

**СТРАТИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ГРУПП ДЕТЕЙ  
С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

*Зылевич А. А., Шунькина А. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Скуратова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Врожденные пороки сердца (ВПС) — являются одной из важнейших проблем в детской кардиологии [1]. Согласно статистике, ежегодно в РБ рождается 1000–1200 детей с пороками сердца, причем большинство случаев пороков диагностируется на первом году жизни [1, 2]. Учитывая анатомо-физиологические особенности детского возраста, разнородность клинических проявлений и электрокардиографических данных, наличие сочетанных пороков, проблема раннего выявления и трудности в тактическом подходе в каждом конкретном случае остаются актуальными [3]. На первый план также выходит недостаточная настороженность врачей и случаи несвоевременной диагностики порока, нередко на стадии формирования легочной гипертензии [1, 3]. Таким образом, актуальность выделения клинических групп детей с ВПС, является очевидной, и особенно востребованной в практике не только педиатров, но и врачей общей практики. Это позволит оптимизировать тактику раннего выявления врожденных пороков, дифференцировать лечебный подход и наблюдение за детьми.

***Цель***

Выделить клинические группы детей с ВПС и дифференцировать тактику ведения пациентов в каждой конкретной группе.

***Материал и методы исследования***

В кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы обследовано 57 детей в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст  $10,6 \pm 5$  лет) с основным клиническим диагнозом: врожденный порок сердца. Из них: 27 (47,4 %) мальчиков и 30 (52,6 %) девочек. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, физикального, электрокардиографического и ультразвукового обследований (УЗИ). Также детям проводилась ЭКГ с физической нагрузкой (тредмил-тест). Контрольная группа включала 13 детей без органических заболеваний сердца.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Среди ВПС у детей преобладали: пороки с обогащением малого круга кровообращения, включающие дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытый артериальный порок (ОАП), атриовентрикулярная коммуникация выявлены у 31 (54,3 %) ребенка, единственный желудочек сердца — у 1 (1,8 %) человека, пороки с обеднением малого круга кровообращения (тетрада Фалло, стеноз легочной артерии, аномалия Эбштейна) — выявлены у 5 (8,8 %) детей, коарктация аорты имела место у 1 (1,8 %) ребенка, аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии — у 1 (1,8 %) ребенка, клапанные пороки (недостаточность митрального клапана (МК), недостаточность аортального клапана (АК) — 18 (31,5 %) детей. По данным опроса выявлено, что в 29 (51 %) случаях порок был диагностирован на первом году жизни, у 1 (1,7 %) ребенка диагноз врожденного порока сердца (аномалия коронарных артерий) был выставлен в периоде новорожденности (хирургическая коррекция порока была проведена в 3 месяца), у 4 (7 %) детей диагноз был поставлен в дошкольном возрасте, у 1 (1,7 %) ребенка диагноз порока (ОАП) был установлен в возрасте 12 лет (на стадии повышения давления в легочной артерии), у 22 (38,6 %) обследуемых детей в школьном возрасте были диагностированы клапанные пороки.

У большинства детей преобладали жалобы астеновегетативного характера — 23 ребенка, что составило 40,4 %, кардиальный синдром — у 10 (17,5 %) детей, смешанный характер жалоб — у 4 (7 %) детей. Не предъявляли жалоб — 20 (35,1 %) человек. У детей контрольной группы жалобы предъявляли 5 (38,5 %) детей, 8 (61,5 %) детей жалоб не предъявляли ( $OR = 2,9$ ,  $p > 0,05$ ). По данным ЭКГ у 10 детей были выявлены клинически незначимые нарушения проводимости (неполная блокада правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ), что составило 17,5 %, атриовентрикулярная блокада (АВ-блокада) 1 степени диагностирована у 8 (14,1 %) детей, причем нарушение АВ-проводимости было характерно для ДМПП (4 ребенка), синоатриальная блокада (СА-блокада) 1–2 степени выявлена у 5 (9 %) детей. У 1 (1,8 %) ребенка на ЭКГ регистрировался ритм электрокардиостимулятора (ЭКС), синусовая тахикардия — у 11 (19,2 %) детей, синусовая брадикардия — 11 (19,2 %) детей. У 11 (19,2 %) детей нарушений ритма и проводимости не зарегистрировано. У детей контрольной группы нарушения ритма сердца наблюдались у 6 детей (из них: АВ-блокада 1 степени — у 1 (7,7 %) ребенка, синусовая тахикардия — у 4 (30,8 %) детей, синусовая брадикардия — у 1 (7,7 %) ребенка. У 7 (53,8 %) детей ЭКГ соответствовала норме ( $OR = 4,89$ ,  $p > 0,05$ ).

По данным тредмил-теста у большинства (53 %) детей выявлены снижение ФР, жалобы на одышку и усталость на 1–3 минутах теста. Также были зарегистрированы нарушения ритма сердца: неполная блокада правой ножки — у 12 (21 %) детей, АВ-блокада 1–2 степени — у 8 (14 %) детей, единичные экстрасистолы — у 14 (25 %) детей. У 23 (40 %) детей по данным нагрузочной пробы нарушений ритма сердца не зарегистрировано. В контрольной группе у 7 (53,8 %) человек зарегистрирована НБПНПГ, у 6 (46,2 %) детей нарушений ритма не зарегистрировано.

