

2002г.-114с.

5. Гуревич М.В., Стручков П.В., Александров О.В. Влияние некоторых лекарственных препаратов различных фармакологических групп на вариабельность ритма сердца. Качественная клиническая практика 1, 2002
6. Воробьев А.С. Клиническая эхокардиография у детей и подростков.СПб.: Специальная литература.1999, 422с.

Обмен опытом

А.М.Чердниченко, С.В.Мулякина, Г.С.Кокоулин, Н.В.Буяло

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ И НЕПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава
Кафедра педиатрии ФПК и ПП
Детская городская больница №11, г. Екатеринбург

За последние десятилетия существенно изменилась структура кардиальной патологии у детей. Наряду с уменьшением частоты ревматического поражения сердца, бактериального эндокардита увеличилось число больных с нарушениями сердечного ритма. [1, 2] Сердечные аритмии при недостаточно эффективной и своевременной медицинской помощи прогрессируют и нередко становятся причиной инвалидности и нетрудоспособности взрослых. Медико-социальное значение аритмий определяется распространенностью этого патологического состояния, склонностью к хроническому течению, высоким риском внезапной смерти при их возникновении. [2]

Ежегодно в городском педиатрическом кардиологическом центре мы наблюдали 200-250 больных с аритмиями, это составило до 25% от общего числа госпитализированных больных. Наши данные совпадают с литературными о частоте сердечных аритмий у детей. [2]

Приводим материалы наблюдения за 30 больными с пароксизмальной и непароксизмальной тахикардией.

Пароксизмальная тахикардия характеризуется наличием у больного приступа насильственной тахикардии разной длительности и частоты с последующим нормальным сердечным циклом. В настоящее время три комплекса QRS из одного очага расценивается как короткий пароксизм. У детей чаще встречается суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия. Желудочковые тахикардии наблюдаются у детей с грубой органической патологией сердца.

Термин «хроническая непароксизмальная тахикардия» означает наличие постоянного или почти постоянного, активного эктопического ритма (чаще предсердного), когда синусовый ритм отсутствует или регистрируется короткий отрезок времени. Длительная тахикардия нередко приводит к формированию дилатационной аритмогенной кардиомиопатии.

Среди наблюдаемых больных были дети в возрасте от 7 до 14 лет, двое детей в возрасте до одного года. Дети с пароксизмальной тахикардией предъявляли жалобы на ощущение частых сердцебиений, связанных с эмоциональными, реже – физическими нагрузками, а также на появление перебоев в работе сердца.

В случае хронической непароксизмальной тахикардии таких жалоб не было. Беспокоили боли в области сердца, также связанные с эмоциональными нагрузками. По характеру боли были, как правило, колющие, кратковременные, преимущественно в дневное время, чем и привлекали внимание родителей и окружающих. При пароксизмальной тахикардии во время приступа детей нередко беспокоила одышка при физической нагрузке. Отмечали жалобы общевротического характера, такие, как головные боли, головокружения, нарушения сна, плохая переносимость транспорта, душных помещений, наблюдалась метеозависимость.

У больных с хронической непароксизмальной тахикардией жалобы на сердцебиения отсутствовали. Выявляемая при осмотре детей тахикардия 110-120 уд. в мин. не расценивалась врачами как патологическое состояние сердца.

В анамнезе у наблюдаемых больных нередко отмечалось неблагоприятное течение ante- и перинатального периода, осложненного гестозом, угрозой невынашивания, внутриутробного инфицирования. Наследственность была отягощена наличием у родственников больных гипертонической болезнью, ИБС, панкреатобилиарной патологией, язвенной болезнью. В семьях родственников наших больных отмечались ранние и внезапные смерти, нарушения сердечного ритма. У родственников двух больных был имплантирован электрокардиостимулятор. Из перенесенных ранее заболеваний в анамнезе выявлялась ангина, скарлатина, частые респираторные заболевания, особенно в дошкольном возрасте. Нередко выявлялась нестабильность дисков в ШОП.

Клиническая картина пароксизмальной тахикардии характеризовалась наличием жалоб на слабость, головокружение и похолодание конечностей, тошноту, в редких наблюдениях приступ пароксизмальной тахикардии сопровождался синкопальным состоянием. В случаях коротких эпизодов пароксизмальной тахикардии либо при наличии хронической непароксизмальной тахикардии общее самочувствие детей не страдало.

Пароксизмальная тахикардия и хроническая непароксизмальная тахикардия часто развивались на фоне гастрита (гастродуоденита), гиперплазии щитовидной железы, у детей без органической патологии сердца либо, но заметно реже, на фоне врожденного порока сердца, дилатационной кардиомиопатии. Неврологическая клиническая симптоматика характеризовалась наличием вегето-сосудистой дистонии, преимущественно, симпатикотонии.

Частота сердечных сокращений у больных с пароксизмальной тахикардией была от 140 до 180 уд. в мин., максимально 300 в мин., в то же время у детей с непароксизмальной тахикардией она составляла не более 100-120 уд. в мин.

На ЭКГ во время приступа была зарегистрирована суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, предсердная непароксизмальная тахикардия.

Наряду с короткими, до нескольких минут, приступами выявлялись дети с затяжными приступами длительностью от нескольких часов – до суток. Длительные и частые приступы более опасны для детей раннего возраста с органической патологией сердца в связи с

опасностью развития недостаточности кровообращения. У части детей длительность приступов была неизвестна в связи с тем, что самочувствие не страдало. В наших наблюдениях это были дети с хронической непароксизмальной тахикардией либо короткими приступами пароксизмальной тахикардии.

