

УДК 616.12-008.311-053.2

**С. С. Ивкина**

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ**

### ***Введение***

Клинически значимые нарушения сердечного ритма занимают одно из первых мест в структуре сердечно-сосудистой патологии детского возраста. Одним из частых нарушений ритма у детей является пароксизмальная тахикардия.

Пароксизмальная тахикардия (ПТ) – неожиданно начинающийся и внезапно заканчивающийся приступ учащения сердечных сокращений с ЧСС от 140 до 250 в минуту при сохранении, в большинстве случаев правильного регулярного ритма. ПТ составляет 10–30% нарушений ритма у детей [1, 3]. Чаще всего выявляют суправентрикулярную форму. ПТ может наблюдаться в любом возрасте. Наиболее частыми причинами являются наличие дополнительных проводящих путей, воспалительные заболевания миокарда, нарушение нервной регуляции сердечной деятельности, физические нагрузки. Длительное персистирование приступа пароксизмальной тахикардии приводит к дистрофическим изменениям в миокарде, формированию проявлений сердечной недостаточности. В лечении ПТ помимо артериальной терапии помимо антиаритмической терапии при частых приступах показана радиочастотная катетерная абляция аномального пути проведения возбуждения [2, 3]. В 2022 данная процедура проведена 16 детям из Гомельской области.

### ***Цель***

Изучить частоту встречаемости клинических проявлений пароксизмальной тахикардии у детей.

### ***Материалы и методы исследования***

Был проведен анализ 25 карт стационарного пациента детей с пароксизмальной тахикардией.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Все дети находились в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы. Возраст детей составил от 11 месяцев до 17 лет. Заболевание чаще встречалось у детей старшего школьного возраста – у 13 (52,0%) человек. В возрасте до одного года был 1 (4,0%) ребенок. Преобладали мальчики – 16 (6,4%) детей. Приступ ПТ диагностирован впервые у большинства детей – у 18 (72,0%). 7 (28,0%) детей были госпитализированы по поводу приступа ПТ повторно. Наиболее часто была диагностирована наджелудочковая форма ПТ – у 23 (92,0%) детей. Признаки нарушения кровообращения первой степени были выявлены у 5 (20,0%) детей. У 10 (40,0%) пациентов развитию приступа предшествовала физическая нагрузка. Приступ ПТ был купирован на догоспитальном этапе у 9 (36,0%) детей.

При поступлении дети предъявляли жалобы: на учащенное сердцебиение – у 19 (76,0%), слабость – у 8 (32,0%), боль за грудиной – у 5 (20,0%), головокружение – 5 (20,0%), головную боль – у 6 (24,0%), тошноту – у 3 (12,0%).

## СЕКЦИЯ Педиатрия

Состояние при поступлении у большинства детей – 23 (92,0%) было расценено как среднетяжелое. 2 (8,0%) ребенка поступили в отделение реанимации. При аускультации выслушивался систолический шум у 21 (84,0%), тахикардия отмечалась у 15 (60,0%) детей. Максимальный показатель ЧСС составил 230 ударов в минуту у девочки 17 лет.

При лабораторном обследовании у всех детей показатели были в пределах возрастной нормы.

Изменения на ЭКГ представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Изменения на ЭКГ у детей с пароксизмальной тахикардией.

Показатель	Абсолютное число	Процент
Синусовая тахикардия	14	56,0
Синусовая брадикардия	3	12,0
WPW- синдром	5	20,0
Синусовая аритмия	7	28,0
Экстрасистолия	7	28,0
Миграция водителя ритма	7	28,0
Укорочения интервала PQ	5	20,0
Диффузные изменения в миокарде	6	24,0

Всем детям проведено УЗИ сердца, результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты УЗИ сердца у детей с пароксизмальной тахикардией

Показатель	Абсолютное число	Процент
Аномальные хорды левого желудочка	21	84,0
Открытое овальное окно	3	12,0
Пролапс митрального клапана	7	28,0
Пролапс трикуспидального клапана	4	16,0

При оценке результатов холтер-ЭКГ наиболее часто выявлялись: эпизоды синусовой тахикардии – у 17 (68,0%), миграция водителя ритма – у 5 (20,0%), укорочение интервала PQ – у 7 (28,0%), наджелудочковая экстрасистолия – у 9 (36,0%). Наиболее частой сопутствующей патологией у детей явились: синдром вегетативной дисфункции – у 11 (44,0%), аутоиммунный тиреоидит – у 5 (20,0%), кисты щитовидной железы – у 5 (20,0%), хронический гастрит – у 7 (28,0%) пациентов.

Всем детям была проведена кардиометаболическая, седативная терапия, антиаритмические препараты получали 17 (68,0%) пациентов. Состояние всех детей при выписке было удовлетворительным. Средняя длительность пребывания в стационаре составила  $13,9 \pm 1,1$  дней.

### **Заключение**

Таким образом, ПТ является частым нарушением ритма у детей, встречается в любом возрасте, но чаще – у подростков. Почти в половине случаев приступу предшествовала физическая нагрузка, больше, чем у половины детей выявлена сопутствующая патология со стороны вегетативной нервной системы, щитовидной железы, ЖКТ. В межприступный период у большинства детей регистрировались изменения на ЭКГ, холтер-ЭКГ, что диктует необходимость углубленного обследования и своевременной

коррекции выявленных нарушений у данных детей с целью предупреждения приступов пароксизмальной тахикардии.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шумилов, П. В. Детская кардиология / П. В. Шумилов, Н. П. Котлукова. – М. : МЕДпресс – информ, 2018. – 321с.
2. Марчук, Т. П. Анализ результатов суточного мониторирования ЭКГ у детей с предварительными диагнозами пароксизмальной и непароксизмальной тахикардии / Т. П. Марчук, Т. В. Толстикова // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – С. 274–276.
3. Особенности течения суправентрикулярной формы пароксизмальной тахикардии в детском возрасте / Е. В. Сечко [et al.] // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2018. – № 1. – С. 190–195.

УДК 616.831-072.7-053.2-007.1

*В. В. Кавецкая, А. Д. Кавецкий, Н. А. Скуратова, Д. А. Ярмолевич*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОГО МОЗГА У МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

### *Введение*

Перинатальная асфиксия является одной из наиболее значимых причин смертности и инвалидности среди новорожденных. Токсико-гипоксическая энцефалопатия характеризуется клиническими и лабораторными показателями, доказывающими острое или подострое повреждение вещества головного мозга в результате асфиксии или гипоксии. Поэтому при подозрении на перинатальную энцефалопатию, каждому новорожденному проводится ультразвуковое исследование (УЗИ) головного мозга [1, 3]. Простота использования, относительно небольшая цена исследования и возможность повторения исследований с оценкой динамики лечения токсико-гипоксической энцефалопатии делает нейросонографию (НСГ) одним из самых распространенных инструментальных методов диагностики [2].

**Цель:** изучить функционально-диагностические особенности головного мозга у маловесных детей.

### *Материал и методы исследования*

Проведен ретроспективный анализ 100 медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении для новорожденных учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» за период 2020–2022 гг. Изучался гендерный состав пациентов и результаты НСГ. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel 2016» и «Statistica 13.3». Рассчитывалась медиана (Me), ошибка средних значений ( $\pm CO$ ), процентное соотношение параметров. Для сравнительной характеристики признаков использованы непараметрические методы: сравнение двух независимых выборок – U-критерий Манна–Уитни и в случае нормального распределения числовых признаков – критерии Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .