

уровнем гормона в крови, которые не соблюдали предложенные им рекомендации по питанию, уровень иммунореактивного инсулина в крови остался без изменений.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о том, что соблюдение рекомендуемой диеты в зависимости от исходного уровня иммунореактивного инсулина в течение длительного времени оказывает нормализующее влияние на содержание этого гормона в крови у детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта. Гиперинсулинемия является информативным и более ранним признаком нарушения углеводного обмена и свидетельствует о напряжении функции инсулярного аппарата. Это дает основание отнести детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и высоким содержанием инсулина в крови в группу риска по развитию сахарного диабета и рекомендовать им длительное соблюдение диеты с ограничением легко усвояемых углеводов, творога и молока. У пациентов с исходно низким уровнем инсулина в сыворотке крови безмолочное питание в течение полугода способствует нормализации его в крови.

*Литература:*

1. Баранов, А.А. Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии / А.А. Баранов, П.Л. Щербаков // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т. 1, № 1. – С. 12–14.
2. Дедов, И.И. Руководство по детской эндокринологии / И.И. Дедов, В.А. Петеркова. – М.: Универсум Паблишинг, 2006. – С. 448–475.
3. Касаткина, Э.П. Оптимизация диетотерапии у детей с инсулиновзависимым сахарным диабетом / Э.П. Касаткина, Е.А. Одуд // Пробл. эндокринол. – 1993. – Т. 39, № 4. – С. 15–16.
4. Основы клинического питания: материалы лекций для курсов Европейской ассоциации орального и энтерального питания: Пер. с англ. / Гл. ред. Л. Соботка. – 2-е изд. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 416 с.
5. Avignon, A. Risque d'evalution de la reponse glycémique et insulinique a une HGPO / A. Avignon, H. Lapinski, L. Monnier // Diabète et metab. – 1993. – Vol. 19, №3. – P. 27–29.

*Бердовская А.Н.*

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Врожденные пороки сердца (далее – ВПС) – одна из основных аномалий, и по своей встречаемости уступает

лишь аномалиям центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Неуклонный рост врожденных пороков сердца связывают с ухудшением экологической обстановки, старением беременных, ростом наследственной, инфекционной патологии (1, 2).

**Цель исследования:** выявить клинические особенности течения ВПС у детей в Гродненской области.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находился 131 пациент с ВПС. Все пациенты поступали для обследования и лечения в учреждение здравоохранения «Областная детская клиническая больница» г. Гродно.

При анализе историй болезни учитывались анамнез, общеклинические методы исследования, ЭКГ, степень сердечной недостаточности, наличие сопутствующих заболеваний. Диагноз ВПС устанавливался путем комплексного клинического обследования пациентов. На проведение всех исследований было получено информированное согласие родителей. Верификация диагноза ВПС осуществлялась с использованием ультразвуковых допплеровских аппаратов «Philips» (США) и «Hitachi» (Япония).

**Результаты.** Средний возраст обследованных детей составил  $11,7 \pm 3,68$  года (минимальный – 3,8 года и максимальный – 17 лет). Мальчики составили 53%, девочки – 47%.

Средний возраст женщин, родивших детей с ВПС, составил  $24,0 \pm 4,2$  года, отцов, соответственно,  $26,0 \pm 5,6$  лет.

При анализе уровня образования матерей оказалось, что дети с ВПС чаще имеют матерей со средним образованием (53%), реже с высшим (32%) и неполным средним (15%) и отцов со средним (56%), высшим (34%) и неполным средним образованием (10%). Количество детей, родившихся в полных семьях – 84,5%.

При рассмотрении социального статуса матерей с ВПС выявлено, что среди них реже встречаются домохозяйки (43%) по сравнению с другими социальными группами (57%). Анализ социального статуса отцов показал, что больше отцов со статусом «рабочий» (44%), чем «служащий» (40%) и «не работающий» (16%).

*Проведенный анализ родословной у детей с ВПС. У детей с*

ВПС родственники I–III степени родства имели наследственную отягощенность по заболеваниям системы кровообращения (72%). Наиболее часто ВПС обнаруживается в семьях, где больными были матери (31%), реже, где данной патологией страдают отцы (14%). В 12% случаев в семье имело место рождение первого ребенка с ВПС. Врожденные пороки сердца имели 2,7% матерей и отцов.

Профессиональные вредности имели 25% родителей (шум, вибрация, кислоты, щелочи). Среди профессиональных вредностей следует отметить профессиональных пользователей персональных компьютеров (28%). Следовательно, значение производственных вредностей, как фактора риска ВПС, сохраняется.

Большое значение в возникновении ВПС у детей имело патологическое течение беременности. У 48% матерей имелись хронические заболевания. Чаще всего регистрировалась патология системы кровообращения (в том числе артериальная гипертензия, нейроциркуляторная дистония, аритмии и др.), реже отмечалась патология желудочно-кишечного тракта (41%), органов дыхания (14%) и эндокринная патология (10%). У 95% матерей течение беременности осложнилось токсикозом, у 13% – анемией, 23% – угрозой прерывания беременности, 6% – многоводием. 13% женщин принимали лекарственные препараты, в основном в первый триместр беременности (71%). Никотиновую зависимость отметили 4% матерей и 25% отцов.

