



ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Особливості клінічних проявів остеопорозу хребта залежно від віку, статі пацієнта, тяжкості й локалізації патологічного процесу	82
Серцево-судинний ризик у пацієнок з гіпертонічною хворобою на тлі фізіологічної та постхірургічної менопаузи	86
Аналіз результатів тромболітичної терапії у пацієнтів із атеротромботичним і кардіоемболічним підтипом півкульного ішемічного інсульту.....	90

А.Т. Сташкевич, А.М. Вітковський, А.В. Шевчук

Державна установа «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ

Особливості клінічних проявів остеопорозу хребта залежно від віку, статі пацієнта, тяжкості й локалізації патологічного процесу

Тяжкий перебіг захворювання у пацієнтів із компресійними переломами тіл хребців на тлі остеопорозу потребує значних матеріальних витрат на лікування. Медична та соціальна актуальність раннього виявлення остеопорозу ґрунтується на вивченні характерних клінічних проявів. При переломах тіл хребців на тлі системного остеопорозу виникає проблема функціональної неспроможності хребцево-рухового сегменту. У зв'язку з тим, що остеопороз найчастіше розвивається у жінок в постменопаузальний період та у чоловіків віком старше 60 років, характерні клінічні прояви накладаються на симптоматику дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта та патології вісцеральних органів. У роботі представлені особливості клінічного перебігу остеопорозу залежно від статі, віку, а також тяжкості й тривалості патологічного процесу, що дозволяє своєчасно надати кваліфіковану медичну допомогу та підвищити ефективність лікування.

Ключові слова: остеопороз, остеопенія, хребет, хребець, компресійний перелом, біль, неврологія.

Вступ

Остеопороз — одне з найпоширеніших метаболічних захворювань скелета, пов'язаних зі змінами мікроструктури кісткової тканини, які в подальшому призводять до патологічної ламкості кісток, і як наслідок — підвищеного ризику переломів, змін у нервовій системі та вісцеральних органах. За рентгенологічними даними найчастіше ушкоджуються хребці грудного та поперекового відділів хребта (деформації та компресійні переломи тіл хребців), тазові кістки, ребра, трубчасті кістки кінцівок. Також відзначають розвиток деформацій хребта, що посилюються з часом, та прогресування неврологічних розладів (Рожинская Л.Я., 2000; Беневоленская Л.И., 2003; Новик А.А. і соавт., 2003; Евстигнеева Л.П. і соавт., 2008; Федоренков А.В., 2010).

Перший опис остеопорозу як захворювання згадується в лекціях відомих французьких клініцистів В. Charcot, А. Vulpien (1873), клінічну картину цього захворювання вперше охарактеризував та відмежував від клініки остеомалії G. Rommer у 1885 р., а Н. Gerth та G. Schmorl (1930) вперше описали його патологоанатомічні ознаки (Риггз Б.Л., Мелтон Л.Д., 2000; Беневоленская Л.И., 2003).

Згідно із сучасними даними епідеміологічних досліджень у країнах Європи, остеопороз діагностовано у 40 млн людей, що відповідає 10–12% усього населення. У США остеопороз зареєстровано у 30% жінок європеоїдної раси у постменопаузальний період, із них у 16% діагностовано остеопороз хребта. Розповсюдженість остеопорозу хребта у Латинській Америці становить 17,6%. Згідно з даними епідеміологічних досліджень у Російській Федерації, остеопороз діагностовано у 30–33% жінок та 22–24% чоловіків віком ≥50 років,

що становить приблизно 10 млн населення (Михайлов Е.Е. і соавт., 1997; Ершова О.Б., 1998; Евстигнеева Л.П., 2008; Anselmetti G.C. et al., 2008).

