

отличий от своих сверстников, 68,7% детей с ПМК имели астенический тип телосложения, относительно узкую грудную клетку, а у 25% детей показатели роста значительно превышали возрастные показатели. Анализ ЭКГ у детей с ПМК показал наличие вертикальной позиции сердца 87,5% (размах значений угла  $\alpha$  составил 75-90); в 37,1% случаев зарегистрирована синусовая тахикардия; у 50% детей – неполная блокада правой ножки пучка Гиса; у 3-х детей (18,7%) уплощённый зубец Т в левых грудных отведениях (V5-6) свидетельствовал о нарушении фазы реполяризации. Из особенностей электрокардиографических изменений у детей с ЛХЛЖ нами выявлено: у одного ребёнка (12,5%) – синдром преждевременного возбуждения желудочков в виде феномена WPW; у 4-х детей (50%) – синдром ранней реполяризации желудочков; у одного (12,5%) – левожелудочковая экстрасистолия; у 2-х детей (25%) - синусовая тахикардия.

**Заключение.** Таким образом, проведенный нами анализ данных ЭКГ у детей с ПМК и ЛХЛЖ показал наличие серьёзных изменений в сердце, требующий регулярного инструментального контроля, с целью профилактики гемодинамических нарушений.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ

**Ефименко О.В., Хайдарова Л.Р., Маманазиров Ж.К.**

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

**Введение.** Гипертрофическая кардиомиопатия — генетически обусловленное заболевание миокарда, характеризующееся массивной гипертрофией миокарда левого желудочка с обязательным вовлечением в гипертрофический процесс межжелудочковой перегородки и развитием (в 66 % случаев) градиента обструкции в выходном тракте левого желудочка. В связи с высоким риском внезапной сердечной смерти у детей с гипертрофической кардиомиопатией крайне важной задачей является разработка программ профилактики внезапной сердечной смерти, основанных на идентификации факторов риска. Клиническое течение гипертрофической кардиомиопатии крайне вариабельно. Заболевание относится к наиболее коварной форме кардиомиопатий в связи с тем, что длительно может протекать бессимптомно, и внезапная смерть может стать первыми единственным проявлением. По данным

длительного наблюдения за больными с бессимптомным течением заболевания, средний ежегодный коэффициент смертности составляет 1,4 %.

**Цель:** выявить клинические особенности течения гипертрофической кардиомиопатии у детей.

**Материал и методы исследования.** Работа выполнена в отделениях кардиоревматологии и функциональной диагностики Областного детского многопрофильного медицинского центра города Андижана. Обследовано 10 детей в возрасте от 6 лет до 10 лет, с диагнозом ГКМП.

**Результаты.** Критериями включения было эхокардиографическое подтверждение гипертрофии левого желудочка в виде увеличения толщины межжелудочковой перегородки и / или задней стенки левого желудочка по сравнению с нормативными значениями в зависимости от площади поверхности тела. Асимметричная форма гипертрофии миокарда диагностировалась при величине отношения Тмжп/Тзслж (толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка) более 1,5. Критериями исключения были вторичные формы заболевания, протекающие с гипертрофией миокарда. Всем детям проводилась стандартная ЭКГ. Среди обследованных детей преобладали мальчики. Основными жалобами в обследуемой нами группе детей были синкопальные состояния, которые возникали в покое и провоцировались психоэмоциональным напряжением, в ряде случаев связанным с медицинскими манипуляциями (5 больных), или длительным ортостазом в сочетании с душным помещением (5 больных). У 3 пациентов обморочные состояния возникали на фоне физической нагрузки. Данному фактору мы придавали особое значение, учитывая возможность аритмогенного происхождения обморока. В некоторых случаях синкопальные состояния развивались при воздействии нескольких триггерных факторов. В 1/3 случаев синкопальные состояния возникали внезапно, 3 пациента испытывали ощущение сердцебиения перед синкопальным состоянием, что указывало на возможный аритмогенный механизм, из них у 2 детей сердцебиение сопровождалось головокружением. У 2/3 пациентов развитие обморока было постепенным, сопровождалось аурой с яркими вегетативными симптомами в виде головокружения, выраженной слабости, тошноты, снижения слуха, потемнения в глазах. У большинства детей при синкопальных состояниях наблюдалась бледность кожных покровов без цианоза; у 1 ребенка возникло непроизвольное мочеиспускание. Снижение артериального давления зарегистрировано у 4 пациентов. Длительность синкопальных состояний варьировала от 10 до 20 с, восстановление сознания

происходило самостоятельно (в отдельных случаях после обрызгивания холодной водой и похлопывания по щекам). После синкопа большинство детей ощущало слабость, тошноту, головокружение.

