

4. Неотложная педиатрия. Под ред. Б.М. Блохина. М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2005.
5. Неотложная терапия: учебное пособие. Под ред. В.Н. Чернышова. М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006.
6. Патологическая физиология /под ред. Н.Н. Зайко, Ю.В. Быца. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 640 с
7. Петрушина А.Д. и др. Неотложные состояния у детей. М.: «Медицинская книга», 2002.
8. Рык П.В. Клиническая и фармако-экономическая эффективность антипиретической терапии у детей на этапе скорой медицинской помощи. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2009.
9. Рык П.В., Царькова С.А., Ваисов Ф.Д. Лихорадка у детей. Сравнительная оценка клинической эффективности и безопасности антипиретиков у детей на этапе скорой медицинской помощи. Материалы научно-практической конференции, посвященной 85-летию станции скорой медицинской помощи имени В.Ф. Капиноса, 2008: 121-133.
10. Рык П.В., Царькова С.А. Проблема выбора антипиретика для ребенка с лихорадкой или *Primum non nocere*. Уральский медицинский журнал, 2008; 13: 68-74.
11. Рык П.В., Царькова С.А. Термометрия – актуальные вопросы рутинного исследования. Уральский медицинский журнал, 2008; 4: 85-89.
12. Тимошенко В.Н. Экстренная помощь новорожденным детям: учебное пособие. Ростов н/Д.; Красноярск: Издательские проекты, 2007.
13. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Неотложные состояния в педиатрии: практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
14. Цыбулькин Э.К. Угрожающие состояния у детей. Экстренная врачебная помощь: Справочник. 3-е изд. СПб.: СпецЛит, 2003.
15. Штайнигер У., Мюлендаль К.Э. Неотложные состояния у детей: Пер. с нем. Мн.: Медтраст, 1996.
16. <http://www.ru.wikipedia.org>
17. <http://slovari.yandex.ru>

И.А. Семишева, Л.Н.Юровская, Ю.А. Трунова, Д.М. Андреева

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОСТОЯНИЕ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
I ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ**

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава

Кафедра педиатрии ФПКипП

Детская городская больница №11 г. Екатеринбург

Резюме

Проведено клинико-anamнестическое обследование детей в возрасте от 7 до 14 лет, не состоящих на учете у врача кардиолога и относимых врачами-педиатрами к I группе здоровья. Изучено состояние сердечно-сосудистой системы по показаниям АД, ЭКГ и ЭХО-КГ. Выявлены различные нарушения сердечного ритма, требующие проведения курсов медикаментозной терапии, ограничения физических нагрузок и участия в соревнованиях.

Данные ЭХО-КГ свидетельствовали о наличии у большинства больных признаков дисплазии сердца. У некоторых больных (4 детей) впервые выявлен врожденный порок сердца, требующий оперативного лечения.

Ключевые слова: дети, сердечно-сосудистая система.

Наиболее важная задача - это профилактика развития заболеваний сердца у детей. Важность проблемы патологии со стороны сердечно-сосудистой системы у школьников объясняется высокой распространенностью факторов риска: высокий ритм жизни; дополнительные занятия; режим питания; психозмоциональный фактор – общение с родителями, учителями, межличностные отношения; вступление и прохождение пубертата, гормональные изменения; малоподвижный образ жизни; климатический фактор; задымленность, запыленность промышленного города и т.д. [4,5]. Не всегда удается растущему организму адаптироваться к изменениям внешней среды. Большую роль в адаптации ребенка играют конституциональные особенности, определяющие его исходный вегетативный тонус, реактивность нервной и эндокринной систем в ответ на стрессовые воздействия.

Цель

Установить неблагоприятные преморбидные факторы у детей школьного возраста в анамнезе и оценить состояние сердечно-сосудистой системы у этих школьников.

Материалы и методы

Обследовано 124 школьника в возрасте от 7 до 14 лет, не наблюдающихся кардиологом и не состоящих на диспансерном учете у врача педиатра. У всех детей были проанализированы анамнез и клинические проявления со стороны сердечно-сосудистой системы. Проводили измерение АД, ЭКГ, ЭХО-КГ. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программы «Statistica-6,0».

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении анамнеза установлено, что часть детей (16%) родились от первых родов у родителей старше 40 лет. Многие дети (41%) имели отягощенную наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (нарушение сердечного ритма, ишемическая болезнь сердца, инфаркты, приобретенные пороки, нейроциркуляторная дистония и т.д.) у родителей и близких родственников. Большая часть матерей практически здоровых детей (62%) – имели неблагоприятное течение беременности (гестоз, угроза не вынашивания, фетоплацентарная недостаточность, анемия и т.д.). В меньшей степени (23%) перенесли ОРВИ и обострение хронических заболеваний со стороны желудочно-кишечного тракта, почек, костно-мышечной и эндокринной системы. У небольшого числа матерей (16%) выявлена урогенитальная инфекция с клиническими проявлениями. Значительная часть детей (77%) имели различную перинатальную патологию со стороны ЦНС (ППЦНС); очаги хронической инфекции, дисфункцию кишечника.

