

ФКС: очаговый активный проктит выявлен у 6 (25,0 %) детей (ЯК – 1, БК – 1, НГЭЖ – 4); очаговый активный колит – 5 (20,8 %) пациентов (ЯК – 1, БК – 1, НГЭЖ – 3); диффузный активный колит у 9 (37,5 %) детей с ЯК, из которых у 7 деструкция крипт, у 5 крипт-абсцессы, формирование воспалительных псевдоворсинок в 1 случае; у 2 мальчиков с БК выявлен терминальный активный илеит; у мальчиков с НГЭЖ по 1 случаю проктосигмоидит и долихосигма. Эндоскопически патологии не выявлено (период ремиссии по основному заболеванию) у 4 (16,7 %) пациентов: ЯК – 3, БК – 1.

У пациентов исследуемой группы диагностирована сопутствующая патология: язва дуоденум у 2 (6,3 %) детей (ЯК – 1, БК – 1); хронический гастрит у 19 (59,4 %) детей (ассоциированный с Нр у 6 (31,6 %) пациентов: ЯК – 3, БК – 1, НГЭЖ – 2); гастроэзофагеальный рефлюкс у 13 (40,6 %) пациентов: с эрозивным эзофагитом у 4 детей (ЯК – 1, БК – 2, НГЭЖ – 1); с неэрозивным эзофагитом у 9 детей (ЯК – 6, БК – 2, НГЭЖ – 1); дуоденогастральный рефлюкс у 4 (12,5 %) детей (ЯК – 2, БК – 2); пищевая сенсibilизация к глютену у 5 (15,6 %) детей с ЯК; белково-энергетическая недостаточность (БЭН) у 5 (15,6 %) детей (ЯК – 4, БК – 1); вторичное нарушение микробиоты кишечника у 10 (31,3 %) детей (ЯК – 5, БК – 2, НГЭЖ – 3).

Выводы

Таким образом, ХВЗК чаще диагностируются у городских мальчиков среднего и старшего школьного возраста. Большинство пациентов с ЯК; БК и НГЭЖ встречаются одинаково часто. Более чем у половины детей с ХВЗК имеет место болевой абдоминальный и диспептический синдромы. У каждого второго пациента с ЯК диарея с примесью крови в кале, повышенный уровень кальпротектина. Железодефицитные состояния регистрируются у каждого четвертого пациента с ЯК и у каждого второго – с БК. Низкие показатели физического развития, БЭН чаще регистрируются у детей с ЯК. ХВЗК сопутствует патология верхних отделов пищеварительного тракта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: руководство для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский – Минск: Беларуская навука, 2019. – 426 с.
2. Горгун, Ю. В. Хронические воспалительные заболевания кишечника в Республике Беларусь / Ю. В. Горгун [и др.] // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. – 2018. – № 3(55). – С. 5–12.
3. Луговкина, А. А. Особенности диагностики и лечения неспецифического язвенного колита / А. А. Луговкина [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – № 4(164). – С. 10–16.

УДК 616.1-053.32

И. В. Коваленко

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Введение

Демографическая ситуация, сложившая не только в Республике Беларусь, но и в мире, в целом, выдвигает задачу перед врачами в сохранении жизни каждого, появившегося на свет, ребенка. Современный уровень развития перинатальной помощи в Республике Беларусь дает возможность выхаживания детей не только с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, но и с патологией сердечно-сосудистой системы.

Состояние недоношенных новорожденных и прогноз выживаемости определяется не только степенью морфо-функциональной незрелости, но и степенью перинатальной гипоксии, так как именно гипоксия лежит в основе повреждения миокарда и проводящей системы сердца плода и новорожденного.

Важное место приспособления новорожденных к внеутробной жизни, определено, принадлежит сердечно-сосудистой системе [1].

Среди недоношенных детей наиболее часто выявляют персистирующие фетальные коммуникации – открытое овальное окно и артериальный проток, связанные с незрелостью механизмов, участвующих в их закрытии [2].

Интерес представляют процессы, происходящие в сердечно-сосудистой системе недоношенных новорожденных, момент ее «стабилизации», а также влияние этих процессов на адаптацию и физическое и психологическое развитие ребенка [2].

Цель

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы у недоношенных детей.

Материал и методы исследования

Было проанализировано 49 карт стационарного пациента недоношенных детей, находившихся на втором этапе выхаживания в 3-й городской клинической больнице города Гомеля.

