

Среди детей контрольной группы по данным ХМ в 4 (40 %) случаях были выявлены устойчивые эктопические ритмы, в 6 (60 %) случаях была выявлена синусовая тахикардия на фоне повышения основного уровня функционирования синусового узла, в 2 (20 %) случаях — синусовая брадикардия, у 2 (20 %) детей была зарегистрирована атриовентрикулярная блокада 1–2 степени, у 2 (20 %) пациентов — синоатриальная блокада 2 степени, при этом комбинированные нарушения ритма были выявлены у 4 (40 %) детей.

Выводы

1. По данным ЭКГ у детей, подвергшихся коррекции ВПС в условиях ИК, преобладали синусовая брадикардия и внутрижелудочковые блокады, что может свидетельствовать о возможном поражении проводящей системы сердца после оперативного вмешательства.

2. Результаты холтеровского мониторирования у пациентов всех групп выявили признаки электрической нестабильности миокарда, что требует динамического контроля над детьми с ВПС до и после коррекции порока.

3. Метод эндоваскулярной коррекции ВПС является современным направлением кардиохирургии, так как является малоинвазивным вмешательством и снижает риск травматической дисфункции проводящей системы сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скуратова, Н. А. Клиническая характеристика детей с врожденными пороками сердца / Н. А. Скуратова, А. А. Зылевич, А. С. Шунькина // Новые технологии — в практику здравоохранения: матер. Рос. национального конгресса кардиологов, Москва, 25–28 сент. 2018 г. — М., 2018. — С. 1072.
2. Скуратова, Н. А. Клиническая и функционально-диагностическая характеристика детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Н. А. Скуратова, А. В. Микитюк // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием. — Гомель, 2019. — С. 33–36.
3. Белоконь, Н. А. Болезни сердца и сосудов у детей : руководство для врачей: в 2 т. / Н. А. Белоконь, М. Б. Кубергер. — М.: Медицина, 2007. — Т. 1. — С. 118–121.

УДК 612.172.2+616.125.4]-053.3-071.1

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ АВТОМАТИЗМА СИНУСОВОГО УЗЛА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Скуратова Н. А.^{1,2}, Листратенко Н. А.¹, Зенина Д. Р.¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

ЭКГ-диагностика нарушений функции автоматизма синусового узла у детей не вызывает сомнений. В настоящее время холтеровское мониторирование (ХМ) является актуальным методом исследования для выявления нарушений ритма сердца (НРС) [1].

По данным Л. А. Бокерия с соавт. (2000), нарушения ритма сердца зарегистрированы у 51 % детей в первые две недели жизни в виде дисфункции синусового узла, проявляющейся эпизодами внезапного урежения или учащения сердечного ритма (30 %), суправентрикулярными аритмиями (14 %) и желудочковыми нарушениями ритма [4].

Нарушения ритма, обусловленные расстройством образования импульсов в синусовом узле, называются нотопными. К ним относятся синусовая тахикардия, синусовая брадикардия и др. [1, 5].

Синусовая тахикардия у новорожденных встречается с частотой 38–40 % от всех других нарушений ритма, при этом она имеет свойство держаться длительно, нередко в течение всего периода новорожденности. Синусовая тахикардия отражает повышение автоматизма синусового узла в результате активации симпатического отдела вегетативной нервной системы. Данное НРС чаще всего наблюдается у новорожденных с родовой травмой шейного отдела спинного мозга, перинатальной энцефалопатией с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости или судорожным синдромом, при миокардитах, сердечной недостаточности, инфекционно-воспалительных заболеваниях. При этом на фоне выраженной тахикардии время диастолического отдыха миокарда и диастолического наполнения желудочков существенно укорочено, что в конечном итоге ведет к снижению коронарного кровотока и развитию синдрома малого выброса [1, 2, 5].

У новорожденных детей с перинатальным повреждением центральной нервной системы (ЦНС) нередко приходится наблюдать появление синусовой тахикардии во время или после осмотра ребенка врачом, при малейшем беспокойстве или без видимых причин [3].

Показания к проведению ХМ сегодня охватывают практически все категории людей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС), в том числе детей первого года жизни [2].

Актуальным является оценка функции автоматизма синусового узла у детей первых месяцев жизни, родившихся доношенными и недоношенными.

Цель

Оценить функцию автоматизма синусового узла по результатам ХМ у детей первых месяцев жизни, родившихся доношенными и недоношенными.

Материал и методы исследования

У 31 ребенка первого года жизни, находившихся на обследовании и лечении в отделении для новорожденных, в том числе в палатах интенсивной терапии для недоношенных детей У «Гомельская областная детская клиническая больница», проведено ХМ. Клиническим показанием к назначению данного вида исследования послужили номотопные и (или) гетеротопные нарушения ритма, выявленные на стандартной ЭКГ покоя (синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, наджелудочковая или желудочковая экстрасистолия).

