

Романович В.С., Яцкевич Т.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: ст. преп. Мороз Е.А.

Кафедра 2-я детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) представляет собой врожденную аномалию проводящей системы сердца, характеризующуюся наличием дополнительных атриовентрикулярных соединений (ДАВС), которые создают условия для развития опасных аритмий. У детей данный синдром встречается с частотой 0,04–0,31% и имеет два возрастных пика манифестации - на первом году жизни и в подростковом периоде (10–15 лет). Этиологически синдром связан с сохранением эмбриональных проводящих путей (пучков Кента), генетическими мутациями, а также часто сочетается с врожденными пороками сердца, такими как аномалия Эбштейна и пролапс митрального клапана.

Клиническая картина синдрома WPW у детей существенно варьирует в зависимости от возраста. У грудных детей заболевание часто протекает бессимптомно или проявляется неспецифическими симптомами - вялостью, отказом от еды, рвотой, при этом существует высокий риск развития острой сердечной недостаточности вследствие незрелости миокарда. У детей 1–7 лет появляются характерные жалобы на сердцебиение, возможны синкопальные состояния, отмечается циркадность приступов. У подростков аритмии четко связаны с физической нагрузкой, преобладают ортодромные тахикардии (90% случаев), а также существует значительный риск внезапной сердечной смерти.

Диагностика синдрома WPW у детей включает комплекс инструментальных методов. На ЭКГ выявляются характерные признаки: укороченный интервал PQ, дельта-волна и расширенный комплекс QRS. Холтеровское мониторирование позволяет оценить частоту и характер пароксизмов. Чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧПЭФИ) и ЭхоКГ необходимы для точного определения локализации ДАВС и исключения сопутствующих структурных аномалий сердца.

Лечение синдрома WPW у детей включает неотложную помощь и долгосрочную терапию. При острых пароксизмах применяют вагусные пробы (эффективны в 50% случаев), аденозин (АТФ) как препарат первой линии, при нестабильной гемодинамике показана электрическая кардиоверсия (1–2 Дж/кг). Для длительного лечения используют антиаритмические препараты: пропафенон, соталол, а в резистентных случаях - амиодарон (с учетом его побочных эффектов). Радиочастотная абляция (РЧА) остается методом выбора при рецидивирующих тахикардиях, синкопальных состояниях и высоком риске внезапной смерти, демонстрируя эффективность 85–95%. Однако у детей младшего возраста (менее 15 кг) процедура сопряжена с высоким риском осложнений (до 9%).

Актуальность изучения синдрома WPW у детей обусловлена несколькими факторами. Во-первых, возрастные особенности проводящей системы и вегетативной регуляции создают уникальные диагностические и терапевтические сложности. Во-вторых, заболевание несет высокий риск развития жизнеугрожающих аритмий, особенно в подростковом возрасте. В-третьих, диагностика у младенцев и детей раннего возраста требует особого подхода из-за стертой клинической картины. Кроме того, существующие методы лечения, включая медикаментозную терапию и РЧА, требуют дальнейшего совершенствования для педиатрической практики. Все это подчеркивает необходимость продолжения исследований в данном направлении для улучшения диагностики, лечения и прогноза у детей с синдромом WPW.