

фа-Паркинсона-Уайта (WPW) (4 ребенка). Всем детям с указанными кардинальными изменениями проводилась ортостатическая проба и, при необходимости, проба с физической нагрузкой. Проведение пробы оказывало положительные результаты у всех больных, исключая детей с феноменом WPW ЭКГ приобретала черты нормальной.

На фоне преобладания симпатикотонии зарегистрирована синусовая тахикардия (58 больных), пароксизмальная и непароксизмальная тахикардия (4 ребенка), укорочение интервала PQ (31 больной), нарушение процессов реполяризации в виде сглаженного зубца T I, II, aVF, V5, 6, иногда со смещением ниже изолинии сегмента ST (27 детей). Ортостатическая проба усугубляла изменения на ЭКГ, в то же время лекарственная проба с обзиданом из расчета 0,5-1,0 мг/кг сублингвально в значительной степени нивелировала изменения на ЭКГ.

В ряде наблюдений (22 ребенка) при наличии симпатикотонии выявлялся пролапс митрального клапана, подтвержденный Эхокардиографически.

Таким образом, у детей с вегето-сосудистой дистонией нередко выявляются кардинальные изменения, требующие их правильной оценки и соответствующей терапии. В связи с указанным, в случаях выявления клинических симптомов вегето-сосудистой дистонии необходима консультация кардиолога и совместное с педиатром наблюдение.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

Булдакова В.Н., Лулева С.В.

За 1999-2000 гг. было осмотрено 152 ребенка с диагнозом вегето-сосудистая дистония. У этих детей определяли остроту зрения, рефракцию, остроту зрения с коррекцией, проводили офтальмоскопию и осмотр глазного дна. Возраст детей был от 7 до 15 лет.

Наиболее часто встречающейся сочетанной патологией оказалась миопия, в основном, слабой степени (31 ребенок), миопия средней степени (3 ребенка), стадии аккомодации (9 детей). Встречались и гиперметропия и астигматизм (8 детей). Изменения на глазном дне были выявлены у большинства больных, направленных на обследование. В основном, это были изменения калибра и хода сосудов. Наиболее часто у этой группы наблюдаются расширенные или насыщенные вены сетчатки и относительно или абсолютно суженные артерии. У некоторых больных (2 детей) была выявлена ступенчатость контуров дисков зрительных нервов на обоих глазах (табл. 1).

Таблица 1

Сводная таблица сочетанной патологии и изменений на глазном дне у больных с вегето-сосудистой дистонией

Пол	Нарушения зрения не обнаружены n=101	Выявленные нарушения зрения (число больных)		
		Миопия n=34	Спазм аккомодации n=9	Гипертрофия n=8
Мальчики	41	22	6	6
Девочки	60	12	3	2

Таблица 2

Характер изменений на глазном дне (число больных)

Расширение вены	Спазм артерий	Изменение артерий и вен
36	41	16

Возрастной состав больных представлен на рис. 1.

На представленном рисунке видно, что основное число больных детей было в возрасте от 11 до 14 лет, т.е. препубертатном периоде, когда наиболее ярко проявляются клинические симптомы вегето-сосудистой дистонии.

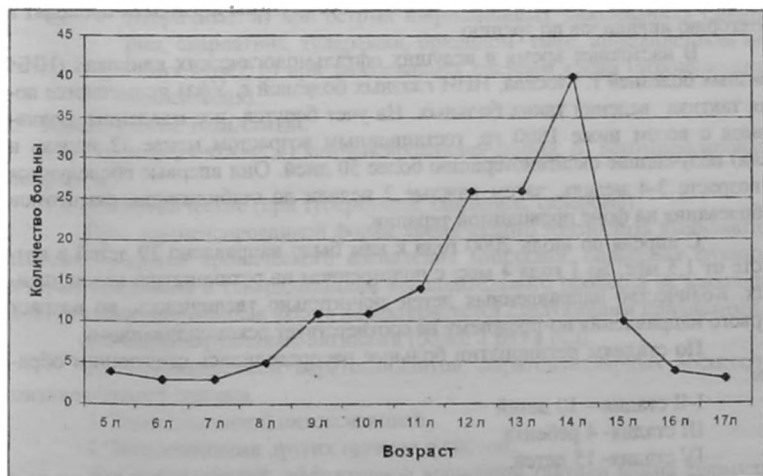


Рис. 1. Возраст обследованных больных

Таким образом, вегето-сосудистая дистония у детей в ряде случаев сопровождается нарушениями зрения и изменениями на глазном дне. В случаях отсутствия своевременной диагностики они могут прогрессировать. Во избежании нарушения самочувствия детей, нарастания офтальмологических изменений необходимо всем детям с вегето-сосудистой дистонией проводить осмотр офтальмолога. Своевременна коррекция зрения позволит детям продолжать учебу и получать профессиональное образование.

НОВАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ

Булдакова В.Н., Лунева С.В.

Проблема ретинопатии у недоношенных (старое название заболевания – ретролентальная фиброплазия) возникла с начала 60 годов в США в конце 80 в России в связи с выживаемостью детей, родившихся с массой от 1800 гр. и ниже и низким гестационным возрастом до 32 недель.

В течение последних 10 лет с диагнозом ретролентальная фиброплазия, что равнозначно IV-V стадии ретинопатии недоношенных ежегодно обращалось до 10 детей. Дети с I, II и III стадией заболевания, обычно развивающейся на 1-3 месяце жизни, в этом возрасте не выявлялись. Изменения со стороны глаз в IV-V стадиях, как правило, необратимы и эти дети проходят в категорию инвалидов по зрению.

В настоящее время в ведущих офтальмологических клиниках (НИИ глазных болезней г. Москва, НИИ глазных болезней г. Уфа) применяется новая тактика ведения таких больных. На учет берутся все младенцы, родившиеся с весом ниже 1800 гр, гестационным возрастом менее 32 недель и (или) получавшие оксигенотерапию более 50 дней. Они впервые обследуются в возрасте 3-4 недель, затем каждые 2 недели до стабилизации симптомов заболевания на фоне проводимой терапии.

С апреля по июль 2000 года к нам было направлено 29 детей в возрасте от 1,5 мес. до 1 года 4 мес. с подозрением на ретинопатию недоношенных. Количество направленных детей значительно увеличилось, но возраст первого направления по-прежнему не соответствует рекомендованному.

По стадиям ретинопатии больные распределились следующим образом:

I-II стадия – 10 детей

III стадия- 4 ребенка

IV стадия- 15 детей.

Наблюдаются 3 пары близнецов, из которых один ребенок здоров или имеет I-II стадию, а у другого более тяжелое течение заболевания (III-IV стадия). Для III, IV и V стадии ретинопатии характерно уменьшение передне-