

Кроме жалоб на снижение зрения пациентов беспокоит чувство давления (n=18), дискомфорта (n=12), в области глазных яблок; головная боль, связанная с длительным напряжением глаз (n=22). Указанные изменения приводят к снижению трудоспособности, нарушению социальной адаптации, ограничению профессионального выбора. При формировании некорректирующихся нарушений зрения (сложный миопический астигматизм, высокая миопия, отслойка сетчатки) ребенок консультируется с офтальмологом на предмет инвалидности.

Эпидемиологической предпосылкой составления программы профилактики миопии является динамика её прироста за школьные годы (рис. 9). Если ежегодный прирост миопии за школьные годы в целом составляет 5,3 % в год, то наиболее активный прирост наблюдается с 9 до 18 лет – 9 % в год. Профилактические мероприятия базируются на данных об эпидемиологической частоте миопии. Первичная профилактика в семьях, где один из родителей страдает миопией, должна начинаться у ребенка с 3 лет, затем младший школьный возраст. Однако наиболее активная профилактика – с 9 лет, так как это критический возраст, в котором начинается бурный рост близорукости.

Второй по частоте и значимости вовлечения висцеральной системой является **сердечно-сосудистая**. Структура признаков соединительнотканной дисплазии сердца у наблюдавшихся подростков с ДСТ представлена, учитывая данные эхокардиографического обследования, следующим образом: атипично расположенные хорды левого желудочка – 84%, пролапс митрального клапана – 42 %, пролапс трикуспидального клапана – 23 %, аневризма межпредсердной перегородки 18 %, двустворчатый клапан аорты – 15 %, пролапс аортального клапана – 12 %. У 41 % обследованных определяются два и более признака ДСТ сердца.

Из числа обследованных детей и подростков зарегистрировано 128 случаев ПМК (25,2 %), который чаще отмечается у девочек (56,0 %), чем у мальчиков (44,0 %).

В своей практической деятельности мы наблюдаем 3 варианта течения ПМК: бессимптомный (23 человека), клинически значимый (95 детей и подростков) и морфологически значимый (10 обследованных).

Бессимптомный вариант выявляется только при проведении эхокардиографии. Клинически значимый ПМК сопровождается сердцебиениями, аритмией, кардиалгией, снижением толерантности к физической нагрузке, одышкой, синкопальными состояниями. Наиболее характерным признаком ПМК является систолический клик (щелчок) и систолический шум, вызванный митральной регургитацией. Митральная регургитация встречается примерно у каждого четвёртого