

тов, инфицированных не R5-тропным вирусом, имела место бессимптомная стадия ВИЧ-инфекции. Стадия СПИД присутствовала в обеих группах пациентов ($p > 0,05$). Как представлено в таблице 1, 27,8% пациентов 1-й группы были на стадии СПИД, несмотря на доказанную инфекцию R5-тропным вариантом ВИЧ, что указывает об отсутствии у данных пациентов переключения тропизма вируса на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции. Стаж ВИЧ-инфекции, который оценивался исходя из даты официального учета пациента как ВИЧ-инфицированного, был больше во 2-й группе пациентов, что является закономерным, так как для переключения тропизма требуется как правило 5-7 лет от момента инфицирования ВИЧ [1, 2]. Не получено достоверных различий по уровню CD4 и CD8 Т-лимфоцитов в группах пациентов.

Выводы. В изучаемой группе пациентов клинические показатели и уровень CD4 Т-лимфоцитов при ВИЧ-инфекции не коррелируют с характером тропизма ВИЧ у конкретного пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Levy, J.A. HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges // J.A. Levy // AIDS. – 2009. – № 23. P. 147–160.
2. Тропизм ВИЧ-1 к CCR5 и CXCR4 / И.О. Токунова [и др.] // Современные достижения молодых учёных в медицине: материалы Респ. науч.-практ. конф., (20 нояб. 2014) / отв. ред. В.А. Снежицкий. – Гродно: ГрГМУ, 2014. – С. 205-207.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛЫМИ СЕРДЕЧНЫМИ АНОМАЛИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Томчик Н.В., Янковская Н.И., Пантюхова Г.С.

УО «Гродненский медицинский университет»

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Актуальность. В структуре сердечно-сосудистой патологии малые сердечные аномалии у новорожденных составляют до 33%. В условиях гипоксии, вследствие патологического течения перинатального периода, стрессовой реакции при рождении, малые сердечные аномалии могут быть причиной гемодинамических нарушений и аритмий у детей [1].

Клиническая картина поражения сердечно-сосудистой системы вследствие перенесенной хронической внутриматочной или сочетанной гипоксии полиморфна, крайне неспецифична, может быть характерна не только для транзиторной дисфункции или ишемии, но и для миокардита новорожденных [2]. В связи с чем, затруднена дифференциальная диагностика этой патологии.

В литературе имеются сведения об особенностях электрокардиограммы у новорожденных с постгипоксическим синдромом. В основном они представлены ST-T изменениями, однако эти изменения неспецифичны, могут регистрироваться при других заболеваниях [1, 2].

В связи с этим, имеется необходимость поиска наиболее информативных электрокардиографических критериев, предикторов аритмий, у новорожденных с малыми сердечными аномалиями в зависимости от течения перинатального периода.

Цель работы - установить показатели электрокардиограммы новорожденных с малыми сердечными аномалиями в зависимости от течения перинатального периода.

Материалы и методы исследования. Было проведено комплексное обследование 105 доношенных новорожденных, из них 62 мальчика и 43 девочки. Схема обследования включала оценку перинатального анамнеза, клиническое, лабораторное, инструментальное обследование. Электрокардиография регистрировалась на 3 сутки жизни в 12 стандартных отведениях на одноканальном электрокардиографе «Fucuda», Япония. Стандартизацию записи проводили с проверкой калибровки (1мВ = 10 мм), скорость регистрации - 50 мм/с. Для анализа использовались нормативные значения показателей электрокардиограммы у детей, предложенные Макаровым Л.М [3]. За референтные значения QT и QTс использовались данные P. Rautaharju [4].

Подробна была изучена следующая документация: обменная карта беременной, история родов (ф. 096/у), история развития новорожденного (ф.097/у).

Все наблюдаемые младенцы были разделены на 2 группы: 1-я группа – дети, которые перенесли хроническую внутриматочную гипоксию (n=66); 2-я группа – дети, без признаков хронической внутриматочной гипоксии (n=39).

Результаты и обсуждение. У 100% обследованных детей диагностированы малые сердечные аномалии (аномально расположенные хорды единичные или множественные, открытое овальное окно). При анализе электрокардиограмм установлено, что частота сердечных сокращений в обеих группах колебалась в широком диапазоне от 92 до 180 уд/мин. Средняя частота сердечных сокращений составила в 1-й группе $134 \pm 8,1$ уд/мин, во 2-й группе - $128 \pm 7,3$ уд/мин. У наблюдаемых детей регистрировались нарушения автоматизма в виде синусовой тахикардии (10,6% в 1-й, 15,3% во 2-й), синусовой брадикардии (7,5% в 1-й и 7,8% во 2-й), достоверных различий в группах не получено.

