

вым комком, отказом от еды, рвотой [2]. В настоящее время отмечается тенденция к росту заболеваемости и распространенности ЭоЭ у детей [3].

#### **Цель**

Описать клинический случай ЭоЭ у детей.

#### **Методы исследования**

Эмпирические (опытно-поисковая работа); описательные.

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

Пациент 16 лет, поступил в стационар с жалобами на снижение аппетита, потерю веса, затруднение при глотании твердой и жидкой пищи. Данные жалобы в течение года, за медицинской помощью не обращались. В анамнезе — медикаментозная аллергия на глицин, пациент состоит на диспансерном учете по поводу последствий раннего органического поражения головного мозга с расстройством речевого развития и когнитивных нарушений.

Было проведено комплексное клиничко-лабораторно-инструментальное обследование, в том числе эзофагогастродуоденоскопия с биопсией из пищевода, антрального отдела желудка, 12-перстной кишки, суточная рН-импедансометрия, манометрия пищевода, алергодиагностика; выставлен клинический диагноз — Эозинофильный эзофагит. Стеноз средней трети пищевода. Неэрозивная ГЭРБ. Хронический антральный гастрит, ассоциированный с *H. Pylori*. Пациенту назначена антихеликобактерная терапия и далее продолжено лечение ингибиторами протонной помпы, отмечен клинический эффект.

Наличие у пациентов с когнитивными нарушениями и расстройствами речевого развития затруднений при глотании не всегда вовремя верифицируется и рассматривается как проявление поражения пищевода, что демонстрирует данный клинический пример.

#### **Заключение**

ЭоЭ — сложная проблема, так как аналогичные клинические симптомы могут наблюдаться и при других заболеваниях. В этой связи важна врачебная настороженность в отношении ЭоЭ и комплексное обследование не только с выполнением ЭГДС и обязательным взятием биопсийного материала из пищевода, но и проведение суточной рН-импедансометрии, а при наличии показаний — манометрии пищевода. Это позволяет оптимизировать и персонифицировать терапию, программу диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов с ЭоЭ.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Эозинофильный эзофагит: современный взгляд на проблему и собственные клинические наблюдения / В. О. Кайбышева [и др.] // Доказательная гастроэнтерология. — 2019. — № 8(1). — P. 58–83.
2. Чеченкова, Е. В. Анализ клинических согласованных рекомендаций по лечению пациентов с эозинофильным эзофагитом / Е. В. Чеченкова, И. И. Саванович // Проблемы здоровья и экологии. — 2020. — № 4. — P. 12–22.
3. Hannah P. Kim, MD An Evolving Approach to the Diagnosis of Eosinophilic Esophagitis / Hannah P. Kim, MD and Evan S // Dellon Gastroenterol Hepatol (N Y). — 2018. — Vol. 14(6). — P. 358–366.

**УДК 616.12-007-053.1-089:616.12-008.318]-053.2**

### **ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ РИТМА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

**Скуратова Н. А.<sup>1,2</sup>, Коноваленко М. А.<sup>1</sup>, Гаркуша А. В.<sup>1</sup>**

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

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**<sup>2</sup>Учреждение**

**«Гомельская областная детская клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются распространенной патологией сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей, при этом в некоторых случаях тре-

буется хирургическая коррекция порока [1]. В настоящее время используют следующие виды хирургического вмешательства при лечении ВПС: малоинвазивные методы эндоваскуляризации и операции на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения (ИК) [2, 3]. Развитие различных нарушений сердечного ритма после оперативных вмешательств остается нередким явлением, ввиду этого актуальным является оценка электрокардиограммы (ЭКГ) и холтеровского мониторирования (ХМ) у детей после коррекции ВПС с целью выявления признаков электрической нестабильности миокарда.

### **Цель**

Оценить особенности нарушений ритма у детей с ВПС после хирургического лечения.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный и статистический анализ 43 историй болезни детей в возрасте от 5 до 17 лет, находящихся на плановом обследовании и лечении по поводу ВПС (состояние без коррекции и после коррекции) в кардиологическом отделении Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница». Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — дети с корригированными ВПС с проведением операции в условиях искусственного кровообращения (ИК), что составило 26 (78,79 %) случаев, 2-я группа — пациенты после малоинвазивных операций эндоваскулярным методом — 7 (21,21 %) случаев. Контрольную группу (КГ) составили 10 детей с ВПС без коррекции. У пациентов оценивались данные результатов ЭКГ и ХМ.

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

Гендерная структура ВПС у детей с корригированными ВПС была представлена следующим образом: мужской пол — 16 (49 %) детей, женский пол — 17 (51 %) человек. Средний возраст пациентов составил 11 лет ( $M_e = 10$  лет). Из них: 23 (69,69 %) пациентам коррекция ВПС была проведена более 5 лет назад, у 5 (15,15 %) пациентов срок операции составил 4 года, у 1 (3,03 %) — 3 года, у 2 (6,06 %) — 2 года, у 1 (3,03 %) — 1 год и у 1 (3,03 %) ребенка — менее 1 года.

В КГ было 4 (40 %) мальчика и 6 (60 %) девочек, средний возраст — 13 лет ( $M_e = 13$  лет).

Кардиологические жалобы (перебои в работе сердца, сердцебиение и т. д.) предъявляли 17 (65,38 %) человек 1-й группы и 5 (71,42 %) детей 2-й группы.

При анализе ЭКГ у детей 1-й группы были выявлены разнообразные нарушения ритма, включавшие синусовую тахикардию в 4 (15,38 %) случаях, синусовую брадикардию у 10 (38,46 %) детей, полную и неполную блокады ножек пучка Гиса в 13 (50 %) случаях, синоатриальную блокаду у 1 (3,84 %) ребенка и атриовентрикулярную блокаду в 1 (3,84 %) случае.

При оценке ЭКГ у пациентов 2-й группы в 7 (100 %) случаях ритм был синусовый, при этом у 1 (14,28 %) пациента была выявлена синусовая тахикардия и наджелудочковая экстрасистолия, в оставшихся 6 (85,72 %) случаях нарушения ритма и проводимости отсутствовали.

При анализе результатов ХМ пациентов 1-й группы в 23 (88,46 %) случаях были выявлены комбинированные нарушения ритма в виде сочетания нарушения функции автоматизма, при этом у 1 (3,84 %) пациента был имплантирован электрокардиостимулятор.

По данным ХМ у пациентов 2-й группы в 7 (100 %) случаях выявлена синусовая тахикардия, в 1 (14,28 %) случае — синусовая брадикардия, у 2 (28,57 %) детей обнаружена АВ-блокада 1 степени, у 1 (14,28 %) ребенка выявлена наджелудочковая экстрасистолия, у 2 (28,57 %) пациентов — блокада ножек пучка Гиса. При этом комбинированные нарушения ритма у пациентов после эндоваскулярной коррекции порока обнаружены в 4 (57,14 %) случаях.

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.<sup>1,2</sup>, Листратенко Н. А.<sup>1</sup>, Зенина Д. Р.<sup>1</sup>**

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

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**<sup>2</sup>Учреждение**

**«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].