Дети были разделены на 2 группы: 1-я группа — доношенные дети ($n = 19$), 2-я группа — недоношенные ($n = 12$). За критерий доношенности и недоношенности принимались роды при сроке беременности 259–293 дня (37 полных недель — 42 недели беременности) и роды при сроке беременности менее 259 суток соответственно.

У обследованных пациентов оценивались пол, возраст, данные ХМ. Для постановки ХМ использовалась система «Кардиан» ЭКГ с регистрацией ритма сердца в течение 24 ч, при этом оценивались следующие показатели: количество эпизодов синусовой тахикардии и брадикардии, их длительность в течение 24 ч и среднесуточная ЧСС. За критерий синусовой тахикардии у новорожденных детей принималось значение ЧСС более 160/мин, за критерий синусовой брадикардии — ЧСС менее 60/мин [1].

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст детей 1 группы составил $54,89 \pm 5,25$ дня, из них было 13 (68,42 %) мальчиков и 6 (31,58 %) девочек. Средний возраст лиц 2 группы составил $74,33 \pm 8,35$ дня, из них было 10 (83,3 %) мальчиков и 2 (16,67 %) девочки.

При оценке среднесуточной ЧСС по данным ХМ было выявлено, что средняя ЧСС доношенных детей 1-й группы составила $145,84 \pm 2,77$ уд/мин, средняя ЧСС у недоношенных детей 2-й группы — $154,75 \pm 4,39$ уд/мин, при этом не выявлено достоверных различий между группами ($p > 0,05$).

При оценке функции автоматизма синусового узла установлено, что в 1-й группе детей зарегистрировано $233,32 \pm 30,74$ эпизода синусовой тахикардии за сутки, при этом средняя продолжительность эпизодов данной аритмии составила $209,79 \pm 46,61$ мин.

Во 2-й группе детей выявлено $354,58 \pm 63,21$ эпизода синусовой тахикардии, при этом средняя длительность эпизодов составила $473,42 \pm 114,02$ минут в течение суток. При этом выявлены достоверные различия между группами в количестве эпизодов аритмии и ее продолжительности ($p < 0,05$).

При анализе эпизодов синусовой брадикардии в обеих группах детей данного нарушения функции синусового узла при ХМ не выявлено.

Выводы

1. Холтеровское мониторирование позволяет объективно оценить функцию автоматизма синусового узла у детей, представленность синусовой тахикардии, частоту эпизодов и их продолжительность за сутки, тем самым провести коррекцию лечения.

2. Установлено, что доношенным детям ХМ назначалось чаще, чем детям, родившимся недоношенными, при этом в обеих группах детей доминировали мальчики.

3. У недоношенных детей частота встречаемости эпизодов синусовой тахикардии и их продолжительность за сутки была выше, чем у доношенных новорожденных, что указывает на признаки незрелости проводящей системы сердца в данной группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров, Л. М. Национальные российские рекомендации по применению методики холтеровского мониторирования в клинической практике / Л. М. Макаров, В. Н. Комолятова // Российский кардиологический журнал. — 2014. — № 2 (106). — С. 6–71.
2. Бокерия, Л. А. Внезапная сердечная смерть / Л. А. Бокерия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 267 с.
3. Бокерия, Е. А. Перинатальная энцефалопатия как фактор риска развития нарушений ритма / Е. А. Бокерия, Е. З. Голухова, А. И. Кулямин // Тез. докл. Конгресса «Детская кардиология-2000». — М., 2000. — С. 68.
4. Мутафьян, О. А. Аритмии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян. — СПб.: Невский Диалект, 2003. — 254 с.
5. Орлова, Н. В. Лечение жизнеугрожающих аритмий у новорожденных / Н. В. Орлова, Э. В. Солдаткин, Г. Н. Венеаминова // Тез. докл. Конгресса «Детская кардиология-2000». — М., 2000. — С. 113.

УДК 616-022.34:612.017.3]-071-053.2

КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С КЛЕЩЕМ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ В СВЯЗИ С МОЛЕКУЛЯРНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ Der p1 и Der p2

Хоха Р. Н.¹, Заводник Л. Б.², Хоха А. М.³, Полубинская С. Е.²

¹Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

²Учреждение образования

«Гродненский государственный университет имени Янки Купалы»,

³Учреждение образования

«Гродненский государственный аграрный университет»,

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Распространенность аллергических заболеваний (АЗ), включая аллергический ринит (АР), бронхиальную астму (БА) и атопический дерматит (АтД), в последние несколько десятилетий возросла [1]. В развитии этих заболеваний значительную роль играют ингаляционные аллергены, при этом клещ домашней пыли (КДП) считается важным источником аллергенов во всем мире [2]. В ис-