

Окончание таблицы 1

Исследуемый показатель	Норма	Симптоматическая офтальмогипертензия, N=60	U-статистика, уровень значимости, p
Толщина СНВС в верхнем секторе, мкм, Ме [25;75]	110 [110;115]	116 [106;123]	U=1240 p<0,001
Толщина СНВС в нижнем секторе, мкм, Ме [25;75]	116 [104;121]	126 [120;136]	U=747 p=0,0
Толщина СНВС в назальном секторе, мкм, Ме [25;75]	66 [62;70]	73 [67;79]	U=945 p<0,001
Толщина СНВС в темпоральном секторе, мкм, Ме [25;75]	62 [59;67]	62 [57;73]	U=1768 p=0,9

Выводы

В ходе проведенного исследования установлено, что на пике активного аутоиммунного воспалительного процесса в орбите у пациентов симптоматической офтальмогипертензией происходит статистически значимое увеличение средней толщины СНВС перипапиллярной зоны сетчатки Ме 96 [91;101] мкм ($p<0,001$), а также утолщение СНВС в нижнем Ме 126 [120;136] мкм ($p<0,001$), назальном Ме 73 [67;79] мкм ($p<0,001$) и верхнем секторе Ме 116 [106;123] мкм ($p<0,001$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Курьшева, Н. И.* Оптическая когерентная томография в диагностике глаукомной оптиконейропатии. Часть 1 / Н. И. Курьшева, О. А. Паршунина // Национальный журнал Глаукома. – 2016. – № 15 (1). – С. 86–96.
2. *Şahli, E.* Thyroid-associated ophthalmopathy / E. Şahli, K. Gündüz // Tur. J. of Ophthalmology. – 2017. – Vol. 47, iss. 2. – P. 94–105.

УДК 616.8-009.832-07-053.2

Н. А. Скуратова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН СИНКОПЕ У ДЕТЕЙ**Введение**

Синкопе – спонтанно возникающее преходящее нарушение сознания, приводящее, как правило, к нарушению постурального тонуса и падению. Слово «синкопе» имеет греческое происхождение (*syn* – с, вместе; *koptein* – отрезать, обрывать). Термин «обморок» приблизительно соответствует термину «синкопе», но применим в отношении вазовагальных синкопе. Выделяют травматические (вследствие черепно-мозговой травмы) и нетравматические транзиторные потери сознания (ТПС) [1, 3].

Точная распространенность синкопальных состояний неизвестна, так как не все случаи служат поводом для обращения к врачу-педиатру. Также невозможно уверенно установить, было ли у пациента собственно синкопальное состояние либо это было какое-то другое расстройство несинкопальной природы [2]. Согласно различным данным, доля людей, хоть раз в жизни переживших синкопе, в общей популяции составляет от 3 до 40% [3].

Причины обмороков у лиц молодого возраста: 39% – психоневрологические расстройства, 12% – вазовагальной природы, 3% – ситуационные обмороки, 3% – кардиоваскулярные заболевания, 2% – ортостатическая гипотензия, 33% – причины обморока неизвестны [1, 2]. Выделяют 5 патогенетических вариантов синкопе: ортостатические синкопе; нейрорефлекторные синкопе; аритмические синкопе; синкопе, связанные со структурными поражениями сердца или легких; цереброваскулярные синкопе [1].

Цель

Предоставить литературные данные об особенностях диагностики синкопальных состояний у детей.

Материал и методы исследования

Представлены литературные данные об особенностях диагностики синкопальных состояний у детей.

Результаты исследования и их обсуждение

Диагностика причин синкопе у детей включает:

1. Установление позы, в которой развилось синкопе (стоя, лежа, сидя).
2. Уточнение характера действий, приведших к синкопе (стояние, ходьба, повороты шеи, физическое напряжение, дефекация, мочеиспускание, кашель, чихание, глотание). Такой, например, редкий диагноз, как миксома, может быть заподозрен, если синкопе развивается при повороте с боку на бок. При синкопальных состояниях, стереотипно возникающих при дефекации, мочеиспускании, кашле или глотании, говорят о ситуационных обмороках. Ситуация, когда синкопе бывает связано с запрокидыванием головы назад (как если бы пациент хотел посмотреть на потолок или на звезды), носит красивое название «синдрома Сикстинской капеллы», что может быть связано как с сосудистой патологией, так и с гиперстимуляцией синокаротидных зон. Синкопальные состояния, возникающие во время физического напряжения, позволяют заподозрить наличие стеноза выносящего тракта левого желудочка.
3. Предшествовавшие события (переедание, эмоциональные реакции и т. д.).
4. Выявление предвестников синкопе (головная боль, головокружение, «аура», слабость, нарушения зрения и т. д.). Отдельно следует выяснить наличие таких симптомов, как тошнота или рвота, возникающих перед потерей сознания. Их отсутствие заставляет задуматься о возможности наличия у ребенка нарушений ритма сердца.
5. Уточнение обстоятельств самого синкопального эпизода: длительность, характер падения (навзничь, «сползание» или медленное опускание на колени), цвет кожных покровов, наличие или отсутствие судорог и прикусывания языка, наличие расстройств внешнего дыхания.
6. Характеристики разрешения синкопе – наличие заторможенности или спутанности сознания, непроизвольное мочеиспускание или дефекация, изменение цвета кожных покровов, тошнота и рвота, сердцебиение.
7. Анамнестические факторы: семейный анамнез внезапной смерти, заболеваний сердца, обмороков; наличие в анамнезе заболеваний сердца, легких, метаболических расстройств (в первую очередь, сахарного диабета и патологии надпочечников); прием лекарственных препаратов; данные о предыдущих синкопе и результатах обследования [1–3].

