

третьем — астенический синдром.

По данным ЭКГ нарушения ритма сердца и проводимости зарегистрированы у более половины детей. Информативность суточного мониторирования ЭКГ у детей и подростков составила 100 %.

По данным определения ИВТ среди девочек подростков преобладает нормотония. Среди мальчиков — ваготония. По нашим данным в половине случаев, как среди девочек, так и среди мальчиков гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность. По результатам исследования среди подростков чаще всего наблюдалось избыточное ВО тахикардитический вариант.

Очень важно детям и подросткам с кардиальными дисплазиями и аритмическим синдромом определить адекватную норму физической активности в зависимости от функционального состояния миокарда. Вопрос о предельно допустимой физической нагрузке (основная, подготовительная, специальная группа или лечебная физкультура) ребенка в каждом конкретном случае должен решаться индивидуально. Большое значение при этом имеет наличие серьезных заболеваний сердца у взрослых членов семьи, болей в сердце, обморочных состояний, а также изменений на ЭКГ [1, 3, 4, 5].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Галактионова, М. Ю. Аритмии у детей: Справочное пособие / М. Ю. Галактионова, И. П. Артюхов. — Ростов н/Д.: Феникс; Красноярск: Издательские проекты, 2007. — 144 с.
2. Белозеров, Ю. М. Детская кардиология / Ю. М. Белозеров. — М., 2004. — 600 с.
3. Беляева, Л. М. Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы у детей / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева. — Амалфея, 2000. — 301 с.
4. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / А. М. Вейн. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 752 с.
5. Бельгов, А. Ю. Соединительноканальные дисплазии сердечно-сосудистой системы / А. Ю. Бельгов. — СПб., 2003. — 47 с.

УДК 616.12-008.3-053.2/.6:616.12-007.17

### ВЛИЯНИЯ КАРДИАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Бубневич Т. Е., Ивкина С. С.*

**Учреждения образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Необходимость ранней диагностики малых аномалий сердца обусловлена высокой частотой развития нарушений сердечного ритма у детей и подростков [1].

В Гомельской области по итогам работы за 2011 г. зарегистрировано 6143 (57,6 %) ребенка с малыми аномалиями сердца (МАС) и 917 (8,6 %) — с нарушениями ритма сердца (НРС), за 2012 г., соответственно — 6793 (58,5 %) с МАС и 1112 (9,6 %) с НРС. Учитывая, распространенность данных отклонений среди детей и подростков, считаем изучение вопроса влияния кардиальных дисплазий на формирование нарушений ритма сердца одним из актуальных.

#### **Цель**

Определить значение различных вариантов кардиальных дисплазий в развитии нарушений ритма сердца.

#### **Материалы и методы исследования**

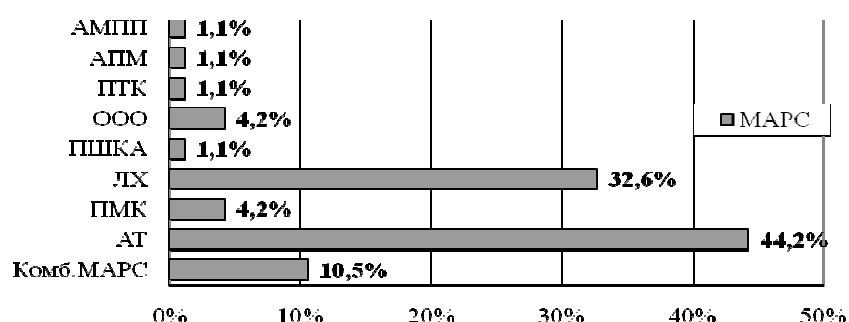
В процессе работы проводились определение характера кардиальных дисплазий, нарушений ритма сердца. Настоящая работа основана на результатах клинико-инструментального обследования 95 детей и подростков (52 мальчиков и 43 девочек) в возрасте от 1 до 17 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области. В исследова-

ние включены дети с различными нарушениями сердечного ритма и проводимости на фоне малых аномалий сердца, из кардиоревматологического отделения УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» за период с февраля 2011 г. по декабрь 2012 г.

### **Результаты и обсуждение**

Причинами формирования МАС являются различные факторы: нарушения эмбриогенеза и кардиогенеза в результате внешних мутагенных влияний, хромосомные и генные дефекты соединительной ткани, а также врожденные аномалии развития соединительной ткани [2, 3].

В ходе исследования установлено — изолированные МАС встречались у 85 (89,5 %) детей. Среди изолированных МАС чаще встречаются аномальные трабекулы 42 (44,2 %) и ложные хорды левого желудочка 31 (32,6 %). Комбинированные МАС встречались у 10 (10,5 %) детей. Среди комбинированных МАС чаще регистрировались: пролапс митрального клапана 5 (5,3 %) и аномальные трабекулы левого желудочка 4 (4,2 %) (рисунок 1).



