



ГОО ВПО ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО
Кафедра педиатрии ФИПО



Клинический разбор

Пациентка : Кристина С ., 15 лет

Дата госпитализации: 24.05.19

***Докладчик: врач-интерн, педиатр, группа №4,
Кузнецова Мария Олеговна***



Цель госпитализации:

Ребенок госпитализирован в плановом порядке для обследования, уточнения диагноза, проверки работы ЭКС, определения тактики дальнейшего ведения.

Жалобы при поступлении:

- головная боль в лобно-височной области,
- боль в области шеи,
- преходящее онемение левой верхней конечности.

Анамнез заболевания



- Впервые синкопальное состояние возникло в мае 2009 г., затем повторно в мае и июне этого же года.
- Приступ начинался с плохого самочувствия, слабости, бледности, потемнения в глазах.
- После приступа потери сознания находилась в оглушенном состоянии, не реагировала на обращенную речь.

Анамнез заболевания:



Третий приступ развился внезапно на фоне холтеровского мониторирования ЭКГ, на котором была зарегистрирована **асистолия до 11200мс**, после приступа регистрировалась СА-блокада, выскальзывающие сокращения, миграция водителя ритма по предсердиям, в течение суток регистрировалась **брадикардия до 49 уд/мин.**

В июле 2009 года - имплантация ЭКС.

На ЭЭГ эпилептиформные феномены не зарегистрированы.

На МРТ ГМ - зона перинатального гипоксического генеза в левой теменной области, умеренное расширение тел боковых желудочков.

Приступы возобновились в июле 2015 года, в виде потери сознания, взгляда в одну точку, мидриаза, судорог.

Повторились в августе и октябре, последний приступ в декабре 2015 года.

Анамнез заболевания:



- В феврале 2016 г. находилась на стационарном лечении в неврологическом отделении ГДКБ №5. Длительное время принимает ламиктал. С января 2018 г. снижение дозировки препарата в половинной дозе.
- Программирование ЭКС от 28.03.17: **процент работы стимулятора 1%, 99% свой синусовый ритм.**
- ЭхоКГ (31.03.17): ИВР – электроды в правых камерах сердца. Размеры камер сердца, сократимость миокарда желудочков нормальная. Недостаточность ТК 1 ст. КДО ЛЖ - 81,3 мл, ФВ - 62%. Дополнительные трабекулы в полости ЛЖ.

Анамнез жизни:

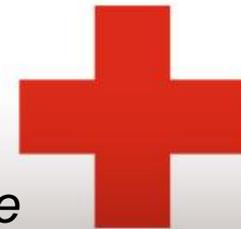


- Ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1-й половины, угрозы прерывания в 16 недель (низкая плацентация). Роды 1 срочные путем кесарева сечения (рубец на матке от предыдущих родов). Масса при рождении – 3050,0 г. Оценка по шкале Апгар - 7-8 б. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Заболевания: ОРВИ; ветряная оспа.
- На диспансерном учете у кардиохирурга, у невролога по поводу симптоматической эпилепсии, принимает ламектал.
- Привита по календарю.
- Аллергоанамнез без особенностей.
- Семейный анамнез: у мамы - ВСД, у бабушки - ИБС, артериальная гипертензия, у тети по материнской линии - протезирование клапанов сердца.

Объективный осмотр

<i>Показатели</i>	<i>Фактически</i>	<i>Центильная оценка</i>
<i>Масса</i>	<i>64,5 кг</i>	<i>P 75-90</i>
<i>Рост</i>	<i>162,2 см</i>	<i>P 25-75</i>
<i>Окр. грудной клетки</i>	<i>75 см</i>	<i>P 3-10</i>
<i>Окр. головы</i>	<i>54 см</i>	<i>P 75-90</i>

Физическое развитие дисгармоничное за счет увеличенной массы тела и уменьшенной окружности грудной клетки (разница более 3х коридоров)

