

ИНФОРМАЦИЯ О 4 ВСЕРОССИЙСКОМ КОНГРЕССЕ «ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ 2006»

С 24 по 26 октября 2006 года в Москве свершилось одно из важнейших событий года в жизни педиатрической общественности России — 5 Всероссийский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии», врачи и ученые 75 территорий страны принимали участие в работе форума. В рамках конгресса проводился и сателлитный 4-й Всероссийский Конгресс Детская кардиология 2006. В приветствии Министерства здравоохранения РФ в лице Найговзиной А.Д. к участникам конгресса был отмечен значительный прогресс в развитии этого важного раздела педиатрии.

Традиционно много внимания было уделено проблеме врожденных пороков сердца (ВПС). Было отмечено, что в стране около 15000 детей рождаются с ВПС. До 1 года в экстренном оперативном лечении нуждаются, как минимум, 35 % детей. Несмотря на возросшее количество операций за последние 5 лет, и в том числе детям до года, от 215 в 2001 г. до 294 в 2005 г., это пока является недостаточным. Ежегодная потребность в кардиохирургических вмешательствах детям с ВПС на 1 млн. населения составляет: 133 кардиохирургические операции, в том числе детям с 1 до 3 лет — 31, до года — 20.

Количество же выполняемых в настоящее время вмешательств детям составляет всего 83 на 1 млн. населения, пациентам 1-3 лет — 19, а до года — 13. Профессор Караськов А.М. (г. Новосибирск) обратил внимание участников конгресса на факторы, влияющие на качество кардиохирургической помощи в Сибирском регионе:

- отсутствие достаточной пре- и постнатальной диагностической базы;
- отсутствие службы сопровождения новорожденных детей, находящихся в критическом состоянии, но транспортабельных;
- отсутствие регистров кардиологических больных;
- отсутствие либо слабое развитие региональных кардиоцентров, недостаточная квалификация персонала, позволяющая выполнять лишь простые кардиохирургические вмешательства;
- отсутствие специализированных детских кардиохирургических отделений.

Были указаны пути развития данного направления, конструктивный подход к решению сложившихся проблем. Более ранняя диагностика ВПС может быть обеспечена созданием самостоятельных (либо формированием на базе уже существующих облас-

тных и городских диагностических центров) специализированных перинатальных диагностических подразделений, обеспечение их необходимым оборудованием и обученным квалифицированным персоналом. Важную роль должны играть экспертные центры с входящими в их состав клиничко-экспертными комиссиями, включающими акушера-гинеколога, неонатолога, кардиолога, кардиохирурга и генетика, в компетенцию которых включаются вопросы о прерывании беременности при выявлении у плода тех или иных пороков развития.

Необходимо создание выездных бригад в отдаленные населенные пункты с последующей диспансеризацией выявленных детей с ВПС и оптимизацией сроков оказания кардиохирургической помощи. Перспективным является открытие детских кардиологических и кардиохирургических отделений, оснащение их высокотехнической аппаратурой и курсовое обучение врачебного персонала, формирование единого регистра ВПС по Сибири и Дальнему Востоку.

Участникам форума была представлена информация о современных тенденциях в хирургии пороков сердца у детей раннего возраста, продемонстрированы возможности рентгенэндоваскулярной хирургии. Корни интервенционной кардиологии уходят в 50-60 годы прошлого столетия, когда впервые в клинической практике были выполнены без торакотомии легочная вальвулопластика и атриосептостомия. К настоящему времени за 40 лет проведено более 2000 интервенционных процедур. Вводятся периферические стенты при стенозах легочной артерии и каротакции аорты, проводится баллонная ангиопластика. Для закрытия патологических сообщений между сосудами и камерами сердца используются специальные конические спирали и септальные окклюдеры, пуговичные устройства. В практику кардиохирургии врожденных пороков сердца внедрены гибридные операции.

В сообщении Туманяна М.Р. (г. Москва) было отмечено, что открытый артериальный проток у недоношенных в 70 % случаев сочетается с заболеваниями легких. Подчеркнуто, что основой диагностиче-ского порока является метод цветовой доплеровской эхокардиографии, цветовое картирование кровотока, важную роль играет и рентгенография грудной клетки, позволяющая оценить легочную гемодинамику. При данном пороке возможна, как известно, специфическая терапия ингибиторами синтеза прос-

тагландин, введение индометацина 4 мг/кг в сутки, по разным данным, снижает кардиохирургические вмешательства на 30-60 %, более безопасным и столь же эффективным является ибупрофен, но опыт его применения в стране пока ограничен. В итоге, показаниями к хирургическому лечению открытого аортального протока у недоношенных детей являются: зависимость от искусственной вентиляции легких, отек легких, недостаточность кровообращения, неэффективность от введения ингибиторов циклооксигеназы.

