

УДК 616.12-008.318-0153.2(476.6)

ПРОБЛЕМЫ АРИТМОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.А. Лашковская, доцент кафедры педиатрии №2, к.м.н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Изучена этиология, структура нарушений ритма сердца у детей Гродненской области, показана роль холтеровского мониторирования в диагностике аритмий. Дифференциальный подход к лечению нарушений ритма (базисная терапия, назначение антиаритмических препаратов, хирургическая коррекция).

Ключевые слова: дети, структура нарушений ритма сердца, этиология, холтеровское мониторирование, лечение.

Etiology and types of cardiac arrhythmias in children of Grodno region have been studied. The leading role of Holter's monitoring in diagnostics of arrhythmias and differentiation of treatment approach (basic therapy, antiarrhythmical treatment, surgical corrections) has been showed.

Key words: children, etiology, pathogenesis, structure of cardiac arrhythmias, Holter's monitoring, treatment.

Введение

Особое место в структуре сердечно-сосудистых заболеваний у детей занимают нарушения сердечного ритма. Медико-социальное значение аритмий определяется их распространенностью, склонностью к хроническому течению, высоким риском внезапной смерти при их возникновении, высокой частотой инвалидизации этих пациентов [1, 4].

Целью настоящего исследования явилось установление частоты встречаемости, структуры нарушений ритма сердца у детей Гродненской области, изучение диагностических возможностей суточного мониторирования ритма, сравнительный анализ терапии аритмий у детей.

Материалы, методы и результаты

В 2004 году на диспансерном учете у врачей-педиатров Гродненской области состояло 196 детей с различными аритмиями. Распространенность нарушений ритма сердца у детей Гродненской области составляет 1:1000. Реже всего нарушения ритма сердца (2%) диагностируются у детей в возрасте до 1 года. В возрасте от 1 до 3 лет на диспансерном учете состоит 10 (5%) детей с различными аритмиями; от 3 до 6 лет – 27 (14%). Наиболее часто нарушения ритма сердца диагностируются у детей школьного возраста – 155 (79%, $p < 0,05$). Среди школьников наиболее уязвимым является возраст от 10 до 14 лет: на данный возраст приходится 81% всех нарушений ритма.

При изучении структуры аритмий установлено, что наиболее частой аритмией является экстрасистолия, диагностированная у 98 (50%) детей. На втором месте стоят электрокардиографические синдромы предвозбуждения желудочков (WPW и синдром укороченного интервала P-R): данное нарушение ритма выявлено у 53 (27%) детей.

К заболеваниям с высоким риском внезапной смерти относится синдром удлиненного интервала Q-T, пароксизмальные тахикардии, выраженные

нарушения функции синусового узла [1, 3]. У 8 (4%) детей в возрасте 5-14 лет при проведении стандартного электрокардиографического исследования и холтеровского мониторирования выявлен синдром удлиненного интервала Q-T и у 8 (4%) – синдром слабости синусового узла. Пароксизмальная тахикардия диагностирована у 11 (6%) детей Гродненской области в возрасте 7-14 лет.

На диспансерном учете у кардиоревматологов состоит 18 (9%) детей с внутрижелудочковыми блокадами (полная блокада правой или левой ножки пучка Гиса); трое детей – с врожденной полной атриовентрикулярной блокадой, сопровождающейся у одного ребенка приступами Морганьи-Адамса-Стокса.

С 2004 года в диагностику аритмий в Гродненской областной клинической больнице включен метод длительной регистрации электрокардиограммы. Благодаря применению этого метода значительно увеличилась частота выявления нарушений ритма сердца у детей [2, 3, 4]. Это имеет большое значение, так как в детском возрасте аритмии в течение длительного времени нередко протекают бессимптомно, что затрудняет раннюю диагностику данной патологии [3].

Основными показания к проведению холтеровского мониторирования ритма у детей является обследование детей с высоким риском развития жизнеугрожающих сердечных аритмий и внезапной сердечной смерти: синдром слабости синусового узла, аритмогенная дисплазия правого желудочка, асимптоматическая атриовентрикулярная блокада II-III степени, деляционная и гипертрофическая кардиомиопатии, пароксизмальная тахикардия, синкопе или предсинкопе в анамнезе, асимптоматический синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, сибсы детей, погибших от внезапной смерти младенцев 1 года жизни, разработка схем хронотерапии у детей с аритмиями, оценка эффективности антиаритмической терапии [2].

Аритмии у детей диагностируются как при органических поражениях сердца (врожденные пороки, кардиты, кардиомиопатии), так и в отсутствии таковых, являясь в последнем случае причиной многих врачебных ошибок, чаще всего гипердиагностики миокардитов [3]. В настоящее время большинство авторов пришли к единому мнению, что одним из ведущих патофизиологических механизмов развития аритмий в детском возрасте является нарушение нейрогенной регуляции сердечного ритма, приводящее к выраженной электрической нестабильностью миокарда [3, 4].