### **Выводы**

По данным исследования выявлено, что у обследованных детей преобладали врожденные пороки с обогащением малого круга кровообращения, причем большинство из них диагностированы на первом году жизни. Также имели место случаи выявления пороков в школьном возрасте (в основном, клапанные пороки и единичный случай ОАП). Большинство детей с ВПС предъявляли жалобы различного характера, демонстрировали нарушения ритма на электрокардиограмме и снижение толерантности к физической нагрузке на фоне регистрации признаков электрической нестабильности миокарда. Причем, в сравнении с идентичными показателями детей контрольной группы, не выявлено достоверных различий.

На основании представленных результатов и данных статистического анализа нами выделено 6 клинических групп детей с врожденными пороками сердца:

1 группа («бессимптомные пороки») — дети с ВПС, не имеющие клинических проявлений порока и изменений на ЭКГ. В основном это клапанные пороки, выявленные при профилактическом осмотре при допуске к занятиям спортом ( $N = 20$ ), однако данная группа наиболее коварна и заслуживает внимания клиницистов, так как несвоевременная диагностика порока чревата развитием осложнений.

2 группа («функциональные пороки») — дети с ВПС, не имеющие гемодинамических нарушений, не требующие хирургической коррекции, но с функциональными проявлениями и (или) с клинически-незначимыми нарушениями ритма сердца на ЭКГ.

3 группа («электрически-нестабильные пороки») — дети с относительно стабильной гемодинамикой порока, без признаков сердечной недостаточности, но с различными клиническими проявлениями и (или) значимыми нарушениями ритма сердца и признаками нестабильности электрических процессов на ЭКГ

4 группа — («гемодинамически-значимые пороки») — включают детей с нестабильной гемодинамикой порока, признаками сердечной недостаточности, клиническими проявлениями порока, нарушениями ритма сердца.

5 группа («критические пороки») — дети с выявленными пороками в период новорожденности, которым необходимо хирургическое вмешательство, в том числе в экстренном порядке.

6 группа («оперированные пороки»): 6А — дети, оперированные в условиях искусственного кровообращения, 6Б — дети, у которых с целью коррекции порока была проведена малоинвазивная операция (эндоваскулярное закрытие ДМПП, ОАП).

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Детская кардиология и ревматология / Л. М. Беляева. — М., 2011. — 458 с.
2. *Мутафьян, О. А.* Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян. — М., 2010. — 478 с.
3. *Скуратова, Н. А.* Диагностическая тактика раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний у юных спортсменов / Н. А. Скуратова, Л. М. Беляева. — Гомель: ГомГМУ, 2012.

УДК 616.14-006

### КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИОМ МАТКИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Иванов Г. А., Чиркова А. Ю., Обухова Ю. О.*

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *А. Б. Баишмаков*

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Ижевская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Ижевск, Российская Федерация

#### **Введение**

Миома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов. Ее частота среди гинекологических заболеваний составляет 20–44 %. В последнее время увеличивается число женщин репродуктивного возраста, страдающих миомой матки, а также возрастных первородящих (после 35 лет). Актуальность изучения данной проблемы высока, так как она преимущественно связана с дисгормональными процессами, которые без сомнения приводят к нарушению тонкой системной эндокринной регуляции во всем организме [2, 3].

#### **Цель**

Изучить частоту и морфологическую характеристику миом матки в Удмуртской Республике за 2006 и 2016 гг.

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

Статистическая обработка и сравнительный анализ данных, полученных из журналов учета биопсионного и операционного материала РПАБ за 2006 и 2016 гг.

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

Чаще всего миома матки встречается в возрасте от 46 до 55 лет, в 2006 г. — 54 % случаев, в 2016 г. — 53,6 %. Далее следует возрастная группа от 41 до 45 лет, на которую в 2006 г. пришлось 26 % случаев, в 2016 г. — 22,4 %. В 2006 г. на долю случаев с сопутствующей патологией приходится 63 %, в 2016 г. — 65,6 %. Наиболее часто встречаются такие патологии, как гиперплазия эндометрия, эндометриоз, полипы, кисты и дисфункциональные расстройства яичников, хронический цервикоз и др. В 2006 г. ведущими сопутствующими патологиями являются гиперплазия эндометрия (23,7 %), полипы (12,5 %) и кисты яичников (12,2 %). Четвертое место занимает хронический сальпингит (10,8 %). Нарушения менструального цикла по типу меноррагий встречается в 9,2 % случаев. В 2016 г. гиперплазия эндометрия составила 46 %, хронический эндометриоз — 23 %, 14 % пришлось на железисто-фиброзный полип эндометрия, на долю хронического эндометрита приходится 11 % всех случаев. Доля пациенток без сопутствующей патологии составила 37 % в 2006 г. и 36 % в 2016 г. Также нами были замечены различия возрастного состава при разных сопутствующих заболеваниях: так, в 2016 г. средний возраст женщин с диагностированными кистами составил 45,5 лет, тот же показатель с выявленными полипами (в том числе цервикального канала) — 49,1 лет. Морфологически преобладающим типом миомы является фибромиома с субсерозной локализацией узлов.

#### **Выводы**

Структура заболевания за 10 лет понесла ряд небольших изменений, имеет место тенденция «омоложения» миомы матки, что говорит о более ранних дисгормональных нару-