

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, Л. М. Нарушения ритма сердца и проводимости у детей и подростков: учеб.-метод. пособие / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева, Е. А. Колупаева. — Минск: БелМАПО, 2006. — 48 с.
2. Макаров, Л. М. ЭКГ в педиатрии / Л. М. Макаров. — М.: Медпрактика-М, 2006. — 544 с.
3. Скуратова, Н. А. Функциональные резервы сердечно-сосудистой системы и критерии дезадаптации к физическим нагрузкам у юных спортсменов / Н. А. Скуратова // Проблемы здоровья и экологии. — 2012. — № 1. — С. 71–76.

УДК 616.12-053.2-073.7

**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЫЯВЛЕНИЯ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ДЕТЕЙ
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ДАННЫМ
ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ**

Микитюк А. В., Фёдорова В. В.

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

Учреждение образования

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

Введение

Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) стала основной задачей здравоохранения и медицинской науки [1]. Глубокий интерес к этой проблеме определяется широким распространением ССЗ, тенденцией к нарастанию их у лиц молодого возраста, в частности детей [2]. Современные достижения детской кардиологии дают основание говорить о множестве патогенетических звеньев в возникновении заболеваний, участвующих в развитии сердечно-сосудистых болезней (малых аномалий развития сердца (МАРС), врожденных пороков сердца (ВПС), различных нарушений ритма сердца (НРС), вегетативной дисфункции (ВД) и артериальной гипертензии (АГ), приводящих к многообразию клинических проявлений, сложности лечения и прогнозирования [1, 4]. Этим определяется ведущая роль применения холтеровского мониторирования (ХМ) у детей [3]. Особо актуальным является клиническая оценка выявления экстрасистолии (ЭС) различных градаций по Лауну, что позволяет выявить признаки электрической нестабильности миокарда у детей с различными ССЗ.

Цель

Оценить клиническую значимость выявления экстрасистолии различных градаций по Лауну у детей с различными ССЗ по данным холтеровского мониторирования.

Материал и методы исследования

На базе кардиологического отделения Гомельской областной детской клинической больницы обследовано 139 детей в возрасте от 8 до 16 лет, из них: 74 (53 %) мальчика и 65 (47 %) девочек. Наряду с клиническим обследованием всем детям проводилось ХМ. В зависимости от профиля ССЗ дети были разделены на 5 основных групп: 1-я группа — дети с МАРС (n = 37), 2-я группа — дети с ВПС (n = 17), 3-я группа — дети с НРС (n = 44), 4-я группа — дети с ВД (n = 29), 5-ю группу составили дети с АГ (n = 12).

С целью оценки клинической значимости ЭС по данным ХМ использовалась классификация ЭС по Лауну, согласно которой выделяли 5 классов, при этом учитывались не только желудочковые, но и наджелудочковые аритмии. При статистическом анализе результатов использовался критерий хи-квадрат, достоверными считали различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

У детей 1-й группы были зарегистрированы ЭС следующих градаций: I класс — менее 30 ЭС в час (до 350 ЭС в сутки) — у 15 (41 %) детей, II класс — свыше более 30 ЭС в час (более 350 экстрасистол за сутки) — у 7 (19 %), III класс — полиморфные экстрасистолы — у 1 (3 %) ребенка, IVa класс — парные мономорфные экстрасистолы — у 4 (11 %) детей, IVb класс — парные полиморфные экстрасистолы — у 6 (16 %), V класс — пробежки желудочковой тахикардии у 4 (10 %) детей.

Во 2-й группе детей было зарегистрировано следующая ЭС: I класс — у 5 (29 %) детей, II класс — у 1 (6 %) ребенка, III класс — у 4 (24 %) детей, IVa класс — ЭС не наблюдалось, IVb класс — у 2 (12 %) лиц, V класс — у 5 (29 %) детей.

При анализе результатов ХМ в 3 группе детей была установлена аритмия следующих градаций: I класс — у 15 (34 %) детей, II класс — у 16 (36 %), III класс — у 3 (7 %) детей, IVa класс — у 1 (3 %), IVb класс — у 5 (11 %), V класс — у 4 (9 %) детей.

У детей 4-й группы зарегистрирована ЭС: I класс — у 17 (59 %) детей, II класс — у 1 (3 %) ребенка, III класс — у 2 (7 %) детей, IVa класс — у 6 (21 %), IVb класс — у 3 (10 %) детей, V класс — не зарегистрирована ни в одном случае.

При оценке результатов ХМ в 5-й группе детей была зарегистрирована следующая аритмия: I класс — у 6 (50 %) детей, II класс — у 2 (17 %), III класс и IVa класс — не зарегистрированы ни в одном случае, IVb класс — у 1 (8 %) ребенка, V класс — у 3 (25 %) детей (рисунок 1).

