

DOI 10.36074/logos-31.03.2023.59

ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ (ЕКСТРАСИСТОЛІЯ) ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ

НАУКОВО-ДОСЛІДНА ГРУПА:

ORCID ID: 0000-0002-1056-7137 **Конюшевська Алла Анатоліївна**
канд. мед. наук, доцент кафедри педіатрії, неонатології та дит. Інфекцій
Донецький національний медичний університет

ORCID ID: 0000-0001-8196-9486 **Герасименко Вікторія Валеріївна**
канд. мед. наук, доцент кафедри педіатрії, неонатології та дит. інфекцій
Донецький національний медичний університет

ORCID ID: 0000-0002-1383-5555 **Кузеванова Марія Владіленівна**
канд. мед. наук, доцент кафедри радіології
Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л.Шупика

ORCID ID: 0000-0002-9702-1208 **Полесова Таміла Равільєвна**
канд. мед. наук, доцент кафедри педіатрії, неонатології та дит. Інфекцій
Донецький національний медичний університет

ORCID ID: 0000-0001-8636-8532 **Тимошина Ольга Віталіївна**
асистент кафедри педіатрії, неонатології та дит. Інфекцій
Донецький національний медичний університет

УКРАЇНА

Актуальність. Екстрасистолія (ЕС) є найчастішим порушенням ритму у дітей [1,2]. За даними літератури ЕС виявляють у всіх вікових групах дітей, включаючи новонароджених, але особливо часто ЕС виявляють у підлітковому віці. Шлуночкова екстрасистолія (ШЕС) найчастіше виявляється у підлітків (47-77%) [1]. ШЕС виявляється у 20% здорових новонароджених і дітей 1-го року життя, у 20% у здорових підлітків [1,3]. Зазвичай лікарів хвилюють зв'язок ШЕС з органічними захворюваннями серця, можливість та ризик раптової серцевої смерті, ймовірність розвитку аритмогенної дисфункції міокарда.

Екстрасистолія (ЕС) (лат. extra поза + грец. systolē скорочення, стиснення) - порушення ритму серця, позачергове передчасне збудження серця або його відділів, що виникає в ектопічному (незвичайному) осередку під впливом патологічного імпульсу [2,3].

До кардіальних причин ЕС відносяться вроджені та набуті вади серця, первинна та вторинна кардіоміопатія, ревмокардит, інфекційний ендокардит, неревматичний кардит, інфаркт міокарда. Поява ЕС при прийомі серцевих глікозидів - одна з ознак передозування препарату. ЕС можуть з'явитись при передозуванні антидепресантами, еуфіліном, амітриптиліном, при застосуванні антиаритмічних препаратів. Порушення електролітного балансу, зниження в крові рівня калію, магнію, дефіцит селену, заліза, підвищення кальцію - причини ЕС. Однією з основних ознак є зникнення ЕС після відновлення метаболізму міокарда [3].

ЕС можуть спостерігатися при захворюваннях ендокринної системи (цукровий діабет, тиреотоксикоз, гіпотиреоз). Доведено, що остеохондроз хребта, зміни у шийному та грудному відділах хребта у школярів та у дорослих

також можуть призвести до появи ЕС. Захворювання нервової системи (вегетативна дисфункція) також можуть стати причиною виникнення ЕС. Більшість авторів пов'язують виникнення ЕС із вегетативною дисфункцією, що призводить до електричної нестабільності міокарда. Питома вага так званої "вегетозалежної ЕС" становить 80% посеред дітей з ЕС [3].

Найчастіше причинами розвитку ЕС у дітей можуть бути захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ): хронічний гастрит, гастроєзофагальна рефлюксна хвороба, виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки, холецистит, жовчнокам'яна хвороба, діафрагмальна грижа.

Верифікацію ЕС проводять виходячи з показників ЕКГ. Одним із основних електрокардіографічних критеріїв ЕС є укорочена діастола перед ЕС та компенсаторна пауза після неї.

ШЕС класифікуються за наявністю захворювань серця (органічна, ідіопатична), за циркадним ритмом (денна, нічна, змішана), локалізації, за періодичністю (спорадична, регулярна або алоритмія), ступеня передчасності (надрання, рання, пізня), частоті (рідкісна, часта), послідовності, характером компенсаторної паузи (з повною або неповною компенсаторною паузою). Залежно від локалізації, від місця розташування вогнища ектопічної активності ЕС ділять на передсердні, атріовентрикулярні та шлуночкові (правошлуночкова, лівошлуночкова) [1,2,3].

Уявлення про «часту ЕС» значно різняться. При проведенні добового моніторування ЕКГ статистичною «нормою» ЕС вважається до 200 надшлуночкових ЕС та до 200 шлуночкових ЕС на добу. Рідкісна монотопна екстрасистоля - до 30 ЕС/год моніторування; часта монотопна - більше 30 ЕС/год або більше 7-10% від загальної кількості скорочень за добу. За даними інших авторів, вважається частою ЕС понад 600/год або більше 15 000/добу при холтерівському моніторуванні. Або ШЕС з частотою виникнення більше 5/хв за даними ЕКГ або більше 300/год за даними холтерівського моніторування ЕКГ вважаються частими [1,2,3].

Якщо ЕС мають однакову форму на ЕКГ, то це мономорфні ЕС, різні за формою - поліморфні ЕС. ШЕС можуть виходити з одного джерела, тоді вони монотопні, з різних джерел – політопні. ЕС можуть бути одиночними чи парними. Визначення "групові", або "залпові" використовують для позначення 3-5 ЕС. Якщо ЕС виникає після кожного нормального синусового комплексу, це бігемінія, якщо ЕС виникає після кожного другого синусового комплексу – тригемінія, після кожного третього – квадригемінія (алоритмія) [2,3].

