

выявлено. У 20 новорожденных (40 %) отмечались неврологические расстройства, такие, как энцефалопатия, синдром двигательных нарушений.

Группа риска по реализации внутриутробного инфицирования была выставлена 31 ребенку (62 %), антибактериальная терапия с целью профилактики реализации инфекции была назначена 12 из них (39 %).

Также у детей анализируемой группы в раннем неонатальном периоде выявлены следующие отклонения от нормы: функционирующие фетальные коммуникации (открытое овальное окно, открытый артериальный проток) отмечались у 82 % детей исследуемой группы, малая аномалия развития сердца (дополнительные хорды в полости левого желудочка) отмечались у 44 % новорожденных, синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы у 4 % детей, аневризма межпредсердной перегородки у 2 % новорожденных, пиелоэктазия – 20 %.

Выводы

Дети с недостаточной массой тела при рождении чаще рождались у матерей – жительниц города. Большую часть (62 %) составили девочки. Маловесные дети рождались чаще от повторных родов. У половины матерей (50 %) детей исследуемой группы во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность. У 26 % детей в раннем неонатальном периоде отмечалась неонатальная желтуха, 40 % детей имели неврологические нарушения. Группа риска по внутриутробному инфицированию была выставлена 62 % новорожденных. Функционирующие фетальные коммуникации в раннем неонатальном периоде были выявлены у 82 % детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Результаты диагностики внутриутробных и перинатальных инфекций у недоношенных маловесных детей / Н. М. Ивахнишина [и др.] // Бюллетень. – 2019. – №54. – С. 88–97.
2. Яцьк, Г. В. Выживание и ранняя реабилитация детей / Г. В. Яцьк, Е. П. Бомбардинова, О. В. Тресорукова // Лечащий врач. – 2018. – №7. – С. 45–49.
3. Ахмадеева, Э. Н. Коэффициент развития по шкале КАТ/КЛАМС у детей, перенесших неонатальную реанимацию / Э. Н. Ахмадеева, А. Я. Валиулина, Л. Р. Нурлыгаянова // Актуальные проблемы педиатрии: сб. материалов 7 конгресса педиатров Беларуси. – Москва: ГОТАР, 2018. – С. 18.

УДК 616.248:616.233]:616.1-053.2

С. С. Матяс, В. Д. Миронов

Научный руководитель: ассистент кафедры Т. Е. Бубневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ДЕТЕЙ

Введение

Бронхиальная астма (БА) – одно из наиболее тяжелых аллергических заболеваний, которые регистрируют в детском возрасте [1, 2]. На текущий момент наблюдается тенденция к увеличению частоты заболевания БА, что связывают с расширением факторов предрасположенности к аллергическим заболеваниям, что послужило основой для изучения данного заболевания и его влияния на другие органы и системы [3]. На данный момент, на основании других исследований, известно, что ухудшение течения бронхиальной астмы в детском возрасте сопровождается нарушением сердечно-сосудистой системы, что является предметом изучения специалистов различных областей:

аллергологов, кардиологов, педиатров, что связано с необходимостью разработки тактики ведения и диспансерного наблюдения больных [5]. Нарушения главным образом затрагивают структурные изменения и систолическую функцию миокарда в период ремиссии (характер нарушений в период обострения на данный момент изучен недостаточно), что в свою очередь приводит к нарушениям гемодинамики и риска развития возможных осложнений, таких как нарушения ритма и проводимости, инфекционный эндокардит, легочная гипертензия, а также к изменению релаксационных свойств миокарда, что проявляется при формировании сердечной недостаточности, что потенциально может быть использовано для ее выявления на ранних/латентных стадиях [4]. Кроме того, важным аспектом является тот факт, что данные процессы происходят в «критический» пубертатный период онтогенеза человека, для которого характерно нарушение пропорционального развития полостей и крупных сосудов на фоне соматической дисгармонии, что отражается в том числе и на особенностях внутрисердечной гемодинамики при БА.

Цель

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы, установление частоты и характера поражения органов кровообращения при бронхиальной астме у детей.

Материал и методы исследования

Истории болезни случайных 79 пациентов с диагнозом БА персистирующего течения разной степени тяжести в возрасте до 18 лет с длительностью заболевания не менее 6 мес. Сбор данных проходил на базе Областной детской консультативной поликлиники при учреждении «Гомельская областная детская клинической больницы». Полученные результаты обработаны с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Возрастной состав обследованных детей составил от 5 до 17 лет, из них детей дошкольного и раннего школьного возраста (до 11 лет) – 27 (34 %), среднего школьного возраста (до 15 лет) – 21 (27 %), старшего школьного – 31 (39 %). В нашей выборке 51 мальчик (64,5 %), 28 девочек (35,5 %). Всем обследованным детям выставлен диагноз бронхиальной астмы различной степени тяжести: интермиттирующая – 4 (5 %), легкая персистирующая – 36 (45%), среднетяжелая персистирующая – 39 (49 %), тяжелая персистирующая – 0 %. В результате проведенных исследований, поражения органов кровообращения выявлены у 34 (43 %) детей с бронхиальной астмой.

