

УДК 616.8-009.832:616.12-008.318]-053.2

**СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ  
У ДЕТЕЙ АССОЦИИРОВАННЫЕ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА**

*Бубневич Т. Е., Бильская Н. А.*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**Учреждение**

**«Гомельская областная детская клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

**Ведение**

Нарушение сердечного ритма (НРС) и проводимости вышли на первое мест в структуре сердечно-сосудистой патологии у детей [1]. По литературным данным выявляемость аритмий приходится на возраст 4–8 и 12–13 лет. Это связано с интенсивным ростом и развитием [2].

Клиническими симптомами аритмий у детей являются внезапное усиление сердечных сокращений, замедление ритма сердца, боли в груди, одышка, головокружение. Наибольшую угрозу для жизни и здоровья ребенка оказывают кардиогенные обмороки. Они могут быть связаны со структурным поражением органов сердечно-сосудистой системы и/или нарушением работы сердца [3, 4].

К аритмогенным синкопальным состояниям, наиболее часто встречающимся у детей, относят следующие НРС: синдром слабости синусового узла (СССУ), синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW-синдром), синдром удлиненного интервала QT, нарушение атриовентрикулярного проведения и пароксизмальная тахикардия [5].

**Цель**

Изучить прогностические критерии развития синкопальных состояний у детей и подростков с НРС, оценить эффективность противоаритмической терапии.

**Материал и методы исследования**

Исследование выполнялось на базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница». В ходе работы проведен анализ 270 историй стационарного пациента с верифицированным диагнозом НРС за 2020 г. Всем исследуемым были выполнены ЭКГ и суточное холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ сердца, внутренних органов, щитовидной железы и лабораторный мониторинг. Для расчета средних значение и стандартного отклонения применялся Microsoft Excel 2016.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе исследования выявленные аритмии, как причина синкопальных состояний, распределились следующим образом: пациенты с тахикардиями: суправентрикулярная тахикардия — у 122 (45,2 %) ребенка, желудочковая тахикардия — у 19 (7,04 %) детей, WPW-синдром — у 31 (11,49 %); пациенты с брадикардиями: атриовентрикулярная блокада (АВ-блокада) II и III степени — у 45 (16,67 %), СССУ — у 23 (8,52 %); пациенты с удлиненным интервалом QT — у 30 (11,09 %).

По нашим данным в дошкольном возрасте чаще всего регистрировались АВ-блокада II и III степени — 33 пациента (58,93 % исследуемых

данного возраста). Среди детей младшего школьного возраста — WPW-синдром у 23 и суправентрикулярная тахикардия у 25 пациентов (24,74 и 26,89 % исследуемых данного возраста соответственно). У пациентов старшего возраста — суправентрикулярная тахикардия среди 80 пациентов (66,12 % исследуемых данного возраста).

На основании результатов холтеровского мониторирования ЭКГ были получены значения частоты сердечных сокращений (ЧСС), циркадный индекс (ЦИ), произведена оценка интервала QT.

Для пациентов с суправентрикулярной тахикардией средняя ЧСС составила  $(171,6 \pm 14)$ . Для пациентов с желудочковой тахикардией средняя ЧСС составила  $(186,8 \pm 6,9)$ . Для пациентов с WPW-синдромом средняя ЧСС составила  $(209,8 \pm 9,9)$ . Для пациентов с АВ-блокадой II и III степени средняя ЧСС составила  $(34,7 \pm 7,8)$ . Для пациентов с СССУ среднее значение ЧСС составила  $(36,3 \pm 4,5)$ .

Для пациентов с удлинённым интервалом QT (11,09 %) расстояние интервала составило  $(461,2 \pm 13,2)$  мс.

Для группы пациентов с тахикардиями средний ЦИ составил  $(1,47 \pm 0,11)$ . Для группы пациентов с брадикардиями средний ЦИ составил  $(1,32 \pm 0,06)$ . Для группы пациентов с удлинённым интервалом QT средний ЦИ составил  $(1,38 \pm 0,07)$ .

