

Вывод

Показатель СОЭ является наиболее эффективным лабораторным показателем активности РА при госпитализации и в процессе лечения наряду с клинической оценкой состояния пациента по показателю DAS28.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов, Е. Л. Ревматология, национальное руководство / Е. Л. Насонов, В. А. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 714 с.
2. Насонов, Е. Л. Современные стандарты лабораторной диагностики ревматических заболеваний: клинические рекомендации / Е. Л. Насонов, Е. Н. Александрова. — М.: БиоХимМак, 2006. — 71 с.
3. IUIS/WHO/AF/CDC Committee for the Standardization of Autoantibodies in Rheumatic and Related Diseases. Cutting edge diagnostics in rheumatology: the role of patients, clinicians, and laboratory scientists in optimizing the use of autoimmune serology / A. S. Wiik [et al.] // Arthritis Rheum. — 2004. — Vol. 51(2). — P. 291–298.

УДК 616.12-053.2-007-053.1:612.171.7

ТЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Чернова И. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

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

Введение

Врожденные пороки сердца (ВПС) — это разнообразные аномалии развития сердца и крупных сосудов, которые возникают в процессе эмбриогенеза, со сбросом крови через аномальные сообщения, наличием препятствия выбросу крови или комбинации этих нарушений. Частота ВПС у новорожденных детей составляет 0,8–1,0 % [2]. ВПС одна из самых распространенных врожденных аномалий у детей. В последние годы отмечается рост патологии, обусловленный, вероятно применением более совершенных методов функциональной диагностики [1].

В Гомельской области на конец 2015 г. на диспансерном учете по поводу ВПС состояло 3802 ребенка. Из них 686 случаев выявлено впервые. В структуре пороков лидирует дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) — 1311 детей.

Цель

Изучить частоту встречаемости и особенности клинического течения ВПС у детей.

Материал и методы исследования

Были проанализированы истории болезни детей, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы с августа по октябрь 2015 г. с ВПС.

Результаты исследования и их обсуждение

За 3 месяца в кардиоревматологическом отделении пролечено 30 детей с ВПС в возрасте от 1 года до 15 лет. Девочек и мальчиков было поровну — по 15 человек. Большинство детей — 23 (76,7 %) проживали в г. Гомеле и городах области. По частоте встречаемости преобладала недостаточность аортального клапана — у 14 (46,6 %) детей, ДМПП встречался у 9 (30 %), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) — у 6 (20 %), гипоплазия нисходящей аорты — у 1 (3,3 %) ребенка. У 5 (35,7 %) детей недостаточность аортального клапана отмечалась на фоне его бicuspidального строения.

9 (30 %) детей были прооперированы по поводу ВПС. Двое детей из них прооперированы эндоваскулярно.

Наиболее частыми жалобами при поступлении явились: боли в области сердца — у 11 (36,7 %), головную боль — у 7 (23,3 %), сердцебиение — 4 (13,3 %), одышку — 3 (10 %) пациентов. Тахикардия отмечалась у 5 (16,7 %) детей, одышка — у 3 (10 %) детей, увеличе-

ние печени — у 5 (16,7 %). Признаки нарушения кровообращения (НК) выявлены у 4 (13,3 %) детей. Из них у 3 (10 %) пациентов отмечались признаки НК₁, у 1 (3,3 %) — признаки НК_{2а}. Наиболее частыми изменениями на ЭКГ явились: экстрасистолия — у 7 (23,3 %), укорочение интервала PQ — у 5 (16,7 %), синдром ранней реполяризации желудочков — у 4 (13,3 %), полная блокада правой ножки пучка Гиса — у 2 (6,7 %) детей.

Все дети получали кардиотрофную терапию, один ребенок получал сердечные гликозиды. Длительность госпитализации составила от 10 до 20 дней. Состояние всех детей улучшилось.

Выводы

Таким образом, наиболее частыми врожденными пороками явились ДМПП, недостаточность аортального клапана. Причинами госпитализации были жалобы на боли в сердце, головную боль, плохую переносимость физической нагрузки. Почти у половины детей порок сердца сочетался с нарушением ритма и проводимости. После проведенного лечения у всех детей отмечалась положительная динамика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мутафьян, О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян. — СПб.: СПбМАПО, 2005. — 480 с.
2. Детские болезни: практ. пособие / А. В. Сикорский [и др]; под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. — Минск: ФУАинформ, 2013. — С. 316–333.

УДК 616-053.32:615.2

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКОРТИЗОНА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Черноокая П. В., Сергеенко Е. В.

Научный руководитель: ассистент С. Н. Коваль

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время достигнуты успехи в выхаживании недоношенных новорожденных с очень низкой массой тела при рождении (ОНМТ). Несмотря на высокий процент выживаемости, актуальна проблема инвалидизации. Своевременное и правильное лечение позволяет обеспечить максимально приемлемые результаты работы с данной категорией пациентов [1, 2].

Цель

Изучить влияние гидрокортизона на эффективность гемодинамики в первые сутки после рождения у недоношенных новорожденных с ОНМТ при рождении (менее 1500 г) с целью уменьшения дозировки необходимой инотропной поддержки.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй развития 30 недоношенных новорожденных (находились на лечении в ОАРИТ АН УГОКБ с 01.01.2009 г. по 21.07.15 г.), у которых отсутствовала нормализация артериального давления на фоне адекватной инфузионной терапии и инотропной поддержки (добутамин 2–15 мкг/кг/мин, n = 25, или комбинация добу-тамин/дофамин, 2–15/2–10 мкг/кг/мин, n = 5). Срок гестации детей: 29,5 ± 4,2 недель, постнатальный возраст — первые сутки. Гидрокортизон (внутривенно, первое введение 2 мг/кг, затем — 1 мг/кг через 6 ч, со вторых суток — 4 мг/кг/сутки, с третьих суток — 3 мг/кг/сутки на 3 введения; длительность курса — 5–8 суток) применяли при необходимости в инотропной поддержке (добутамин более 6 мкг/кг/мин, добутамин/дофамин соответственно 3/3 мкг/кг/мин) [3] для поддержания АД в пределах, позволяющих обеспечить микроциркуляцию, поддержание диуреза более 1 мл/кг/час, нормализацию уровня лактата в крови. Допплерсонография мозгового кровотока с оценкой абсолютных скоростей кровотока и индекса резистентности проводилась 3–4 раза в сутки с подбором дозировок инотропной поддержки.