При проведении обследования пациента с синкопе представляется целесообразной следующая схема [1]:

I. Анамнез:

1. Возраст пациента на момент появления первых обмороков.
2. Факторы, предшествующие первому синкопе.

3. Частота, периодичность, стереотипность и серийность приступов.
4. Провоцирующие факторы.
5. Способы и приемы, позволяющие предотвратить развитие потери сознания.
6. Клинические проявления в пресинкопальном периоде, во время обморока и в постсинкопальном периоде.
7. Состояние пациента и проявление заболевания вне обморока.
8. Перенесенные и сопутствующие заболевания.
9. Применяемые ранее лекарственные препараты.
10. Параэпилептические феномены (ночные головные боли, страхи, крики, сновидение, снохождение, энурез, фебрильные судороги, пароксизмы расстройств речи).
11. Наследственные факторы (наличие аналогичных приступов потери сознания у родственников, наличие в семейном анамнезе сердечно-сосудистой патологии, вегетативно-сосудистых нарушений, эпилепсии, параэпилептических феноменов и др.).

II. Исследование соматического и неврологического статуса:

1. Внешний осмотр ребенка с акцентом на конституциональные особенности, признаки диспластического развития.
2. Пальпация и аускультация периферических сосудов.
3. Аускультация сердца.
4. Измерение АД на двух руках в горизонтальном и вертикальном положении.
5. Исследование неврологического статуса с акцентом на выявление микроочаговой симптоматики.
6. Исследование состояния вегетативной нервной системы: определение вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности, в том числе с использованием проб с физической и психоэмоциональной нагрузкой.

III. Инструментальные методы исследования:

- общий анализ крови и мочи;
- сахар крови во время обморока, натошак, сахарная кривая с нагрузкой;
- электрокардиограмма (ЭКГ) в межприступном периоде в динамике, по возможности – во время синкопе;
- эхокардиография;
- холтеровское мониторирование;
- ЭКГ с физической нагрузкой, велоэргометрия и др.;
- электрофизиологическое исследование сердца (в условиях специализированных отделений);
- рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника, в том числе и при специальных укладках;
- исследование глазного дна и полей зрения;
- электроэнцефалография;
- вызванные потенциалы мозга, ЭЭГ-мониторирование (при подозрении на эпилептический генез пароксизмов);
- компьютерная томография (при подозрении на объемные процессы мозга и внутричерепную гипертензию);
- ультразвуковая доплерография (при подозрении на патологию экстра- и интракраниальных сосудов) [1–3].

Заключение

Диагностика причин синкопе в педиатрии является важной задачей, включающей в себя целый комплекс мероприятий. Следует отметить, что при повторных синкопе в первую очередь исключают их аритмогенную природу, так как в этих случаях наи-

более высока вероятность внезапной сердечной смерти. Оценка степени риска должна основываться на данных анамнеза, результатах физикального обследования, ЭКГ и других неинвазивных методов диагностики [1].

Следует отметить, что необходимость оказания неотложной помощи обычно связана не с синкопальным состоянием, а с последствиями внезапной потери сознания (падение, травма) или его непосредственной причиной (прежде всего, острым расстройством сердечного ритма или проводимости).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скуратова, Н. А. Синкопальные состояния у детей / Н. А. Скуратова // Медицинские новости. – 2010. – № 2. – С. 53–56.
2. Скуратова, Н. А. Оценка вагусной кардиальной функции у детей при использовании кардиоваскулярных тестов / Н. А. Скуратова // Сборник статей V Международного образовательного форума «Российские дни сердца», 30 марта – 1 апреля 2017 г. – СПб., 2017. – С. 148.
3. Скуратова, Н. А. Аритмогенные обмороки у детей / Н. А. Скуратова // Актуальные проблемы медицины : сб. научных статей республиканской научно-практ. конф. и 27-й итоговой сессии Гом. гос. мед. ун-та, Гомель, 2–3 ноября 2014 г. / Гом. гос. мед. ун-т; редкол. : А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2017. – С.716–719.

УДК 616.12-008.331.1-053.2

Н. А. Скуратова, Е. Э. Галилова, Е. А. Цыбулько

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ У ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Введение

В последние годы наметилась тенденция к увеличению количества детей с функциональными и органическими расстройствами сердечно-сосудистой системы (ССС). Наиболее распространенными среди них являются артериальная гипертензия (АГ) и вегетативная дисфункция (ВД): нейроциркуляторная дистония (НЦД) по гипертоническому типу [1–3].

Артериальная гипертензия – стойкое повышение артериального давления выше возрастной нормы [1, 2]. Распространенность АГ среди детей колеблется от 1 до 18%. В течение нескольких лет у 25% лиц АГ приобретает прогрессирующее течение, при этом в дебюте заболевания может лежать ВД [3].

Одним из методов оценки резервов ССС являются кардиоинтервалография (КИГ) и активная клиноортостатическая проба (АКОП). Они позволяют оценить такие показатели, как вегетативный тонус (ВТ), вегетативная реактивность (ВР) и вегетативное обеспечение деятельности (ВО). Пробы дают возможность зафиксировать реакцию ССС организма на переход из горизонтального в вертикальное положение и поддержание гомеостаза в новом состоянии в течение некоторого времени. Стабилизация кровообращения в ортоположении осуществляется за счет активации симпатической нервной системы [1, 2].

Применение КИГ позволяет получить ряд оценок активности различных регуляторных механизмов, контролирующих функции сердца и сосудов, в частности, определить вовлечение в эти процессы регулирования структур надсегментарного контроля