Згідно з даними різних авторів, 16–25% жінок у постменопаузальний період мають рентгенологічно підтверджені переломи тіл хребців при остеопорозі, що діагностовані протягом перших 10–20 років з моменту настання менопаузи. У віці ≥50 років одна з 4 жінок у США та одна із 8 у країнах Європи мають рентгенологічні ознаки перелому хоча б одного хребця. При цьому у 40% жінок віком 80–85 років відзначають остеопоротичні деформації хребців (Лепарський Е.А., 1997; Anselmetti G. et al., 2005; Кулигина Ю.Л., 2007).

Зазначимо, що на розвиток та розповсюдженість остеопоротичного процесу впливають ряд факторів ризику:

- расова приналежність (найвищий ризик переломів відзначають у жінок європеоїдної чи монголоїдної раси);
- конституційний тип (остеопороз діагностують у 40% жінок постменопаузального віку з масою тіла <70 кг);
- стать (ризик розвитку остеопоротичного процесу у жінок у 4 рази вищий, ніж у чоловіків);
- літній вік (>50 років у жінок та >60 років у чоловіків);
- професійна діяльність.

Мета роботи — визначити особливості клінічних проявів остеопорозу хребта залежно від віку, статі пацієнта, тяжкості проявів та локалізації патологічного процесу.

Об'єкт і методи дослідження

В основу роботи покладено результати обстеження 115 пацієнтів із переломами

грудних та поперекових хребців на тлі остеопорозу хребта, які перебували на обстеженні та стаціонарному лікуванні у відділенні хірургії хребта Інституту травматології та ортопедії НАМН України протягом 2010–2014 рр. Обстеження складалося зі збору анамнезу, огляду хворих ортопедом і неврологом, проведення оглядової та функціональної спондилографії у двох проекціях, рентгеноденситометрії, магнітно-резонансної та комп'ютерної томографії. Усіх пацієнтів розподілили за ступенем втрати кісткової маси на дві групи: остеопенії та остеопорозу (табл. 1).

У переважній більшості випадків остеопенію відзначали у жінок після настання менопаузи, а остеопороз — у сенильному віці. У чоловіків остеопенія розвивалась у віці ≥60 років, а остеопороз — ≥75 років. Згідно з результатами дослідження, жінки хворіють на остеопороз у 6 разів частіше, ніж чоловіки у відповідних вікових групах (табл. 2).

У 51,8% випадків переважали переломи у перехідній критичній зоні $T_{12}-L_{1}$. Загалом у 115 обстежених пацієнтів виявлено переломи 170 хребців. На грудний відділ припадає значно менша кількість переломів, що пов'язано із фіксуною роллю реберного каркасу. Порівняно мала частка випадків переломів на рівні L_5 (1,8%) пов'язана з тим, що біомеханіка цього хребцево-рухового сегмента гальмує травмуючу дію ряду факторів за рахунок попереково-крижового кута (табл. 3).

Результати та їх обговорення

Домінуючими проявами при захворюванні на остеопороз є неврологічні порушення. Гострий початок захворювання характеризується виникненням інтенсив-

Таблиця 1

Розподіл хворих за ступенем втрати кісткової маси

Вік, років	Тяжкість процесу				Усього	
	остеопенія		остеопороз			
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	п	%
≤50	2	5	2	3	12	10,4
51–59	2	13	1	6	22	19,1
60–69	4	17	2	8	31	27
70–75	1	8	1	10	20	17,4
76–90	3	8	4	15	30	26,1
Усього, п (%)	12 (10,4)	51 (44,3)	10 (8,7)	42 (36,6)	115 (0)	0 (100)

Таблиця 2

Розподіл хворих за статтю та віком

Вік, років	Стать				Усього	
	чоловіки		жінки			
	п	%	п	%	п	%
≤50	4	18,2	8	8,6	12	10,4
51–59	3	13,6	19	20,4	22	19,1
60–69	6	27,3	25	26,9	31	27
70–75	2	9,1	18	19,4	20	17,4
76–90	7	31,8	23	24,7	30	26,1
Усього	п	22	93	100	115	—
	%	19,3	—	80,7	—	100

