

планирования способа и сроков родоразрешения и своевременной профилактики перинатальных осложнений.

Литература:

1. Алимбаева, Г. Н. Тактика ведения девочек пубертатного возраста с пороками развития матки и влагалища /под ред. Г.Н.Алимбева.-Москва, 1992.-142с.
2. Jacobsen, L. J. Results of conventional and hysteroscopic surgery/ L.J.Jacobsen // Human Reproduction.-1997.-Vol.12.- P.1376-1381.
3. Lolis, D. E. Reproductive outcome after strassman metroplasty in women with a bicornuate uterus / D. E. Lolis, M. J. Paschopoulos // Reprod. Med. 2005.- Vol.50,5.- P.297-301.
4. Salim, R. A comparative study of the morphology of congenital uterine anomalies in women with and without a history of recurrent first trimester miscarriage / R. Salim, L. Regan // Hum. Reprod.-2003.- Vol.18.- P.162-166.
5. Шаповаленко, С. А. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных стадияхгестации / С. А. Шаповаленко // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов.- 2001.- №2.- С.43-47.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ЛАШКОВСКАЯ Т. А. ПАРФИНОВИЧ Н. С., КОСТЮК К. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Введение. Врожденные пороки сердца (ВПС) у детей Гродненской области занимают первое место среди всех пороков развития. Распространенность ВПС по данным различных исследований колеблется от 7 до 50 случаев на 1000 живорожденных младенцев [1]. В Гродненской области на диспансерном учете состоит 1669 детей с ВПС. В 2018 году впервые выявлено 279 детей с пороками сердца.

Основной метод лечения ВПС – хирургический. Однако, несмотря на совершенствование техники хирургических операций, анестезиологической, реанимационной и кардиологической помощи осложнения, возникающие в послеоперационный период, привлекают к себе постоянное внимание клиницистов [2]. По данным большинства авторов

аритмии в послеоперационном периоде коррекции ВПС с использованием искусственного кровообращения возникают в 15–40% случаев [4, 6]. Наиболее часто в послеоперационном периоде встречаются желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, наджелудочковые тахикардии и нарушения проводимости [2, 3].

Нарушения ритма, хорошо переносимые анатомически нормальным сердцем у пациентов, оперированных по поводу ВПС, часто приводят к нарушению гемодинамики. Наличие аритмий приводит к утяжелению течения ВПС и развитию более ранней инвалидизации у детей.

Цель работы: проанализировать осложнения, возникающих после оперативной коррекции ВПС и терапию диагностированных у пациентов осложнений.

Объект и методы исследования. Объектом исследования явились 76 пациентов (37 (48,7%) – мальчиков и 39 (51,3%) – девочек) в возрасте от 5 мес. до 17 лет, находившихся на лечении в Гродненской областной детской клинической больнице в 2015–2019 гг. в позднем послеоперационном периодов ВПС. Возраст пациентов на момент оперативного вмешательства составил $4,43 \pm 1,2$ года. 64 (84,2%) ребенка были прооперированы по поводу ВПС в условиях искусственного кровообращения, 12 (15,8%) – с использованием рентгенэндоваскулярных методов.

Всем детям в условиях стационара проводился комплекс неинвазивных исследований, включающий: стандартную ЭКГ, трансторакальную эхокардиографию, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, холтеровское мониторирование ЭКГ, общеклинические и лабораторные методы обследования.

Критерием исключения из группы детей, прооперированных по поводу ВПС, было наличие зафиксированных нарушений ритма сердца до оперативной коррекции пороков, кроме неполной блокады правой ножки пучка Гиса, блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса при общем открытом атриовентрикулярном канале (ООАВК), а также синусовой тахикардии, обусловленной недостаточностью кровообращения.

Пороки с обогащением малого круга кровообращения среди оперированных пациентов диагностированы у 50 (65,8%)

пациентов: дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) у 23 (30,3%), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) у 19 (25,0%) детей, транспозиция магистральных сосудов (ТМС) – 3 (3,9%). Частичная форма атриовентрикулярного канала (ЧАВК) у 2 (2,6%), ООАВК – 2 (2,6%). Рентгенэндоваскулярная коррекция открытого артериального протока (ОАП) проведена одному ребенку.

Пороки с обеднением малого круга кровообращения выявлены у 10 (13,2%) детей: тетрада Фалло – 7 (9,2%), атрезия трехстворчатого клапана – 2 (2,6%), изолированный стеноз легочной артерии – у одного ребенка.

Среди пороков, протекающих с препятствием кровотоку в большом круге кровообращения, прооперировано 14 (18,4%) детей. Среди них оперативная коррекция коарктации аорты (КА) проведена 10 (13,2%) пациентам, коррекция субаортального стеноза (СА) – 3 (3,9%). По поводу комбинированных пороков был прооперирован один пациент.

Статистическая обработка данных проведена на персональном компьютере с использованием пакета статистических программ STATISTIKA 10.0.