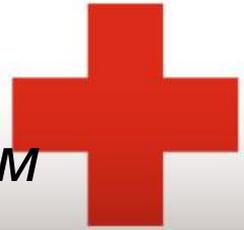


- *Состояние ребенка средней степени тяжести. Гиперстенического телосложения. Физическое развитие очень высокое. Сколиоз грудного отдела позвоночника. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические л/у: пальпируется в правой подчелюстной области до 1-1,5 см. Небные миндалины рыхлые, гипертрофированы 1 см. Перкуторно над легкими-ясный легочный звук; аускультативно: везикулярное дыхание, ЧД-20 в мин. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Деятельность сердца ритмичная. ЧСС горизонтально-82 в мин, вертикально-99 в мин. АД-100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум в 1 и 5 точке аускультации. Живот мягкий, б/б. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет. Стул и мочеиспускание не нарушены.*

Клиническое обследование

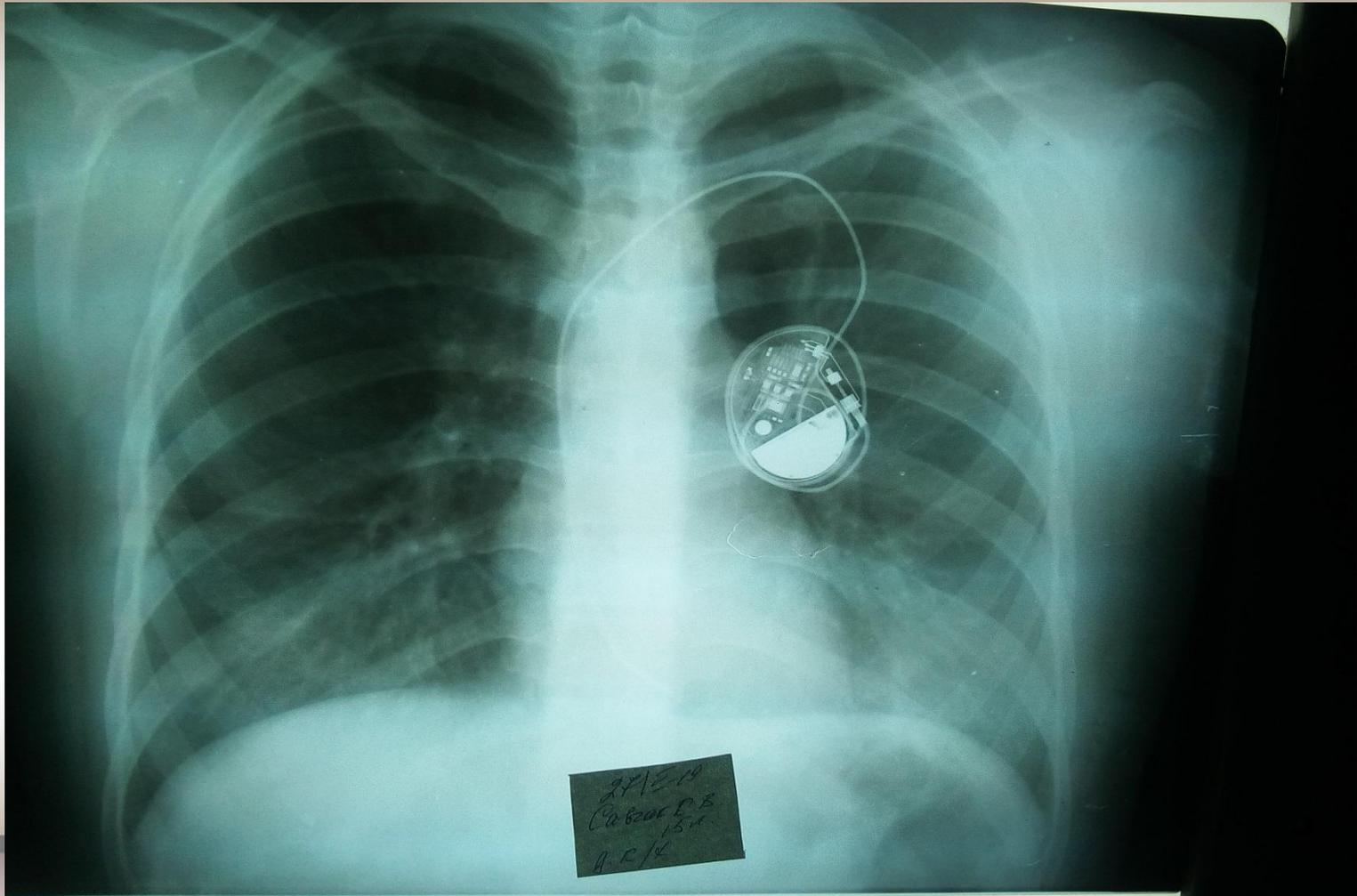


- ОАК (от 27.05.19): п-4
- WBC-6,8 *10⁹ с-61
- HGB-110 г/л м-8
- Rbc-3,4 *10⁹ л-22
- НТС -35% э-5
- СОЭ – 9 мм/ч сверт – 4-5 мин
длит – 1 мин.