Таблиця 3

Розподіл хворих за частотою переломів залежно від рівня ураження

Рівень ураження	Число переломів	
	п	%
Th _v	3	1,8
Th _{vi}	7	4,1
Th _{vii}	7	4,1
Th _{viii}	6	3,5
Th _{ix}	5	2,9
Th _x	8	4,7
Th _{xi}	10	5,9
Th _{xii}	26	15,3
L _i	35	20,6
L _{ii}	27	15,9
L _{iii}	17	10,0
L _{iv}	16	9,4
L _v	3	1,8
Усього	170	100

Таблиця 4

Розподіл хворих за характером больового синдрому

Характер больового синдрому	Відділи хребта			
	грудний		поперековий	
	п	%	п	%
Гострий	16	24,6	23	27,4
Пекучий	18	27,7	19	22,6
Помірний	31	47,7	42	50,0
Локальний	32	49,2	50	59,9
Розлитий	15	23,1	25	29,8
Оперізувальний	12	18,5	3	3,6
Іррадіюючий в бік	6	9,2	6	7,1
Іррадіюючий у нижні кінцівки	—	—	11	13,1

ного болю у хребті без видимої значної травми, він пов'язаний зі свіжими компресійними переломами одного чи кількох хребців, часто поява болю була пов'язана із підняттям вантажу.

Найчастіше захворювання на остеопороз починається поступово та проявляється періодичним болем у хребті, який із часом набуває хронічного характеру. За темпом формування больових відчуттів виділяють два варіанти перебігу захворювання: з гострим та повільним початком (табл. 4).

Зазвичай у грудному та поперековому відділах хребта пацієнти відчували гострий (24,6 та 27,4% випадків відповідно) та пекучий (27,7 та 22,6% відповідно) біль помірної інтенсивності (47,7 та 50,0% відповідно). При цьому біль локального характеру в грудному та поперековому відділах хребта відзначали 49,2 та 59,9% пацієнтів відповідно, а біль розлитого характеру — у 23,1 та 29,3% випадків відповідно. Значно рідше пацієнти відзначали біль оперізувального характеру

у грудному відділі хребта (18,5% випадків). Іррадіація болю у нижні кінцівки була притаманна лише пацієнтам із переломами у поперековому відділі хребта (13,1% випадків). Таким чином, за інтенсивністю больового синдрому не встановлено статистично достовірних відмінностей між пацієнтами із переломами у грудному та поперековому відділах хребта.

Також окремо для груп пацієнтів з остеопенією та остеопорозом проведено аналіз частоти і кількості випадків пошкодження хребців залежно від віку, статі, локалізації перелому і ступеня остеопоротичного процесу (табл. 5, 6).

Відповідно до отриманих у ході дослідження даних встановлено, що при остеопенії частота переломів хребців у осіб віком 60–69 років була значно вищою (33,3%), ніж у інших вікових категоріях, переважно у жінок (80,9% випадків). При остеопорозі більшість випадків переломів хребців діагностували у віці ≥76 років (36,5%), також переважно у пацієнтів жіночої статі (78,9%).

Загалом частота переломів хребців у грудному та поперековому відділах хребта при остеопенії становила 61,9 та 38,1%, а при остеопорозі — 59,6 та 40,4% випадків. Проведений аналіз дає можливість стверджувати, що переломи хребців при остеопоротичному процесі більш притаманні для поперекового відділу хребта, ніж грудного. Внаслідок компресійних переломів хребців на тлі остеопоротичного процесу розвивається остеопоротична спондилопатія — остеопоротична деформація хребта (табл. 7).

