

Оптимизация лечения детей с нарушениями сердечного ритма

Захарова С.Ю.¹, Рогачева Т.В.¹, Мулякина С.В.²

¹ГОУ ВПО "Уральская государственная медицинская академия" Росздрава,

²ГКДБ №11, Екатеринбург

Резюме. В статье представлены результаты обследования и лечения 102 детей с нарушениями сердечного ритма. Среди обследованных: 9 больных (8,8%) были в возрасте до 10 лет, 36 детей (35,3%) - в возрасте от 10 до 12 лет, 57 больных (55,9%) - в возрасте от 12 до 14 лет. Проанализированы анамнестические данные, по результатам электрокардиографии выделены 3 группы детей: первую группу (18 детей - 17,6%) составили дети с экстрасистолией, вторую (59 больных - 57,8%) - дети с брадиаритмией, третью (25 детей - 24,6%) - больные с тахикардией. У всех больных были проанализированы жалобы, анамнестические данные, особенности развития, результаты ранее проводимых исследований сердца и сосудов. Для проведения клинического анализа использовали историю развития ребенка (ф. 112) и специально разработанную формализованную статистическую карту. Физическое развитие наблюдаемых больных оценивали по центильным таблицам и региональным нормативам физического развития.

Проводимый анализ показал, что большинство наблюдаемых детей родились от больных родителей (76,5% матери и 39,4% отцы). В структуре хронических заболеваний родителей ведущее место занимали болезни системы кровообращения, органов пищеварения и дыхания.

Проведена оценка физического развития у детей с нарушениями сердечного ритма. Обнаружена дисгармоничность развития, в ряде случаев (32,7%) с преобладанием дефицита массы.

Всем больным назначали лечебно-охранительный режим и лекарственную терапию, включающую препараты со стимулирующим действием, адаптогены и седативные препараты. По показаниям получали вазоактивные препараты, антиоксидантную и мембраностабилизирующую терапию.

С целью оптимизации лечения проводили обследование больных совместно с медицинским психологом, используя личностный опросник Г.Ю. Айзенка, тест Сонди и тест Дж. Тилфорда. С целью оптимизации лечебного процесса после изучения психологических особенностей личности назначали психологическую коррекцию и получали положительные результаты в виде нормализации вегетативной реактивности и улучшения показателей ЭКГ.

Показана целесообразность и социальная значимость разработанной и внедренной в систему реабилитации детей с нарушением сердечного ритма психологической коррекции, что улучшает прогноз в течении болезни.

Ключевые слова: дети, нарушение сердечного ритма, психологическое тестирование, психологическая коррекция

В структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей одно из ведущих мест занимают нарушения сердечного ритма, которые возникают в раннем возрасте и нередко продолжают в подростковом и юношеском возрасте [1,2]. Дети, страдающие аритмией, относятся к группе повышенного

риска по внезапной смертности и инвалидизации при отсутствии своевременной диагностики и адекватной реабилитации.

Традиционно используемые в педиатрической практике антиаритмические препараты позволяют достаточно быстро устранить аритмию, но при отсутствии длительной реабилитации больных нарушения сердечного ритма возобновляются и могут приобрести необратимый характер.

Поэтому одним из важных и сложных

Захарова Светлана Юрьевна - д.м.н., профессор кафедры педиатрии и подростковой медицины ГОУ ВПО УГМА Росздрава

разделов детской кардиологии остается лечение и реабилитация больных с нарушениями ритма сердца.

Цель работы: оптимизация лечения различных вариантов сердечных аритмий у детей, с учетом их психологических особенностей.

Материалы и методы

Исследование проводили в городском детском кардиологическом центре детской больницы № 11. Наблюдали 102 ребенка в возрасте до 10 лет - 9 детей (8,8%), от 10 до 12 лет - 36 детей (35,3%), и в возрасте от 12 до 14 лет - 57 больных (55,9%), то есть подавляющее число больных были детьми подросткового возраста (91,2%). Среди обследуемых детей девочки составили 46,1%, мальчики - 53,9%. Дети были разделены на 3 группы: первую группу составили 18 детей с экстрасистолией (17,6%), вторую - 59 больных с брадиаритмией (57,8%) и третью - 25 детей с тахикардией (24,6%). За всеми больными проводили мониторинг длительностью от 1,5 до 5 лет. В наблюдении за детьми принимали участие невролог, отоларинголог, стоматолог, ортопед, хирург-аритмолог, вертебролог, психолог.