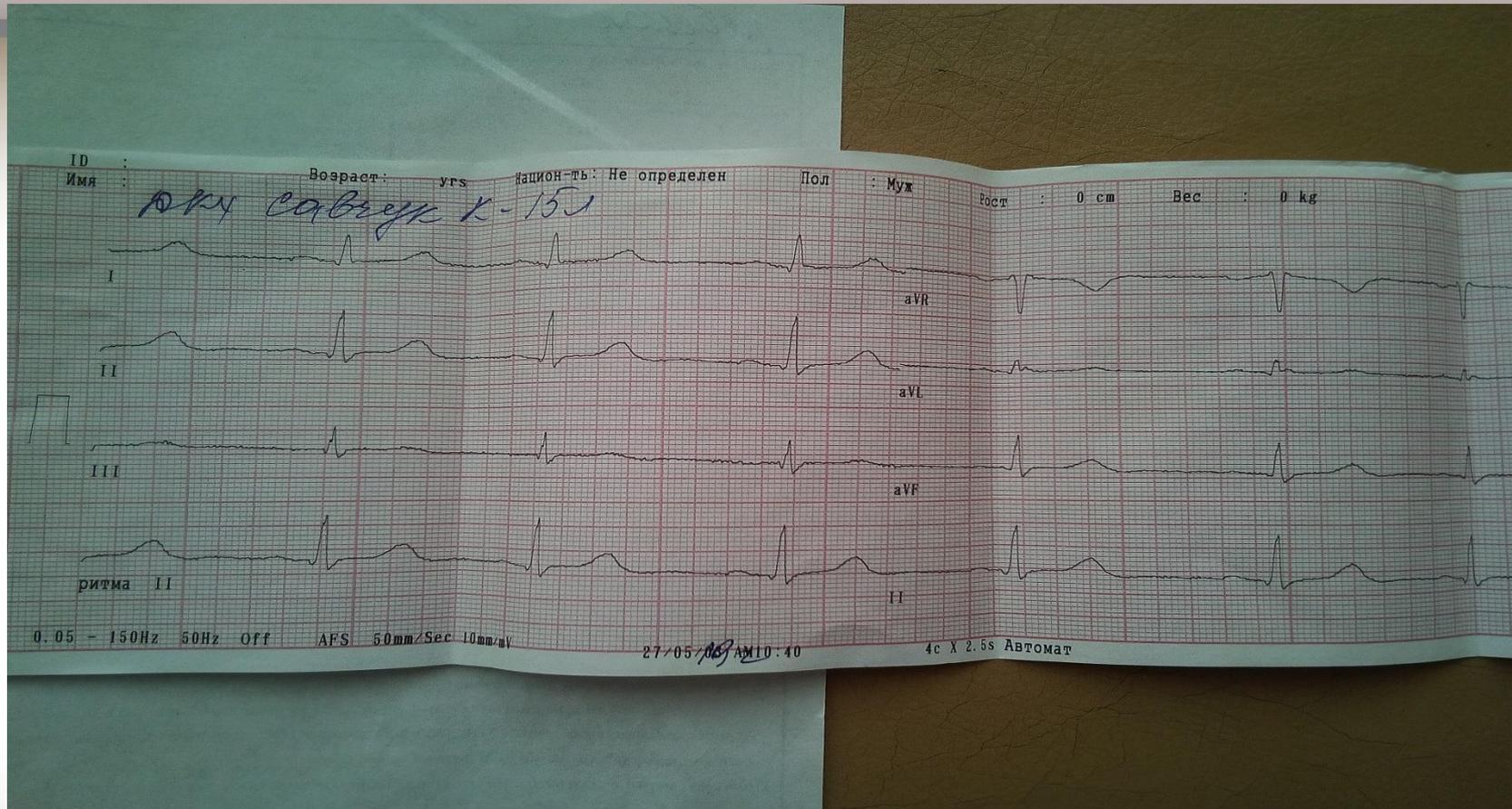


- ЭхоКГ (от 23.05.19):
- ИВР (установлен в 2009 г) электроды в правом предсердии и правом желудочке (фиксирован к межжелудочковой перегородке). Недостаточность трикуспидального клапана 1 степени. Размеры камер сердца в норме. Сократительная способность миокарда в норме. Дополнительные трабекулы в полости левого желудочка. Перикард без особенностей.

- Рентгенография ОГК:
- Легочные поля обычной прозрачности. Слева тень ЭКС. Синусы свободные. Сердце-границы не расширены.

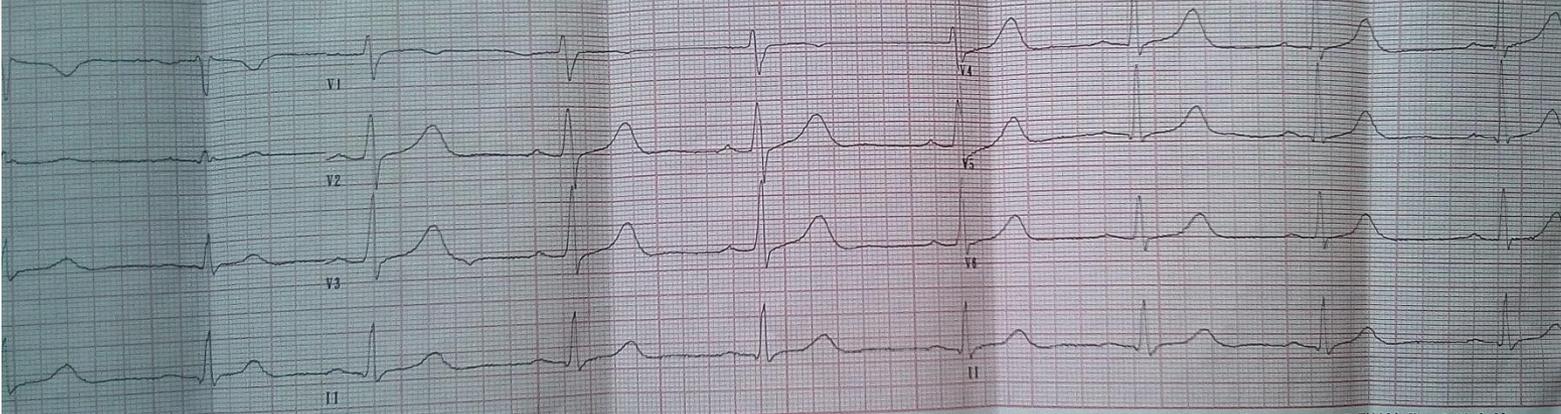


ЭКГ от 23.05.19



Результат №4035

0 kg



Результат обследования
Ритм
Интервал PR
Длит-ть QRS
QT/QTc
Ось P-Q-T
Результат
Нормальный
Итого:

MEDIANA VM412i Ver 2.36/0.06

Клинический диагноз:



Осн.: Нарушение ритма сердца: Синдром слабости синусового узла. Остановка синусового узла и АВ-узла с асистолией. Состояние после имплантации ЭКС в 2009 г. Диспластическая, дисметаболическая кардиопатия : пролапс ПС МК с мин. регургитацией. Недостаточность ТК 1 степени. Дополнительные трабекулы в полости ЛЖ. ХСН 0.

Соп: Синдром вегетативной дисфункции с цефалгиями, вестибулопатией, липотимическими состояниями, мигренеподобными и джексоновскими пароксизмами. Симптоматическая эпилепсия (ремиссия 2). Недостаточность вертебробазиллярной артериальной системы.



