

характеризуется вовлечением в эпидемический процесс детей младшего возраста и наличием значительного количества атипичных форм у привитых.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ изменений показателей электрокардиограммы и кардиоинтервалограммы в динамике токсических форм дифтерии у детей.

МЕТОДЫ

Электрокардиография и кардиоинтервалография проводились по стандартной методике. Группа детей с токсическими формами дифтерии (62 человека) представлена в основном дошкольниками (54,9 %), большинство из которых (56,5 %) не были привиты от дифтерии. Летальным исходом закончилось течение дифтерии у 15 детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При токсических формах дифтерии вегетативная дисрегуляция в виде резко выраженной симпатикотонии (ИН = 466 усл. ед., АМо = 60 по данным КИГ) отмечается уже в первые дни заболевания. Изменения на ЭКГ в первые три дня заболевания характеризовались у большинства детей (69,6 %) уменьшением интервала RR, удлинением QT, укорочением интервала PQ, увеличением амплитуды R в стандартных отведениях. ST-T изменения, представлены снижением амплитуды зубца T в двух и более отведениях в сочетании с депрессией сегмента ST до 1 мм. Следует отметить, что в этот период болезни у 8,7 % детей выявлялась брадикардия, удлинение PQ, уширение QRS, снижение амплитуды R и P, а также «инфарктоподобные» реполяризационные изменения. К 4–6 дню токсической дифтерии отмечается повышение активности обоих отделов вегетативной нервной системы. В этот период болезни в 2,5 раза увеличивается число детей с брадикардией, удлинением PQ, уширением QRS на ЭКГ. Доля детей с «инфарктоподобными» реполяризационными изменениями остается прежней. С начала второй недели активность симпатического отдела нарастает, а парасимпатического – уменьшается (DX 0.05). Кроме того, на второй неделе заболевания при токсической дифтерии отмечается уменьшение Мо, что свидетельствует о снижении активности гуморального канала регуляции сердечной деятельности (уменьшается выработка гормонов надпочечниками и др.). В этот период болезни у 51,4 % детей значения интервала RR выходят за рамки средневозрастных и представлены в равных соотношениях тахи- и брадикардией. В 2 раза увеличивается доля детей с удлинением PQ, а у 57,1 % детей регистрируется уширение QRS и удлинение QT. На второй неделе токсической дифтерии у 25 % детей становятся более выраженными ST-T изменения (отрицательные зубцы T с депрессией сегмента ST более 2 мм регистрируются практически во всех отведениях). Вегетативная регуляция на третьей неделе заболевания характеризуются высокой активностью симпатического отдела и значительным снижением активности парасимпатического звена.

ВЫВОДЫ

Поражение сердца при токсических формах дифтерии у детей, помимо непосредственного действия токсина на миокард и расстройства коронарного кровотока, обусловлено еще и резко выраженной вегетативной дисрегуляцией, которая отмечается уже с первых дней болезни, достигая максимума к 4–6 дню болезни. Вегетативная дистония в виде одновременно сильного возбуждения обоих отделов, помимо метаболических нарушений в миокарде, усиливает и расстройство коронарного кровотока, что отражается на изменениях ЭКГ, которые при токсических формах дифтерии характеризуются ранними сроками появления, выраженностью и диффузностью, а у части детей отражают необратимые изменения в сердце.

О.Н. Веревкина, А.Э. Петрова, Н.В. Махарова

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ С СИНКОПЕ

*РБ № 1 Национальный центр медицины (Якутск)
ЯНЦ СО РАМН (Якутск)*

Одним из наиболее распространенных семейных заболеваний с высоким риском ВСС является синдром удлиненного интервала QT. Риск внезапной смерти в отсутствие адекватного лечения достигает при данном синдроме 71 %. Наследственный синдром удлиненного интервала QT – заболевание клинически гетерогенное. Выделены четыре различных клинических варианта течения синдрома: синкопе + удлинение интервала QT (38 %), изолированное удлинение интервала QT (40 %), синкопе в