У всех больных были проанализированы жалобы, анамнестические данные, особенности развития, результаты ранее проведенных исследований сердца и сосудов. Для проведения клинического анализа использовали историю развития ребенка (ф. 112) и специально разработанную формализованную статистическую карту. Физическое развитие наблюдаемых больных оценивали по центильным таблицам и региональным нормативам физического развития.

Согласно алгоритму обследования больных с кардиальной патологией [5], всем наблюдаемым детям при поступлении проводили ЭКГ, что позволило выделить 3 группы больных.

В периоде диспансерного наблюдения частота осмотра была индивидуальной и зависела от тяжести и характера течения заболевания. В среднем дети осматривались с частотой от 1 до 4 раз в год. Часть больных нуждалась в повторной госпитализации.

В ходе исследования были использованы методы: клиничко-статистический; ЭКГ и Эхо-ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ; КИГ; психологические тесты: личностный опросник Г.Ю. Айзенка, тест реакций на фрустрирующие ситуации, тест восьми влечений Л. Сонди, тест социального интеллекта Дж. Тилфорда.

Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с

использованием прикладных программ STATISTICA версии 6.0. Использовались методы статистического описания переменных, корреляционного анализа. Достоверность различий переменных в выборках (P) оценивали их t-критерию. Стьюдента (для количественных данных). Для оценки непараметрических данных были использованы тест Манна-Уитни (различия в средних независимых выборках), тест Колмогорова-Смирнова (различия в форме распределения). Для малых значений использовали точный метод Фишера и метод ХИ-квадрат с коррекцией Пейтса. Достоверным считалось отличие при $p < 0,05$.

Результаты

Проведенный анализ показал, что большинство наблюдаемых детей родились от больных родителей (76,5% матерей и 39,4% отцов). В структуре хронических заболеваний родителей ведущее место занимали болезни системы кровообращения, органов пищеварения и дыхания.

Неонатальный период был отягощен. Ведущей патологией этого периода было перинатальное повреждение ЦНС (79,4%), последствия которого, как известно, сохраняются пожизненно [3,4]. Именно поэтому все дети в последующие годы жизни наблюдались неврологом и имели клинические проявления вегето-сосудистой дисфункции, преимущественно по ваготоническому типу. В структуре хронических заболеваний наиболее значимыми оказались хронические заболевания органов пищеварения (74,4%), глистно-паразитарные инвазии (44,1%) и болезни органов дыхания (47,1%).

По данным ранее проводимым ЭКГ, большинство больных (56,8%) страдали нарушениями сердечного ритма от одного до 3 лет, у части детей (31,4%) давность кардиальной патологии не превышала 6 мес. Почти в половине наблюдений (48,1%) нарушения ритма сердца были выявлены случайно при проведении ЭКГ. Жалобы, предъявляемые детьми и их родителями, указывали на вегето-сосудистую дисфункцию и характеризовались наличием головной боли, слабости, утомляемости, нарушение сна, предобморочного состояния. Многие больные указывали на постоянное ощущение сердцебиений либо приступов сердцебиений, перебоев в работе сердца.

В соответствии с алгоритмом обследования больных с кардиальной патологией [5], всем наблюдаемым детям при поступлении проводили ЭКГ, что позволило выделить 3 группы больных: первую группу (18 детей - 17,6%) составили дети с экстрасистолией, вторую (59 больных -

57,8%) - дети с брадиаритмией и третью (25 детей - 24,6%) - больные с тахиаритмией.

Анализом показателей физического развития были выявлены особенности в зависимости от пола и характера аритмии.

Большинство больных девочек (80,6%) имели мезосоматический соматотип, при этом наблюдалось гармоничное развитие (36,2%), дефицит (38,3%) либо избыток (35,5%) массы. Показатели физического развития мальчиков были заметно хуже. Несколько больше половины из них (54,5%) имели мезосоматический соматотип, а более одной трети (34,6%) - микросоматический соматотип. Гармоничное развитие имели около поло-вины мальчиков (49,1%). Чаще (50,9%) оно было дисгармоничным с преобладанием дефицита массы (32,7%). Наиболее неблагоприятными по физическому развитию оказались дети с тахиаритмиями, среди них преобладали дети микросоматического соматотипа.