По данным УЗИ органического поражения сердца у исследуемых детей не отмечалось: камеры сердца не расширены, сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная, клапанные пороки не выявлены.

Лечение нарушений ритма сердца и, соответственно, профилактика и предупреждение синкопальных состояний детей разных возрастных групп одинаково. В качестве кардиотрофной терапии применялись креатинфосфат и аспаркам. С целью коррекции гиперсимпатикотонии использовался аминобут, антиоксидантной терапии — гомецин. При наличии тахикардий применялся метопролол, соталол, пропафенон, амиодарон.

### **Выводы**

Самой частой причиной аритмогенных синкопальных состояний по нашим данным является суправентрикулярная тахикардия.

Тахикардии с ЧСС выше 150–200 уд/мин вызывают снижение сердечного выброса вследствие того, что укорачивается диастолическая пауза и уменьшается наполнение кровью камер сердца. При этом при наличии дополнительных эктопических очагов к гемодинамическим нарушениям добавляется прекращение скоординированного сокращения миокарда, что в итоге приводит к синкопальным состояниям.

При WPW-синдроме ввиду наличия дополнительного атриовентрикулярного пучка импульс, минуя АВ-узел, создает в желудочках сокращение вплоть до 250 уд/мин, что достаточно для возникновения синкопе.

При брадикардиях обморочное состояние наступает при ЧСС ниже 40 уд/мин или наличии асистолии 2 с и более.

В результате нарушения реполяризации миокарда на ЭКГ регистрируется удлинение интервала QT, которое приводит к желудочковой тахикардии, что и является одной из причин возникновения синкопальных состояний.

Увеличение циркадного индекса у пациентов с тахиаритмиями свидетельствует о повышенной чувствительности миокарда к симпатoadреналовым влияниям.

Медикаментозное лечение детей с нарушениями ритма сердца приводящим к синкопальным состояниям основывается на принципах комплексной базисной нейрометаболической терапии, действие которой направлено на основные звенья патологического процесса. Антиаритмическая терапия является симптоматической и подключается при необходимости экстренной коррекции аритмии и неэффективности базисной терапии.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сайфуллаева, Д. В. Нарушение ритма сердца у детей / Д. В. Сайфуллаева // Вестник экстренной медицины. — 2017. — Т. 10, № 1. — С. 119–124.
2. Белозеров, Ю. М. Детская кардиология / Ю. М. Белозеров. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 600 с.
3. Мутафьян, О. А. Аритмии сердца у детей и подростков: клиника, диагностика и лечение / О. А. Мутафьян. — М.: Vinom Publishers; Санкт-Петербург: Нев. диалект, 2003. — 223 с.
4. Сайфуллаева, Д. В. Прогностические критерии развития синкопе при нарушении ритма сердца у детей / Д. В. Сайфуллаева // Вестник экстренной медицины. — 2019. — Т. 12., № 1. — С. 81–85.
5. Толстикова Т. В. Нарушение сердечного ритма как причина синкопальных состояний у детей. Клиническое наблюдение / Т. В. Толстикова, Т. П. Марчук, Г. В. Гвак // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2017. — Т. 2, № 2. — С. 128–131.

УДК 159.942.5:[616.98:578.834.1]

### ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

*Курман Т. А.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Пандемия COVID-19 стала серьезным вызовом для мировой системы здравоохранения и даже сегодня, спустя полтора года после регистрации первых случаев заболевания, остается одной из самых серьезных проблем во всем мире [1].

Социальное дистанцирование, самоизоляция, утрата близких, потеря структурированной образовательной базы, изменение условий занятости, финансовые затруднения — дополнительные стрессоры в эпидемии COVID-19, способствующие возникновению психоэмоциональных нарушений или же усугублению уже существующих расстройств [2].

#### **Цель**

Изучить психоэмоциональный статус пациентов с коронавирусной инфекцией, находившихся на стационарном лечении, с использованием специализированных опросников оценки психоэмоционального состояния.

#### **Материал и методы исследования**

Проведено анкетирование 66 пациентов с коронавирусной инфекцией, находившихся на стационарном лечении в отделениях терапевтического профиля УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» с февраля по апрель 2021 г.