

ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА (ПО ДАННЫМ УО ГДИКБ Г. МИНСКА)

Мороз Е. А., Башлакова А. Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

Введение. Врожденные пороки сердца (ВПС) – отклонения развития сердца и магистральных сосудов, при которых возникают гемодинамические нарушения, приводящие к недостаточности кровообращения. Это наиболее распространенные врожденные аномалии у детей, составляющие около 30% всех пороков развития [1, 2]. У детей старше одного месяца позволяет заподозрить ВПС: нарушение общего состояния, плохая прибавка в весе с первых недель жизни, изменение цвета кожных покровов, плохая переносимость ванн, особенно горячих, клинические признаки сердечной недостаточности [1].

Целью настоящего исследования было изучение особенностей ВПС, которые впервые выявлены в условиях непрофильного стационара – ГДИКБ.

Задачи: 1) определить, какие ВПС не были выявлены на амбулаторном этапе; 2) выявить клинические особенности, позволившие заподозрить ВПС в условиях стационара.

Материалы и методы: нами проанализированы 33 истории болезни детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет, у которых был выявлен ВПС, находившихся на лечении в ГДИКБ в период с июня 2011 по январь 2013 г.

Результаты и обсуждение. В периоде новорожденности ВПС был выявлен у двух детей, что составило 6%. У большинства детей ВПС выявлен на первом году жизни – 24 случая (73%). У детей старше года ВПС был выявлен в 7 случаях – 21%. Доношенными родились 27 (82%) детей, недоношенными – 2 (6%), в 4 случаях информация отсутствовала. Беременность протекала без осложнений в 27 случаях (82%), угроза прерывания отмечалась только в 1 случае – 3%, другие осложнения беременности в 4 случаях (12%). В 1 случае данные о течении беременности и родов отсутствовали. Возраст матери на момент рождения ребенка распределялся следующим образом: до 25 лет – 7 (21%), 26-30 лет –

14 (42%), 30-35 лет – 11 (33%), нет данных – 1 (3%). Таким образом, практически все женщины были оптимального репродуктивного возраста. При анализе генеалогического анамнеза выявлено, что наследственность по порокам развития отягощена только в 1 случае, что составило 3% обследованных. В 3 случаях (9%) информация отсутствовала. Наследственный анамнез по ВПР не отягощен у 88% детей – 29 случаев. Из перенесенных ранее заболеваний родители отмечали острые респираторные инфекции – 23 случая (70%), ОКИ и ветряная оспа по – 1 случаю (3%). Со слов родителей, ранее ничем не болели 8 детей, что составило 24,2%.

Большинство детей были направлены на госпитализацию с диагнозом ОРИ – 21 ребенок (64%). ОКИ – 4 (12%), без диагноза – 2 ребенка (6%), 1 ребенок был изъят из семьи. По 1 случаю составили гипербилирубинемия, агранулоцитоз и аспирация рвотными массами.

Мы проанализировали клинические данные, которые явились показанием для назначения дополнительных инструментальных методов обследования для выявления ВПС. Прежде всего обращало на себя внимание изменение цвета кожных покровов: бледность – у 18 пациентов (55%), мраморность – в 10 случаях (30%), цианоз носогубного треугольника – в 2 случаях (6%). Следует отметить, что у 9 детей (27%) кожные покровы были физиологической окраски.

Наличие шума в области сердца отмечено у подавляющего большинства детей – 94%. Только в 2 случаях шум отсутствовал. У всех детей выявлен систолический шум средней интенсивности, негрубый, за пределы сердца не проводился, что также затрудняло диагностику ВПС.

Поводом для углубленного обследования послужило также наличие гипотрофии. БЭН первой степени выявлена у 5 детей (15%), второй степени у 2 (6%). Данные отсутствовали в 2 случаях. Однако следует подчеркнуть, что 72% детей (24 ребенка) имели массу тела, соответствующую возрастным нормам.

