

ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ДЕТЕЙ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ

¹Ходосовский Н.М., ¹Лукша А.В., ²Яхимчик А.И.

Гродненская областная детская клиническая больница, ¹Гродненский государственный медицинский университет, 1-я кафедра детских болезней, г. Гродно

Ключевые слова: нарушения сердечного ритма, суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, дети.

Резюме: пароксизмальные нарушения ритма являются одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. По данным различных авторов, частота встречаемости их значительно варьирует, составляя от 1 случая на 25,000 до 1 случая на 250 детей. Суправентрикулярные тахикардии составляют 95% от всех тахикардий у детей и чаще носят пароксизмальный характер.

Resume: paroxysmal disturbances of heart rhythm are one of the most actual problems of modern cardiology. According to various authors, the frequency of their occurrence varies significantly, ranging from 1 case per 25,000 to 1 case per 250 children. Supraventricular tachycardia's account for 95% of all tachycardia's in children and more often paroxysmal in nature.

Актуальность. Нарушения ритма и проводимости сердца занимают одно из ведущих мест в структуре сердечно-сосудистой патологии у детей [0, 0]. Под термином суправентрикулярная тахикардия (СВТ) понимают три и более последовательных сокращения сердца с частотой, превышающей верхнюю границу возрастной нормы у детей.

По данным зарубежных авторов, частота встречаемости пароксизмальных нарушений ритма у детей значительно варьирует и составляет от 1 случая на 25000 до 1 случая на 250 детей [0, 0].

К СВТ относят тахикардии, обусловленные аномальным возбуждением миокарда с локализацией источника ритма выше бифуркации пучка Гиса: в миокарде предсердий, атриовентрикулярном соединении, исходящие из устьев полых и легочных вен, а также аритмии, связанные с участием дополнительных проводящих путей [0, 0].

Наджелудочковые тахикардии составляют до 95% от всех тахикардий у детей и чаще носят пароксизмальный характер. СВТ могут встречаться при врожденных и приобретенных пороках сердца, как среди неоперированных детей, так и в отдаленном периоде после хирургической коррекции, кардиомиопатиях, травмах и опухолях сердца [0, 0, 0].

В группе внекардиальных причин важное место занимают метаболические нарушения (гипокалиемия, гиперкалиемия, гипомагниемия, гипермагниемия, ацидоз и др.), а также заболевания эндокринной и центральной нервной системы [0, 0]. Дети, занимающиеся профессиональным спортом высокой интенсивности, входят в группу повышенного риска по развитию пароксизмальных тахикардий [0]. Помимо перечисленного, ряд фармакологических препаратов (катехоламины, гликозиды,

антибактериальные и антиаритмические препараты и др.) могут быть причиной развития жизнеопасных аритмий [0, 0].

Сравнительно недавно среди триггеров развития СВТ выделилась группа заболеваний, объединенных под общим названием – первичные электрические заболевания сердца, включающие синдром укороченного интервала QT, синдром удлиненного интервала QT, синдром Бругада и др. [0].

Отдельную группу составляют идиопатические тахикардии, причина которых остается не известной, однако в педиатрической популяции данные нарушения ритма являются относительно редкой аритмией [0].

В структуре СВТ у детей преобладают атриовентрикулярные-реципрокные тахикардии с участием дополнительных предсердно-желудочковых соединений. Этот вид тахикардии составляет до 80% всех СВТ в возрасте до 1 года и 60-70% в старшей возрастной категории [0].

Цель: изучить гендерно-возрастную структуру детей с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 84 медицинских карт стационарного пациента с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» за период с 2015 по 2019 гг., однако в данное исследование были включены только однократно госпитализированные дети (n=40), из которых, 19 мальчиков и 21 девочка.

Все пациенты (n=40) были разделены на 4 возрастные группы: 1-я группа – дети в возрасте от 2 до 5 лет (n=8), 2-я группа – 5-10 лет (n=10), в 3-ю группу вошли дети от 10 до 15 лет (n=18), в 4-ю группу – старше 15 лет (n=4).

Статистическая обработка полученных данных проводилась непараметрическими методами статистического анализа с помощью программы Statistica, версия 13.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ гендерной структуры детей с СВТ за пятилетний период установил (рисунок 1), что процент мальчиков составил 47,5%, девочек – 52,5% среди однократно госпитализированных детей ($p>0,05$).

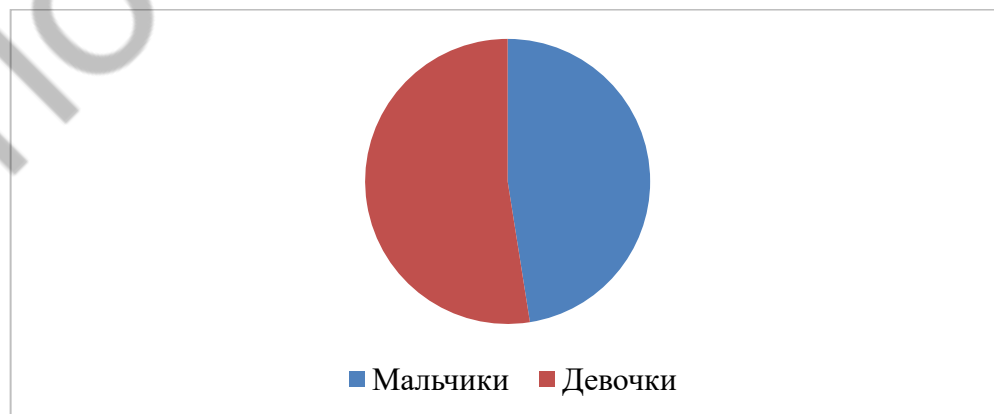


Рис. 1 – Гендерная структура детей с суправентрикулярной тахикардией

Особенности распределения детей с суправентрикулярной тахикардией в зависимости от возрастного критерия представлены на рисунке 2.