Типові клінічні ознаки, характерні для остеопоротичної спондилопатії, становили зміни у фізіологічних вигинах хребта, перш за все — у фронтальній площині. Так, грудний гіперкіфоз виявляли у 78,5% пацієнтів із компресійними переломами тіл хребців у грудному відділі хребта та у 27,4% — у поперековому. Компенсаторний поперековий гіперлордоз виявлено у 38,6% пацієнтів із компресійними переломами тіл грудних хребців та лише у 17,9% — поперекових хребців. Згладжений поперековий лордоз значно частіше діагностували у пацієнтів з ушкодженням поперекового відділу хребта (69,0%), ніж грудного (29,2%), а поперековий кіфоз — у 9,5 та 4,6% відповідно. Сколіотичну деформацію хребта спостерігали у майже однакової кількості пацієнтів із грудними та поперековими переломами тіл хребців (15,4 та 16,7% відповідно). Характерний для компресійних переломів хребців симптом випинання остистих відростків частіше реєстрували при ушкодженнях поперекового відділу хребта (78,6%), що пояснюється наявністю стабілізуючої ролі реберного каркасу у грудному відділі хребта.

Остеопоротичні деформації хребта викликають неврологічні розлади внаслідок компресії спінальних корінців у грудному та поперековому відділах хребта. Подібна локалізація корінцевого синдрому і характер його виникнення, особливо у людей похилого віку, припускає можливість остеопоротичного процесу.

Клінічні прояви неврологічних розладів при остеопорозі не відрізняються від радикулопатії при дегенеративно-дистрофічних процесах у хребті, проте у поєднанні з іншими клінічними синдромами, які супроводжують перебіг остеопорозу, дозволяють правильно встановити діагноз. Одним із ускладнень є компресія спинного мозку при остеопоротичному переломі тіла хребця. Залежно від ступеня компресії розвиваються різноманітні клінічні синдроми. При помірній компресії формується радикуломієлоішемічний стан, який, крім компресійного корінцевого синдрому, супроводжується ознаками ураження спинного мозку: підвищенням сухожильних рефлексів у нижніх кінцівках, появою патологічних ступневих знаків, іноді — порушенням функції тазових органів (у вигляді імперативних позивів до сечовипускання). Усіх хворих, які перебували на лікуванні з компресійними переломами тіл хребців у поперековому відділі хребта на тлі остеопоротичного процесу, розподілено за видами неврологічних розладів (табл. 8).

Таблиця 5 Розподіл хворих за частотою переломів хребців залежно від віку, статі, локалізації переломів та ступеня остеопоротичного процесу (остеопенія)

Вік, років	Грудний відділ		Поперековий відділ		Усього	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	n	%
≤50	2	1	3	1	7	11,1
51–59	6	1	7	1	15	23,8
60–69	7	1	10	3	21	33,3
70–75	2	–	6	1	9	14,3
76–90	3	1	5	2	11	17,5
Усього	n	20	4	31	8	63
	%	31,7	6,4	49,2	12,7	–

Таблиця 6 Розподіл хворих за частотою переломів хребців залежно від віку, статі, локалізації переломів та ступеня остеопоротичного процесу (остеопороз)

Вік, років	Грудний відділ		Поперековий відділ		Усього	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	n	%
≤50	1	1	2	1	5	9,6
51–59	2	-	4	1	7	13,5
60–69	3	1	5	1	10	19,2
70–75	4	-	6	1	11	21,2
76–90	7	2	8	2	19	36,5
Усього	n	17	4	25	6	52
	%	32,7	7,7	48,1	11,5	100

Таблиця 7 Розподіл хворих за видом остеопоротичних деформацій хребта

Вид деформації	Ушкоджений відділ хребта			
	грудний		поперековий	
	n	%	n	%
Грудний гіперкіфоз	51	78,5	23	27,4
Поперековий гіперлордоз	25	38,6	15	17,9
Поперековий лордоз згладжений	19	29,2	58	69,0
Поперековий кіфоз	3	4,6	8	9,5
Сколіотичне викривлення	10	15,4	14	16,7
Випинання та біль остистих відростків	45	69,2	66	78,6

