

**И. Н. Бурак**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент З. В. Сорокопыт*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

**ВРОЖДЕННЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ АНОМАЛИИ У ДЕТЕЙ  
(ПО ДАННЫМ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ  
ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)**

***Введение***

Врожденные сердечно-сосудистые аномалии у детей представлены двумя большими группами: врожденные пороки сердца (ВПС) и малые аномалии сердца (МАС). По данным Европейского регистра врожденных пороков развития (European Registration of Congenital Abnormalities and Twins, EUROCAT), в период с 2012 по 2016 гг. распространенность всех ВПС составила 8,3, а тяжелых – 2,4 на 1000 новорожденных [1, 2]. По результатам исследования Н. В. Томчик (2019 г.), количество врожденных пороков сердца у детей г. Гродно составило 766,96 на 100000 детского населения [3]. Причинами врожденных пороков сердца могут быть генетические или экологические факторы, но, как правило, их сочетание. ВПС приводят к нарушениям гемодинамики, что без ранней диагностики и лечения провоцирует развитие сердечной недостаточности и дистрофических изменений в органах и тканях. Наиболее распространенными ВПС, диагностированными в младенческом возрасте, являются мышечные и перимембранозные дефекты межжелудочковой перегородки и вторичные дефекты межпредсердной перегородки.

Малые аномалии сердца, как правило, связаны с наследственными структурными и/или метаболическими нарушениями соединительной ткани, приводящими к стойким анатомическим изменениям ткани сердца. Главным патологическим процессом, лежащим в основе их возникновения, является дисплазия соединительной ткани (ДСТ), которая играет роль так называемого «скелета» сердца и составляет основу клапанного аппарата и сосудов [4]. Нередко МАС сочетаются с патологией иных систем и тканей. Золотым стандартом прижизненной диагностики малых аномалий сердца является эхокардиография. У детей отмечают широкий спектр МАС, насчитывающий около тридцати вариантов [5]. Наиболее часто встречающимися вариантами этой патологии у детей являются ложные хорды, открытое овальное окно и пролапс митрального клапана. Прогноз при единичных МАС благоприятный, но при этом резистентность миокарда к воздействию повреждающих факторов снижается, что провоцирует развитие других сердечно-сосудистых заболеваний (диастолическая дисфункция сердца, повышенный риск тромбообразования, бактериальный эндокардит и т. д.).

***Цель***

Определить структуру врожденных сердечно-сосудистых аномалий у детей Гродненской области.

***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 666 карт стационарных пациентов (ф. № 007у) с врожденными пороками сердца и малыми аномалиями сердца, находившихся на лечении в различных отделениях Гродненской областной детской клинической больницы (УЗ «ГОДКБ») в 2022 году. Все дети были обследованы согласно клиническим протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Результаты проведенного исследования позволили сформировать 2 репрезентативные группы: первая (I) 264 (40 %) детей с ВПС, вторая (II) – 402 (60 %) с МАС. Из 264 пациентов I группы 96 (36 %) детей были из города Гродно и 168 (64 %) – из различных районов Гродненской области ( $p < 0,05$ ). Несколько чаще с данной патологией госпитализировались девочки – 145 (55 %), чем мальчики – 119 (45 %),  $p > 0,05$ . Половина – 134 (51 %) детей с врожденными пороками сердца находилась на лечении во 2-м педиатрическом отделении. Несколько реже пациенты поступали в 5-е – 54 (20 %) и 4-е – 43 (16 %) отделения. 33 (13 %) детей с анализируемой патологией получали лечение в других профильных отделениях стационара. ВПС у них констатирован как сопутствующий диагноз. В структуре ВПС достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) встречались дефекты перегородок – 189 (72 %): дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – у 111, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – у 78 пациентов, что согласуется с литературными данными. Значительно реже был диагностирован открытый артериальный проток (ОАП) – 29 (11%), стеноз легочной артерии – 10 (4 %) и стеноз аорты – 9 (3 %). Другие пороки встречались еще реже и составили 10% от общего количества. У 23 (9 %) детей имело место сочетание нескольких пороков сердца. Гендерный анализ позволил констатировать, что девочки чаще, чем мальчики, рождались с ДМПП (63% и 37%), а мальчики – с ОАП (55 и 45 %) и стенозом легочной артерии (67 и 33 %). Гендерные различия среди детей со стенозом аорты (50 и 50 %), ДМЖП (51 и 49 %) и сочетанными пороками (48 и 52 %) были незначительными.

