

гностировался у 23,11 % пациентов. Меньшую группу (4,9 %) составили цианотические ВПС с обеднением малого круга кровообращения (тетрада Фалло, стеноз легочной артерии и др.). Пороки с обеднением большого круга кровообращения (стеноз и коарктация аорты) диагностированы в 3,2 % случаев, что согласуется с литературными данными [1, 2].

Таблица 1 — Общая структура врожденных пороков сердца за анализируемый период (2010–2019 гг.)

Нозологическая форма ВПС	2010–2019 гг.	Нозологическая форма ВПС	2010–2019 гг.
Дефект предсердной перегородки	34,38 %	Врожденный стеноз клапана легочной артерии	1,37 %
Дефект межжелудочковой перегородки	23,11 %	Дефект предсердно-желудочковой перегородки	1,3 %
Врожденная недостаточность аортального клапана	4,33 %	Врожденная митральная недостаточность	1,13 %
Открытый артериальный проток	3,49 %	Тетрада Фалло	0,99 %
Врожденный стеноз аортального клапана	2,22 %	Коарктация аорты	0,95 %
Стеноз легочной артерии	1,83 %	Стеноз аорты	0,49 %

По гендерному признаку пациенты с ВПС распределились следующим образом: мальчики составили 58,5 %, девочки — 41,5 % обследованных. Анализ возраста постановки диагноза показал, что ВПС чаще впервые диагностировались у детей грудного и раннего возраста (75,6 % случаев), по сравнению с детьми 5–6 лет и старше (24,4 %,  $p < 0,02$ ). При изучении нутритивного статуса пациентов с ВПС установлено, что большинство из них (84,6 %,  $p < 0,01$ ) имели индекс Кетле ниже третьего перцентиля.

Установлено, что 43,14 % детей и подростков с ВПС родились от матерей с отягощенным течением беременности.

#### **Выводы**

Таким образом, установлено, что на современном этапе отмечается неуклонный рост частоты ВПС у детей и подростков Гродненской области; в структуре ВПС доминируют пороки с обогащением малого круга кровообращения; врожденные anomalies ССС несколько чаще встречаются у лиц мужского пола, что согласуется с литературными данными; ВПС чаще диагностируются у детей младшего возраста; более чем у половины пациентов с ВПС имеет место нарушение нутритивного статуса и развитие белково-энергетической недостаточности.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Мутафьян, О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян. — СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2005. — 480 с.
2. Белоконов, Н. А. Врожденные пороки сердца / Н. А. Белоконов, В. П. Подзолков. — М.: Медицина, 1990. — 352 с.

УДК 616.348-002-053.2

### **ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*Скиба И. С., Ясинская А. С.*

**Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик**

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

#### **Введение**

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) характеризуются прогрессирующим течением и являются одной из наиболее серьезных проблем совре-

менной гастроэнтерологии. По МКБ-10 относятся к рубрике «Неинфекционный энтерит и колит» K50-52: K50 болезнь Крона (БК); K51 язвенный колит (ЯК); K52 другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (НГЭК). 20–30 % случаев ХВЗК берут свое начало в возрасте до 18 лет, все более часты случаи манифестации у детей до 2 лет. В Республике Беларусь распространенность ХВЗК у детей составляет 2,2–6,8 случаев на 100 тысяч детского населения. Среди факторов, способствующих развитию ХВЗК, обсуждается роль неблагоприятных экологических воздействий, погрешностей в питании, стресса, курения, различных инфекций и паразитарных инвазий, наследственной предрасположенности. Устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости, преимущественное поражение лиц молодого возраста, тяжесть течения, наличие опасных для жизни осложнений обуславливают особую актуальность изучения данной проблемы.

### **Цель**

Изучить особенности ХВЗК у детей, проживающих в Гомельской области.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ 18 «Медицинских карт стационарного пациента» (форма №003/у-07) детей в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 4 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2019 г. Учитывались пол, возраст, место жительства, длительность заболевания, результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Исследуемую группу составили 15 человек: 8 (53,3 %) девочек и 7 (46,7 %) мальчиков. Проживают в г. Гомеле 7 (46,7 %) детей (3 девочки и 4 мальчика), в Гомельской области — 8 (53,3 %) детей (5 девочек и 3 мальчика). В 2019 г. ХВЗК выявлены впервые у 7 пациентов: ЯК — 4 (3 девочки и 1 мальчик), НГЭК — 3 мальчика; из них 3 ребенка с ЯК получали лечение в стационаре дважды в течение года. Длительность заболевания у детей исследуемой группы: до 3-х лет — 10 (66,7 %), 5–8 лет — 5 (33,3 %) человек.

ЯК диагностирован у 7 (46,7 %) детей: 5 (71,4 %) девочек и 2 (28,6 %) мальчика; БК — у 1 (6,6 %) девочки; НГЭК — у 7 (46,7 %): 2 (28,6 %) девочки и 5 (71,4 %) мальчиков.