Докладчики из Москвы и Томска демонстрировали эффективность методик клипирования сосуда с использованием видеоскопической техники и эндоваскулярного устранения данного порока.

В докладах Федоровой Н.В. (г. Санкт-Петербург), Миролюбова Л.М. (г. Казань) отражены современные подходы к лечению тетрады Фалло, которая составляет 10 % от всех ВПС. Отмечено, что 25 % детей с этим сложным пороком умирают в течение 1 года, 40 % погибают к 3 годам. Причинами летальных исходов являются тромбоз и абсцедирование сосудов головного мозга, недостаточность кровообращения, бактериальный эндокардит. Состояние новорожденных редко бывает крайне тяжелым, но отсрочка оперативного лечения нарушает развитие сосудов альвеолярного звена. Впервые радикальная коррекция предложена в 1954 году, критериями отбора на такую операцию являются размеры левого желудочка, они должны быть не менее 70 % от нормы. В качестве экстренной помощи или при плохих анатомических вариантах (выраженная гипоплазия легочной артерии и малые размеры левого желудочка) прибегают к паллиативным процедурам, наложению шунта.

Подходы к лечению легочной гипертензии при ВПС обсуждались в докладах Горбачевского С.В. (г. Москва), Горбатовых Ю.Н. (г. Новосибирск), Белозерова Ю.М. (г. Москва). В программу консервативного лечения данного осложнения предлагается включать ингаляции оксида азота, внутривенное введение нитратов (перлинганит), блокаторы кальциевых каналов короткого действия (дилтеазем) и пролонгированные, силденафила цитрат (виагра), ингибиторы эндотелина и простагланцины по-прежнему отсутствуют в арсенале российского врача.

С трибуны конгресса ведущими кардиологами неоднократно было подчеркнуто, что, наряду со снижением смертности от всех причин у детей, смертность от болезней кровообращения остается практически на прежнем уровне. Большую часть фатальных исходов можно было бы предотвратить при условии своевременной адекватной помощи. Последнее утверждение особенно ярко отражается в проблемах, связанных с нарушениями ритма сердца, которым принадлежит ведущая роль в патофизиологии синдрома внезапной смерти. Поэтому данной проблеме были посвящены доклады на пленарном заседании и проведены несколько симпозиумов.

Профессор А.Ш. Ревитшвили (г. Москва) подчеркнул, что интервенционные процедуры в аритмо-

логии используются уже в 50 кардиологических центрах, а радиочастотной аблацией (РЧА) владеют около 300 специалистов. РЧА — это приложение радиочастотной энергии к тканям сердца с последующим разрушением субстрата аритмии, которая рефрактерна к обычной лекарственной терапии. У детей РЧА применяется с 1990 года. Принцип разрушения аритмогенного участка миокарда состоит в тепловой коагуляции белков, происходящей при температуре около 60°C. Перед РЧА в условиях рентгенооперационной выполняется внутрисердечное электрофизиологическое исследование (ЭФИ), целью которого является подтверждение наличия дополнительного пути, определение его электрофизиологических характеристик. После определения локализации дополнительного пути выполняется РЧА с использованием управляемого абляционного катетера. Диаметр зоны коагуляции не превосходит нескольких миллиметров, поэтому существенных повреждений здоровых окружающих тканей не происходит.

Вниманию участников конгресса представлены показания к этому эффективному и достаточно безопасному методу лечения аритмий у детей: синдром Вольф-Паркинсон-Уайта, предсердная и АВ-узловая эктопическая тахикардия, АВ-узловая реентри тахикардия, желудочковая тахикардия, желудочковая экстрасистолия, невозможность проведения либо неэффективность медикаментозной терапии. Было сказано и об осложнениях РЧА: окклюзия или спазм коронарных артерий, перикардит, инсульт, повреждение клапана, воздушная эмболия, инфекция, тромбоз в месте пункции, гематома в месте пункции, атриовентрикулярная блокада при выполнении рядом со стволом Гиса.

Перспективы использования генной инженерии в детской аритмологии представлены в докладе Плотникова А. (г. Нью-Йорк, США), создание биологических пейсмеккеров на основе генных клеточных технологий — это принципиально новый подход к лечению сердечных аритмий.

В докладе М.А. Школьниковой (г. Москва) обобщены диагностические принципы и тактика ведения детей с желудочковыми тахикардиями. Алгоритм диагностики включает в себя широкий комплекс исследований: клинично-anamnestические данные, показатели электролитов крови, вирусологические и иммунологические тесты, стандартная ЭКГ, ЭКГ высокого разрешения, внутрисердечное ЭФИ, холтеровское мониторирование ЭКГ, стресс-тесты, ЭХО-кардиография, а при подозрении на аритмогенную дилатацию правого желудочка — магнитно-резонансная томография.

