

у детей, страдающих головными болями, он был достоверно выше, чем у школьников без ГБ ($12,9 \pm 0,6$ и $9,8 \pm 0,7$ балла, $p < 0,05$). При этом основные различия отмечались по шкалам «Фактор нервного истощения» и «Болевой фактор».

7. В результате анализа внеклассной занятости подростков установлено, что посещение школьниками кружков и спортивных секций достоверно не отличается при сравнении групп детей с первичными ГБ и без ГБ ($p > 0,05, t = 1,65$). В то же время, посещаемость кружков достоверно меньше в группе детей с ГБН в целом ($p < 0,05$) по сравнению со школьниками без ГБ.

8. Подростки с ГБН тратят меньшее время на компьютерные игры, что, по-видимому, обусловлено повышенной утомляемостью, связанной с ГБ.

Литература:

1. Бадалян, Л. О., Берестов А. И. Головные боли у детей и подростков / Л. О. Бадалян, А. И. Берестов // М.- 1999.- С.14-34.
2. Вейн, А. М., Каримов Т. К. Головная боль / А. М. Вейн, Т. К. Каримов // М. – 2001.- С.18-56.
3. Guidetti V. Migraine in children // ENF NEWS Issue.-11 Apr. -2009.- P.1-3.

МАЛЫЕ КАРДИАЛЬНЫЕ АНОМАЛИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Бердовская А. Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Введение. Малые аномалии сердца – это большая и гетерогенная группа аномалий развития сердечно-сосудистой системы, характеризующихся наличием различных анатомических и морфологических отклонений от нормы структур сердца и магистральных сосудов [1]. Малые кардиальные аномалии – гемодинамически малозначимые анатомические изменения сердца и магистральных сосудов. Их тесная ассоциация с врожденными пороками сердца (ВПС) косвенно указывает на общность происхождения – мультифакториальный генез. В литературе широко представлены данные о ложных хордах, пролапсах митрального, трикуспидального и аортального клапанов [2].

Целью работы явилось определение частоты кардиальных микроаномалий при ВПС.

Объект и методы исследования. Исследуемую группу составили 63 ребенка обоего пола в возрасте от 4 до 17 лет с естественным течением врожденного порока сердца, находившиеся на лечении в соматическом отделении. Всем детям было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее доплерэхокардиографию.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных детей у 14 (23%) встречался дефект межпредсердной перегородки, у 15 (24%) – дефект межжелудочковой перегородки, у 6 (10%) – открытый артериальный проток, у 12 (19%) – патология клапана легочной артерии и у 10 (15%) – клапана аорты, у 4 (6%) – болезнь Фалло и коарктация аорты у 2 (3)% детей.

Самыми частыми малыми аномалиями сердца среди наблюдаемых были ложные хорды левого желудочка – 57 (90,4%) (единичные 53% и множественные 37%), расположенные поперечно либо диагонально. Проплапс митрального клапана встречался у 13 (20,6%) детей. 10 (15,8%) детей имели пролапс митрального клапана 1 степени (без митральной регургитации 17,5%, с регургитацией – 8%). 3 детей (4,8%) имели пролапс митрального клапана 2-й степени, во всех случаях выявлена митральная регургитация.

Открытое овальное окно обнаружено у 5 (8%) детей, пролапс трикуспидального клапана у 1 (1,5%) ребенка, аортального у 2 (3%) детей, двустворчатый аортальный клапан у 3 (4,8%), расширение легочной артерии – 2 (3,1%), аневризма межпредсердной перегородки – у 2 (3%) детей.

Сочетанные малые кардиальные аномалии выявлены у 53 (84%) детей. Обнаружено сочетание аномально расположенных хорд с умеренной степени выраженным пролапсом митрального клапана, пролапсом трикуспидального клапана, открытым овальным окном, удлиненным клапаном нижней полой вены и асимметрией створок аортального клапана.

37 (58%) детей имели фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани: гипермобильность суставов у 16 (25%) чел., искривление позвоночника у 12 (19%), изменение формы грудной

клетки у 7 (11%), дисплазия тазобедренного сустава у 2 (3%) человек.

Выводы:

1. Среди малых сердечных аномалий при врожденных пороках сердца чаще всего встречаются аномально расположенные хорды левого желудочка.

2. Малые кардиальные аномалии при врожденных пороках сердца в большинстве случаев сочетаются с другими фенотипическими признаками синдрома соединительнотканной дисплазии.

Литература:

1. Малые аномалии развития сердца у лиц молодого возраста из разных регионов мира / Л. Г. Мирионков [и др.] // Земский врач. – 2012. – № 6 (17). – С. 54–56.

2. Психофизиологические особенности лиц с малыми аномалиями сердца и митральной регургитацией / М. М. Курако [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9 (4). – С. 678–682.

АНОМАЛИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Бубневич Т. Е.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Беларусь

Введение. Патологические изменения сердечно-сосудистой системы нередко имеют место у детей с врожденными пороками развития (ВПР). Известно, что врожденная патология может быть как наследственной, так и приобретенной вследствие воздействия повреждающих факторов на плод с формированием эмбрио- и фетопатий [1].

По данным ВОЗ, ежегодно появляются на свет 5% детей с врожденной или наследственной патологией. Степень тяжести ВПР может быть различной: от малых аномалий до очень тяжелых системных поражений. Частота ВПР, требующих медицинского вмешательства, составляет приблизительно 3% от всех живорожденных детей [2, 3].