

*А.Г. Кондрюкевич*

**ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА  
С ПЕРЕГРУЗКОЙ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ  
У ДЕТЕЙ ПО НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук., доц. О. Н. Назаренко*

*Кафедра пропедевтики детских болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*A. G. Kondrukevich*

**CHARACTERISTICS OF CONGENITAL HEART DEFECTS WITH OVERLOAD  
OF THE SMALL CIRCULATORY CIRCLE IN CHILDREN  
AT THE POLYCLINIC STAGE**

*Tutor: PhD, associate professor O. N. Nazarenko*

*Department of Propaedeutics of Childhood Diseases*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Проведен анализ структуры диагнозов всех пациентов, стоящих на диспансерном учете по поводу ВПС с углублённым изучением особенностей и течения ДМПП и ДМЖП. На поликлиническом этапе благоприятное течение пороков отмечалось в 85% случаев.

**Ключевые слова:** врожденные пороки сердца, дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, дети.

**Resume.** The analysis of the structure of diagnoses of all patients registered at the dispensary for CHD with an in-depth study of the features and course of ASD and VSD was carried out. There were 85% of cases with a favorable course of this defects at the polyclinic stage.

**Keywords:** congenital heart defects, atrial septal defect, ventricular septal defect, children.

**Актуальность.** По литературным данным врождённые пороки сердца (ВПС) среди новорождённых составляет около 1% (1 на 100 новорождённых).[3] Из них дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) является одним из наиболее часто встречающихся врождённых пороков сердца и составляет 28%, а дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – 6,3%.[5]. Методы наблюдения и лечения данной патологии постоянно совершенствуются, что определяет актуальность изучения проблемы, основываясь на клиническом материале.

**Цель:** изучить структуру врождённых пороков сердца детей, стоящих на диспансерном учете у кардиолога детской поликлиники, с последующим углублённым исследованием клинических проявлений ВПС с перегрузкой малого круга кровообращения, а именно дефектов межжелудочковой и межпредсердной перегородок.

**Материалы и методы.** Был проведён статистический анализ данных по выявлению ВПС (ДМЖП и ДМПП) у пациентов на поликлиническом этапе. На учёте у кардиолога состояло 119 пациентов с врожденными пороками сердца, что составило 1,23% от всех детей, наблюдаемых в поликлинике. В этой группе была изучена структура ВПС с последующим углублённым исследованием клинических проявлений ДМПП (34 пациента) и ДМЖП (20 пациентов). А также были изучены отечественные и зарубежные научные статьи, посвящённые этой проблеме и интернет-ресурсы, которые освещали аспекты данных заболеваний.

**Результаты и их обсуждение.** Структура ВПС у детей, стоящих на учёте в 10 детской поликлинике представлена следующим образом: ДМПП (28,57%), ДМЖП

(16,81%), открытый артериальный проток (10,92%), коарктация аорты (6,72%), врожденный стеноз клапана легочной артерии (4,20%), другие врожденные аномалии аортального и митрального клапанов (21,01%), другие врожденные аномалии сердечных камер и соединений (2,52%), тетрада Фалло, врожденный стеноз аортального клапана, дискордантное желудочково-артериальное соединение встречались с частотой 1,68% каждый. Такие пороки, как атрезия легочной артерии, аномалии Эбштейна, другие уточненные врожденные аномалии сердца, другие врожденные аномалии крупных артерий, тотальная аномалия соединения легочных вен, были выявлены в 0,84% случаев. Дальнейшей оценке подвергались: жалобы пациентов, степень сердечной недостаточности (СН), данные ЭКГ и ЭхоКГ.

При анализе особенностей ДМПП были получены следующие результаты: у 24 из 34 наблюдаемых детей (70,6%) диагноз был установлен в течение первого года жизни, что говорит о настороженности неонатологов в роддоме и педиатров в отношении риска ВПС и способствует более эффективному подходу к лечению. Ранняя диагностика и своевременное лечение позволяют существенно снизить летальность детей с данными пороками. В анамнезе отмечаются частые легочные инфекции, утомляемость, непереносимость физической нагрузки и «ощущаемое» сердцебиение. Размеры дефектов межпредсердной перегородки были небольшими и преимущественно составляли 3-8 мм, что определяло их благоприятное течение, а также частоту наблюдения до закрытия дефектов. В дальнейшем при наступлении компенсации гемодинамики большая часть детей с ДМПП не имеют симптомов и жалоб.

