

ненность хронических заболеваний органов пищеварения еще выше и составляет 193,7%. Первичная заболеваемость по обращаемости выросла за 7 лет в 1,5 раза. На первом этапе педиатр назначает диагностические манипуляции и лечение в соответствии возможностями лечебного учреждения, привлекая консультативную поликлинику ДГКБ №9, где предусмотрена работа гастроэнтеролога, паразитолога, гепатолога, хирурга, диетолога и физиотерапевта. На этом этапе специалист решает вопрос о целесообразности лечения ребенка в дневном или круглосуточном стационаре. Разработаны клинические показания для направления детей в специализированный стационар. Ими являются гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острый и хронический панкреатит, желчнокаменная болезнь в дооперационный период, хронический гепатит и цирроз печени, синдром малабсорбции, язвенный колит и болезнь Крона.

Заключение. Соблюдение алгоритма диагностики и госпитального лечения позволяет выработать единые методы реабилитации и проспективного наблюдения за детьми до передачи их во взрослую сеть.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЭКТОПИЧЕСКИМИ ТАХИКАРДИЯМИ

Шихова Е.И., Трунова Ю.А., Чередниченко А.М.

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ,
Екатеринбург

Актуальность. Эктопические тахикардии являются недостаточно изученным разделом детской кардиологии. Этот вид нарушений сердечного ритма может наблюдаться с периода новорожденности и являться физиологическим ответом на внесердечные раздражители. Приступы эктопической тахикардии могут возникнуть внезапно и стать причиной внезапной сердечной смерти.

Цель исследования: установить клинические особенности и преморбидный фон у больных и обосновать их лечение у педиатра-кардиолога.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 65 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 16 лет с эктопическими тахикардиями. Использованы общеклинические методы обследования, ЭКГ, Холтер –ЭКГ, Допплер-ЭХОКГ.

Результаты. Был установлен неблагоприятный акушерский анамнез (85% детей), перинатальные повреждения ЦНС(74%). У 12 детей диагностирован врожденный порок сердца, у 11 больных имели место признаки соединительнотканной дисплазии сердца. Все дети были отнесены к часто болеющим, у 1/3 имелись хронические заболевания органов пищеварения, тиреоидная патология, половина находились под наблюдением невролога. У всех детей была зарегистрирована вегето-сосудистая дистония. У большинства детей на ЭКГ регистрировалась пароксизмальная (78%) и непароксизмальная (22%) тахикардия. Предикторами возникновения пароксизма эктопической тахикардии были физическая и эмоциональная нагрузка, острые респираторные вирусные заболевания, болевой раздражитель. В госпитализации

нуждались дети, которым была необходима медикаментозная антиаритмическая терапия. Назначали Финлепсин, Пропанорм и различные комбинации антиаритмиков. После лечения в стационаре в проведении радиочастотной абляции нуждались 5 больных.

Заключение. Дети с эктопическими тахикардиями представляют особую группу больных, поскольку имеют неблагоприятный перинатальный анамнез, нарушения функции нейроэндокринной и вегетативной нервной систем. Большинство из них (78%) склонны к пароксизмальным тахикардиям и нуждаются в назначении антиаритмической терапии. Им показано наблюдение аритмолога с целью своевременной коррекции назначения препаратов-антиаритмиков.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Шуляк И.П.

Государственное учреждение здравоохранения Свердловской области детская специализированная больница восстановительного лечения «Научно-практический центр детской дерматологии и аллергологии», г. Екатеринбург

В России болезни органов дыхания (БОД) стабильно занимают первое место в структуре общей заболеваемости детей и подростков.

В 2010 г. в Свердловской области в структуре общей заболеваемости доля БОД составила у детей более половины (54,2%), у подростков более одной трети (37,4%).

За последние десятилетия во всем мире заболеваемость аллергическими болезнями продолжает увеличиваться, в том числе отмечается неуклонный рост БА. Однако внедрение в практику специалистов Свердловской области Национальной программы по диагностике и лечению бронхиальной астмы у детей позволило улучшить ее диагностику, стали чаще выявляться легкие формы заболевания и в более раннем возрасте. За последние 5 лет снизился темп роста заболеваемости БА. Заболеваемость БА детей за 5 лет увеличилась на 6% (с 12,4 случаев на 1000 детского населения в 2006 г. до 13,2 в 2010 г.). Заболеваемость БА подростков за 5 лет увеличилась на 26% (с 14,6 на 1000 подростков в 2006 г. до 19,5 в 2010 г.).

На протяжении 5 лет сохраняется тенденция к снижению доли детей и подростков-инвалидов по БОД, основную часть в этой группе стабильно составляют больные БА: 2008 г. – 85,3%, 2009 г. – 84,2%, 2010 г. – 85%.

Статистические данные не отражают истинной заболеваемости аллергическим ринитом (АР), т.к. он чаще является сопутствующей патологией (диагностирован у 60-70% больных БА).

Показатель заболеваемости АР на 1000 детского населения составил 3,6 в 2006 г. и 3,2 в 2010 г., подростков – 3,0 в 2006 г. и 5,1 в 2010 г. (рост на 70% за 5 лет)

Таким образом, внедрение национальной программы позволило контролировать заболеваемость БА у детей Свердловской области. Необходима разработка согласительных документов по другим заболеваниям дыхательной системы.