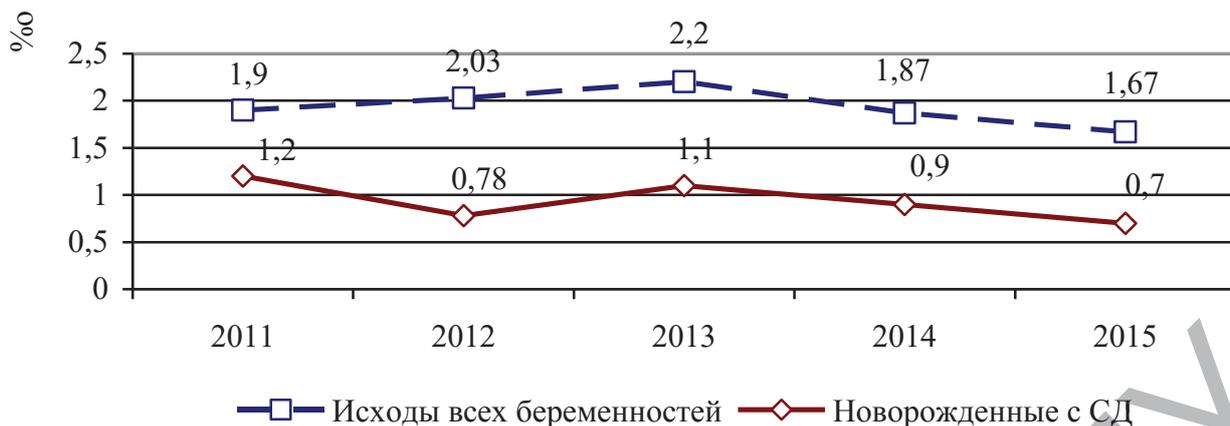


Рисунок 1. – Динамика рождаемости детей с синдромом Дауна и всех зачатий с синдромом Дауна на 1000 родившихся живыми и мертвыми

В последние годы наблюдается снижение рождаемости детей с СД на 58,3% (2011 – 1,2‰, а в 2015 – 0,7‰). В 2015 году имело место снижение частоты всех исходов беременностей с СД на 13,0% по сравнению с 2011 годом.

Возраст матери – важный фактор, влияющий на благополучное течение беременности и формирование здоровья плода и новорожденного. Большинство детей с СД родилось у женщин в возрасте 18–30 лет и только у 21,3% родившихся детей матери были старше 35 лет. По данным работ Каплина С.Л. (2012) в 90% случаев дополнительную 21-ю хромосому ребенок получает от матери и в 10% – от отца. Возрастной состав матерей, родивших детей с СД представлен на рисунке 2.

