

3. Дедов И.И. Болезни органов эндокринной системы. Москва, 2000г.
4. Данилова Л.И. Болезни щитовидной железы и ассоциированные с ними заболевания. Минск, 2005г.
5. Болезни щитовидной железы. Под ред. Л.И. Бравермана. М: Медицина, 2000, 194-221.
6. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и обмена веществ. Под ред. И.И. Дедова. 2006 г, Москва.

УКД 616.8 - 009.832 – 053.2 – 07 – 08

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ОБМОРОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

М.А. Хайруллаев

Городская станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент

ТҮЙІН

Зерттеудің мақсатты 55 бала жән жеткіншектердегі талма жағдайлардың негізгі түрлерін анықтау, оның даму себептері және диагноз қою, емдеу нәтижелерін бағалау. Барлық балаларға негізгі тексерулер: анамнез шағымдарды жинау, қарау және ЭКГ, ЭЭГ т.б жүргізілді. Талманың клиникалық көріністерін және белгілерін, әр түрлі түрлерінің сипаттамаларын талдап, оларға сәйкес емдер, ата-аналарына кенес беріледі.

SUMMARY

This article deals with the analysis of clinical finding, the reasons of development and an estimation of results of diagnostics, treatment in 55 children and teenagers who suffer from syncope. All the findings including anamnesis, complaints, electrocardiogram record were gathered. The treatment in various forms of syncope was prescribed.

Обморок (синкопальное состояние) – внезапная кратковременная потеря сознания с утратой мышечного тонуса вследствие переходящих нарушений мозгового кровообращения с последующим полным восстановлением этих функций. Это довольно частое явление как у взрослых, так и у детей, но оно крайне редко бывает жизнеугрожающим [1]. Большинство синкопальных состояний связаны с неврологическими и сердечными факторами. По данным различных авторов, нейрокардиальным считаются от 25 до 90% всех синкопе, при которых пациенты обратились за врачебной помощью [2-3-4]. Было обращено также, что 30% синкопе имеют кардиальные причины и 10-15% психические и неврологические соответственно.

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось определение основных видов синкопальных состояний у детей и подростков, анализ причин развития и оценка их результатов диагностики, лечение. В исследование были включены 55 детей, обратившихся с диагнозом «обморок». Возраст больных составил от 5 до 18 лет, из них: 10% детей до 7 лет, 14% от 7 до 10 лет, 54% от 10 до 15 лет и 22% от 15 до 18 лет. Проведен тщательный сбор анамнеза, анализированы жалобы, ф112 и объективного статуса. При наличии семейного анамнеза синкопальных состояний, врожденных и приобретенных пороков сердца, генетических аномалий, аритмий, а также неврологических или эндокринологических заболеваний, проведены целенаправленные исследования, консультации. Особое внимание уделено таким признакам, как уровень физической активности, прием пищи, сон, болезнь или лихорадка, непосредственно предшествовавшие синкопальному состоянию. Возникновение синкопе на фоне длительного стояния, болевого раздражителя, страха свидетельствовал о возникновении «легкого» обморока, особенно когда он сопровождался ощущением духоты, тошноты или головной болью. Возникновение сердцебиения непосредственно перед обмороком не характерно для неврологического синкопе, но с высокой вероятностью свидетельствует о возможном наличии аритмии сердца. Развитие синкопе на высоте физической нагрузки свидетельствовал о наличии аномалии развития коронарных артерий или кардиопатии [5-6].

При оценке ЭКГ у 15 больных обращено внимание на наличие брадикардии, а также тщательно оценивались интервалы P-R, Q-T, наличие аномального зубца Q или сегмента ST, наличие и форму предсердных (или желудочковых) экстрасистол или перевозбуждения. Пациентам с нейрокардиальным синкопе, кроме ЭКГ проводились записи ЭЭГ, консультации невролога.

По результатам проведенных исследований установлены наиболее частые причины обмороков у детей и подростков: 1. Синкопе вследствие нарушения нервной регуляции сосудов (56%) (вазовагальные, ортостатические, синокаротидные, рефлекторные, ситуационные, при гипервентиляционном синдроме). 2. Кардиогенные синкопе (28%) - брадиаритмиях (атриовентрикулярная блокада I – III ст. с приступами Морганьи-Эдамса-Стокса, синдром слабости синусового узла); - тахикардиях (пароксизмальная тахикардия, в том числе при синдроме удлинённого интервала QT, мерцательная аритмия); - механическом препятствии кровотоку на уровне сердца или крупных сосудов (стеноз аорты, гипертрофический, субаортальный стеноз, недостаточность аортальных клапанов и др.). 3. Гипогликемические синкопе 10%. 4. Цереброваскулярные и др. 6%.

Обморочное состояние характеризуется потерей сознания – ребенок не вступает в контакт. Резко снижен мышечный тонус, лицо бледное, зрачки расширены, пульс слабого наполнения, АД снижено, тоны сердца приглушены, дыхание поверхностное. Восстановление сознания происходит быстро в горизонтальном положении. Чаще обморокам подвержены дети с вегето-сосудистой дистонией в препубертатном и

пубертатном возрасте [7-10]. В каждом конкретном случае требуется исключение других признаков внезапной потери сознания (эпилепсия, гипогликемия, сердечно-сосудистых заболеваний и др.) [11].