Характер аритмии был взаимосвязан с показателями артериального давления (АД). В группе больных с экстрасистолией почти в половине наблюдений (44,4%) прослеживалась сосудистая дистония с преобладанием артериальной гипертензии (33,3%). У детей с брадиаритмией сосудистая дистония отмечалась реже (30,5%), при этом регистрировались и артериальная гипертензия (11,9%), и гипотензия (18,6%). Примерно такого же вида сосудистая дистония была у 4 больных с тахиаритмией.

По данным ЭКГ у большинства детей с экстрасистолией (83,3%) регистрировалась желудочковая экстрасистолия, что, как известно, является одним из прогностически неблагоприятных патологических признаков. У этих же детей нередко выявлялись миграция водителя ритма (27,8%), блокада ножек пучка Гиса (16,7%), синоатриальная (11,2%) и атриовентрикулярная блокада I ст. (5,6%). Среди больных с брадиаритмией нарушения сердечного ритма были обусловлены синдромом дисфункции синусового узла, что проявлялось синусовой брадикардией (27,1%), миграцией водителя ритма (42,4%), синоатриальной (16,9%) и атриовентрикулярной (16,9%) блокадами. Почти у одной трети больных (30,5%) был зарегистрирован предсердный ритм. В некоторых случаях (8,5%) была диагностирована атриовентрикулярная диссоциация. Характер и частота выявления аритмий при холтеровском ЭКГ в целом совпадали с результатами ЭКГ.

Все больные получали лечебно-охранительный режим и медикаментозную терапию, включающую следующие препараты. При аритмиях в сочетании с ваготонией назначали препараты со стимулирующим действием

(аминалон, пакамилон, пирацетам, ноотропил, глютаминовая кислота). При тахиаритмиях и экстрасистолии - препараты с седативным действием (пантогам, фенибут, глицин). Длительность назначения каждого из выбранных медикаментов составляла 2 мес., препаратов-ноотропов - 6 мес. с повторными курсами через 6-12 мес. После первичного курса ноотропов назначали препараты-адаптогены со стимулирующим (элеутерококк, аралия, женьшень) или седативным (настойка пиона, боярышника, валерианы, пустырника, новопассит) действием. Детям с тахиаритмией, частой желудочковой экстрасистолией назначали финлепсин, обладающий мембраностабилизирующим и антиаритмическим действием, курсами от 6 мес. до одного года. Вазоактивные препараты (циннаризин, трентал, кавинтон) назначали с учетом данных реоэнцефалограммы. Все больные получали курсы антиоксидантной и мембраностабилизирующей терапии (2% раствор ксидифона, димефосфон, витамины А, Е, С, группы В в комбинации с АТФ. Антиаритмические препараты назначали редко, после консультации кардиолога, аритмолога и аритмолога-хирурга. Поскольку нарушения сердечно-сосудистой системы у наблюдаемых больных не имели органической природы, а были связаны с нарушением вегетативной реактивности с преобладанием симпатических влияний все больные были консультированы медицинским психологом с целью изучения психологических особенностей личности. С помощью личностного опросника Ю.Г. Айзенко удалось установить, что наблюдаемые дети способны адекватно проявлять себя в обществе и иметь четкое социальное поведение. Уровень психо-эмоциональной стабильности у детей с аритмией в целом соответствует среднему (50% больных) и высокому (39,1%) уровню. Согласно теста С. Розенцвейга больные с аритмией неадекватно легко реагируют на ситуации препятствия в удовлетворении собственных потребностей и интересов. Негативные эмоции, вызванные каким-либо препятствием, они склонны направлять во внешний мир, перенося ответственность за возникшую проблему на кого-либо или что-либо в его окружении. Другим вариантом реагирования является игнорирование трудностей. Эти дети испытывают трудности в общении и не способны использовать конструктивные модели поведения в конкретных ситуациях. По результатам теста Л. Сонди установлено, что дети с различными вариантами нарушения сердечного ритма имеют невротический конфликт, а часть детей с бради- и тахиаритмией эмоционально истощены. Отмечены высокие показатели сдерживаемого

внутреннего эмоционального напряжения. Изучение специфики социального интеллекта как показателя межличностного взаимодействия и способности понимать и прогнозировать ситуации общения (тест Дж. Гилфорда) показал низкий (45,2%) либо средний (54,8%) уровень сформированности социального интеллекта.