Анализ данных II группы показал, что 224 (56 %) детей с малыми аномалиями сердца были из Гродно и 178 (44 %) – из Гродненской области ( $p < 0,05$ ). Несколько чаще с данной патологией госпитализировались мальчики – 241 (60 %), чем девочки – 161 (40 %),  $p > 0,05$ . Почти половина – 165 (41 %) детей с МАС находилась на лечении в 6-м педиатрическом отделении, 108 (27 %) в 4-м, 68 (17%) в 5-м и 61 (15 %) в других отделениях стационара. В структуре МАС достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) встречались аномально расположенные хорды желудочков – 300 (75 %) по сравнению с открытым овальным окном (ООО) – 28 (7 %), пролапсом митрального клапана (ПМК) – 30 (7 %) и аневризмами межпредсердной перегородки – 15 (4 %). В 7 % имело место сочетание малых аномалий сердца с ВПС. Гендерный анализ позволил констатировать, что мальчики чаще, чем девочки, рождались с аномально расположенными хордами желудочков (63 и 37 %), ООО (54 и 46 %), ПМК (70 и 30 %) а девочки – с аневризмой межпредсердной перегородки (80 и 20 %) и сочетанием МАС с ВПС (62 и 38 %).

### **Выводы**

1. В обеих анализируемых группах имели место разнонаправленные гендерные различия: в I (врожденные пороки сердца) было больше девочек, а во II (малые аномалии сердца) – мальчиков.
2. У мальчиков чаще встречались аномально расположенные хорды желудочков, ООО, ПМК, у девочек – аневризма межпредсердной перегородки и сочетание малых аномалий сердца с ВПС.
3. Большинство пациентов с ВПС проживали в районах Гродненской области, а с МАС – в г. Гродно.
4. Наиболее частыми сердечными пороками в анализируемой выборке были дефекты перегородок (ДМЖП и ДМПП), а в группе с МАС – аномально расположенные хорды желудочков.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Клайман, Ч. С. Гемодинамика и кардиология. Проблемы и противоречия в неонатологии / Ч. С. Клайман, И. Сери; под ред. Р. Полина; пер. с англ.; под ред. В. А. Кокорина. – М.: Логосфера, 2015. – 512 с.

2. Analysis of cardiac anomalies in VACTERL association / B. K. Cunningham [et al.] // Birth Defects Research (Part A). – 2013. – Vol. 97. – P. 792–797.

3. Структура врожденных пороков сердца у детей г. Гродно / Н. В. Томчик [и др.] // Актуальные проблемы медицины: сб. мат-лов итоговой научно-практической конференции, Гродно, 28–29 января 2021 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол: Е. Н. Кроткова [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2021. – С. 857–859.

4. Врожденная дисплазия соединительной ткани и малые аномалии развития сердца у детей как фактор риска развития психической патологии / В. Л. Котляров [и др.] // РМЖ. Мать и дитя. – 2022. – № 5(4). – С. 346–350.

5. Гнусаев, С. Ф. Рабочая классификация малых аномалий развития сердца и их клиническое значение у детей / С. Ф. Гнусаев, Ю. М. Белозеров // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – № 2. – С. 175–176.

**УДК 616.514-036.12-053.2(476.2)**

**Д. А. Винник, И. О Лющёнок**

*Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии Н. В. Моторенко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ХРОНИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

### ***Введение***

Хроническая крапивница (*urticaria chronica*) – это состояние, когда ежедневно или почти ежедневно, сроком более 6 недель появляются волдыри, каждый из которых существует не более 24 часов.

Распространенность хронической крапивницы составляет от 0,1 до 0,5 % популяции [1]. В среднем продолжительность заболевания составляет 3–5 лет. У 50 % из тех, кто перенес заболевание, может возникнуть рецидив, даже после длительной ремиссии [2]. Выделяют основные виды хронической крапивницы: обычная крапивница, физическая крапивница, контактная крапивница, наследственная крапивница или наследственный ангиоотек, психогенная крапивница. Различают экзогенные (физические – температурные, механические; химические – лекарственные средства; пищевые продукты) и эндогенные (патологические процессы во внутренних органах – гастрит, панкреатит) этиологические факторы. К инфекционным агентам, наиболее часто вызывающим крапивницу у детей, относятся гельминты [3]. Диагностика и поиск потенциальных причин развития хронической крапивницы одна из самых сложных и неоднозначных проблем современной медицины, требуется детальное обследование пациента на предмет инфекций (многие авторы склонны считать наиболее частой причиной развития хронической крапивницы *Helicobacter pylori*-ассоциированные гастриты), паразитарные инвазии, аутоиммунные заболевания, эндокринную патологию [4].

### ***Цель***

Изучить клинические особенности хронических крапивниц у детей, проживающих в Гомельской области.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 32 медицинских карт стационарных пациентов в возрасте от 1 года до 18 лет, находившихся на лечении в педиатрическом отделении № 3 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с диагнозом «Хроническая крапивница» в 2022 году. Средний возраст пациентов составил 13 (10; 15). Из них 18 мальчиков (56,3 %) и 14 девочек (43,7 %). Всем пациентам проводилось клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Проведен анализ сведений полученных при устном опросе родителей (наличие семейной отягощенности по аллергическим заболеваниям, спектр сенсibilизации). Полученные данные обработаны статистически с