

**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. Баимаков*

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-