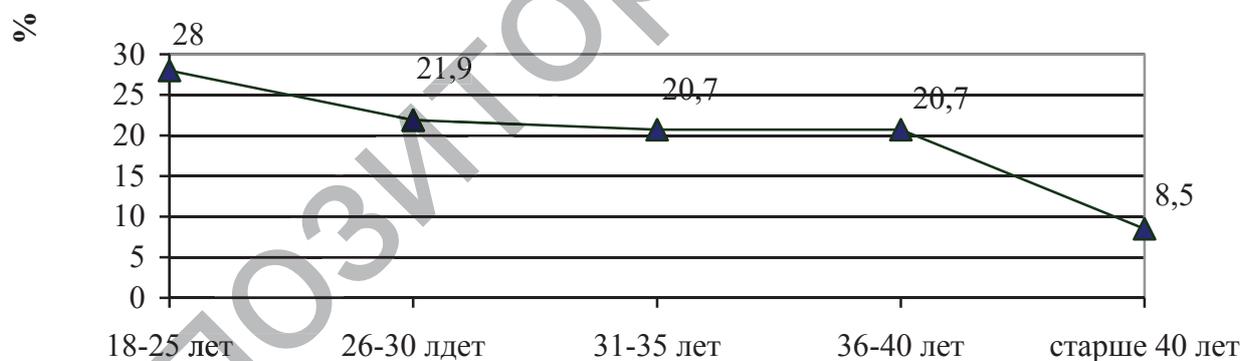


Рисунок 2. – Возрастной состав матерей

Проанализировано функциональное состояние организма матерей, родивших детей с СД. В ходе исследования было установлено, что женщины, родившие детей с СД, отличались высокой (45,0%) соматической заболеваемостью: инфекционные заболевания (18,6%), заболевания мочевыделительной системы (15,7%), эндокринные заболевания (10,5%), заболевания желудочно-кишечного тракта (7,9%). Наиболее часто выявлялись акушерско-гинекологическая патология (47,3%). У 62,0% женщин имело место осложненное течение беременности: угроза прерывания (52,0%), многоводие (22,0%), гестоз (18,0%) и фетоплацентарная недостаточность (8,0%).

Через естественные родовые пути родилось 66,0% детей и 34,0% путем

операции кесарево сечение, 93,0% новорожденных родились в срок, 7,0% – преждевременно.

Среди родившихся младенцев с СД преобладали мальчики – 63,1%, девочек – 36,9%. Физическое развитие детей с СД представлено в таблице 2.

Таблица 2. – Физическое развитие детей с СД

Показатели физического развития	Me(LQ;HQ)		U	p
	синдром Дауна	группа сравнения		
Масса тела	2965 (2650;3350)	3400 (3100;3700)	391	<0,001
Длина тела	51 (49;52)	53 (51;55)	318,5	<0,001
Окружность головы	33,5 (32;34)	35 (34;36)	291,5	<0,001
Окружность груди	32 (31;33)	34 (33;36)	247	<0,001

Как следует из данных таблицы 2 все показатели физического развития у детей с синдромом Дауна достоверно ниже аналогичных показателей детей контрольной группы ($p < 0,001$). Среди новорожденных с синдромом Дауна у 30% детей их физическое развитие соответствовало гестационному возрасту, а 44,4% детей родились с ЗВУР. Кроме того, ЗВУР диагностирована у половины детей, родившихся преждевременно. У всех новорожденных со ЗВУР в раннем неонатальном периоде диагностирована хроническая внутриматочная гипоксия с клиническими нарушениями со стороны центральной нервной системы.

В состоянии средней степени тяжести родилось 87,0% детей, в тяжёлом состоянии 13,0%. У детей с СД примерно в 3 раза чаще выявлялся отягощенный генеалогический, биологический и социально-средовой анамнез (14,2% и 3,8%, $p < 0,05$). Врожденные пороки развития выявлены у 64,0% детей. Среди них преобладали врожденные пороки сердца – 75,0% (наиболее часто – АВ-коммуникации), врожденные пороки мочеполовой системы (10,0%), желудочно-кишечного тракта (6,0%), дыхательной системы (4,0%), костно-мышечной системы (3,0%), центральной нервной системы (2,0%). Проведенное исследование свидетельствует о нарушении состояния здоровья детей с СД, требующее ранней коррекции.

Наиболее распространенными фенотипическими признаками у наблюдаемых пациентов были: монголоидный разрез глаз (94,0%), добавочная кожная складка на шее (92,0%), короткая шея (87,0%), короткие конечности (72,0%), брахицефалия (68,0%), низкорасположенные диспластические ушные раковины (65,0%), эпикантус (65,0%), плоское широкое переносье (65,0%), поперечная ладонная складка (62,0%), мышечная гипотония (51,0%), клинодактилия (38,0%), плоское лицо (38,0%), уплощение затылка (32,0%), сандалевидная щель (30,0%), готическое небо (22,0%).

Цитогенетические варианты СД у родившихся детей – 96,4% случаев представлены простой трисомией 21 хромосомы, 2,4% – транслокационными вариантами, что сочетается с литературными данными. С мозаицизмом выявлена только одна девочка. При мозаицизме нарушение кариотипа затрагивает только некоторые органы и ткани. Данная форма синдрома является, как правило, более лёгкой (в зависимости от обширности изменённых тканей и их расположения в организме), однако более трудна для пренатальной диагностики.

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