Критеріями сприятливого прогнозу клінічного перебігу ЕС є: мономорфні ЕС, що зникають при фізичному навантаженні, не викликають порушень гемодинаміки, не асоційовані з органічною патологією серця. Спонтанне зникнення ШЕС згодом відзначається у 28-50% пацієнтів [1,2,3].

Найбільш прогностично несприятливі навантажувальні, а також ранні або надранні ШЕС. При злоякісному перебігу надшлуночкової ЕС виникають миготлива аритмія та шлуночкова тахікардія, які можуть стати причиною летального результату. Серйозною загрозою частоті ЕС вважаються ознаки аритмогенної кардіоміопатії, що спостерігається за дуже частоті ЕС, коли ЕС перевищують 20–25% від добового ритму, коли є «складні» форми ЕС [1,2,3].

Мета дослідження: Проаналізувати взаємозв'язок між захворюваннями ШКТ та розвитком ЕС у дітей.

Матеріали та методи дослідження. Під наглядом перебували 80 дітей з ЕС, які проживають у екологічно неблагополучному промисловому Донецькому регіоні та лікувалися у Маріупольському територіальному медичному об'єднанні «Здоров'я дитини та жінки».

Результати дослідження. Серед 80 пацієнтів, дітей з органічною ЕС було - 15 (19%), з функціональною ЕС – 65 (81%). Вік дітей - від 2 до 18 років, найбільша група – школярі, 50 (62%). Значної різниці за статтю не виявлено.

У 12 (15%) пацієнтів ЕС супроводжувала вроджену ваду серця. Уроджену аномалію провідної системи серця (синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта) мали 2 (3%) дітей. У 1 (1%) - ЕС спостерігалась на фоні дилатаційної кардіоміопатії. У 65 (81%) дітей ЕС розцінювались як ідіопатичні, з них третина хворих спостерігалася у невролога через прояв вегетативної дисфункції.

У 24 дітей (30%) із порушеннями ритму серця скарги були відсутні. У 56 дітей (70%) скарги мали неспецифічний характер - порушення сну (70%), підвищена стомлюваність, уразливість, дратівливість (60%), цефалгії (60%), запаморочення (50%). При цьому 65 (81%) пацієнтів не мали органічної патології серця. Скарги специфічного характеру: кардіалгії мали 52% пацієнта, у 40% – часте серцебиття, у 30% дітей – «перебої» у роботі серця, у 4% хворих – відчуття зупинки серця, раптова втрата свідомості була у 2 (2,5%).

Кожна друга дитина пред'являла скарги з боку ШКТ. Патологія органів травлення може призводити до функціональних розладів серцево-судинної системи тому що система травлення є джерелом рефлексогенної активності, яка поширюється на серцево-судинну систему, а також є об'єктом вищих вегетативних впливів. Патологія ШКТ виявлена у 48 дітей з ЕС (60%), у них виявлено: хронічний гастродуоденіт – у 20 (42%), виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки – 2 (4%), гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕР) (12%), грижа стравохідного отвору діафрагми - 2 (4%), ДЖВШ (на фоні перегинів жовчного міхура) -15 (32%), хронічний холецистит, холецистохолангіт - 2 (4%), хронічний коліт - 1 (2%). Скарги з боку ШКТ (n=48) пред'являли – 42 дитини (88%): печія, дисфагія була у 16 (33%), зниження апетиту – 16 (33%), абдомінальний біль – 10 (21%), відрижка – 8 (17%), закрепи – 5 (10%), метеоризм – 5 (10%). Гастрокардіальний больовий синдром виявлено у 24% дітей з патологією ШКТ. У кожної третьої дитини, яка має патологію ШКТ, виявлено переважно нічний циркадний індекс ЕС та збільшення ЕС під час прийому їжі, у горизонтальному положенні; у кожного четвертого хворого відзначалося зменшення ЕС у вертикальному положенні та при фізичному навантаженні. Після лікування патології ШКТ отримана позитивна динаміка у дітей з ЕС.

Висновки:

1. Патологія ШКТ була діагностована у 60% дітей з ЕС; больовий гастрокардіальний синдром мала кожна четверта дитина з ЕС.

2. Про наявність патології ШКТ у дитини з ЕС свідчать: нічний циркадний ритм ЕС; відсутність або зменшення ЕС у вертикальному положенні; поява або збільшення ЕС під час їди; позитивна динаміка у дітей з ЕС на фоні лікування патології ШКТ.

3. Дитина з ЕС потребує спостереження і лікування захворювань ШКТ.

Список використаних джерел:

- [1] Молочникова, К. Б., Кручина, Т. К., Новик, Г. А., Гордеев, О. Л. & Егоров, Д. Ф. (2017). Идиопатическая желудочковая экстрасистолия у детей: факторы, определяющие прогноз заболевания. *Вестник аритмологии*, (88), 52–56.
- [2] Кручина, Т. К., Васичкина, Е. С., Алексеева, К. Б. & Новик, Г. А. (2018). Желудочковая экстрасистолия у детей: классификация, принципы наблюдения и лечения. *Лечащий врач*, (1), 35-37.
- [3] Баранов, А.А., Васичкина, Е.С., Ильдарова, Р.А., Лебедев, Д.С., Намазова-Баранова, Л.С., Покушалов, Е.А., Попов, С.В., Термосесов, С.А. & Школьникова, М.А. (2018). Желудочковая экстрасистолия у детей. *Педиатрическая фармакология*, (15(6)), 435-446. <https://doi.org/10.15690/pf.v15i6.1981>