

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 (≥ 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.