

ОГ и здоровых детей, занимавшихся спортом, выявлено, что психоэмоциональные перегрузки имели место в 65 (43%) случаях у детей ОГ и в 14 (47%) случаях у детей КГ. На частые острые респираторные инфекции (ОРИ) (более 4 раз в год) жаловались 27 (18%) детей ОГ, у детей КГ частота ОРИ составляла не более 2 раз в году ( $\chi^2=5,02$ ;  $p=0,03$ ). Наличие очагов хронической инфекции (аденоидит, тонзиллит, кариес) выявлено у 63 (42%) детей ОГ ( $\chi^2=17,6$ ;  $p=0,001$ ). Отягощенную наследственность по заболеваниям сердца у одного из родственников первой линии имели 71 (47%) ребенок ОГ и 1 (3%) чел. КГ I ( $\chi^2=18,4$ ;  $p=0,001$ ). При оценке анамнеза жизни выявлено, что патологию ante-, peri- или постнатального периода имели 50 (33%) юных спортсменов ОГ и 8 (27%) здоровых детей КГ ( $\chi^2=0,25$ ;  $p=0,61$ ). У 77 (51%) детей ОГ и у 3 (10%) детей КГ выявлены общие жалобы (астеновегетативные, кардиологические и др.), не связанные с физическими нагрузками (ФН), ( $\chi^2=15,7$ ;  $p=0,001$ ). Жалобы, связанные с ФН (боли в сердце, немотивированная одышка, сердцебиение, обмороки), предъявляли 42 (28%) чел. ОГ и 1 (3%) ребенок КГ ( $\chi^2=7,06$ ;  $p=0,008$ ). При анализе характера жалоб, предъявляемых детьми ОГ и не связанными с ФН, выявлено, что доминирующими были жалобы астеновегетативного характера, которые имели место у 85 (57%) опрошенных лиц. Жалобы неврологического характера составили 68 (43%) случаев. Жалобы кардиологического характера предъявляли 45 (30%) детей. Жалобы на неустойчивые цифры АД и возникающие в связи с этим преходящие сосудистые гипо- или гипертензии имели место у 21 (14%) юного спортсмена. Среди обследованных детей ОГ в 60 (40%) случаях имело место сочетание разных жалоб.

**Выводы.** Таким образом, у детей-спортсменов, имеющих изменения на электрокардиограмме, по данным анамнестического опроса достоверно чаще выявлялись острые респираторные инфекции, очаги хронической инфекции, отягощенная наследственность по заболеваниям сердца, патология перинатального периода и жалобы, в том числе связанные с физическими нагрузками.

## **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ «СПОРТИВНОГО СЕРДЦА» И ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ (ЛИТЕРАТУРНЫЕ ДАННЫЕ)**

*Скуратова Н. А.*

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница», Гомель, Беларусь

## **DIAGNOSTIC CHALLENGES OF ATHLETE'S HEART AND HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY IN YOUNG ATHLETES (LITERATURE DATA)**

*Skuratova N. A.*

Gomel State Medical University,

Gomel Regional Children's Clinical Hospital, Gomel, Belarus

nataliaskuratova@rambler.ru

**Введение.** Наиболее важным является диагностика «спортивного сердца» (СС) с позиций необходимости профилактики внезапной смерти в спорте. Клиника СС может быть схожа с клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП).

**Цель исследования** – обобщить литературные данные о дифференциально-диагностических критериях СС и гипертрофической кардиомиопатии.

**Материал и методы.** Современные литературные данные о дифференциально-диагностических критериях СС и ГКМП.

**Результаты.** Наиболее важным методом является эхокардиография. Нормальный сердечный объем зависит от массы тела и лежит в диапазоне 10-12 мл/кг у мужчин и 9-11 мл/кг у женщин. Для СС характерен объем сердца <12 мл/кг массы тела у женщин и 13 мл/кг массы тела – у мужчин (максимально до 19 и 20 мл/кг, соответственно). Конечный диастолический диаметр левого желудочка может составлять 60 мм или более у 15% спортсменов, толщина стенки левого желудочка находится в пределах нормы или на верхней части нормального диапазона (13-15 мм – у 2-4% спортсменов). При этом у спортсменов отмечается высокая физическая работоспособность и отсутствие жалоб.

*Критерии диагностики ГКМП у спортсменов следующие:*

1. Семейный анамнез по ГКМП и/или по развитию ВСС в молодом возрасте. Идентификация одной или нескольких мутаций при наличии фенотипа подтверждает диагноз ГКМП. Клинические симптомы регистрируются менее чем в 30% случаев и представлены пред- или синкопальными состояниями, сердцебиениями и болями в грудной клетке.

2. ЭКГ-изменения присутствуют у большинства пациентов (до 95%), включают высокий вольтаж QRS-комплекса, как правило, в комплексе с другими изменениями (отклонение ЭОС влево, наличие патологического зубца Q, депрессия сегмента ST, отрицательного зубца T, увеличение левого предсердия).

3. Эхокардиография: чаще всего максимальная толщина левого желудочка составляет приблизительно 20 мм, как правило, носит асимметричный характер.

4. Отстранение от тренировок: во всех спорных случаях необходимо временное отстранение спортсмена от занятий спортом (не менее чем на 3 месяца). Отсутствие регрессии толщины стенки левого желудочка до нормальных пределов (<13 мм) является критерием в пользу диагноза ГКМП.

5. Оценка толерантности к физической нагрузке. У спортсменов, тренирующихся в видах спорта на выносливость, максимальное потребление кислорода ( $VO_{2max}$ ) обычно высокое ( $\geq 50$  мл/кг/мин), тогда как у пациентов с ГКМП, как правило, ниже или в пределах нормы (<50 мл/кг/мин). Однако тест с физнагрузкой не всегда позволяет дифференцировать оба состояния.

**Выводы.** Дифференциальная диагностика СС и ГКМП достаточно сложна и требует тщательной оценки семейного анамнеза, клинических данных и проведения широкого спектра диагностических обследований.