Возраст пациентов: 1–5 лет — 4 (26,7 %) мальчика; 6–11 лет — 3 (20 %) — 2 девочки и 1 мальчик, 12–17 лет — 8 (53,3 %) — 6 девочек и 2 мальчика. Результаты распределения ХВЗК в различных возрастных группах представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Структура ХВЗК по возрасту

Возраст	ЯК (K 51), кол-во (%)	БК (K50), кол-во (%)	НГЭК (K52), кол-во (%)	Всего, кол-во (%)
1–5 лет	1 (14,2 %)	—	3 (42,9 %)	4 (26,7 %)
6–11 лет	3 (42,9 %)	—	—	3 (20 %)
12–17 лет	3 (42,9 %)	1 (100 %)	4(57,1 %)	8 (53,3 %)
Итого:	7 (100 %)	1 (100 %)	7 (100 %)	15 (100 %)

Клинические проявления ХВЗК: боли в животе (эпигастрии, околопупочной области, по ходу кишечника) отмечали 12 (80,0%) детей (ЯК — 7, БК — 1, НГЭК — 4), снижение аппетита 2 (13,3 %) ребенка с ЯК, тошноту — 1 (6,7 %) девочка с БК, изжогу — 1 (6,7 %) девочка с ЯК, метеоризм — 2 (13,3%) девочки с ЯК, БК. Диарея выявлена у 8 (53,3%) человек (ЯК — 4, НГЭК — 4); запор у 2 (13,3 %) детей с ЯК. Кровь в кале (примеси, капли, сгустки) у 7 (46,7 %) детей (ЯК — 4, НГЭК — 3), слизь в кале у 5 (33,3 %) пациентов (ЯК — 3, БК — 1, НГЭК — 1). Интоксикационный синдром имел место у 4 (26,7 %) детей (ЯК — 2, НГЭК — 2), вегетативный — у 2 (13,3 %) детей с НГЭК.

Определение уровня ЦИК проведено 13 пациентам: вариант нормы у 10 (76,9%); повышен у 3 (23,1%) детей (ЯК — 2, НГЭК — 1).

Кальпротектин определяли у 8 человек: вариант нормы у 2 (25 %) детей с НГЭК, повышенный уровень у 6 (75 %) пациентов (ЯК — 5, НГЭК — 1); у 1 девочки с ЯК, впервые выявленном в 2019 г., при многократном повторении уровень кальпротектина оставался высоким с постепенным снижением на фоне лечения.

Фиброколоноскопия (ФКС) с биопсией слизистой оболочки кишечника для верификации диагноза была проведена 13 пациентам исследуемой группы (2 девочкам с ранее установленными диагнозами ЯК и БК при данной госпитализации ФКС не проводилась). Результаты ФКС: патологии не выявлено у 2 (15,4 %) детей с НГЭК; катаральный проктосигмоидит (проктит) у 2 (15,4 %) детей (ЯК — 1; НГЭК — 1); очаговый активный колит у 3 (23,1 %) детей с НГЭК; ЯК подтвержден у 5 (38,4 %) пациентов; у 1 (7,7 %) мальчика с 6-летним стажем ЯК эндоскопически хронический колит, энтеробиоз, а морфологически подтвержден ранее установленный диагноз. Заключение морфологического исследования при ЯК: хронический непрерывный диффузный активный колит с деструкцией крипт, формированием крипт-абсцессов.

#### **Выводы**

Таким образом, ХВЗК чаще диагностируются у девочек пубертатного возраста, проживающих в Гомельской области. В исследуемой группе пациентов с ХВЗК одинаково часто встречается ЯК и НГЭК, при этом ЯК чаще диагностируется у девочек, а НГЭК — у мальчиков. В клинике ХВЗК преобладает болевой абдоминальный синдром; более чем у половины пациентов диарея с патологическими примесями в кале. Повышенный уровень кальпротектина в большинстве случаев регистрируется у пациентов с ЯК.

УДК 616.12-008.331.1-073.97-053.2

### **АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Слонимская А. В.<sup>1</sup>, Шором Ю. К.<sup>1</sup>, Яхимчик А. И.<sup>2</sup>*

**Научный руководитель: ассистент А. В. Лукаш**

<sup>1</sup>**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»,**

<sup>2</sup>**Учреждение здравоохранения**

**«Гродненская областная детская клиническая больница»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются медицинской, социальной и общественной проблемами современного здравоохранения, занимая доминирующее место в структуре общей смертности среди лиц трудоспособного возраста [1, 2, 3].

В Республике Беларусь, как и в других странах мира, среди сердечно-сосудистой патологии одну из лидирующих позиций по влиянию на состояние здоровья, трудоспособность и продолжительность жизни занимает артериальная гипертензия [3, 4].

Для анализа сердечной деятельности при артериальной гипертензии используются различные методы диагностики, среди которых не потерял своей актуальности — электрокардиографический метод.

Поэтому оценка параметров электрокардиограммы у детей с артериальной гипертензией является актуальным в связи с широким использованием данного метода диагностики в повседневной клинической практике.