Результаты и их обсуждение. Общая частота встречаемости нарушений ритма сердца (НРС) в послеоперационном периоде составила 51,3% (у 39 из 76 обследованных пациентов). Было зафиксировано на холтеровском мониторировании ЭКГ и стандартной ЭКГ всего 44 различных нарушений ритма.

Наиболее часто среди всех НРС у оперированных пациентов диагностированы аритмии, обусловленные нарушением функции проводимости – 24 (61,5%, $p < 0,05$): полная блокада правой ножки пучка Гиса (ПБПНПГ) выявлена у 15 (62,5%) пациентов, нарушение АВ-проводимости различной степени – у 5 (20,8%) детей. Синоатриальная блокада 2 степени (САБ) зарегистрирована у 1 пациента после оперативной коррекции КА.

У одного ребенка с радикальной коррекцией ЧАВК диагностирована ПБПНПГ в сочетании с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW). У 2 (8,3%) детей, оперированных по поводу ДМЖП, диагностированы двухпучковые блокады: у одного – ПБПНПГ + блокада задней ветви левой ножки пучка

Гиса (БЗВЛНПГ), у второго – ПБПНПГ + блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса (БПВЛНПГ). У 1 пациента с радикальной коррекцией ООАВК зафиксированы три вида нарушения функции проводимости: ПБПНПГ + БПВЛНПГ + атриовентрикулярная блокада 1 степени.

Наши данные согласуются с данными, полученными другими авторами [3, 5], указывающими, что в послеоперационном периоде ВПС чаще диагностируются аритмии, обусловленные нарушением функции проводимости.

Частота развития экстрасистолий у оперированных детей с ВПС составила 12,8%. Синусовая брадикардия была зарегистрирована у 5 (12,8%) пациентов, синдром предвозбуждения желудочков – у 4 (10,2%) детей. Трепетание предсердий выявлено у 1 ребенка с множественными врожденными пороками развития, белково-энергетической недостаточностью и недостаточностью кровообращения IIА степени (НК IIА ст.).

Все НРС не сопровождалось какими-либо клиническими проявлениями у детей и диагностировалось электрокардиографически или при объективном обследовании.

В позднем послеоперационном периоде у 56 (73,7%, $p < 0,05$) пациентов сохранялись признаки НК: I степени – у 47 (83,9%), IIА степени – у 9 (16,1%).

В терапию НК 22 (39,3%) детям были включены ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента: эналаприл в дозе 0,05–0,1 мг/кг массы тела. Комбинированную терапию НК IIА степени (эналаприл, дигоксин в поддерживающей дозе, фуросемид 1 мг/кг и/или верошпирон 2 мг/кг) получали 8 (88,9%) пациентов.

Один ребенок с персистирующей формой трепетания предсердий в послеоперационном периоде получает амиодарон в дозе 5 мг/кг, метопролол – 1 мг/кг, аспикард – 2 мг/кг.

Все дети в комплексной терапии НК, протекающей на фоне НРС, получают курсами кардиометаболическую терапию: препараты магния, калия, кудесан, карнитина хлорид, витамины группы В.

Выводы:

1. Нарушения ритма сердца в позднем послеоперационном периоде врожденных пороков сердца диагностируются у каждого второго пациента
2. Среди аритмий чаще регистрируются аритмии, обусловленные нарушением функции проводимости (61,5%).
3. Сердечная недостаточность в позднем послеоперационном периоде выявлена у 77,3% пациентов.

Литература:

1. Врожденные пороки сердца: распространенность в популяции, факторы риска / Е. В. Богачева [и др.] // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2012. – № 1. – С. 19–14.
2. Нарушения ритма сердца и проводимости в раннем послеоперационном периоде после хирургической коррекции врожденных пороков сердца у детей раннего возраста / Л. А. Бокерия [и др.] // *Анналы аритмологии*. – 2012. – №1. – С. 24–32.
3. Влияния оперативной коррекции врожденных пороков сердца на частоту и структуру нарушений ритма у детей / А. Г. Галаян [и др.] // *Вестник молодого ученого*. – 2014. – С. 3–6.
4. Risk factors for cardiac arrhythmias in children with congenital heart disease after surgical intervention in the early postoperative period / J. Rekawek, [et al.] // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 2007. – Vol. 133. – P. 900–904.
5. Отдаленные результаты хирургического лечения врожденных пороков сердца у детей в Приморском крае / Н. В. Горелик [и др.] // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. – 2005. – № 4. – С. 107–112.
6. Early postoperative arrhythmias after pediatric cardiac surgery / W. Jeffrey [et al.] // *Surgery for Congenital Heart Diseases*. – 2006. – Vol. 131. – P. 1296–1300.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ МЕНИНГИТОМ

Лиопо Т. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет,
кафедра инфекционных болезней, Гродно, Беларусь

Введение. У детей младшего возраста проблема инвазивных бактериальных заболеваний остается очень актуальной. Гнойные бактериальные менингиты являются одной из ведущих причин развития тяжелых неврологических последствий, нарушений психики, а кроме этого, характеризуется высокой летальностью