

Маматисаева Э.Т., Кемелов М.С.

ПРЕДСЕРДНЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: ассист. Арзыкулов А.К.

Кафедра факультетской педиатрии

*Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек*

Актуальность. Предсердные нарушения ритма сердца (ПНРС) занимают второе место по частоте встречаемости в структуре сердечно-сосудистых заболеваний детей после врождённых пороков сердца. Они характеризуются нарушением электрической активности предсердий, что приводит к гемодинамическим расстройствам и повышению риска жизнеугрожающих осложнений. Несмотря на меньшую распространённость у детей по сравнению со взрослыми, ПНРС имеют особую клиническую значимость ввиду возрастных особенностей проводящей системы и значительного влияния на формирование сердечно-сосудистой системы в целом. Несвоевременная диагностика и неадекватное лечение способны привести к прогрессированию сердечной недостаточности, развитию аритмогенной кардиомиопатии и внезапной сердечной смерти.

Цель: проанализировать клинические особенности, современные подходы к диагностике и лечению предсердных нарушений ритма сердца у детей на основании собственных клинических наблюдений.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ двух клинических случаев ПНРС у детей, проходивших обследование и лечение в клинике «Бишкек Кардио». Методы исследования: электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, эхокардиография (ЭхоКГ) с оценкой фракции выброса (ФВ). По показаниям выполнено интервенционное лечение: криобаллонная абляция лёгочных вен и радиочастотная абляция (РЧА). Эффективность оценивалась в ходе динамического наблюдения через 1 месяц после вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Случай 1: пациент 14 лет с фибрилляцией предсердий (ФП), манифестировавшей в возрасте 10 лет. При поступлении: пароксизмы ФП с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 100–150 уд/мин, дилатация левого и правого предсердий, ФВ 47%, снижение толерантности к физическим нагрузкам. Диагноз: нарушение ритма сердца, постоянная форма ФП, минимальная недостаточность митрального клапана, сердечная недостаточность II функционального класса (NYHA). Медикаментозная терапия (варфарин 2,5 мг/сут, амиодарон 200 мг/сут) оказалась неэффективной. Выполнена криобаллонная абляция с изоляцией всех лёгочных вен (температурный режим –40...–55°C), синусовый ритм восстановлен интраоперационно. По данным Холтер-ЭКГ через 1 месяц зафиксировано 89 143 синусовых комплексов, эпизоды ФП не выявлены. ФВ возросла до 67%. Случай 2: ребёнок 11 месяцев с врождённым пороком сердца (тетрада Фалло) после хирургической коррекции. По данным Холтер-ЭКГ — трепетание предсердий (ТП) с ЧСС 320 уд/мин, рефрактерное к медикаментозной терапии. Выполнена РЧА с восстановлением синусового ритма. Приведённые случаи демонстрируют, что у детей с органической патологией сердца ПНРС склонны к прогрессированию и требуют своевременного интервенционного лечения. Показатель эффективности катетерной абляции при атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии достигает 95%, при эктопической предсердной тахикардии — 80–90%.

Выводы. ПНРС у детей требуют комплексного диагностического подхода с обязательным применением ЭКГ, Холтер-мониторирования и ЭхоКГ. При неэффективности фармакотерапии методом выбора является катетерная абляция, позволяющая восстановить синусовый ритм и улучшить систолическую функцию желудочков даже у детей раннего возраста. Группы риска по развитию жизнеугрожающих аритмий — дети с врождёнными пороками сердца, отягощённой наследственностью, перинатальной патологией и синкопальными состояниями — требуют активного выявления на уровне первичного звена здравоохранения.