

СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Романович В.С., Яцкевич Т.А.

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь
ustavshiyles@gmail.com*

Введение. Актуальность исследования синдрома WPW у детей обусловлена возрастными особенностями проводящей системы, высоким риском жизнеугрожающих аритмий и трудностями диагностики в раннем возрасте. Существующие методы лечения требуют оптимизации для педиатрической практики, что определяет необходимость дальнейших исследований для улучшения ведения таких пациентов.

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины, диагностики и лечения синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта у детей.

Материалы и методы. Был проведено ретроспективное изучение 40 историй болезней пациентов детского возраста в период с 2020 по 2025 с подтвержденным наличием дополнительным предсердно-желудочковым соединением (ДПЖС) в сердце. В дальнейшем проведен их сравнительный анализ с 60 историями болезней пациентов, достигших совершеннолетия, с подтвержденным наличием ДПЖС в сердце.

Результаты исследования. Окончательное гистологическое «созревание» сердца и проводящей системы заканчивается к 15–17 годам. В связи с этим присутствуют некоторые особенности сердечно-сосудистой системы у детей:

1. Морфофункциональная незрелость проводящей системы (незавершенность дифференцировки клеток синусового и атриовентрикулярного узлов; диспропорция в развитии проводящих путей и рабочего миокарда).

2. Особенности вегетативной регуляции (преобладание симпатикотонии в раннем возрасте; нестабильность вагусных влияний).

3. Гемодинамические и метаболические характеристики (высокая базальная ЧСС; ускоренный метаболизм кардиомиоцитов; повышенная чувствительность к электролитным нарушениям).

4. Возрастная динамика электрофизиологических параметров (короткие рефрактерные периоды; высокая скорость проведения импульса; низкий порог возникновения re-entry механизмов).

По данным статьи Нью-Йоркского медицинского колледжа синдром WPW встречается у 0,04–0,31% детей против 0,15% у взрослых, хотя и распространен во всех возрастных группах [1]. В литературе описано два возрастных пика встречаемости данного синдрома: 1 год жизни и 10-15 лет. АВ-узловая реципрокная тахикардия составляет 13–24% случаев всех суправентрикулярных тахикардий (СВТ) у детей, причем ее встречаемость имеет четкую возрастную

зависимость – от единичных случаев у детей раннего возраста до 30% всех СВТ у подростков.

Также выделяют 2 формы клинического течения суправентрикулярной тахикардии: пароксизмальная и непароксизмальная. При непароксизмальной СВТ дети, как правило, не предъявляют жалоб на сердцебиение или перебои в области сердца, вследствие чего эти виды аритмии выявляются чаще всего случайно при профилактических осмотрах. От пароксизмальной тахикардии это нарушение ритма отличает постоянная аритмия, отсутствие внезапного начала и окончания приступа [2].

Синдром WPW у детей проявляется полиморфной клинической картиной, имеющей выраженные возрастные особенности. В зависимости от формы течения (пароксизмальная или непароксизмальная) и возраста пациента наблюдаются существенные различия в симптоматике и тяжести проявлений (табл. 1).

В качестве диагностики используется ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, проведение проб с дозированной физической нагрузкой, ЭхоКГ, чреспищеводное ЭФИ, внутрисосудистое ЭФИ.

Таблица 1 – Возрастные особенности клинической картины

Дети до 1 года	1–7 лет	Подростковый возраст
<p>Приступы характеризуются крайне высокой частотой сердечных сокращений (до 300 уд. /мин).</p> <p>Преобладают неспецифические симптомы: выраженное беспокойство, отказ от еды, рвота.</p> <p>Быстро развиваются признаки острой недостаточности кровообращения.</p> <p>Провоцирующие факторы - инфекционные заболевания.</p> <p>Высокий риск развития осложнений вследствие незрелости миокарда.</p>	<p>Приступы сопровождаются жалобами на ощущение сердцебиения.</p> <p>Наблюдается выраженная циркадность приступов (в 60% случаев).</p> <p>Характерны вегетативные проявления: бледность, потливость, слабость.</p> <p>Возможны пресинкопальные и синкопальные состояния.</p>	<p>Четкая субъективная симптоматика (ощущение сердцебиения, головокружение, резкая слабость).</p> <p>Частая связь с физической нагрузкой и психоэмоциональным стрессом.</p> <p>В 15% случаев – синкопальные состояния.</p> <p>Преобладают жалобы астеновегетативного характера (метеочувствительность, нарушения сна).</p> <p>Характерны кардиалгии и чувство страха во время приступа.</p>

Показаниями к назначению антиаритмической терапии является развитие аритмогенной кардиомиопатии, частых, клинически и гемодинамически значимых приступов пароксизмальной тахикардии и невозможности проведения интервенционного лечения (масса тела менее 15 кг, близость аритмического субстрата к структурам нормальной проводящей системы сердца или коронарным артериям).