Всем детям было проведено ЭКГ. Следует особо отметить, что независимо от возраста детей, на амбулаторном этапе ЭКГ исследование им никогда не проводилось. На ЭКГ были характерны следующие изменения: тахикардия – 17 случаев (52%), брадикардия – 3 случая (9%), диффузные изменения в миокарде –

13 случаев (39%). Однако эти изменения неспецифичны для ВПС и могут встречаться и при других состояниях. Нарушения проведения импульса составили 21% – 7 случаев. Среди них в 4 случаях наблюдалась неполная блокада правой ножки пучка Гиса, по 1 случаю блокада передней и задней ветвей левой ножки пучка Гиса.

Один из основных критериев в дифференциальной диагностике ВПС – выявление гипертрофии и перегрузок миокарда разных отделов сердца [2]. Перегрузка и гипертрофия правого желудочка наблюдалась в 10 случаях (30%), гипертрофия левого желудочка – в 2 случаях (6%). Косвенным признаком гипертрофии желудочков является отклонение электрической оси сердца (ЭОС) [2]. В норме у всех новорожденных ЭОС отклонена вправо, угол альфа не более 100° . Правый тип ЭКГ сохраняется в течение всего грудного возраста, а вертикальное положение ЭОС – до школьного возраста [1]. На гипертрофию миокарда желудочков могут указывать: для левого желудочка – отклонение ЭОС влево, у детей младшего возраста – нормограмма, для правого желудочка – отклонение ЭОС вправо ($+100 - +140^{\circ}$) [2]. Отклонение ЭОС от нормальных возрастных показателей выявлено в 18 случаях (55%).

Следует подчеркнуть, что нормальная ЭКГ была у двух пациентов.

Изменения, выявленные на ЭКГ, и данные осмотра явились показанием для проведения ЭХОКГ, где были выявлены: вторичный ДМПП – 19 случаев (66%), среди них множественный ДМПП был в 10 случаях, ДМЖП – 6 случаев (18%), из них в мышечной части пять, один множественный, ОАП – 4 случая (21%). У трех пациентов выявлены ОАП и ДМПП, у одного ОАП и ДМЖП.

Несмотря на отсутствие ярких клинических проявлений, по данным ЭХОКГ, гиперволемиа малого круга кровообращения наблюдалась у 13 пациентов (39%), легочная гипертензия – у 1 (3%), признаки перегрузки правого желудочка – 12 (36%), правого предсердия – 11 (33%), расширение левого желудочка – 3 (9%), левого предсердия в одном случае (3%).

Выводы:

1. Все ВПС, выявленные в условиях ДИКБ, относились к порокам бледного типа и не сопровождалась сердечной

недостаточностью, грубой аускультативной симптоматикой, что затрудняло их диагностику на амбулаторном этапе. Отсутствие отягощенного наследственного и биологического анамнеза не вызывало настороженности в отношении диагностики ВПР.

2. Наличие гипотрофии у части пациентов, изменение цвета кожных покровов и наличие шума в области сердца послужило поводом для назначения ЭКГ в условиях стационара.

3. Изменения на ЭКГ, характерные для ВПС, послужили основным показанием для проведения ЭХОКГ с целью выявления ВПС

Литература:

1. Беляева, Л. М. Педиатрия. Курс лекций / Л. М. Беляева. – М.: Мед. лит., 2011.-568с.

2. Мутафьян, О. А. Врожденные пороки сердца у детей / О. А. Мутафьян. – СПб.: «Невский диалект», 2002.-331с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Мысливец М. Г, Кизелевич А. И.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»;

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,

г. Гродно, Беларусь

На протяжении ряда лет проблема распространенности ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) не теряет своей актуальности. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения этого заболевания являются одними из главных в детской ревматологии. В основе развития заболевания лежит сложное влияние генетически детерминированных и приобретенных дефектов нормальных иммунорегуляторных механизмов, стимулирующих патологическую активацию иммунитета [2]. ЮРА может дебютировать в любом виде, но выделяют два периода – это 1-3 года и 8-10 лет, чаще болеют девочки.

ЮРА связан с высоким уровнем болевых ощущений у пациента, нарушениями функций суставов, серьезными нарушениями в психоэмоциональной сфере, который приводит к снижению качества жизни.