Критериями выбора тактики лечения детей с желудочковыми экстрасистолиями являются их частота и структурные изменения миокарда. При редких экстрасистолах (менее 700/час) достаточной является базисная терапия. При частой экстрасистолии (более 700/час) с нормальными размерами левого желудочка и сохранной фракцией выброса подключаются противоаритмические лекарственные средства, при неэффективности консервативной терапии

проводится РЧА, а если при желудочковой экстрасистолы верифицирована аритмогенная кардиомиопатия, то выбором является РЧА.

Необходимо отметить, что к базисной терапии нарушений ритма относятся препараты метаболической направленности, о которых шла речь во многих докладах, и был посвящен симпозиум «Метаболическая терапия сердечно-сосудистых заболеваний». Это следующие группы фармакологических средств: препараты, влияющие на окисление жирных кислот (милдронат, элькар), сукцинатсодержащие (мексидол), естественные компоненты дыхательной цепи (коэнзим Q10), препараты с поливалентным действием (предуктал, актовегин, неотон), препараты магния (магнерот).

На симпозиуме по перинатальной кардиологии, который традиционно проводится в рамках конгрессов Детская кардиология, в докладе Беспаловой Е.Д. (г. Москва) была подчеркнута важность пренатальной эхокардиографической диагностики критических врожденных пороков сердца. Пороки, при которых изменяются размеры желудочков, пренатально выявляются значительно чаще, чем прочие. Точную диагностику ВПС проводят в учреждениях, имеющих специалистов по пренатальной кардиологии. Подобный опыт уникален, накопить его достаточно сложно.

Ярко, логично, интересно была представлена информация профессором Ледаевым М.Я. (г. Волгоград) о значениях и особенностях суточного мониторинга артериального давления (СМАД) в диагностике артериальной гипертензии у детей. Случайные измерения артериального давления на приеме у врача или в стационаре не отражают истинного состояния гемодинамики у пациента. СМАД решает эту проблему путем проведения серии измерений артериального давления в течение суток с минимальными неудобствами для ребенка. При этом докладчик подчеркнул, что, выбирая монитор для педиатрической практики, следует отдавать предпочтение приборам, работающим по осциллометрическому принципу, а также учитывать возможность работы прибора с манжетками различного диаметра, наличие «детского режима» измерения, вес прибора, прочность корпуса, удобство чехла. Хотя СМАД не является пока рутинной, обязательной процедурой для контроля артериального давления у детей, эта методика может быть очень полезна в различных клинических ситуациях. Углубление знаний и опыта педиатров и кардиологов в использовании СМАД у детей позволит все шире использовать эту методику в их клинической практике. Использование данной новой методики в медицине детства перспективно для решения таких проблем, как:

- повышение эффективности диагностики артериальной гипертензии;
- изучение дисфункции вегетативной нервной системы;
- выявление феномена «гипертензии белого халата»;
- выявление групп риска по развитию артериальной гипертензии с целью ранней профилактики гипертонической болезни;

- оценка качества программ немедикаментозного лечения;
- выбор и оценка эффективности гипотензивной терапии.

Уровень артериального давления — далеко не единственный маркер артериальной гипертензии, и не всегда самый ранний признак этого заболевания. В докладе Плотниковой И.В. из г. Томска отмечено, что клиницистами в настоящее время большое внимание уделяется процессам структурно-геометрической и функциональной перестройки сердца и сосудов, определяемым термином «ремоделирование». Под последним понимается адаптивная модификация функции и морфологии сосудов и миокарда левого желудочка. Поэтому при артериальной гипертензии и других патологических состояниях, наряду с геометрическими показателями (конечно-диастолическим, конечно-систолическим размерами и др.), необходимо оценивать и массу миокарда левого желудочка, индекс миокарда левого желудочка, центильные таблицы предложены S.R. Daniels (1999).

В выступлении модераторов круглого стола «Сердечная недостаточность» Леонтьевой И.В., Котлуковой Н.П., Шарыкина А.С., с акцентами на различных моментах, в целом речь шла о целесообразности и достаточно обширном опыте применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при недостаточности кровообращения согласно доминирующей с 90-х годов нейро-гуморальной концепции патогенеза этого патологического синдрома. Басаргина Е.Н. предложила подходы к использованию еще мало применяемых педиатрами и детскими кардиологами бета-блокаторов. В клинике Научного центра здоровья детей РАМН лечение неселективными (карведилол) и селективными (аненалол, метапролол) бета-блокаторами начинают с минимальных доз, с медленным титрованием (удвоение дозы через 2-3 недели), и доводят постепенно до эффективного режима дозирования. Назначение глюкокортикоидов коротким курсом «смягчает» побочное действие данной группы лекарственных средств. Традиционная терапия мочегонными, инотропными препаратами, вазодилататорами и метаболитами также актуальна. Таким образом, при выборе программы фармакотерапии для ребенка с сердечной недостаточностью необходимо учитывать: наличие систолической дисфункции, нарушение диастолической функции сердца, повышение пред- и постнагрузки, выраженность бради- или тахикардии, нарушений ритма и проводимости, наличие нарушений водно-электролитного состава, метаболических нарушений.