**Заключение.** Таким образом, нами изучены и представлены особенности клинического проявления гипертрофической кардиомиопатии у детей. Данная тематика, не смотря на многолетние исследования является не до конца изученной и требует дальнейших изысканий.

### **ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

**Ефименко О.В., Хайдарова Л.Р., Якубов О.Б.**

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

**Введение.** В исследованиях последних лет доказана высокая распространённость ВПС у детей, которые являются важной медико-социальной проблемой во всех странах мира. Рост ВПС можно объяснить не только влиянием неблагоприятных факторов риска на организм беременной женщины, но и внедрением в клиническую практику большого количества современных, постоянно обновляющихся методов пре- и постнатальных методов исследования сердечно-сосудистой системы. Из множества вариантов ВПС наиболее часто у детей встречаются септальные пороки (ДМЖП, ДМПП). Наиболее грозными осложнениями при септальных пороках с гиперволемией малого круга кровообращения являются лёгочная гипертензия, сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца и даже внезапная смерть. Осложнения могут быть изолированными, но часто сочетаются, значительно утяжеляя состояния детей и ухудшая прогноз. Они могут возникать при естественном течении ВПС или наслаиваться в послеоперационный период, нередко предопределяя величину госпитальной летальности.

**Цель:** выявить частоту осложнений у детей с врождёнными пороками сердца по гиперволемическому типу.

**Материалы и методы исследования.** Изучение проводилось на базе отделения кардиоревматологии областного детского многопрофильного медицинского центра города Андижана, по архивным материалам за период 2019-2020 годов.

**Результаты.** Особенности течения ВПС оценивались по данным объективного осмотра и

результатам ЭКГ и ЭхоКГ. При анализе структуры ВПС у 810 детей, изолированные септальные пороки, составили больше половины всех пороков (68,1%). Ведущее место (82,8%) среди септальных пороков занимают дети с ДМЖП, причём с одинаковой частотой среди мальчиков и девочек. В зависимости от локализации, преобладающим явился перимембранозный дефект, расположенный позади септальной створки трикуспидального клапана. Второе место среди ВПС со сбросом крови слева направо занимает открытый артериальный проток (ОАП) – 15,6% и далее дефект межпредсердной перегородки. (ДМПП) – 17,2%. Основными осложнениями при естественном течении ВПС, оказывающими влияние на летальность, являются: лёгочная гипертензия, сердечная недостаточность, нарушение сердечного ритма, наслоение инфекционного эндокардита, тяжёлые рецидивирующие пневмонии, нарушения физического развития. Анализ клинического течения ВПС показал, что лёгочная гипертензия отмечена в 11,6% случаев, сердечная недостаточность у 63,6% детей, затяжные пневмонии у 13,2% детей, нарушения ритма сердца у 11,6% детей. У половины детей с ВПС отмечались нарушения физического развития. Основными жалобами у детей с ВПС были тахикардия (44,4%) и одышка (38,7%). Практически у всех детей отмечалось расширение границ относительной сердечной тупости разной степени выраженности деформация грудной клетки («сердечный горб»). Гепатомегалия застойного характера зафиксирована у 21,7% детей.

**Заключение.** Таким образом, представленные нами материалы о частоте и структуре ВПС у детей свидетельствуют о необходимости разработки профилактических мер среди женщин фертильного возраста, а также среди беременных, что поможет снизить, а иногда и предотвратить формирование ВПС у плода.

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ СЕПТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

**Ефименко О.В., Хайдарова Л.Р.,  
Тешабоев У.М.**

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

**Введение.** В последние годы достигнуты определенные успехи в сердечно-сосудистой хирургии ВПС, способствующие улучшению