Оперативное вмешательство было необходимо в 15 % случаев (первичное ушивание ДМПП с искусственным кровообращением, пластика ДМПП заплатой в условиях искусственного кровообращения, эндоваскулярная окклюзия. По результатам операций резидуальных шунтов нет, гемодинамика восстановлена.); у остальных пациентов течение данного порока было благоприятным с постепенным закрытием дефекта в процессе наблюдения.

Оценка особенностей ДМЖП показала, что возраст установления диагноза также был достаточно ранним: у 20% - в роддоме, у 55% - до 6 месяцев, у 25% - до 4 лет. Варианты дефекта в нашем исследовании были следующими: множественный мышечный верхушечный, множественный мышечный центральный и перимембранозный.

По данным исследования было выявлено, что пациенты с небольшими дефектами (2-5 мм в диаметре) могут практически не предъявлять жалоб, чувствовать себя вполне здоровыми, физическое развитие не страдает. А у детей с большим дефектом проявляются симптомы СН, дети отстают в физическом развитии, у них возникает гипотрофия; у большинства пациентов прослеживаются в анамнезе затяжные и рецидивирующие бронхиты и пневмонии. Пациентам с большими дефектами (10-15 мм в диаметре) требуется срочная операция.

По данным анализа амбулаторных карт было выявлено, что у 15% пациентов проводилось оперативное лечение – ушивание ДМЖП с искусственным кровообращением. Также была проведена рентгенэндоваскулярная окклюзия ДМЖП спирально. По результатам обеих операции резидуальных шунтов нет, гемодинамика восстановлена.

**Заключение.** 1. Частота встречаемости врождённых пороков сердца у детей на базе УЗ "10 Городская детская клиническая поликлиника" составила 1,23%. 2. Наиболее распространен дефект межпредсердной перегородки – 28,57%, дефект межжелудочковой перегородки – 16,81%. 3. 85% пациентов с ДМПП и ДМЖП имеют благоприятное течение с постепенным уменьшением размеров дефектов в динамике наблюдения. 4. Следует отметить, что тяжесть дефекта межпредсердной и межжелудочковой перегородок, а также необходимость в оперативном вмешательстве зависят от таких факторов как расположение и размер дефекта, развитие сердечной и дыхательной недостаточности, состояния миокарда правого и левого желудочка. 5. Необходимо тщательное динамическое наблюдение кардиоревматолога и кардиохирурга за данной группой пороков, поскольку в 15% случаев требуется оперативное вмешательство.

**Информация о внедрении результатов исследования.** По результатам настоящего исследования опубликовано 1 статья в сборниках материалов, 1 тезисы доклада, получено акт внедрения в образовательный процесс кафедры пропедевтики детских болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», акт внедрения в работу УЗ «10-я городская детская клиническая поликлиника».

#### Литература

1. Бокерия, Е. Л. Перинатальная кардиология: настоящее и будущее. Часть I: врожденные пороки сердца. / Е. Л. Бокерия // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. – №64 (3). – С. 5–10.
2. Бокерия, Л. А. Детская кардиохирургия. Руководство для врачей. / Л. А. Бокерия, К. В. Шаталова. – М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева, 2016 – С. 24–40.
3. Варрайч, Х. Сердце, которое мы не знаем. История важнейших открытий и будущее лечения сердечно-сосудистых заболеваний. / Х. Варрайч. – М.: Альпина Паблишер, 2021. – 352 с.
4. Миронова, Э. В. Врожденные пороки сердца: этиология, патогенез, классификация. ВПС с обогащением малого круга кровообращения: методическая разработка / Э. В. Миронова, С. В. Долбня. – Ставрополь: Ставроп. гос. мед. ун-т, 2016 – 27 с.
5. Шарыкин, А. С. Врожденные пороки сердца. Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов. / А. С. Шарыкин. – Изд. 2-е. – М.: Издательство БИНОМ, 2009. – 384 с.