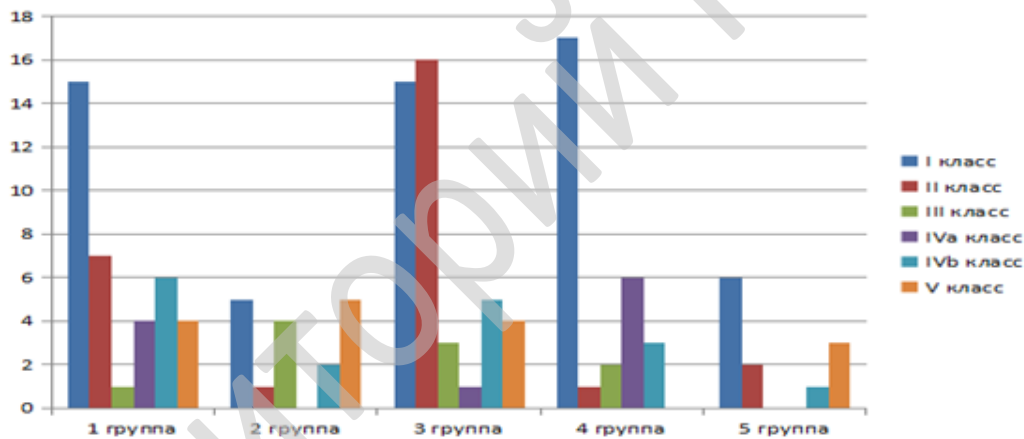


Рисунок 1 — Классы экстрасистолии у детей различных групп по данным холтеровского мониторинга (n = 139)

При статистическом анализе результатов выявлены достоверные различия между частотой встречаемости II класса, IVa класса и V класса в представленных группах детей ($\chi^2 = 14,9$, $p = 0,006$; $\chi^2 = 11,3$, $p = 0,024$; $\chi^2 = 11,5$, $p = 0,022$) соответственно. При анализе суммарной частоты встречаемости ЭС I–V классов у детей с разными ССЗ достоверных различий между группами не выявлено ($\chi^2 = 5,9$, $p = 0,21$).

Выводы

1. По данным ХМ у детей с различными ССЗ имели место различные классы аритмии, при этом признаки электрической нестабильности миокарда наблюдались у пациентов на фоне всех представленных групп заболеваний.

2. У большинства детей с ВД и АГ была выявлена аритмия I класса, что свидетельствует о прогностически благоприятном течении заболевания.

3. Наиболее значимые, следовательно, потенциально опасные аритмии (I–V класса) чаще выявлялись у детей с ВПС, что диктует необходимость динамического наблюдения за детьми с данными заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белялов, Ф. И.* Аритмии сердца: монография / Ф. И. Белялов. — 6-е изд. — Иркутск: РИО ИГ-МАПО, 2014. — 352 с.
2. *Скуратова, Н. А.* Результаты холтеровского мониторирования ЭКГ и суточного мониторирования артериального давления у юных спортсменов / Н. А. Скуратова // Репродуктив. здоровье в Беларуси. — 2011. — № 4. — С. 91–99.
3. Основы диагностики в педиатрии: учеб. пособие для студ. учреждений высш. образования по специальности «Медико-диагностическое дело»: допущено Министерством образования Республики Беларусь / Н. А. Максимович [и др.]; под ред. Н. А. Максимовича. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2013. — 376 с.
4. ЭКГ детей и подростков / Херман Гутхайль, Ангелика Линдингер; пер. с нем. под ред. проф. М. А. Школьниковой, Т. А. Ободзинской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 256 с.

УДК 616.36-008.5-053.3-036.1

НЕОНАТАЛЬНЫЕ ЖЕЛТУХИ, ЗАТЯЖНОЕ ТЕЧЕНИЕ

Михалко И. В.

Научный руководитель: ассистент *М. А. Груздева*

Учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Желтуха у новорожденных является одним из самых частых симптомом, особенно в раннем неонатальном периоде, — до 80 % новорожденных имеют желтуху в первые 5-7 дней жизни [1], и в подавляющем большинстве случаев отражает особенности билирубинового обмена у новорожденных. У здоровых новорожденных развивается физиологическая желтуха, не требующая лечения и обусловленная гипербилирубинемией. В основе желтух здорового новорожденного лежит транзиторное нарушение билирубинового клиренса (конъюгации непрямого билирубина), не оказывающее влияние на развитие ребенка. Тем не менее затяжное (более 14 дней жизни) течение желтухи требует определения уровня билирубина и его фракций в динамике для исключения более серьезных причин гипербилирубинемии.

Цель

Изучить особенности течения затяжной неонатальной желтухи у детей первого месяца жизни.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ 45 историй развития детей первого месяца жизни 2015–2017 г.г., находящихся на медицинском обслуживании на базе ГЦГДКП филиал № 6.

Результаты исследования и их обсуждение

В анализируемую группу вошли дети первого месяца жизни, из них: 24 (53 %) мальчика и 21 (47 %) девочка.

Из акушерского анамнеза: дети от первой беременности составили 33 % (15 детей), от второй беременности — 27 % (12 детей); от третьей беременности — 22 %, (10 детей); от 4 беременности — 13 % (6 детей) и от пятой беременности — 5 % (2 ребенка). Дети, рожденные естественным путем, составили 80 % (36 детей), путем кесарева сечения — 20 % (9 детей). В анализируемой группе было 15 детей (33 %) от первых родов, 26 детей (58 %) от вторых родов и 4 ребенка (9 %) от третьих родов.

Большинство детей анализируемой группы (75 %, 34); имели 2а группу здоровья, остальные дети (25 %, 11) были отнесены ко 2б группе здоровья.