отсутствие удлинения интервала QT (11 %); скрытая форма — «немое», латентное течение синдрома (11 %). Исходя из этих клинических вариантов, пациенты с синкопе нуждаются в полном клиническом и инструментальном обследовании для исключения синдрома удлиненного интервала QT.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение длительности интервала QT у детей с синкопальными состояниями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 55 детей с синкопе в возрасте 1–17 лет, из них девочек 35 (63,6 %), мальчиков 20 (36,4 %). Впервые возникшие синкопе в анамнезе отмечались у 20 % детей, повторные синкопе — у 80 % детей; синкопе с тоническими судорогами у 1,8 % детей (1 ребенок). Отягощенный анамнез был у 1 ребенка (случаи глухоты в семье). Всем детям проводилась стандартная ЭКГ на 6-канальном аппарате «Personal»: измерение интервала QT в 12 отведениях, вычисление скорректированного интервала QT (QTc), рассчитанного по формуле Базетта, оценка морфологии зубца T, частоты ритма, выявление сопутствующих нарушений ритма и проводимости. Холтеровское мониторирование обеспечивалось 3-канальной системой «Schiller» (24 часовое исследование): определение значения максимальной продолжительности интервала QT, степени брадикардии, наличие альтернации зубца T, желудочковые аритмии, нарушения проводимости, оценка циркадного профиля ЧСС.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным ЭКГ синусовый ритм зарегистрирован у 91 % детей, эктопический ритм у 9 % детей; частота ритма в пределах возрастных значений регистрировалась у 87,3 % детей, умеренная синусовая брадикардия — у 10,9 %, выраженная брадикардия — в 1,8 % случаях. Желудочковые экстрасистолы не зарегистрированы ни у одного ребенка. Предсердные экстрасистолы зарегистрированы у 9,1 % детей. Увеличение продолжительности интервала QT более чем на 50 мс по отношению к нормальным значениям для данной ЧСС, выявлено у 3 пациентов — двух девочек, одного мальчика — 5,5 % от всех обследованных. Удлинение скорректированного интервала QT зарегистрировано у 1 ребенка (девочка, С., 2-х лет) — 540 мс и зафиксировано изменение морфологии зубца T (двугорбый T, с выраженной отрицательной фазой во II, III, AVL, левых грудных отведениях).

По данным ХМ максимальная продолжительность интервала QT в пределах возрастных нормативов регистрировалась у 94,5 % детей, удлинение максимальной продолжительности интервала QT у 5,5 % детей: до 490 мс (мальчик, 14 лет), до 520 мс (девочка, 13 лет), до 500 мс (девочка С., 2 года). Брадикардия зарегистрирована у девочки С. 2-х лет со снижением всех показателей половозрастной динамики ЧСС в среднем на 21 %. Альтернация зубца T и ригидный циркадный индекс (ЦИ = 1,09) зарегистрированы у того же ребенка. В результате клинико-инструментального обследования детей с синкопе удлинение интервала QT зарегистрировано у 3-х детей, из них девочке С. 2-х лет был поставлен диагноз: синдром Джервела-Ланге-Нильсена (НИИ педиатрии и детской хирургии, г. Москва).

ВЫВОДЫ

Детям с синкопе требуется полное клинико-инструментальное обследование с целью выявления маркеров риска внезапной смерти. Для этого необходимо эпидемиологическое обследование в регионе.

Ф.М. Ганиева, Н.Н. Измайлова, Л.С. Рамазанова, А.М. Хакимова

ШКОЛА «НОРМАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ»

ГУЗ ЦРБ Бугульминская детская больница (Бугульма, Татарстан)

ЦЕЛЬ

Вегето-сосудистые дистонии привлекают внимание педиатров не только в связи с их значительной распространенностью у детей и подростков, но и потому, что у 20–25 % пациентов они являются первыми клиническими признаками таких тяжелых в будущем заболеваний как эссенциальная артериальная гипертензия и (или) гипотензия. Для раннего выявления изменений АД, причин вызывающих изменения, лечения, профилактики была создана школа «Нормального давления» в 2005 г.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Подростки, у которых выявлялись изменения АД, проходили обследование в дневном стационаре детской больницы: сбор жалоб, анамнеза, определение вегетативного статуса по таблице Вейна; проводились функциональные обследования: измерение артериального давления, ЭКГ, КОП, нагрузочные