
Е.В. Засим¹, Д.Б. Гончарик², В.В. Строгий³

1 – г. Минск, РНПЦ детской хирургии,

2 – г. Минск, РНПЦ «Кардиология»,

3 – г. Минск, Белорусский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА WPW В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ СОЕДИНЕНИЙ

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в понимании электрофизиологического механизма и результативности лечения, сегодня существует ряд нерешенных проблем, особенно в детском возрасте, связанных с диагностикой, подходами к лечению и наблюдению детей с синдромом WPW.

Цель исследования. На основании результатов электрофизиологического исследования состояния проводящей системы сердца установить особенности клинического течения синдрома WPW среди детей.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ течения заболевания у 108 детей с синдромом WPW в возрасте 13,6 (12-16) лет. С целью выявления АВРТ, ПТ на фоне ЭКГ признаков WPW, для дифференциального его отличия от феномена WPW проводилась чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧП ЭФИ). В последующем определена локализация ДАВС на основании алгоритма, предложенного M.S.Arruda et al. (1998).

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст начала заболевания составил 7,79 (3-12) лет. Наиболее частой сопутствующей патологией в исследуемой группе было наличие признаков дисплазии соединительной ткани, которые обнаруживались у 32,4-72,2 % детей. Исходя из данных ЭФИ в подавляющем большинстве случаев ортодромный вариант АВРТ выявлен у 92,6% детей, антидромный вариант был диагностирован у 5,5%, а множественные ДС с сочетанием обоих механизмов re-entry отмечены у 2 детей (1,9%). Наиболее часто мы также диагностировали манифестирующий (56%) и, несколько реже, -

скрытый (29%) и интермиттирующий (29%) типы, наиболее реже – латентный, который отмечен у 3 детей. В дальнейшем, на основании анализа поверхностной ЭКГ и эндокардиального картирования ДС во время проведения РЧА обследованные группы детей с синдромом WPW определена локализация ДС. Наиболее часто у детей ДС, как и у взрослых, локализуются в левой стенке (57%), несколько реже в септальной стенке (31%) и еще реже в правой стенке (12%). Наиболее часто ДС локализуются вблизи митрального клапана, а именно его передней створки, примыкающей к межжелудочковой перегородке. С учетом данной классификации, эта область соответствует переднеперегородочной, передней, переднебоковой и боковой локализации (65,7% от всех локализаций ДС), что необходимо учитывать при проведении РЧА и контролировать в динамике состояние створок митрального клапана, особенно его передней створки. Для леворасположенных ДС было характерно: достоверно более позднее начало приступов ПТ, преимущественно в школьном возрасте, при этом преобладал скрытый и интермиттирующий типы синдрома, характерна большая кратность приступов, низкая эффективность вагусных проб, использование двух антиаритмических препаратов в консервативном, базисном лечении аритмии, а также относительно высокая частота встречаемости в общей структуре рецидивов ПТ после проведения РЧА в раннем послеоперационном периоде (у 30,8% из 19 детей). Напротив, праворасположенные ДС проявляются, как правило, в более раннем возрасте, чаще – на первом году жизни, здесь преобладает манифестирующий тип синдрома. Приступы тахикардии возникают реже, чем при другой локализации ДС, но протекают более длительно, отмечается высокая эффективность вагусных проб при их купировании и, к сожалению, - высокая частота в общей структуре рецидивов (до 50% из 19 детей). Септальное расположение ДС отличается более поздним дебютом ПТ, наличием не только манифестирующего, но и скрытого типа синдрома, эффективностью проведения консервативной противоритмической терапии.

Выводы. Анатомическая локализация ДС влияет на возраст начала заболевания, частоту приступов ПТ, их длительность и эффективность проводимой терапии. У детей дошкольного возраста, в отличие от взрослых, чаще диагностируются праворасположенные дополнительные атриовентрикулярные соединения (30,8 % - 46,2%), что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями

развития детского сердца и продолжающимся формированием проводящей системы. В детском возрасте основными клиническими типами синдрома WPW являются манифестирующий (56%) и скрытый (29%), при которых спонтанная ремиссия отмечается в 12,9 % -16,7 %. Наиболее частой сопутствующей патологией у детей с синдромом WPW являются: вегетативная дисфункция (21,3%), хронический тонзиллит (38,8%), проявления синдрома дисплазии соединительной ткани (72,2%-32,4%), что необходимо учитывать при наблюдении за такими детьми.
