

РАЗДЕЛ III

ДЕТСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

*Васичкина Е.С., Кручина Т.К., Первунина Т.М.,
Егоров Д.Ф., Эрман М.В.*

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИНОДАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

*Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова;
ГУЗ «Городская клиническая больница № 31»; Санкт–Петербургский
государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, erman_mv@hotmail.ru*

Актуальность: В настоящее время одной из наиболее актуальных проблем детской кардиологии является проблема нарушений ритма и проводимости сердца. Прошло уже почти 40 лет с момента введения в клиническую кардиологию понятия бинодальная патология, которое включает нарушение функции синусового узла в сочетании с повреждением атриовентрикулярного соединения, однако до сих пор не существует единого общепринятого определения данной патологии, критериев ее диагностики, нет единого представления о клинико–электрокардиографических вариантах, не существует критериев прогноза, и тактики лечения, мало известны особенности естественного течения заболевания. Опубликовано большое количество работ о частоте вовлечения в патологический процесс обоих узлов, однако, не известно, почему в одних случаях заболевание ограничивается изолированным поражением либо синусового, либо атриовентрикулярного узла, а в других наблюдается бинодальное повреждение.

Цель исследования: Изучить клинические особенности и характер течения бинодальной патологии у детей.

Материалы и методы: Обобщены данные о 232 детях с бинодальной патологией, среди которых: 1 группа – 187 (80,6%) детей, у которых при первичном обследовании была диагностирована вегетативная бинодальная дисфункция, 2 – 45 (19,4%) это пациенты с бинодальной болезнью. Средний возраст на момент обследования в 1 группе $15,35 \pm 2,43$ лет (от 3 до 17,99 лет); во 2 – $15,32 \pm 2,58$ лет (от 3,18 до 17,9 лет). Большинство было представлено мальчиками: 1 группа – 84,9%, во 2 группе 82,2%.

Всем детям было проведено комплексное клинико–инструментальное обследование сердца: ЭКГ, суточное ЭКГ–мониторирование (ХМ), проба с дозированной ФН, ЭХОКГ, чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца (ЧПЭФИ).

Результаты: Наиболее часто дети из обеих групп предъявляли жалобы на слабость, утомляемость, снижение толерантности к ФН, головокружения; достоверных отличий в частоте встречаемости синкопальных и пресинкопальных состояний нами не было получено.

Было выполнено 419 ЧПЭФИ (каждому ребенку от 1 до 4). Основными параметрами включенными в анализ были: частота сердечных сокращений (ЧСС) средняя и минимальная; время восстановления функции СУ (ВВФСУ), скорректированное ВВФСУ и точка Венкебаха (ТВ). Параметры изучались при базовом исследовании и после медикаментозной пробы (атропин). До введения атропина нами не получено достоверной разницы в основных электрофизиологических параметрах: ЧСС мин(уд/мин): 1 гр. $54,66 \pm 13,58$; 2 гр. $51,49 \pm 11,97$ ($p > 0,05$). ВВФСУ (мс): 1 гр. $1425,74 \pm 284,42$; 2 гр. $1489,26 \pm 292,78$ ($p > 0,05$). ТВ (имп/мин): 1 гр. $110,47 \pm 24,74$; 2 гр. $111,86 \pm 28,31$ ($p > 0,05$). Однако после введения атропина по всем параметрам отмечена достоверная статистическая разница по всем исследуемым показателям. ЧСС в минуту.: 1 гр. $104,81 \pm 13,51$; 2 гр. $98,36 \pm 18,97$ ($p = 0,003$). ВВФСУ: 1 гр. $717,99 \pm 119,28$; 2 гр. $805,16 \pm 204,62$ ($p = 0,001$); ТВ: 1 гр. $188,76 \pm 26,86$; 2 гр. $176,68 \pm 32,75$ ($p = 0,001$).

По данным ХМ: ЧСС минимальная 1 гр. $39,25 \pm 7,15$; 2 гр. $36,1 \pm 9,5$ ($p > 0,05$). ЧСС максимальная 1 гр. $144,5 \pm 11,67$; 2 гр. $118,6 \pm 24,36$ ($p < 0,05$). ЧСС средняя 1 гр. $64,5 \pm 9,25$; 2 гр. $50,83 \pm 16,29$ ($p > 0,05$).

Заключение. Независимо от характера поражения проводящей системы сердца вегетативная бинодальная дисфункция или бинодальная болезнь имеет схожее течение. Электрофизиологические частотные и интервальные показатели проводящей системы сердца достоверно изменяются на фоне медикаментозной пробы.

Е.В. Захарчук

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧАСТО ТРАВМИРУЮЩИХСЯ ДЕТЕЙ

*Тюменский государственный университет; Институт психологии
и педагогики, Тюмень, Россия, katgor@yandex.ru*

Проблема и ее актуальность. По данным ВОЗ, частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) за последние 10 лет возрастает в среднем на 2% ежегодно. Причины у детей: бытовые – 90 %, уличные – 6 %, автотравма – 2%, другие – 1,94 %. Новорожденные в общей массе пострадавших составляют 2%, дети грудного возраста — 25%, ясельного — 8%, дошкольного — 20% и школьного возраста 45%. Причины детской ЧМТ очень специфичны для каждой возрастной группы. Около 80% пострадавших имеют ЧМТ легкой и средней степени тяжести. У 63-75% детей, перенесших ЧМТ, возникают различные синдромы в отдаленном периоде, в частности, задержка физического и психологи-