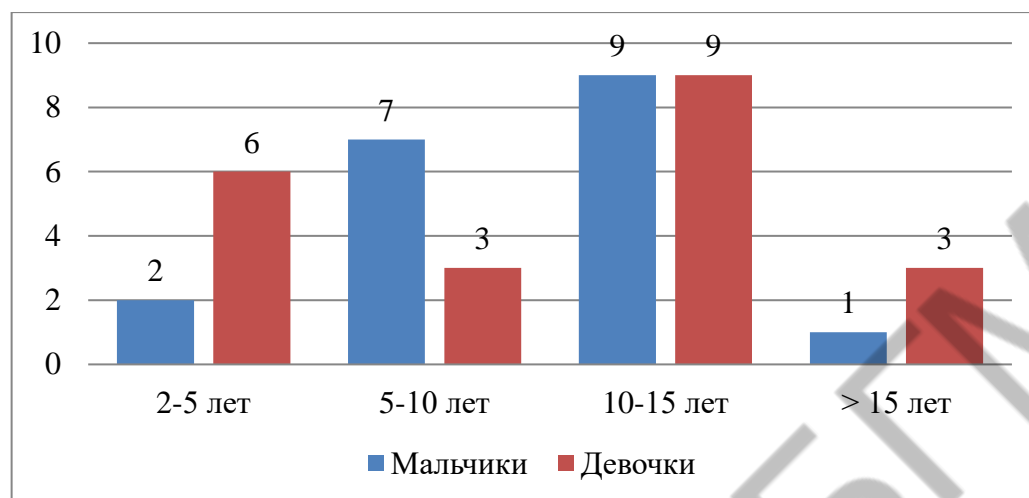


Рис. 2 – Возрастная структура детей с СВТ

Установлено, что в группе детей от 2 до 5 лет, мальчики составили 2 человека (25,0%), девочки – 6 или 75,0%, что статистически значимо различалось по половому признаку ($p=0,01$). Во 2-й группе в 70,0% преобладали пациенты мужского пола ($p=0,001$). В группе детей в возрасте 10-15 лет статистически значимых гендерных различий выявлено не было ($p>0,05$), количество мальчиков ($n=9$) равнялось количеству девочек ($n=9$). Среди детей старше 15 лет, СВТ наблюдалась достоверно чаще среди лиц женского пола, в 75,0% случаев ($p=0,01$).

Выводы: частота встречаемости суправентрикулярной тахикардии в зависимости от гендерной принадлежности детей, статистически значимо не различалась ($p>0,05$).

Среди детей с СВТ наблюдается определённый половой диморфизм данной патологии в разных возрастных периодах: в возрасте от 5 до 10 лет и старше доля мальчиков среди детей с СВТ значительно возрастает, формируя основной пик к 10-15 годам, в то время, у девочек, СВТ возникает с более частой манифестацией на первых годах жизни и в период полового созревания.

Считаем, что с целью профилактики и для оценки риска возникновения жизнеугрожающих нарушений ритма сердца, необходимо учитывать данные особенности при наблюдении и ведении детей с эпизодами тахикардии, имеющие отягощенный семейный анамнез по нарушениям сердечного ритма и проводимости.

Литература

1. Age makes a difference: symptoms in pediatric supraventricular tachycardia / A. Quattrocchi [et al.] // J Arrhythm. – 2018. – Vol. 34 (5). – P. 565-571.
2. Baombe, J. P. Intraosseous adenosine for the termination of paroxysmal supraventricular tachycardia in children / J. P. Baombe, J. Clark, J. Green // Emerg. Med. J. – 2014. – Vol. 31, № 7. – P. 604-605.
3. Ludomirsky, A. Supraventricular tachycardia / A. Ludomirsky, A. Garson // Pediatric Arrhythmias: Electrophysiology and Pacing. Ed. By P. C. Gillette, A. Garson. Philadelphia, WB Saunders. – 1990. – P. 380-426.

4.PACES/HRS expert consensus statement on the evaluation and management of ventricular arrhythmias in the child with a structurally normal heart / J. E. Crosson [et al.] // Heart Rhythm. – 2014. – Vol. 11, № 9. – P. 55-78.

5.Pharmacological and non-pharmacological therapy for arrhythmias in the pediatric population: EHRA and AEPIC-Arrhythmia Working Group joint consensus statement / J. Brugada [et al.] // Europace. – 2012. – Vol. 15, № 9. – P. 1337-1382.

6.Национальные рекомендации по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти / А. В. Ардашев [и др.] // Клиническая практика. – 2012. – № 4. – С. 1-80

7.Суправентрикулярные (наджелудочковые) тахикардии у детей / И. А. Ковалёв [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2019. – № 16 (3). – С. 133-143.

8.Томчик, Н. В. Неонатальные и фетальные нарушения сердечного ритма / Н. В. Томчик, Н. И. Янковская // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 3. – С. 55-59.

Репозиторий БГМУ