Результаты проведенных исследований у больных с нарушениями сердечного ритма выявили индивидуально-личностные особенности, неизвестные ни самим больным, ни их родителям: ярко выраженную потребность в любви и признании со стороны окружающих людей, сдерживание проявлений негативных эмоций, неадекватное поведение в проблемных ситуациях общения, аутоагрессия и склонность к депрессивным состояниям, недоверие к окружающему миру, низкие адаптивные возможности к стрессовым ситуациям.

Заключительным этапом исследования были оптимизация лечения больных с нарушениями сердечного ритма путем введения в комплекс терапевтических мероприятий психокоррекционной работы и оценка ее эффективности. По согласованию с родителями 26 детей в возрасте 10-14 лет проводили занятия с психологом 2 раза в неделю по 3-4 часа в течение 6 мес. Результаты психокоррекционной работы в сочетании с медикаментозной терапией были обнадеживающими во всех отношениях. Дети редко указывали на головную боль, слабость, утомляемость, боли в области сердца, практически полностью исчезли расстройства сна, плаксивость, приступы сердцебиений, обмороки. У детей с брадиаритмией частота выявления нормального варианта вегетативной реактивности увеличилась в 3,5 раза и составляла 58,3% (при стандартной терапии 19%, $p < 0,01$). У больных с тахиаритмией наблюдалось отчетливое снижение числа больных с асимпатиконией (16,7% против 10%, $p < 0,05$). У больных с брадиаритмией на ЭКГ не регистрировалась синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада и диссоциация, экстрасистолы. У больных с тахиаритмией не регистрировались приступы пароксизмальной

тахикардии, миграция водителя ритма, атриовентрикулярная блокада, экстрасистолы.

Обсуждение

Кардиальная патология у детей является важнейшим разделом педиатрии в связи с неблагоприятным прогнозом в случаях несвоевременной диагностики и лечения. В структуре кардиальной патологии преобладают нарушения сердечного ритма, имеющие функциональный характер на фоне вегето-сосудистой дисфункции.

Дети с нарушениями сердечного ритма очень часто отстают в физическом развитии и имеют психологические особенности. Последние характеризуются низкими адаптивными способностями к окружающей социальной среде, аутоагрессией и склонностью к депрессивным состояниям, неадекватным поведением в ситуациях общения, сдерживанием проявления негативных эмоций, выраженной потребностью в любви и общественном признании.

Заключение

Врачи-педиатры и педиатры-кардиологи используют при лечении больных с нарушением сердечного ритма лечебно-охранительный режим и общепринятую медикаментозную терапию. В то же время значительно большего терапевтического эффекта можно достичь, изучив психологический портрет больного и проведя психологическую коррекцию. Результаты работы весьма перспективны и требуют продолжения дальнейших исследований. В комплекс обследования больных с аритмиями, помимо стандартного набора исследований, необходимо включить консультацию психолога с последующим проведением психокоррекционной работы.

Органы управления здравоохранением должны быть осведомлены о целесообразности привлечения медицинских психологов к проведению реабилитационных мероприятий у больных с нарушениями сердечного ритма, что улучшает прогноз и снижает риск инвалидизации.

Литература

1. Алексеева Ю.А., Борисова М.А., Чикунов Н.Н. Характеристика состояния вегетативной нервной системы в зависимости от возраста и группы здоровья. Материалы конгресса "Детская кардиология - 2002" 2002: 152-3.
2. Ащеулова Т.В., Гребова Л.П. Психологические и социальные факторы в развитии нарушений ритма сердца у подростков. Материалы конгресса "Детская кардиология - 2002" 2002: 22-3.
3. Барашнев Ю.И., Лебедев Б.В. Неврология детского возраста. Л: Медицина 1981: 460.
4. Белозеров Ю.М., Агапитов Л.И., Ибрагимов М.С. Вариабельность артериального давления при нейрциркуляторной нестабильности у детей. Тезисы конгресса "Детская кардиология - 2004" 2004: 10-11.
5. Макаров Л.М., Белоконов Н.А., Белозеров Ю.М. Характеристика суточного ЭКГ и регуляция ритма сердца у подростков. Кардиология 1990; 2: 37-42.
6. Школьникова М.А. Диагностика и лечение жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма в детском возрасте. Лекция для врачей. М.; 2001: 86.