Безопасность и высокая эффективность РЧА (85-95%) сделали ее методом выбора для лечения большинства пациентов с СВТ. Однако ввиду технических трудностей у детей (общая анестезия, манипуляции в крупных сосудах и полостях сердца), а также ввиду возможности спонтанного исчезновения нарушений ритма в результате «созревания» сердечно-сосудистой системы ребенка, в дошкольном возрасте рекомендовано отдавать предпочтение консервативным методам лечения.

Выводы. Было обследовано 40 пациентов с синдромом/феноменом WPW. Доказано влияние вегетативной нервной системы на проводимость по атриовентрикулярному узлу и ДАВС (пучку Кента). Выявлено, что постоянный и транзиторный варианты предвозбуждения желудочков наблюдаются при отсутствии высокой степени ваготонии, а скрытый вариант предвозбуждения связан со значительным влиянием вагуса. У подростков со склонностью к симпатокотонии перевозбуждение желудочков по пучку Кента проявляется в виде синдрома, при ваготонической направленности вегетативной нервной системы чаще выявляется феномен WPW. Окончательное гистологическое «созревание» сердца и проводящей системы заканчивается к 10–12 годам.

Синдром WPW у детей имеет два пика встречаемости: 1 год жизни и 10-15 лет.

У младенцев преобладают неспецифические симптомы, в то время как у подростков клиническая картина более четкая. У 9% детей с манифестирующей формой WPW к 16 годам наблюдается спонтанное исчезновение дельта-волны на ЭКГ.

Медикаментозная терапия остается предпочтительной у детей раннего возраста, ввиду технических трудностей, из-за высокого риска осложнений при инвазивных методах. Радиочастотная абляция (РЧА) – метод выбора у детей старшего возраста с эффективностью 85–95%, однако у дошкольников следует учитывать возможность спонтанного исчезновения аритмии по мере созревания проводящей системы сердца. Риск жизнеугрожающих аритмий наиболее высок в подростковом возрасте, что требует тщательного мониторинга и индивидуального подхода к лечению. Синдром WPW у детей, в отличие от взрослых, характеризуется возраст-зависимой полиморфной клинической картиной, высокой вероятностью спонтанного исчезновения ЭКГ-феномена и преимущественно консервативной тактикой лечения в раннем возрасте, тогда как у взрослых методом выбора является радиочастотная абляция.

Литература

1. Школьников, М. А. Нарушения ритма сердца у детей / М. А. Школьников, Л. А. Кравцова, Л. А. Калинин. – М.: Медпрактика-М, 2013. – 520 с.

WOLF-PARKINSON-WHITE SYNDROME IN PEDIATRIC PRACTICE: FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Romanovich V.S., Yatskevich T.A.

*Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus
ustavshiyles@gmail.com*

The research focuses on the clinical features, diagnosis and treatment of Wolf-Parkinson-White syndrome (WPW) in children, including age differences in symptoms and electrophysiological manifestations. It was found that the syndrome occurs in 0.04–0.31% of children with peaks at 1 year and 10-15 years [1]. Treatment includes drug therapy and radiofrequency ablation (RF). The high risk of life-threatening arrhythmias is emphasized

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕФИНИЦИЙ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Романюк Д.Р.

*Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия
diana.romanyuk2013@yandex.ru*

Введение. Ежегодно в Российской Федерации отмечается тенденция к увеличению обращений граждан по вопросам ненадлежащего, по их мнению, качества оказания медицинской помощи. По статистике, в 60% случаях, факты, изложенные заявителями о некачественном оказании медицинской помощи, не подтверждаются. Только в 40% данные факты подтверждаются полностью или частично. Причинами увеличения обращений граждан являются рост правовой грамотности пациентов, популяризация темы в СМИ, а также одной из основных является недостаток или отсутствие медицинских знаний, благодаря которым граждане могли бы правильно оценить качество оказанной им медицинской помощи. В настоящее время как в юридической, так и в медицинской науке не выработано общее понятие, включающее в себя признаки профессионального преступления, совершенного медицинскими работниками, поэтому используют такие понятия как: врачебная(медицинская)ошибка, дефект оказания медицинской помощи, ятрогения.

Цель исследования. Установить на примере судебно-медицинской экспертизы связь между действиями медицинских работников и наступившими неблагоприятными исходами у пациента.

Материалы и методы. В исследование включена комиссионная судебно-медицинская экспертиза.

Результаты исследования. Обстоятельства случая: женщина, 78 лет, обращается в суд с исковым заявлением о взыскании убытков и компенсации