Таблиця 8 Розподіл хворих за неврологічними розладами

Вид неврологічних розладів	Ушкоджений відділ хребта			
	грудний		поперековий	
	n	%	n	%
Симптоми натягу	–	–	16	19,5
Гіпестезія	–	–	22	26,8
Гіперестезія	–	–	7	8,5
Зниження сухожильних рефлексів	–	–	16	19,5
Підвищення сухожильних рефлексів	–	–	6	7,3
Гіпотрофія м'язів нижніх кінцівок	–	–	5	6,1
Зниження сили м'язів нижніх кінцівок	–	–	8	9,7
Порушення функції тазових органів	–	–	2	2,4

Значна компресія корінцево-спінальних артерій при ушкодженнях хребта призводить до розвитку гострих або хронічних порушень мозкового кровообігу. Таким чином, неврологічні розлади з боку нижніх кінцівок за корінцевим типом досліджено лише у пацієнтів із компресійними переломами поперекових хребців. Зокрема, у цих пацієнтів спостерігали такі прояви неврологічних розладів: симптоми натягу (19,5%), гіпестезію (26,8%), гіперестезію (8,5%), гіпорексію (7,3%), гіпотрофію (6,1%) та зниження сили м'язів нижніх кінцівок (9,7%), порушення функції тазових органів (2,4%).

При клінічному обстеженні пацієнтів відзначали:

- підвищену чутливість остистих відростків хребців при перкусії та пальпації;
- відчуття деякими пацієнтами дифузного болю у нижніх кінцівках при натисканні та наявності множинних ділянок болючих м'язових ущільнень, які могли стати джерелом болювих відчуттів;
- болючість та рефлекторну напруженість довгих м'язів спини;
- обмеження ротації та нахилів у різних рівнях хребта;
- позитивний симптом осьового навантаження;
- болючість при стисканні грудної клітки;

- появу внаслідок укорочення хребта додаткових шкірних складок на тулубі та наближення реберних дуг до реберів крил клубової кістки, з подальшим формуванням грудного кіфозу (горба вдови — dowagers hump).

Обмеження рухів спостерігали як у грудному (72,3%), так і в поперековому (78,6%) відділах хребта, при цьому посилення болю відзначали 81,5 та 92,9% пацієнтів відповідно. Наявність м'язово-тонічного синдрому зареєстровано у 69,2% пацієнтів із переломами грудних хребців та 73,8% — поперекових. Гіпотрофію паравертебральних м'язів виявляли доволі рідко — у 12,3 та 9,5% випадків відповідно.

Найчастіше емоційні порушення при остеопорозі хребта проявлялися дратівливістю, пригніченням настрою, появою плаксивості та емоційної лабільності, що призводило до зниження рухової активності пацієнта.

Висновки

Клінічні прояви остеопоротичного процесу проявляються емоційними та вегетативними порушеннями задовго до переломів хребців.

Остеопоротичний процес розвивається у старшому та похилому віці: остеопенія

та остеопороз у жінок діагностують у віці ≥50 років (постменопаузальний період) та ≥70 років (сенільний період) відповідно, у чоловіків — ≥60 років та ≥75 років відповідно. У жінок остеопоротичний процес діагностують майже у 4 рази частіше, ніж у чоловіків, відповідно аналогічним віковим групам (80,7 та 31,8%).

Компресійні переломи при остеопоротичному процесі у більшості випадків відбуваються у критичній перехідній зоні Th_{xii}–L_i хребців (51,8%).

При остеопоротичному процесі кількість зламаних хребців у поперековому відділі домінує над кількістю у грудному відділі хребта у 1,5 раза.

Для компресійних переломів хребців характерна остеопоротична деформація хребта, перш за все — грудний гіперкіфоз (78,5%) та випинання остистих відростків (78,6%).

Остеопоротична деформація хребта — причина неврологічних розладів внаслідок компресії нервово-судинних структур спинного мозку.

На перший план клінічних проявів при компресійних переломах на тлі остеопоротичного процесу виступає біль, а також обмеження рухів в ураженому сегменті хребта.