При изучении причин, приводящих к возникновению аритмий у 47 детей, находившихся на лечении в Гродненской областной детской клинической больнице в 2003-2004 годах, установлено, что ведущей причиной является вегетативная дисфункция (74%), органическая кардиальная патология диагностируется только у 26% детей (неревматический кардит, миокардиодистрофия, врожденные пороки сердца, хроническая ревматическая болезнь сердца, пролапс митрального клапана).

При проведении стандартного электрокардиографического исследования у данных детей нарушения ритма сердца были выявлены только у 39 (83%) человек: желудочковая экстрасистолия у 15 (38%) детей, суправентрикулярная экстрасистолия у 14 (36%), атриовентрикулярная блокада I-II степени у 2 детей, феномен WPW у 1 ребенка, синоатриальная блокада II степени у 3 детей, миграция водителя ритма у 2, суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия у 2 детей.

Холтеровское мониторирование электрокардиограммы выявило нарушения ритма сердца у всех детей и позволило двум детям поставить диагноз синдрома слабости синусового узла, у двух детей выявить преходящий феномен WPW, у двух атриовентрикулярную блокаду I степени, у одного ребенка - парасистолию и у одного - синдром удлиненного интервала Q-T.

При анализе данных холтеровского мониторирования у 23 (49%) детей диагностированы сочетанные нарушения ритма сердца. Наиболее часто (у 14 детей, 61%) отмечалось сочетание суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии с миграцией водителя ритма сердца и синоатриальной блокадой II степени.

Этиопатогенетическая терапия основного заболевания (вегетативная дисфункция, миокардит, миокардиодистрофия) у 82% детей с экстрасистолией дала положительный результат. Детям (9 человек) с частыми, ранними, групповыми, суправентрикулярными или желудочковыми экстрасистолиями, пароксизмальной тахикардией на фоне базисной терапии, включающей ноотропные, мембраностабилизирующие и метаболические препараты,

включались антиаритмические средства: анаприлин в дозе 2 мг/кг/сут. 3 раза в день; этагизин 2 мг/кг/сут. в 3 приема; амиодарон в дозе 10 мг/кг/сут. 2 раза в день.

У двух девочек подросткового возраста с возвратной формой суправентрикулярной тахикардии, несмотря на базисную и антиаритмическую терапию антиаритмическими препаратами разных групп, включая кордарон, эффекта не получено. Данным детям в клинике госпитальной хирургии №2 Санкт-Петербургского государственного медицинского университета выполнена операция - высокочастотная катетерная деструкция критических зон предсердной эктопической триггерной тахикардии в задне-латеральных отделах правого предсердия. Рецидивов пароксизмальной тахикардии после операции в катамнезе двух лет у девочек не отмечалось.

Одному ребенку 9 лет с полной врожденной блокадой и повторяющимися приступами Моргани-Адамса-Стокса, несмотря на терапию симпатомиметиками, в Республиканском научно-практическом центре «Кардиология» проведена эндокардиальная имплантация электрокардиостимулятора.

Выводы

1. Наиболее часто аритмии выявляются у детей школьного возраста. В структуре нарушений ритма сердца у детей Гродненской области первое место занимают экстрасистолии.

2. Использование холтеровского мониторирования электрокардиограммы позволяет улучшить диагностику нарушений ритма сердца у детей, выявить преходящие и бессимптомные аритмии, дает возможность диагностировать сочетанные нарушения ритма сердца детей, что имеет важное значение в выборе лечения данной группы детей.

3. Подход к терапии нарушений ритма сердца у детей должен быть дифференцированным, с учетом причины возникновения аритмии.

4. В лечении хронических нарушений ритма сердца у детей обязательным является включение препаратов, улучшающих обменные процессы в миокарде и центральной нервной системе.

5. Антиаритмические препараты должны назначаться только по строгим показаниям, в терапии фармакорезистентных форм нарушения ритма сердца показано использование электрохирургических методов лечения.

Литература

1. Макаров Л.М. Фармакотерапия нарушений ритма сердца у детей / Лечащий врач, 2000. - №10. - С. 48-51.
2. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование. Руководство для врачей по использованию метода у детей и лиц молодого возраста. - М.: Медпрактика, 2000. - 216с.
3. Мутафьян О.А. Аритмии сердца у детей и подростков (клиника, диагностика, лечение). - СПб.: Невский диалект, 2003. - 224с.
4. Школьникова М.А. Аритмология детского возраста как важнейшее направление педиатрической кардиологии / Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1995, №2. - С. 4-8.