Родоразрешение у 21% матерей произошло путем кесарева сечения. 54% детей родились в результате первых, 34% – вторых, 12% – третьих и более родов. Кроме того, отмечено, что перед рождением ребенка с ВПС 44% женщин имели в анамнезе от 1 до 3 спонтанных (97%) прерываний беременности. У 3% женщин были прерывания по медицинским показаниям. Следует отметить, что все женщины исследуемой группы вовремя встали на учет в женскую консультацию и прошли ультразвуковое исследование (53% – неоднократное), которое позволило диагностировать ВПС в пренатальном периоде у 5% детей.

У 93% обследованных детей систолический шум выслушан с рождения, а диагноз ВПС выставлен к году у 85% пациентов. В 26% случаев ВПС сочетался с аномалией развития мочеполовой

системы (гипоспадия, крипторхизм, гипоплазия почек).

Существующие фетальные коммуникации позволили комфортно существовать плоду с ВПС внутриутробно. Вес родившихся детей с ВПС составил  $3315 \pm 602,3$  г (минимальный – 1100 г, максимальный – 4850 г), рост –  $50 \pm 4,7$  см (минимальный – 24 см, максимальный – 60 см). 74% детей были рождены в сроке гестации 38–41 недели. 2 детей родились недоношенными в сроке гестации 29–31 неделя. 1 ребенок родился вторым из двойни (первый ребенок из двойни здоров).

Проанализирована длительность грудного вскармливания на первом году жизни: 28% находились на грудном вскармливании до 1 г., 42% – до 6 мес., 30% детей с рождения находились на искусственном вскармливании с рождения.

Для изучения особенностей клинического течения дети были разделены на 3 группы: 0–3 года – 21 человек; 4–10 лет – 27 человек; 10–17 лет – 36 человек.

Установлено, что наиболее распространенными пороками в I группе являлись сложные и комбинированные пороки сердца (72%), в то время как дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, стеноз легочной артерии встречались достаточно редко (8% каждый).

Во II группе на первое место выходит дефект межжелудочковой перегородки (22%), коарктация аорты (10%), стеноз аорты (9%).

В III группе преобладают клапанные дефекты (24%), небольших и средних размеров дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок (13 и 9%, соответственно), достаточно редко встречались ВПС с высокой легочной гипертензией, которые не были устраниены хирургическим путем (5%).

В 90% случаев дети направлялись в стационар в плановом порядке для коррекции поддерживающей терапии. Анализ осложнений показал, что у детей в возрасте до 3 лет наблюдается 2 основных осложнения: сердечная недостаточность и легочная гипертензия, в возрасте до 10 лет – инфекционный эндокардит, сердечная недостаточность, анемия, у детей пубертатного периода – нарушения ритма, инфекционный эндокардит, сердечная недостаточность.

Фоновые заболевания встречались почти у всех детей (в первой группе это пищевая аллергия (14%), во второй – анемия (16%), в третьей – хронический тонзиллит (25%), заболевания органов желудочно-кишечного тракта (15%), вегетативная дисфункция (13%). 21% детей имели, наряду с ВПС, порок развития мочевыводящей системы, 3% – пороки развития глаз. ВПС в 65% случаев сочетались с малыми аномалиями развития сердца (пролапс митрального клапана, открытое овальное окно, дополнительные хорды левого желудочка).

У 52 детей, пролеченных в кардиологическом отделении с врождёнными пороками сердца, выявлены нарушения процессов возбуждения и проведения: изменение автоматизма синусового узла в виде синусовой тахикардии (31%), синусовой брадикардии (13%), атриовентрикулярной блокады первой (2%) и второй степени (1%), полной блокады правой ножки пучка Гиса (3%), синдрома укороченного интервала PQ (7%), синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (2%).

Нарушения ритма сердца становились более разнообразными в старших возрастных группах: в 21% случаев отмечались нарушения процессов реполяризации, в 22% – возбудимости в виде наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии, а также нарушения проводимости в виде СА блокады (4%).

**Заключение.** Сохранили свою причинную значимость производственные вредности матери и отца. В последние годы наряду с известными факторами возросло значение работы на персональном компьютере как фактора риска рождения ребенка с ВПС. Наиболее тяжелые осложнения возникают в раннем и пубертатном периодах. Нарушения ритма сердца становились более разнообразными в старших возрастных группах, что подтверждает мнение об экстракардиальном генезе аритмий за счет вегетативной дисфункции в результате воздействия различных причин у детей с врожденными пороками сердца.

*Литература:*

1. Мутафьян, О.А. Врожденные пороки сердца / О.А. Мутафьян. – СПб: Невский диалект, 2002. – С. 11–12.
2. Сердечно-сосудистая хирургия / Под ред. В.И. Бураковского, Л.А. Бакерия. – М.: Медицина, 1989. – С. 45–382.