При осмотре детей изменения со стороны сердца выявлялись в основном у больных с органической патологией сердца. У детей с пароксизмальной тахикардией вне приступа, как правило, регистрировалась брадикардия, а у детей с хронической непароксизмальной тахикардией - тенденция к тахикардии. При аускультации сердца можно было выслушать систолический шум, дополнительный тон в систоле за счет пролапса митрального клапана, III тон и др.

Результаты инструментального обследования больных

На ЭКГ вне приступа регистрировалась брадикардия, миграция водителя ритма, АВ блокады I-II степени, экстрасистолии, короткие пароксизмы тахикардии, функционирующие дополнительные пути проведения. Проведением кардиоинтервалографии была документирована симпатикотония либо гиперсимпатикотония. Реоэнцефалография позволила выявить гипертонус вен и артерий, чаще в вертебробазиллярном бассейне с затруднением венозного оттока и признаками сосудистой дистонии. На электроэнцефалограммах у некоторых детей установлена эпилептиформная активность без указаний на судороги в анамнезе, регистрировались общемозговые изменения биоэлектрической активности головного мозга. На ЭхоКГ у большинства наших больных выявлены дополнительные хорды в полости левого желудочка как единичные, так и множественные, а также пролапс митрального клапана и митральная регургитация. У детей с органической патологией сердца была диагностирована гипертрофия миокарда, дилатация камер, у одного больного - снижение сократительной способности миокарда желудочков. В случаях отсутствия жалоб при наличии тахикардии мы проводили круглосуточное холтеровское мониторирование ЭКГ, и только при этом обследовании были выявлены пароксизмы тахикардии, преимущественно в ночное время.

Лечение больных с пароксизмальной и непароксизмальной тахикардиями представляет трудную задачу. Мы назначали комплекс терапевтических мероприятий, включающих ноотропы и ноотропо-подобные препараты преимущественно с седативным действием, в частности, пантогам, фенибут, пикамилон, аминалон, перидитол, глутаминовую кислоту. Использовали финлепсин, обладающий нейротропным и кардиотропным, мембраностабилизирующим действием, антиаффективным и антиаритмическим эффектом. Рекомендовали улучшающие микроциркуляцию средства, например, пармидин, трентал, стугерон, назначали витамины А, Е, магне-В6, веторон, В-каротин, олигогалселен, а также препараты, улучшающие окислительно-восстановительные процессы на клеточном уровне, например, рибофлавин, липоевая кислота, витамин В15, бевиплекс. Использовали в лечении димефосфон, кардиотрофическую и седативную терапию. Обязательным являлось лечение сопутствующих заболеваний.

У части детей приступы пароксизмальной тахикардии купировались самостоятельно или вагусными пробами, седативными средствами. Почти у половины детей приходилось прибегнуть хотя бы один раз к использованию антиаритмических средств, чаще изоптин либо обзидан, сердечных гликозидов для купирования пароксизмальной тахикардии. У

одного ребенка в связи с затяжным приступом пароксизмальной тахикардии на фоне органической патологии сердца при неэффективности антиаритмических средств приступ пароксизмальной тахикардии был купирован чреспищеводной электрокардиостимуляцией.

Наиболее трудными для восстановления ритма оказались больные с хронической непароксизмальной тахикардией.

Все наблюдаемые дети были выписаны из стационара, в случаях пароксизмальной тахикардии – пароксизмы купированы. Однако у больных с непароксизмальной тахикардией симптомы аритмии, по данным ЭКГ оставались. Так как пароксизмальная тахикардия не заканчивается одним приступом тахикардии, больным была рекомендована длительная (до 6 месяцев и более) постоянная терапия ноотропами и ноотропоподобными препаратами, которые позволяют предупредить, либо облегчить приступы тахикардии. Упорная терапия еще более оправдана при непароксизмальной тахикардией.

Выводы:

Тахикардии не имеют возрастной границы, встречаются у детей раннего возраста и у старших детей.

Клиническая картина пароксизмальной и непароксизмальной тахикардии различается: если при пароксизмальной тахикардии чаще дети ощущают приступы учащенных сердцебиений, то при хронической непароксизмальной тахикардии такие жалобы отсутствуют и тахикардии выявляются случайно. Последнее усложняет диагностику заболевания и прогноз. Хроническая непароксизмальная тахикардия может быть и электрокардиографическим диагнозом.

Пароксизмальная тахикардия наиболее тяжело протекает у детей раннего возраста, с органической патологией сердца и врожденными аномалиями проводящей системы сердца, что требует обязательной госпитализации их в специализированное отделение, в ряде случаев назначения антиаритмических средств для купирования приступа.

Дети, страдающие тахикардиями, имеют неблагоприятный прогноз для жизни, в связи с этим должны регулярно наблюдаться кардиоревматологом. С диспансерного наблюдения эти дети не снимаются.

Все дети с тахикардиями нуждаются в углубленном обследовании с целью уточнения диагноза и своевременного назначения правильного лечения.

Список использованной литературы

1. Батунова Е.А., Смирнова Т.Н., Поляков В.Е. «Значение круглосуточного холтеровского мониторирования в диагностике нарушения ритма и проводимости сердца у детей в амбулаторных условиях».- Педиатрия, 1998. №6, с. 12-18.
2. Школьникова М.А., Верченко Е.Г., Березницкая В.В. «Мерцательная аритмия у детей. механизмы, клиника, диагностика и методы лечения». – Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1999, т.44, №22, С. 24-33.