

минимум года после родов характер течения аллергического заболевания меняется более чем у половины женщин (50-65%). Частота встречаемости разных вариантов динамики (улучшение, ухудшение, исчезновение клинических симптомов) тяжести аллергического заболевания достоверно не различается. Процент женщин, имеющих одинаковую направленность изменений во время и после беременности схож, однако несмотря на это линейная зависимость между тяжестью течения АЗ во время и после беременности отсутствует. Схожий процент разных вариантов динамики тяжести аллергического заболевания при 1-ой и при 2-ой беременности подтверждает неслучайный характер этих изменений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nelson, J. Lee Your cells are my cells / J. Lee Nelson // Scientific American. – 2008. – Vol. 298. – P.72-79.
2. El-Badri, N.S., Groer, M. Gender differences in stem cell population are induced by pregnancy / N.S. El-Badri, M. Groer // Medical Hypotheses. – 2012. – Vol. 79, № 4. – P.481-483.
3. Mhrshahi, S. Childhood asthma prevention team. Pregnancy and birth outcomes in families with asthma. / S. Mhrshahi [et al.] // Journal of Asthma. – 2003. – Vol. 40, № 2. – P.181-187.
4. Gluck, J.C. The change of asthma course during pregnancy. Clinical Reviews. / J.C. Gluck // Allergy and Immunology. – 2004. – Vol. 26, № 3. – P.171-180.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРАДИАРИТМИЯМИ НА ФОНЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА

¹Томчик Н.В., ¹Ляликов С.А., ²Миклаш Н.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

Актуальность. Нарушения функции синусового узла тесно связаны с риском возникновения многих видов аритмий и жизнеугрожающих состояний [1, 2, 3, 5]. Проблемы своевременной диагностики и лечения брадиаритмий (БА) обусловлены высокой частотой этой патологии [1, 2]. По данным литературы синусовая брадикардия в структуре аритмий составляет 3,5% [2].

ЭКГ не всегда позволяет своевременно выявить нарушения сердечного ритма. Существенно повышает частоту верификации аритмий холтеровское мониторирование. Среди здоровых детей признаки дисфункции синусового узла при проведении холтеровского мониторирования (ХМ) выявляются у 2,7% [2].

Цель работы: оценить динамику показателей сердечной деятельности по данным холтеровского мониторирования у детей с брадиаритмиями на фоне малых аномалий сердца.

Методы исследования. Обследовано 73 ребенка в возрасте 2-17 лет, медиана (Me) возраста обследуемых детей была равна 14,0 годам, интерквартильный размах – 10-16 лет. Всем детям выполнено комплексное обследование, включавшее клинический осмотр, сбор анамнеза, электрокардиографию, эхокардиографию, холтеровское мониторирование (ХМ) на аппарате «КР-01», Кардиан, Беларусь.

Критериями включения в исследование являлись: возраст 2-17 лет, наличие информированного согласия родителей (законных представителей) на участие ребенка в исследовании, наличие малых аномалий сердца (МАС), БА. Критериями не включения были: наличие верифицированного врожденного порока сердца, пролабирования митрального клапана II степени с митральной регургитацией II степени, острые инфекционные и обострения хронических заболеваний, признаки сердечной недостаточности.

По результатам электрокардиографического исследования были сформированы группы: 1-я группа (основная) – 58 детей с брадиаритмией, медиана возраста детей составила 13 лет 6 месяцев, (Q25 – Q75) – 8–14 лет, 2-я группа (сравнения) – 15 детей, у которых отсутствовали изменения при эхокардиографии и электрокардиографии, а также клинические жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы, медиана возраста представителей этой группы составила 14 лет, (Q25 – Q75) – 9-15 лет.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью Statistica 10.0. Данные в работе представлены в формате: Me (Q25-Q75) – медиана (нижняя квартиль-верхняя квартиль). Для проверки равенства медиан нескольких выборок использовали критерий Краскела-Уоллиса, рассчитывали доверительный интервал (95% ДИ). При сравнении процентов применяли test Fischer, two-tailed. Различия считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. По результатам электрокардиографического исследования были выявлены следующие изменения у обследуемых детей основной группы: у 44,82% (95% ДИ 31,74-58,46) – синусовая брадикардия (СБ), у 43,10% (95% ДИ 30,16-56,77) – синоаурикулярная блокада II степени (САБ), у 12,07 (95% ДИ 4,99-23,3) – атриовентрикулярная блокада I-III степени (АВБ).

Установлено, что у детей с БА на фоне МАС среднедневная частота сердечных сокращений (ЧСС) (74 удара в минуту (67–82)) и средненочная ЧСС (56 ударов в минуту (50–64)) были статистически значимо ниже, чем у детей группы сравнения (92 ударов в минуту (82–105) и 72 ударов в минуту (61–86) соответственно $p < 0,001$, во всех случаях сравнений). Снижения ЧСС в ночные часы ниже 40 ударов в минуту у обследованных пациентов не зарегистрировано. Также обращает на себя внимание широкий диапазон изменений значений частоты сердечных сокращений в течение суток. Так, у детей с БА отмечались низкие значения минимальной ЧСС (56 ударов в минуту (50–59)), по сравнению с пациентами из группы сравнения (59 ударов в минуту (57–61), $p = 0,008$), а максимальная ЧСС была выше (132 удара в минуту (124–156)), однако статистически не значимых различий не получено.

Циркадный индекс у детей с БА составил 1,29 (1,24-1,32), у детей группы сравнения – 1,28 (1,24-1,36) ($p > 0,05$).

