

**Заключение.** Первые ККТ и НС регистрировались у мужчин с Ув.sQRS-Ta раньше, чем с нормальным значением sQRS-Ta, и раньше, чем у женщин с Ув.sQRS-Ta.

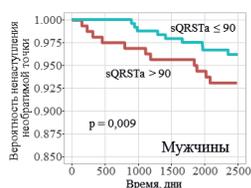


Рис. 2. Кривые выживаемости без НС у мужчин

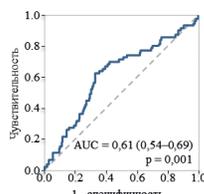


Рис. 1. ROC-кривая sQRS-Ta для ККТ

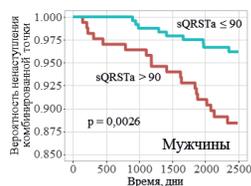
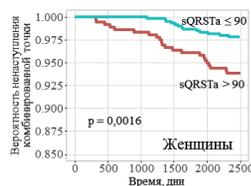


Рис. 3 Кривые выживаемости без ККТ у мужчин и женщин



### 063 РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМ ИНТЕРНЕТ-ЭКГ

Тимофеев Е. В.

ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург, Россия  
darrieux@mail.ru

Регистрация ЭКГ является обязательным компонентом профилактических медицинских осмотров детей в возрасте 12 месяцев, 7 лет, 10 лет, а с 14 до 17 лет ежегодно. Необходимость одномоментного массового обследования детей становится весьма затруднительным при использовании обычных электрокардиографов.

**Цель.** Определить распространенность ЭКГ-синдромов у практически здоровых детей младшего школьного возраста с использованием системы интернет-ЭКГ.

**Материал и методы.** Проведено одномоментное ЭКГ-обследование 2153 детей в возрасте 7-10 лет (Ленинградская область, Кириши). Для регистрации ЭКГ применялись аппараты Кардиометр-МТ (Санкт-Петербург).

**Результаты.** У трети практически здоровых детей выявлены различные отклонения от нормы. Наиболее часто определяли резко выраженную нерегулярность синусового ритма, выявляемую по разбросу величин RR интервалов более 100% (12%), резко выраженную тахикардию — частота сердечных сокращений более 120 уд/мин (2%), брадикардию — ЧСС менее 60 уд/мин (0,5%), АВ-блокаду 1 степени — удлинение PQ более 0,21 с (1,5%). Среди патологических изменений ЭКГ — полная блокада правой ножки пучка Гиса (0,2%), единичные случаи суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии (0,6%), у 4 детей выявлены выраженные нарушения процессов реполяризации, оцененные по величине депрессии сегмента ST более чем на 1,5 мм не менее чем в двух смежных отведениях или при наличии глубоких отрицательных зубцов Т в левых грудных отведениях (после переходной зоны). Следует отметить, что манифестных феноменов предвозбуждения желудочков, а также феноменов удлинения или укорочения интервала QT среди обследованных детей выявлено не было.

**Заключение.** Интернет-ЭКГ позволяет существенно упорядочить ЭКГ-обследование детей, формируя электронный архив записей, что актуально при выездных обследованиях в детских коллективах и в условиях дефицита квалифицированных врачей-специалистов функциональной диагностики. Получение автоматического заключения позволило принимать решение о необходимости консультации специалистом сразу же, что сократило время от момента регистрации ЭКГ до осмотра кардиологом до 1-2 дней.

### 064 ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА КАВАСАКИ С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТА 1 ГОДА 10 МЕСЯЦЕВ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Торосян Г. Г.<sup>1</sup>, Родионовская С. Р.<sup>1,2</sup>, Киселева И. И.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России», Москва; <sup>2</sup>Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва; <sup>3</sup>Центр синкопальных состояний и сердечных аритмий. ФГБУ ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, Москва, Россия  
gayana10@mail.ru

Поражение коронарных артерий при Синдроме Kawasaki (СК) является прогностически неблагоприятным проявлением заболевания, определяющим тяжесть течения и причины отсроченных осложнений. Диагностика СК остается серьезной проблемой, учитывая широкий спектр дифференцируемых состояний.

**Цель.** Представить клинический случай поздней диагностики СК, приведший к формированию гигантских аневризм коронарных артерий.

**Материал и методы.** Пациент 1г 10 мес, с острым развитием лихорадки до 39-40С, присоединением в течение 2 суток полиморфной сыпи, хейлита, склерита, шейного лимфаденита, на 5 сутки БЦЖит, был госпитализирован в инфекционный стационар. Длительность госпитализации 3 недели, в течение которых сохранялись интоксикация, фебрильная лихорадка, гепатоспленомегалия, WBC 28x10<sup>9</sup>, Hb 94 г/л, СОЭ 50 мм/ч, PLT в динамике до 848x10<sup>6</sup>, СРБ 192 г/л (норма <5,0), транзиторная лейкоцитурия. Исключены инфекции, системные заболевания крови. Диагностирован Ювенильный артрит, с системным дебютом, начата терапия системными глюкокортикоидами (ГК).

**Результаты.** Переведен отделение ревматологии ФНКЦ детей и подростков ФМБА на 25-е сутки от дебюта болезни. Диагноз СК установлен в соответствии с диагностическими критериями Американской ассоциации сердца. ЭхоКГ: перикардальный выпот, дилатация предсердий, левого желудочка (ЛЖ), гипертрофия стенок ЛЖ, повышение расчетного давления в правом желудочке; при холтеровском мониторинговании (ХМ) выявлены 16 эпизодов синоартериальной блокады 2 степени, нарушения процессов реполяризации в миокарде (депрессия сегмента ST в 3 отведениях); про-натрийуретический N-концевой пептид В-типа — 720 пг/мл (норма 0-125). Диагностирован кардит. УЗИ коронарных артерий: 2 гигантские аневризмы огибающей (Z-score +8,75) и передней нисходящей артерий (Z-score +11,9), средняя аневризма проксимального отдела правой коронарной артерии (ПКА), без признаков тромбоза. Проведена терапия внутривенным иммуноглобулином (ВВИГ) 2 г/кг, назначена тромболитика (варфарин, ацетилсалициловая кислота), завершена терапия системными ГК, проведен курс кардиотрофических препаратов. При контрольной ЭхоКГ через 6 мес нормализация размеров камер сердца, ХМ — синусовая аритмия, уровень proBNP в норме. Данных за текущий миокардит нет. В динамике, на 2-м году заболевания выполнена диагностическая коронарография, исключен стеноз коронарных артерий, показаний на момент исследования к проведению реваскуляризации не выявлено (рис. 1).



Рис. 1. Коронарография. Мальчик 3г6м. Диагноз: СК. 2 гигантские аневризмы огибающей и передней нисходящей артерий

**Заключение.** Развитие кардита в остром периоде СК обуславливает более тяжелое течение заболевания, являясь в совокупности с поздней диагностикой прогностически неблагоприятным фактором развития аневризм коронарных артерий.