**Рисунок 1 — Виды МАС у детей и подростков**

При решении практических вопросов экспертной оценки у лиц молодого возраста рассмотренные малые аномалии развития сердца следует относить к самостоятельному, генетически детерминированному клиническому синдрому, которому свойственны клинические проявления в виде: снижения толерантности к физическим нагрузкам, социальной дезадаптации, кардиалгии, нарушений ритма сердца [1, 2].

К аритмогенным малым аномалиям сердца относятся фиброзно-мышечные аномальные хорды, аномальные трабекулы левого желудочка, пролапс митрального и трикуспидального клапана, аневризма межпредсердной перегородки, увеличенный и (или) пролабирующий евстахийев клапан [1, 3, 4].

В результате исследования выявлено, что чаще всего встречаются нарушения ритма (номотопные, гетеротопные). Изолированные нарушения ритма встречались у 66 (69,5 %) человек, комбинированные нарушения ритма — у 19 (20 %), нарушение проводимости — у 10 (10,5 %) детей. Нами установлено, что среди номотопных нарушений преобладает синусовая тахикардия 23 (24,2 %), среди гетеротопных — суправентрикулярная экстрасистолия 19 (20 %). Среди изолированных нарушений проводимости преобладает синоатриальная блокада 2-й степени — 9 (9,5 %) человек. Среди комбинированных нарушений ритма, которые встречались у 19 (20 %) детей, чаще регистрировалось сочетание номотопных нарушений ритма сердца и нарушений проводимости (преимущественно синоатриальных блокад 2-й степени) — 5 (5,3 %) детей (рисунок 2). Синдромы преждевременного возбуждения желудочков чаще всего наблюдались у детей и подростков с комбинированными малыми аномалиями развития сердца — 4 (40 %).

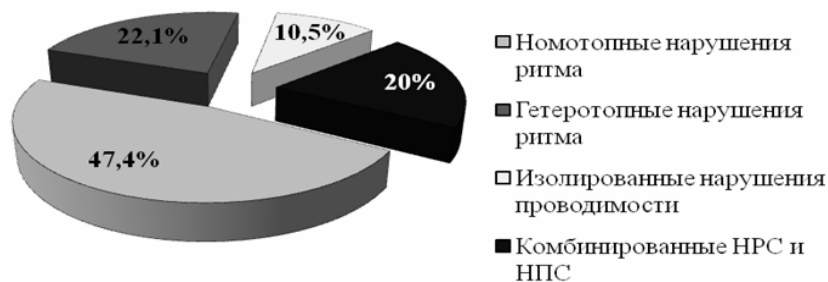


Рисунок 2 — Виды нарушений ритма, выявленные у детей и подростков

### Заключение

Среди изолированных МАС у трети детей и подростков встречались аномальные хорды и аномальные трабекулы левого желудочка. Среди комбинированных МАС — чаще регистрировались пролапс митрального клапана и аномальные трабекулы левого желудочка.

У детей и подростков с МАС более чем в половине случаев регистрировались НРС. По данным исследования НРС наблюдались у половины детей и подростков с аномальными хордами и аномальными трабекулами левого желудочка. Сочетанные нарушения ритма и проводимости чаще всего наблюдались у всех детей с аномальной папиллярной мышцей и аневризмой межпредсердной перегородки.

Синдромы преждевременного возбуждения желудочков чаще всего наблюдались у детей и подростков с комбинированными МАС и пролапсом митрального клапана.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков / Л. М. Беляева. — 2-изд., перераб. и доп. — Минск: Вышш. шк., 2003. — 365 с.
2. *Бельгов, А. Ю.* Соединительнотканые дисплазии сердечно-сосудистой системы / А. Ю. Бельгов. — СПб., 2003. — 47 с.
3. Клиническое значение малых аномалий развития сердца у детей / Н. А. Коровина [и др.] // *Лечащий врач.* — 2005. — № 4. — С. 57–59.
4. *Мутафьян, О. А.* Аритмии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян. — СПб, 2003. — 224 с.

УДК 616.1(476.2) «2001/2011»

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА г. ГОМЕЛЯ ЗА 11 ЛЕТ (2001–2011 гг.)

*Будник Я. И.*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

В Республике Беларусь в течение последних пятнадцати лет отмечается постоянный рост заболеваемости населения болезнями системы кровообращения (БСК), так только с 2000 по 2011 гг. заболеваемость БСК в республике возросла почти в 2 раза с 17 869,8 в 2000 г. до 30 486,3 в 2011 г. на 100 тыс. населения. Лидирующими заболеваниями являются артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни. Общей смертности в республике на долю БСК приходится до 51–54 % (в 2011 г. — 51,9 %), это один из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране. Численность населения в 2011 г. на 1,1 % стала меньше, чем в 2010 г. При этом отмечается уменьшение численности населения трудоспособного возраста на 4,4 % и увеличение лиц старше трудоспособного возраста на 0,4 %.

Общая заболеваемость БСК в республике в 2011 г. составила 30486,3 на 100 тыс. населе-