Организационные вопросы детской кардиологии были обсуждены ведущими специалистами-кардиологами на круглом столе. С трибуны Всероссийского форума отмечены значительные позитивные результаты в развитии педиатрической кардиологической службы Кемеровской области. Структурными подразделениями оказания специализированной помощи детям являются:

- кардиологический кабинет в поликлинике: 1 ставка врача на 18000 прикрепленного детского на-

- селения, 1 должность медицинской сестры на 1 должность врача;
- дневной кардиологический стационар: 1 должность врача на 5 больных при среднем койко-дне 5-7, на 7-8 больных при койко-дне 8-15, 10 больных при 15 койко-днях; 1 должность старшей медицинской сестры. Если такой стационар является самостоятельным подразделением, выделяется 0,5 ставки процедурной сестры на 10 коек.
- кардиологическое отделение на базе многопрофильной больницы (не менее 30 коек). Заведующий отделением 0,5 должность врача. 1 врач

на 12 коек, старшая медицинская сестра 1 должность на 15 коек.

- кардиологический консультативный центр. Дети 0-18 лет не менее 300000: 1 ставка заведующего, кардиологи — 1 ставка на 3000 посещений в год, медицинские сестры — 1 ставка на должность врача, предусмотрен 1 врач-функционалист.

На закрытии 4-го Всероссийского конгресса «Детская кардиология 2006» М.А. Школьников отметил высокий уровень докладов, представленных с территорий, поблагодарила и пожелала успехов всем участникам форума.

* * *

СИЛЬНЫЙ СТРЕСС МОЖЕТ ФИЗИЧЕСКИ ПОВРЕДИТЬ МОЗГ РЕБЕНКА

Исследователи из США обнаружили, что посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у детей вызывает уменьшение объема гиппокампа - структуры мозга, которая участвует в механизмах памяти и эмоций. Дети с уменьшенным гиппокампом в дальнейшем еще хуже переносят стресс и становятся более тревожными, сообщает журнал "Pediatrics".

Также было установлено, что у детей с ПТСР повышено содержание "гормона стресса" кортизола в крови, который (по материалам предыдущих исследований) стимулирует гибель клеток гиппокампа. Таким образом, формируется "порочный круг": стресс повышает уровень кортизола, кортизол разрушает клетки гиппокампа, что, в свою очередь, ухудшает дальнейшую переносимость стрессовых ситуаций.

Ученые из Медицинского центра Университета Стэнфорда допускают, что повреждение гиппокампа может продлить воздействие стресса на мозг и, тем самым, затруднить лечение. По словам руководителя исследования Виктора Кэрриона (Victor Carrion), один из распространенных методов лечения ПТСР подразумевает подробное описание пациентом обстоятельств травмы. Но если в результате стресса повреждаются структуры мозга, ответственные за обработку информации и за включение ее в повествование, эффективность подобного лечения может снижаться. Доктор Кэррион отметил также, что вызвать изменения в гиппокампе может лишь сильный стресс. Здесь не идет речь о выполнении домашнего задания или необходимости слушаться родителей - в исследовании приняли участие дети, подвергшиеся физическому, эмоциональному или сексуальному насилию, испытавшие длительную разлуку или потерю близкого человека.

Главная задача теперь - понять, почему некоторые дети более устойчивы к стрессу, чем другие, и каковы отдаленные последствия стресса. На сегодняшний день известно о роли наследственности и окружающей среды в переносимости травмирующих ситуаций, а также о том, что дети с ПТСР подвержены повышенному риску развития депрессии и тревожности во взрослом возрасте. Показано, что у 10 % людей в какой-либо период жизни может развиться ПТСР.

Комментируя для BBC выводы американских коллег, профессор Кембриджского университета Джо Херберт (Joe Herbert) отметил, что в настоящее время все больше данных свидетельствуют о том, что неприятности в детстве могут сказываться на дальнейшем физическом и психическом здоровье и, по меньшей мере, некоторые из этих последствий связаны с изменениями обмена кортизола. По мнению Херберта, нерешенным остается вопрос, является ли поврежденный гиппокамп предрасполагающим фактором ПТСР, или его следствием. Исследования ветеранов боевых действий показали, что уменьшение гиппокампа повышает вероятность развития ПТСР, но не наоборот, указывает британский ученый.

Источник: Medportal.ru