Объективно у детей с бронхиальной астмой выявлен астено-вегетативный синдром, проявляющийся слабостью, быстрой физической и психической утомляемостью, головной болью, головокружениями. Проявления кардиального синдрома характеризовались кардиалгиями и неприятными ощущениями в области сердца, приступов сердцебиения. Электрокардиографическое обследование детей с бронхиальной астмой выявило отклонения от нормы, заключающееся в нарушении основных функций сердца, изменении длительности зубцов и интервалов, а также нарушения процессов реполяризации в миокарде желудочков. При этом наиболее выраженные отклонения от нормы выявлялись у детей старшего школьного возраста.

Как свидетельствуют данные, представленные в таблице 1, у обследованных детей частота выявления ЭКГ отклонений зависела от тяжести течения бронхиальной астмы, при этом у детей с интермиттирующим течением астмы отклонения не отмечались вообще. Электрокардиографические изменения в виде нарушения сердечного ритма и проводимости в сочетании с нарушениями процессов реполяризации в миокарде желудочков отмечались у детей со среднетяжелым персистирующим течением заболевания.

Нарушения сердечного ритма характеризовались синусовой тахикардией, синусовой брадикардией и синусовой аритмией, предсердной экстрасистолией, единичной желудочковой экстрасистолией. Нарушения внутрижелудочковой проводимости характеризовались неполной блокадой правой ножки пучка Гиса 12 (15 %) и синдромом ранней реполяризации желудочков 16 (20 %), где последние проявлялись в виде отрицательного, сглаженного, деформированного зубца Т в правых грудных отведениях; кроме того, регистрировалось смещение сегмента ST ниже изолинии на 1 мм и более. ЭОС в 77 случаев был вертикальным (97,4 %), и лишь в двух случаях наблюдалось отклонение ЭОС вправо (2,6 %). Все выявленные изменения на электрокардиограмме свидетельствовали о наличии диастолической перегрузки правых отделов сердца, а также обменных нарушений в миокарде.

Таблица 1 – Электрокардиографические изменения у детей с бронхиальной астмой

Течение бронхиальной астмы	Нарушение ритма сердца	Нарушение проводимости	Нарушение процессов реполяризации
Интермиттирующее течение	–	–	–
Легкое персистирующее течение	15 (18,9 %)	1 (1,2 %)	2(2,5 %)
Среднетяжелое персистирующее течение	21 (26,5 %)	9 (11,3 %)	6(7,5 %)

Выводы

Исходя из вышесказанного, а также исходя из данных клинического обследования детей (выслушивание неинтенсивного систолического шума на верхушке сердца на фоне приглушенности первого тона сердца, определение акцента второго тона в точке проекции легочной артерий у трети обследуемых детей), можно свидетельствовать о наличии изменений со стороны сердечно-сосудистой системы пациентов, страдающих бронхиальной астмой. Благодаря своевременной диагностике удастся избежать развития грубых нарушений ритма и проводимости, миокардиодистрофии, хронического легочного сердца, а также декомпенсации кровообращения. В современных условиях этому способствует проведение у детей с бронхиальной астмой в ранние сроки электрокардиографические исследования, эхокардиографии в сочетании с доплерографией сосудов и изучение легочной гемодинамики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинический протокол диагностики и лечения бронхиальной астмы: Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 08.08.2014, № 829. [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by>. – Дата доступа: 05.03.2023.
2. Охотникова, Е. Н. Современные рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы у детей в свете последнего международного консенсуса ICON и обновленного украинского протокола / Е. Н. Охотникова // Здоров'я України. Педіатрія. – 2013. – № 1 (24). – С. 23–25.
3. Титова, Н. Д. Определение спектра антител и сенсибилизации гранулоцитов к пищевым красителям у больных бронхиальной астмой / Н. Д. Титова, П. Д. Новиков // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2013. – № 2. – С. 47–54.
4. Фадеев, П. А. Бронхиальная астма / П.А. Фадеев. – М. : Огни, 2014. – 160 с.
5. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Электронный ресурс] // GINA. – Режим доступа: www.ginasthma.org. – Дата доступа: 25.03.2023.