

**Н. В. Строгая, К. А. Короневская**  
**ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ**  
**ТКАНИ У ДЕТЕЙ С WPW-СИНДРОМОМ**

**Научный руководитель ассист. В. В. Дмитрачков**

*Кафедра пропедевтики детских болезней,  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск  
4 ГДКБ*

**Резюме.** WPW- синдром относится к жизнеугрожающим состояниям и является одной из главных причин возникновения синдрома внезапной сердечной смерти.

**Ключевые слова:** дисплазия соединительной ткани, WPW- синдром, синдром предвозбуждения желудочков.

**Resume.** WPW- syndrome refers to life-threatening conditions and is one of the main causes of sudden cardiac death syndrome.

**Keywords:** connective-tissue dysplasia, WPW- syndrome, ventricular pre-excitation syndrome.

**Актуальность.** Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) распространена достаточно широко и обладает многогранной клинической симптоматикой. Одним из проявлений НДСТ является синдром предвозбуждения желудочков, представленный WPW-синдромом. WPW-синдром (синдром Вольфа-Паркинсона- Уайта) чаще имеет бессимптомное течение, при манифестации может привести к тяжелым нарушениям ритма (пароксизмальная тахикардия), порой приводящих к летальному исходу (внезапная сердечная смерть).

**Цель:** изучение внешних и висцеральных признаков НДСТ, характера нарушений ритма и проводимости у детей с WPW- синдромом.

**Задачи:**

1. Определить частоту внешних и висцеральных проявлений НДСТ у детей и подростков с WPW-синдромом.
2. Установить виды нарушений ритма и проводимости у детей и подростков с WPW-синдромом.

**Материал и методы.** Проведен анализ 55 медкарт (форма № 003/у 07) детей и подростков (от 2 месяцев до 17 лет), находившихся на лечении в ревматологическом отделении 4ГДКБ г. Минска в 2009-2015гг. Выявление внешних признаков НДСТ было проведено на основании объективного осмотра. Было проведено лабораторное и инструментальное обследование (УЗИ сердца и органов брюшной полости, ЭКГ, по показаниям окулист и хирург-ортопед). Статистический анализ полученных данных.

**Результаты и их обсуждение.** По полученным данным можно установить, что WPW- синдром наиболее чаще выявляется у детей от 14 до 18 лет (24 чел., 43,6%) и от 1 мес до 2 лет (11 чел., 20%) (таблица 1).

**Таблица 1.** Характеристика группы наблюдения: возрастной состав (% , n=55)

	Абс. число	%
1 мес - 2 года	11	20
3 года - 5 лет	6	10,9
6 лет - 9 лет	5	9,1
10 лет - 13 лет	9	16,4
14 лет - 18 лет	24	43,6

Наиболее частыми жалобами пациентов были на: сердцебиение (29,1%), боли в области сердца и головную боль (26,3%), слабость (23,7%).

В группе наблюдения дети, имеющие признаки НДСТ, составили 72,7% (40 чел.). В подавляющем большинстве случаев у детей группы наблюдения выявлялись висцеральные проявления НДСТ (55,2%), а также внешние (17,5%) и сочетание внешних и висцеральных признаков (27,3%). Из внешних признаков чаще выявлялись патология органа зрения (85,7%) и патология костно- суставной системы (42,9%). Висцеральные проявления в группе наблюдения были представлены поражением сердечно- сосудистой (88,6%), мочеполовой (20,5%) и пищеварительной (15,7%) систем.

Со стороны ССС наиболее частой патологией являются МАРС, среди них в подавляющем числе случаев регистрируются сочетание ПМК и ДХЛЖ (70,73%), ФОО (26,83%), а также изолированный ПК (17,07%) (таблица 2).

**Таблица 2.** Структура МАРС у детей с WPW- синдромом (% , n=34)

	%
Расширение корня аорты	11,76
Истончение МПП	2,9
Функционирующее овальное окно	32,3
ДХЛЖ	38,2
ПМК и ДХЛЖ	41,17
Изолированный ПМК	17,64
ПМК	2,9
Изолированные пролапсы (всего)	20,54

У детей с WPW- синдромом изгиб желчного пузыря встречается в 28,57% случаев, а также в 42,85% случаев регистрируется диспластико-ассоциированное заболевание, такие как ДГР и ГЭРБ.