Сами школьники активно жалоб не предъявляли, лишь при детальном расспросе родителей было установлено, что детей беспокоят головные боли (34%), слабость и утомляемость (38%), плохая переносимость транспорта (27%), головокружения (25%), жалобы на боли в области сердца (18%), нарушение сна (19%), у некоторых детей наблюдается изменение поведения – раздражительность, плаксивость (24%). В меньшей степени дети жаловались на предобморочные состояния (17%) и обмороки (6%). Почти

половина детей (45%) плохо переносили физическую нагрузку. Многие дети предъявляли несколько жалоб. Клинически отмечалась потливость дистального отдела (33%), акроцианоз (15%); мраморность конечностей (25%). При аускультации кроме нарушений ритма в виде брадикардии, аритмии, тахикардии, экстрасистолии почти в половине случаев (42%) выслушивались: дополнительный тон в систолу (10%), третий тон (23%), расщепление II тона (6%) и систолический функциональный шум различный по своей звучности и продолжительности (75%) [1,3]. При измерении артериального давления большая часть детей имели нормальные показатели систолического и диастолического давления, и лишь у части детей (19%) наблюдалось пониженное систолическое или диастолическое давление (3%), пониженное систолическое и диастолическое одновременно давление (5%). Небольшая часть школьников (15%), напротив, имели повышенное диастолическое давление либо повышенное систолическое давление (6%), а также повышенное и систолическое, и диастолическое давление (4%). Были дети, у которых было низкое систолическое и высокое диастолическое давление (2%).

Проанализировав данные ЭКГ, мы выявили синдром дисфункции синусового узла 1 вариант (синусовая брадикардия с ЧСС на 20% ниже, чем допустимая по возрасту, миграция водителя ритма, пауза ритма не более 1,5 сек) (28%). Синдром дисфункции синусового узла 2 вариант (синоатриальная блокада, выскальзывающие сокращения и ускоренные ритмы, пауза ритма 1,5-2 сек., неадекватный прирост ЧСС на физическую нагрузку, АВ диссоциация) (15%). Имели место и другие нарушения сердечного ритма: синдром дисфункции синусового узла 4 вариант (ригидная синусовая брадикардия менее 40 ударов в минуту) (1%), наджелудочковые экстрасистолы (1%), синдром удлиненного интервала QT (1%), блокада передней ветви левой ножки пучка Гисса (2%), полная блокада правой ножки пучка Гисса (2%).

Данные ЭХО-КГ выглядели следующим образом: выявлены дополнительные хорды левого желудочка различной локализации (100%); митральная регургитация Iст. (8%); трикуспидальная регургитация Iст. (3%); митральная и трикуспидальная регургитация Iст. (12%); аортальная регургитация без изменения створок до Iст. (2%); пролапс митрального клапана Iст. с митральной регургитацией Iст. (13%); функционирующее овальное окно (3%); расширение полости левого желудочка (5%); расширение корня аорты (6%); расширение ствола легочной артерии (5%); врожденный порок сердца в виде двухстворчатого аортального клапана с аортальной регургитацией I-Iст. (1,5%) и вторичный ДМПП (1,5%).

Заключение

В условиях неблагоприятной наследственности, перинатального неблагополучия, наличия очагов хронической инфекции у детей школьного возраста формируется вегето-сосудистая дисфункция, о чем свидетельствуют жалобы родителей. Проведенными исследованиями школьников I группы здоровья выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, как по данным ЭКГ и ЭХО-КГ. Последнее требует усиления профилактической работы с детьми школьного возраста в виде проведения ЭКГ как скринирующего теста выявления патологии сердечно-сосудистой системы.

Список использованной литературы:

1. Кушаковский М.С. Аритмии сердца (Растройство сердечного ритма и нарушение проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение). Руководство для врачей. – Изд. 2-е, доп., расш. и частично перераб. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 1998.-640с.
2. Макаров Л.М. ЭКГ в педиатрии.- М.: Медпрактика-М,2006.-543с.
3. Мутафьян О.А. Аритмии сердца у детей и подростков.-СПб.: Изд-во Диалект, 2003.-224с.
4. Ковалев И.А., Безляк В.В., Ковалев В.В., и др. Организация специализированной кардиологической помощи детям с сердечнососудистыми заболеваниями в сибирском Федеральном округе. Росс. вестник перинатологии и пед. 2007;3:32-36.
5. Школьникова М.А., Осокина Г.Г., Абдулотипова И.В. современные тенденции сердечнососудистой заболеваемости и смертности детей в Российской Федерации: структура сердечной патологии детского возраста.-Кардиология.2003;8:4-8.

А.В. Созонов, А.М. Чердниченко, Л.Н. Юровская

**НОВЫЕ МЕТКИ ОРИЕНТИРА В ПОКАЗАТЕЛЯХ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА
ЭКГ У ДЕТЕЙ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ QTc
НА СУТОЧНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ У ДЕТЕЙ
ПРИ АВТОМАТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ**

Детская городская больница №11 г.Екатеринбург
ГОУВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава
Кафедра педиатрии ФПК и ПП

Резюме

Дети с нарушениями сердечного ритма (НСР) занимают важное место среди заболеваний сердечно-сосудистой системы. Выраженные отклонения частоты сердечного ритма от нормативных показателей для каждого возраста являются предикторами многих патологических состояний, в том числе и внезапной сердечной смерти. В диагностике НСР основное место занимает суточное мониторирование ЭКГ (Холтер ЭКГ). С момента появления этого метода обследования в клинической практике появилась возможность не только диагностировать непосредственное нарушение ритма, но и анализировать показатели, которые говорят о скрытых нарушениях ритма. Технические параметры аппаратуры постоянно развиваются, и все время появляются новые возможности обработки данных Холтера ЭКГ. Новые параметры требуют не только возможности их регистрации, по и оценки. Для адекватного определения таких показателей необходимо знать и понимать нормативные данные у детей. К таким показателям можно отнести – определение времени удлинения интервала QTc на Холтере ЭКГ. Интервал QT, как известно, (отражает промежуток между началом деполяризации и завершением реполяризации миокарда желудочков) является одним из клинически важных параметров ЭКГ. Удлинение интервала