После постановки диагноза «обморок» мы проводили лечение по следующей схеме: уложить ребенка горизонтально, приподняв ноги на 40-50 градусов, расстегнуть воротник, ослабить пояс и другие детали одежды, оказывающие давление на тело. Обеспечить доступ свежего воздуха. Использовать рефлекторные воздействия: - обрызгать лицо водой или похлопать по щекам влажным полотенцем; - дать вдохнуть пары нашатырного спирта. При выходе из этого состояния дать выпить горячий сладкий чай. При затянувшемся обмороке назначить: - 10% раствор кофеина-бензоата натрия 0,1мл/год жизни п/к или; - раствор кордиамина 0,1 мл/год жизни п/к. При выраженной артериальной гипертензии ввести 1% раствор мезатона 0,1 мл/год жизни в/в струйно. При гипогликемическом состоянии ввести 20-40% раствор глюкозы 2 мл/кг в/в струйно. При выраженной брадикардии и приступе Морганьи-Эдамса-Стокса провести первичные реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, введение 0,1% раствор атропина 0,01 мл/кг в/в струйно.

Таким образом, основные признаки обморочного состояния: внезапность развития, кратковременность (от несколько секунд до 3-5 минут), обратимость: быстрое и полное восстановление сознания – ребенок ориентируется в окружающем, помнит обстоятельства, предшествующей потере сознания.

Госпитализация при обморочном состоянии функционального генеза не показана, но если есть подозрение на органическую причину, необходима госпитализация в профильное отделение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детские болезни. Н.П. Шабалов, том 2. Питер. 2009. с.84-87.
2. Неотложные состояния у детей. Ю.Е. Вельтишев, Б.А. Кобринский. М. «Медицина», 1994. с.75-83.
3. Неотложные состояния у детей. А.Д. Петрушина, Л.А. Мальченко, Л.Н. Кретинина и соавторы. Москва.2002. с.48-55.
4. Неотложная помощь в педиатрии. Э.К. Цыбулькина. М.Медицина. 1987. с.123-130.
5. Болезни сердца и сосудов у детей. Н.А. Белокнь, М.Б. Кубергер М.Б. М.Медицина. 1987.
6. Неотложная кардиология. И.А. Патфуллин и др.М. 2004.
7. Кардиология. Н.В. Орлова, Г.В. Парийская. М.2003.
8. Синдромная диагностика в педиатрии. А.А. Баранов. М.1997.
9. Избранные лекции по педиатрии. Под ред.А.А. Баранова, Р.Р. Шиляева, Б.С. Качанова. Москва, 2005.
10. Balaji S., Oslizlok P.C., Allen M. et al Neurokardiogenic Syncopre in children with a normal heart // J.Amer.Co// Cardiol.- 1994. – Vol.23.- P. 779-785.
11. Проблема врожденных пороков сердца: современные состояния и перспективы решения. Л.А. Бокорея, В.П. Подзолков. Российские медицинские вести. -2001, №3. с.71-72.

УДК 616.9-053.2:578.825.12

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОНАТАЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ

*А.Х. Хайрулла, Н.А. Алиханов, А.Н. Умарова, Н.А. Баширова, Н.А. Жалимбетова, А.А.Есентаева
Южно – Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Областная детская больница, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Облыстық балалар ауруханасы неонатология бөлімшесінде әртүрлі неонаталдық құрысуларымен 30 бала зерттелді. Аурудың негізгі себептеріне анықтаулар жүргізілді және әртүрлі неонаталды құрысу түрлерінің клиникалық көріністеріне, ағымына, емдердің нәтижеліктеріне талдау жасалды.

SUMMARY

In the regional perinatal hospital 30 children with various forms of neonotal spasms were examined. The principal causes of disease, the clinical findings, currents, efficiency of treatment have been established in the various forms of neonotal spasms attacks.

Неонатальные судороги у детей - проблема представляющая большой научный и практический интерес [1-7]. Актуальность определяется высокой частотой неонатальных судорог среди новорожденных детей, трудностями их диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и теми серьезными отклонениями в психомоторном развитии детей, которые наблюдаются в более поздние возрастные периоды [2,4-9]. Частота неонатальных судорог у детей в периоде новорожденности колеблется от 1,1 до 16 случаев на 1000 детей, чем меньше гестационный возраст, тем чаще наблюдаются неонатальные судороги. У недоношенных детей (32-36 нед.) их частота составляет 1,6-8%, у глубоко недоношенных (меньше 32 нед.) они выявляются у каждого пятого (20%) [2,3,8]. По данным зарубежной литературы, которые не отличаются от отечественных, частота неонатальных судорог составляет 0,7-2,7:100 для доношенных и 1,6-22,7:100 для недоношенных новорожденных [5,6,9].