Среди НДСТ мочеполовой системы у детей данной группы наблюдения выявляются нефроптоз (I- II ст.) (50%), особенности строения ЧЛС (25%) и кисты почек (12,5%).

У детей с WPW- синдромом выявляются следующие нарушения ритма: синдром укороченного интервала PQ (32,5%), СРРЖ (32,5%), миграция источника ритма (27,5%), экстрасистолии различных градаций (20%), пароксизмальные тахикардии (17,5%) (таблица 3). Также в группе наблюдения были установлены нарушения функции синусового узла, проявляющиеся нестабильным синусовым ритмом (40%), синусовой тахикардией (37,5%), синусовой брадикардией (37,5%) и синусовой аритмией (20%) (таблица 4).

**Таблица 3.** Нарушения ритма у детей с WPW- синдромом (% , n=40)

	%
Пароксизмальная тахикардия	15
Экстрасистолии различных градаций	17,5
Синдром укороченного интервала PQ	25
Миграция источника ритма	27,5
СРРЖ	32,5

**Таблица 4.** Изменение функции синусового узла (нотопные нарушения ритма) (% , n=40)

	%
Синусовая аритмия	20
Синусовая брадикардия	37,5
Синусовая тахикардия	37,5
Нестабильный синусовый ритм	40

Нарушения проведения импульса у детей с WPW-синдромом представлены: НБПНПГ (45%) и внутрижелудочковыми блокадами (АВ и СА) (20%).

**Выводы:**

1. У детей с WPW- синдромом в подавляющем числе случаев встречаются висцеральные признаки НДСТ (55,2%), сочетание висцеральных и внешних признаков (27,3%), изолированные внешние признаки НДСТ регистрируются несколько реже (17,5%).

2. У детей и подростков с WPW- синдромом в подавляющем числе случаев встречаются проявления МАРС (88,6%, (p<0,001)), чаще всего регистрируются ПМК и ДХЛЖ (70,7%, (p<0,001)), как изолированные, так и в сочетании с другими МАРС и ВПС, это подтверждает, что данный ЭКГ-синдром является диспластико-ассоциированным.

3. Нарушения сердечного ритма и проводимости у пациентов с WPW-синдромом встречаются достаточно часто, с преобладанием нотопных нарушений ритма, и наличием случаев внутрижелудочковых блокад, СРРЖ.

4. У значительного числа пациентов выявляются так называемые значимые нарушения ритма: синдром укороченного интервала PQ, желудочковые экстрасистолии и пароксизмальная тахикардия, что позволяет говорить о

необходимости более пристального врачебного наблюдения за данной группой пациентов.

*N. V. Strogaya, C. A. Koronevskaya*

**VISCERAL SIGNS OF CONNECTIVE-TISSUE DISEASE IN CHILDREN WITH  
WPW- SYNDROME**

*Tutor Assistant V. V. Dmitrachkov*

*Department of Propaedeutics of Childhood Diseases,  
Belarusian State Medical University, Minsk  
“4-City Children’s Clinical Hospital”, Minsk*

**Литература**

1. Земцовский, Э. В. Соединительнотканые дисплазии сердца / Э. В. Земцовский – СПб: ТОО «Политекс-Норд-Вест», 2000. – 115с.
2. Дисплазия соединительной ткани: особенности амбулаторного ведения пациентов в различных возрастных периодах / Г. И. Нечаева, И. А. Викторова, Д. С. Киселева и др. // Лечащий врач – 2014. - №9.
3. Детская кардиология и ревматология: практическое руководство / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева, С. М. Король [и др.]; под ред. Л. М. Беляевой. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 584 с.
4. Юнкеров, В. И. Математико- статистическая обработка данных медицинских исследований / В. И. Юнкеров, Григорьев С. Г. – СПб.: ВМедА, 2002. – 266с.