Список використаної літератури

- Беневолєнська Л.И.** (2003) Руководство по остеопорозу. Бином, Москва, 524 с.
- Евстигнеева Л.П.** (2002) Эпидемиологическое исследование остеопоротических деформаций позвонков у жителей г. Екатеринбурга старших возрастных групп. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, Ярославль, 22 с.
- Евстигнеева Л.П., Лесняк О.М., Пийвель А.И.** (2008) Клинические проявления остеопоротических переломов позвонков: 2-й Российский симпозиум по остеопорозу. Тез. докл., Санкт-Петербург, 80 с.
- Ершова О.Б.** (1998) Клинико-эпидемиологическая характеристика остеопороза. Автореф. дис. ... докт. мед. наук, Ярославль, 24 с.
- Кулигина Ю.Л.** (2007) У пациентов с остеопорозом профилактика падений является и профилактикой переломов. Мед. вестн., 38(39): 423–424.
- Лепарский Е.А.** (1997) Международный симпозиум «Социальные и экономические аспекты остеопороза и заболеваний костей». Остеопороз и остеопатия, 1: 46–47.
- Михайлов Е.Е., Беневолєнська Н.М., Мылов Н.М.** (1997) Распространенность переломов позвоночника в популяционной выборке лиц 50 лет и старше. Вест. травм. и ортоп. им. Н.Н. Приорова, 3: 20–26.
- Новик А.А., Довгань И.А., Цыган Е.Н.** (2003) Остеопороз (клиника, диагностика, лечение). Бином, Санкт-Петербург, 42 с.
- Риггз Б.Л., Мелтон Л.Д.** (2000) Остеопороз: этиология, диагностика, лечение (Пер. с англ.). Бином, Санкт-Петербург, 558 с.
- Рожинская Л.Я.** (2000) Системный остеопороз: практическое руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. Моисеев, Москва, 196 с.
- Федоронков А.В.** (2010) Вертебропластика в лечении компрессионных переломов позвонков на фоне остеопороза. Дис. ... канд. мед. наук, Санкт-Петербург, 160 с.
- Anselmetti G., Cornier A., Debernadi F., Regge D.** (2005) Treatment of painful compression vertebral fractures with vertebroplasty: results and complications. Radiol. Med., 110(3): 262–272.

Anselmetti G.C., Zoarski G., Manca A. et al. (2008) Percutaneous vertebroplasty and bone cement leakage: clinical experience with a new high-viscosity bone cement and delivery system for vertebral augmentation in benign and malignant compression fractures. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*, 31(5): 937–947.

Особенности клинических проявлений остеопороза позвоночника в зависимости от возраста, пола пациента, тяжести и локализации процесса

А.Т. Сташкевич, А.Н. Витковский,
А.В. Шевчук

Резюме. Тяжелое течение заболевания у пациентов с компрессионными переломами тел позвонков на фоне остеопороза требует больших материальных затрат на лечение. Медицинская и социальная актуальность раннего выявления остеопороза основана на изучении характерных клинических проявлений. При переломах тел позвонков на фоне системного остеопороза возникает проблема функциональной несостоятельности позвоночно-двигательного сегмента. В связи с тем, что

остеопороз в основном развивается у женщин в постменопаузальный период, а у мужчин в возрасте старше 60 лет, характерные клинические проявления накладываются на симптоматику дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и патологии висцеральных органов. В работе изложены особенности клинического течения остеопороза в зависимости от пола, возраста, а также тяжести и продолжительности патологического процесса, что позволяет своевременно оказать квалифицированную медицинскую помощь и повысить эффективность лечения.

Ключевые слова: остеопороз, остеопения, позвоночник, позвонок, компрессионный перелом, боль, неврология.