Все дети находились в отделении для выхаживания недоношенных детей с января по октябрь 2022 года. Мальчиков было 31 (63,3 %), девочек – 18 (36,7 %).

Большинство детей – 44 (89,8 %) были переведены из родильного отделения в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена дыхательной недоношенностью у всех детей, синдромом угнетения – у 46 (93,9 %), морфо-функциональной незрелостью – у 46 (93,6 %), кислородозависимостью – у 8 (16,3 %), неполным усвоением энтерального питания – у 15 (30,6 %), желтухой – у 11 (22,4 %) детей. 19 (38,8 %) новорожденных были рождены путем оперативного родоразрешения.

Большинство детей – 16 (32,7 %) рождены от первой беременности. Вредные привычки во время беременности были выявлены у 4 (8,2 %) матерей.

Беременность протекала на фоне хронической соматической патологии у 17 (34,7 %), на фоне эндокринной патологии – у 8 (16,3 %), с нарушением ритма сердца – у 4 (8,2 %) матерей.

Гестационный возраст детей составил 27–37 недель. В первые сутки жизни были переведены 4 (8,2 %) новорожденных, 45 (91,8 %) детей – в возрасте 5–10 суток.

Масса тела при рождении до 1500 грамм отмечалась у 2 (4,1 %), от 1500–2000 грамм у 8 (16,3 %), свыше 2000 грамм – у 39 (79,6 %) детей.

Аускультативно со стороны сердца у всех детей выслушивался систолический шум, экстрасистолы выслушивались – у 3 (6,1 %) детей, у 2 (4,1 %) детей отмечалось приглушение тонов. Всем детям проведено ЭКГ исследование, данные которого отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели ЭКГ у недоношенных детей

Показатели	Абсолютное число	Проценты, %
Положение ЭОС:		
Нормальное	1	2,1
Вертикальное	13	26,5
Отклонение вправо	35	71,4
Ритм синусовый	49	100
Нагрузка на правый желудочек	42	85,7
Синусовая тахикардия	17	34,7

Всем детям проведено УЗИ сердца, результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты УЗИ сердца у недоношенных детей

Результат	Абсолютное число	Проценты, %
Открытое овальное окно	48	98,0
Открытый артериальный проток	1	2,0
Дефект межпредсердной перегородки	1	2,0
Дефект межжелудочковой перегородки	1	2,0
Регургитация на митральном клапане	24	49,0
Регургитация на трикуспидальном клапане 1 степени	25	51,0
Повышение давления в лёгочной артерии	2	4,1

Выводы

1. У всех детей, родившихся преждевременно отмечалось функционирование фетальных коммуникаций в виде открытого овального окна и только у одного ребенка сохранился открытым артериальный проток.

2. Врожденный порок сердца выявлен у двоих детей.

3. У всех детей выслушивался систолический шум. У трети детей отличалось синусовая тахикардия.

У половины детей при УЗИ исследовании выявлена регургитация на клапанах.

4. Выявленные изменения диктуют необходимость дальнейшего мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы у недоношенных детей и проведения коррекции нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шумилов, П. В. Детская кардиология: учебник / П. В. Шумилов, Н. П. Котлу. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 584 с.
2. Морфофункциональное состояние сердечно-сосудистой системы у недоношенных с очень низкой массой тела в периоде ранней адаптации [Электронный ресурс]. // Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль, Российская Федерация. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/morfofunktsionalnoe-sostoyanie-serdechno-sosudistoy-sistemy-u-ndonoshennyh-s-ochen-nizkoy-massoy-tela-v-periodе-ranney-adaptatsii>. – Дата доступа: 21.03.2023.

УДК 616.155.194.113-053.3

Д. Ю. Лебешев, И. П. Карнацевич

Научный руководитель: ассистент О. А. Зайцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение

Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) – изоиммунная гемолитическая анемия, возникающая в результате несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам. При этом антигены, имеющиеся на мембранах эритроцитов плода, отсутствуют у матери. При попадании таких эритроцитов в кровоток матери в ее организме вырабатываются соответствующие антитела [1]. Исходя из данных Международного общества переливания крови, выявлено более 300 антигенов эритроцитов, которые распределяются в 33 генетически независимых групповых системах крови [2]. Такие системы как: АВ0, резус, Келл, Дафф, MNSS, Льюис, Кидд и т. д. Главная роль клинического значения отводится конфликтам, возникающим при несовместимости по антигенам