

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 (случай 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 Т, 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 Т, 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 Т (двугорбый Т, 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 Т и ригидный циркадный индекс (ЦИ = 1,09) зарегистрированы у того же ребенка. В результате клинко-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 клинко-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

пробы, РЭГ, ЭЭГ, ЭХО-КГ, УЗИ почек, глазное дно, биохимия крови; консультация узкими специалистами: кардиолог, невропатолог, эндокринолог, нефролог, врач ЛФК, психолог. Было обследовано 346 детей в возрасте от 10 до 16 лет. У всех детей отмечались непостоянные кратковременные подъемы (у 233 — 67 %), снижение (у 113 — 33 %) АД. 75 % детей предъявляли жалобы, у 25 % отмечалось бессимптомное течение ВСД. Были выявлены изменения со стороны ССС — нарушения ритма и проводимости, чаще транзиторного характера; со стороны нервной системы — признаки церебральной недостаточности, гипертензионного синдрома; эндокринной системы — гипопункция щитовидной железы. У 22 — 6,3 % отмечалась избыточная масса тела. У 72 % детей имелись сопутствующие хронические заболевания.

Провоцирующими факторами изменения АД у 86 % детей отмечались эмоциональные, умственные, физические нагрузки, нарушение режимных моментов, курение. После проведенного обследования для каждого ребенка подбирались соответствующий режим, диета, ЛФК, медикаментозное лечение (ноотропные препараты, средства, улучшающие мозговое кровообращение и метаболические процессы), физиотерапия, фитотерапия. В программу включена работа психолога, который проводил групповые и индивидуальные занятия, способствующие психоэмоциональной разгрузке. Разработаны методички для детей и родителей с рекомендациями по режиму, питанию, ЛФК. Проводились беседы с родителями и детьми о профилактике ВСД (нормализация режима дня, активный, здоровый образ жизни, водные и закаливающие процедуры, профилактика ожирения, устранение неприятных психологических факторов), обучение методике измерения АД. Апробирован лекционный материал для участковых врачей и среднего мед. персонала о ранней диагностике и тактике ведения больных с ВСД, соблюдается преемственность между участковыми врачами и стационаром. Была разработана подробная выписка из стационара с рекомендациями для каждого ребенка.

При динамическом наблюдении у 207 (60 %) детей, прошедших лечение и обучение в школе «Нормального давления» (через 6 — 12 месяцев), при соблюдении рекомендаций и отсутствии сопутствующих заболеваний отмечалось улучшение в состоянии и нормализация АД. У 86 (25 %) детей жалобы сохранились (не были устранены погрешности в диете, сохранились вредные привычки — курение, не было устранено воздействие психологических факторов).

ВЫВОДЫ

Таким образом, результатом работы школы «Нормальное давление» является обучение детей и их родителей методам профилактики ВСД, преемственность между стационаром и поликлиникой, снижение процента госпитализации детей с вегетативными кризами.

**Е.Н. Гурьева¹, Д.В. Корнеев¹, А.В. Ковалева¹, И.Г. Морено¹, И.С. Дударева², Г.И. Елагина²,
А.А. Мизерницкая²**

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

¹ГОУВПО РГМУ Росздрава (Москва)
²ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского (Москва)

ЦЕЛЬ

Определение характера и степени нарушений вегетативной регуляции у детей с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом.

МЕТОДЫ

На базе кардиоревматологического отделения ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы нами обследовано 44 подростка в возрасте 11 — 16 лет с синдромом вегетативной дистонии (СВД) по смешанному типу, с лабильной и со стабильной стадиями первичной артериальной гипертензии (ПАГ). Было сформировано три группы детей. Первая группа — 18 детей с синдромом вегетативной дистонии (СВД) по смешанному типу, головными болями напряжения. Вторая группа — 12 детей с лабильной стадией ПАГ на фоне СВД по смешанному типу. Третья группа — 14 детей со стабильной стадией ПАГ на фоне метаболического синдрома (МС). Стадии ПАГ у детей устанавливались на основании оценки результатов измерений АД при контрольных трехкратных визитах и по данным суточного мониторирования АД, а также на основании обнаружения изменений в органах-мишенях. У всех детей проводилась оценка исходного вегетативного тонуса по таблицам А.М. Вейна, модифицированным Н.А. Белоконов; определялся тип вегетативного обеспечения с помощью клиноортостатической пробы (КОП), кардиоинтервалографии (КИГ); вычислялся адаптационный потенциал (АП) сердечно-сосудистой системы по Р.М. Баевскому с соавторами (1987).