Установлены статистически значимо высокие значения максимальной паузы ритма у пациентов с БА по сравнению с группой сравнения (1546 мс (1344-1888) и 1314 мс (1196-1532) соответственно, $p=0,01$). Случаев асистолии длительностью свыше 2000 мс у обследованных детей не выявлено.

У пациентов с БА кроме синусовой брадикардии обнаруживались единичная наджелудочковая экстрасистолия (31,03% (95% ДИ 19,54-44,54)), единичные выскальзывающие комплексы (10,34% (95% ДИ 3,89-21,17)), миграция водителя ритма по предсердиям (37,93% (95% ДИ 25,5-51,63)). Количество наджелудочковых экстрасистол составляло от 1 до 2893, предэктопический интервал варьировал в пределах от 432 мс до 634 мс. Количество зарегистрированных суправентрикулярных выскальзывающих комплексов составило от 1 до 226 эпизодов. Длительность пауз перед выскальзывающим суправентрикулярным комплексом была от 1164 мс до 1372 мс.

У 44,82% (95% ДИ (31,74-58,46)) диагностированы САБ II степени. Медиана максимальной паузы была равна 1478 мс (1220-1721). Эпизоды постэкстрасистолического угнетения синусового узла зарегистрированы у 3,45% детей (95% ДИ 0,42-11,91). АВБ II степени обнаружены у 17,24% (95% ДИ (8,59-29,43)) пациентов, III степени – в 5,17% (95% ДИ 1,08-14,38) случаев. Медиана максимальной паузы у этих детей была равна 1924 мс (1504-2040).

В ходе проведения холтеровского мониторирования при выполнении физической нагрузки (20 приседаний за 30 секунд) у детей с БА и МАС наблюдался прирост частоты сердечных сокращений на 82,25%, в группе сравнения – на 51,86% ($p>0,05$). Восстановление ЧСС у пациентов с БА было более длительным (7 минута (6-8)), чем в группе сравнения (6 минута (5-7)) ($p>0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о функциональном характере нарушений автоматизма синусового узла у детей с БА.

Выводы:

1. У детей с БА и МАС при холтеровском мониторировании регистрируется широкий диапазон изменений значений частоты сердечных сокращений в течение суток. Характерной особенностью у этих пациентов являются низкие значения среднедневной, средненочной и минимальной ЧСС ($p<0,05$ во всех случаях сравнений).

2. Максимальные значения пауз ритма у пациентов с БА и МАС выше, чем у детей без микроструктурных аномалий в сердце ($p=0,01$).

3. При длительном мониторировании электрокардиограммы у детей с МАС кроме БА выявляется широкий спектр нарушений сердечного ритма (предсердная экстрасистолия, миграция водителя ритма, постэкстрасистолическое угнетение синусового узла).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкина, А. В. Нарушение ритма сердца у детей на фоне диспластической кардиопатии / А. В. Бабкина // Современное состояние и перспективы развития медицины : сборник научных статей. – Воронеж, 2006. – Т.2. – С. 45 – 47.

2. Нагорная, Н. В. Брадикардия у детей. Диагностика, тактика ведения /

Н. В. Нагорная [и др.] // Здоровье ребенка. – №4(39). – 2012. – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/398> – дата доступа 04.05.2017.

3. Трисветова, Е. Л. Малые аномалии сердца (клиника, диагностика, экспертное значение у мужчин молодого возраста) / Е. Л. Трисветова. – Мн.:ООО «Ковчег». – 2005. – 200с.

4. Borg, A. N. Localised myocardial scar related to left ventricular false tendons / A. N. Borg, C. Miller, M. Schmitt // Eur Heart J Cardiovasc Imaging. – 2012. – Vol. 13. – P. 795- 796.

5. Ferrer, F. Study and Clinical Implications of Left Ventricular False Tendon. Is it Associated With Innocent Murmur in Children or Heart Disease? / F. Ferrer, [et al.] // Rev Esp Cardiol. – 2015. - Vol. 68. - Available at: <http://www.revespcardiol.org/en/basic-study-and-clinical-implications/articulo/90434762> - Access date: 02.04.2017.

ВЫБОР ТЕХНИК И МЕТОДОВ ДЛЯ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СТОМАТОЛОГАМИ БЕЛАРУСИ

Тоока М.А., Манак Т.Н., Бутвиловский А.В., Володкевич Д.Л.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Качество механического препарирования корневых каналов является одним из факторов, определяющих успех эндодонтического лечения. При препарировании (особенно искривленных корневых каналов) необходимо знать локализацию «опасных зон» («danger zone») – участков стенок корневых каналов с наименьшей толщиной. По данным Kessler et al. (1983), они находятся на 4-6 мм апикальнее дна полости зуба.

Знание локализации «опасных зон» позволяет избежать избыточного препарирования, сохранить анатомическую форму корневых каналов и тем самым избежать таких осложнений, как истончение стенок канала, перфорации и вертикальные фрактуры зуба [1].

В связи с этим актуально оценить тактику врачей-стоматологов Республики Беларусь при механической обработке искривленных корневых каналов.

Цель: изучить тактику врачей-стоматологов Республики Беларусь при механической обработке корневых каналов.

Методы исследования. В 2016-2017 годах проведено анонимное анкетирование стоматологов Беларуси (325 человек) по вопросам выбора техник и эндодонтического инструментария с помощью самостоятельно разработанного опросника с множественными вариантами ответов. Полученные данные обработаны статистически [2].

Результаты и их обсуждение. Установлено, что большинство респондентов (278 врачей; 85,54±1,95%) преимущественно применяют ручные инструменты при проведении эндодонтического лечения постоянных зубов.