У 4,5% детей 1-й группы зарегистрирована низковольтная электрокардиограмма, у 7,6 % - отмечено удлинение интервала PQ до 130мс.

У детей этой группы на 63,2% по сравнению с младенцами 2 группы чаще регистрировался QRS шириной до 70мс ($p < 0,001$). Комплекс QRS V1 регистрировался типа rSR'. Эти изменения чаще сочетались с P pulmonale (высокий, заостренный зубец P во II, III, aVF).

Установлено, что у новорожденных 1-й группы по сравнению с детьми из 2-й группы достоверно чаще регистрировались признаки перегрузки правого желудочка в виде высокоамплитудного RV1-2, $RV1 > SV1$, в сочетании с правограммой (48,5%, 25,6% соответственно, $p < 0,05$).

Признаки ишемии миокарда в виде смещения ST ниже изолинии на 2мм в грудных отведениях, сочетавшиеся с изоэлектрическим зубцом T, преобладали у новорожденных 1-й группы по сравнению с детьми 2-й группы (78,8%, 20,5% соответственно, $p < 0,001$). Аномаль-

ный зубец Q (ширина более 0,02с или амплитуда более 25% зубца R) зарегистрирован у 4,5% младенцев 1 группы и у 2,6% 2 группы. Наряду с признаками ишемии у новорожденных 1 группы на 58,3% чаще регистрировался QT длительностью 290мс, QTс - 430с ($p < 0,001$).

Выводы. У новорожденных с малыми сердечными аномалиями, которые перенесли хроническую внутриматочную гипоксию, на электрокардиограмме регистрируются признаки уширения QRS до 70мс в сочетании с R pulmonale, перегрузки правого желудочка, ST-T изменения в сочетании с инверсией амплитуды зубца T, удлинение QT и QTс, что может служить диагностическими маркерами при данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия, Л.А. Аритмии сердца в структуре внезапной смерти младенцев / Л.А. Бокерия, Н.М. Неминуший // *Анналы аритмологии*. - 2005. - №4. - С.60-67.
2. Вильчук, К.У. Электрокардиографические, эхокардиографические и биохимические маркеры поражения миокарда у новорожденных детей, рожденных путем абдоминального родоразрешения / К.У. Вильчук, Н.Б. Лашина, Т.В. Гнедько // *Педиатрия. Восточная Европа*. - 2013. - №4. - С. 58-74.
3. Макаров, Л.М. Нормативные параметры ЭКГ у детей / Л.М. Макаров, В.Н. Комолятова // *Функциональная диагностика*. - 2010. - №3. - С. 92-95.
4. Rautaharju, P. Linearly scaled, rate invariant normal limits for QT interval: eight decades of incorrect application of power functions / P. Rautaharju, Z.M. Zhang // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* - 2003. - Vol. 13, №12. - P.1211-1218.

МЕТОД ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

Торшина И.Е., Бусько Т.М., Борсуков А.В., Гельт Т.Д.

*ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия
Минздрава России*

Актуальность. Нарушения микроциркуляции различной степени выраженности сопровождают целый ряд остро и хронически протекающих дерматозов [1, 2, 4, 5]. В детской дерматологии для исследования характера нарушения кровотока немаловажным является применение не инвазивных и безболезненных методов, таких как лазерная доплерография (ЛД) [3].

Цель. Обоснование применения ЛД в детской дерматологической практике у пациентов с различными дерматозами.

Метод исследования. Методика основана на определении показателей микроциркуляции с использованием аппарата Research LDI производства Aimaго (Швейцария):

показатель перфузии (средний поток эритроцитов) – единица объема ткани за единицу времени (перф. ед.),

показатель концентрации кровотока (отн. ед.), 3) показатель скорости кровотока (мм\с).

Обследовано 9 пациентов, средний возраст – 14,6 ± 6,1 лет; из них: мальчиков – 4, девочек – 5.

Спектр дерматологической патологии у обследуемых больных: бляшечный, экссудативный псориаз (Пс) – 3 детей;