Features of clinical displays of osteoporosis of spine in dependence on age, gender, weight and duration of process

A. T. Stashkevich, A. M. Vitkovskii,
A. V. Shevchuk

Summary. Weight of disease for patients with the compression fracture of bodies of vertebrae an osteoporosis requires heavy mate-

rial tolls on treatment. Medical and social actuality of early exposure of osteoporosis is based on the study of characteristic clinical displays. At the fracture of bodies of vertebrae on a background a system osteoporosis there is a problem of functional «insolvency» of vertebral-motive segment. In connection with that an osteoporosis mainly develops for women in a period after menopause, and for men after 60, characteristic clinical displays are laid on the symptomatology of degenerative diseases of spine. The characteristic clinical displays of osteoporosis are in-process expounded, depending on sex, age, and also weight and duration that allows in good time to render skilled medicare and promote efficiency of treatment.

Key words: osteoporosis, osteopenia, spine, vertebra, fracture, compression, pain, neurology.

Адреса для листування:

Шевчук Андрій Вікторович
01601, Київ, вул. Воровського, 27
Інститут травматології та ортопедії
НАМН України,
відділ хірургії хребта зі спінальним
(нейрохірургічним) центром

Одержано 11.06.2015

Реферативна інформація

Каких рекомендаций следует придерживаться во избежание синдрома внезапной детской смерти?



Каждая сознательная мама может часами рассказывать о важности для безопасности ее малыша условий окружающей среды во время сна. Но что конкретно значит это утверждение? Какие меры предосторожности следует соблюдать за-

ботливой маме для того, чтобы максимально обезопасить сон ребенка? И каких модных уловок современной промышленной индустрии стоит избегать?

В настоящее время большинству из нас известна рекомендация Американской академии педиатрии (American Academy of Pediatrics — AAP) в отношении наиболее оптимального положения ребенка во время сна — на спине. Согласно результатам ряда исследований, именно при такой позиции ребенок подвержен наименьшему риску развития синдрома внезапной детской смерти (СВДС), от которого только в США ежегодно умирают около 4 тыс. младенцев.

Наибольший риск СВДС отмечают в первые 6 мес жизни ребенка, поэтому именно в этот период малыш нуждается в тщательном контроле режима сна, в том числе и в выборе правильного положения в кровати. Результатом введения указанной рекомендации в официальный перечень таковых в 1992 г. стало достоверное снижение смертности от СВДС в последние 20 лет, хотя смертность от удушья и удушения имела тенденцию к повышению.

Однако не все рекомендации универсальны: в каждом конкретном случае родители должны советоваться с педиатром. Например, в случае частого срыгивания, наиболее оптимальное положение для малыша — на боку.

Для того чтобы обезопасить своего ребенка AAP рекомендует:

- тщательно следить за тем, чтобы ребенок во время сна лежал на спине, при этом во время бодрствования всячески поощрять его лежание на животе;
- по возможности придерживаться грудного вскармливания;
- проводить вакцинацию согласно календарю;
- избегать наличия бамперов, мягких подушек, покрывал и различных развлекательных приспособлений в кроватке;
- отказаться от мягких, надувных, водных матрасов — ребенок должен спать на твердой поверхности;
- стараться не использовать покрывало, тем более не натягивать его на голову ребенка, вместо этого кутать ребенка в теплые спальные мешки и костюмчики;
- избегать использования клиньев и позиционеров — специальных приспособлений, моделирующих положение ребенка в кровати;
- отказаться от совместного сна: родители и дети должны спать в одном помещении, но раздельно;
- придерживаться оптимальных температурных режимов с отсутствием сквозняков и перегрева, соблюдать определенную дистанцию от вентилятора и кондиционера;
- не подвергать младенца пассивному курению;
- не использовать мониторы и специальные приспособления для контроля возникновения СВДС.

Создание оптимальных для ребенка условий окружающей среды может стать нелегкой задачей даже для опытных родителей. Хорошим помощником в этом деле является педиатр, который на основании своего опыта способен сформировать индивидуальные рекомендации специально для родителей и малыша.

Lori Smith BSN MSN CRNP (2015) Baby sleep: which position is best? *Medical News Today*, 24 September (<http://www.medicalnewstoday.com/articles/299678.php>).

Анна Антонюк