- **План обследования:**

- Клинический анализ крови +Ht, Tr
- Острофазовые показатели
- Электролиты крови
- Фракции билирубина, АСТ,АЛТ
- Остат.азот, креатинин, мочевины
- Общий ан. мочи
- Кал на я/г, соскоб на э/б
- ЭКГ
- Проверка ЭКС
- Холтер ЭКГ

- **План лечения:**

- Режим палатный; Актонегин, Мельдоний, Пирацетам, Элькар.
- Профилактика инфекционного эндокардита, санация очагов хронической инфекции.



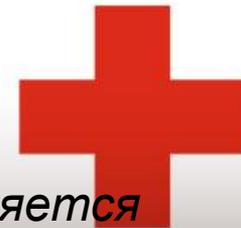
- **Электрокардиостимулятор (ЭКС; искусственный водитель ритма (ИВР))** — медицинский прибор, предназначенный для воздействия на ритм сердца. **Основной задачей кардиостимулятора (водителя ритма)** является поддержание или навязывание частоты сердечных сокращений пациенту, у которого сердце бьётся недостаточно часто, или имеется электрофизиологическое разобщение между предсердиями и желудочками (атриовентрикулярная блокада).



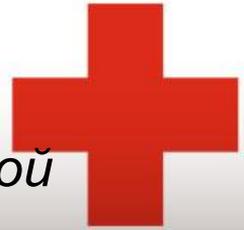
Показания к применению:

- *Аритмия сердца*
- *Синдром слабости синусового узла (СССУ)*
- *Атриовентрикулярная блокада*





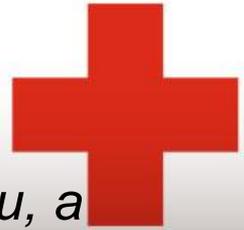
- *Режим AAI - однокамерная стимуляция предсердий*
- *В этом режиме стимулируемой и детектируемой камерой является правое предсердие. Обычно такая стимуляция используется при неспособности синусового узла поддерживать достаточную ЧСС, но при сохранной AV-проводимости. Это разные симптомные варианты СССУ: синус-арест, паузы, СА-блокады, выраженная синусовая брадикардия.*
- *Стимулятор, работающий в режиме AAI, отслеживает собственную активность предсердий и срабатывает в том случае, когда время после последнего QRS превышает 1 сек (или другой запрограммированный интервал). Режим стимуляции AAI может быть как следствием работы однокамерного ЭКС с электродом в правом предсердии, так и следствием работы двукамерного ЭКС в режиме DDD или AAI.*
- *На ЭКГ при такой стимуляции видны спайки, сразу за которыми следует индуцированный зубец P с комплексом QRS (помним, АВ-проводимость сохранена: это обязательное условие для корректной работы режима AAI).*



- *Режим VVI - однокамерная стимуляция*
- *В этом режиме стимулируемой и детектируемой камерой является правый желудочек. Чаще всего стимулятор в режиме VVI устанавливают пожилым пациентам с брадисистолической формой фибрилляции предсердий либо с СССУ для того, чтоб избежать длительных пауз между сердечными сокращениями.*
- *Режим VVI предполагает срабатывание стимулятора в том случае, когда время после последнего QRS превышает 1 сек. Кардиостимулятор детектирует сокращения желудочков и отсчитывает 1000 мсек. после каждого из них - при отсутствии самостоятельного сокращения посылается импульс и происходит стимулированное сокращение.*



- *Режим VVIR - однокammerная стимуляция с адаптивной частотой*
- *Режим, аналогичный режиму VVI, но с частотной адаптацией. Иногда стимулятор носит маркировку SSIR (S = single), что не меняет сути.*
- *В кардиостимуляторы, поддерживающие этот режим, встроен акселерометр, который реагирует на движения пациента и при продолжительных движениях наращивает частоту стимуляции. Это позволяет сделать работу кардиостимулятора более физиологичной и улучшает переносимость пациентом физических нагрузок.*



- *Режим DDD*
- *Наиболее частый режим двухкамерной стимуляции, при котором один электрод установлен в правом предсердии, а второй - в правом желудочке.*
- *При этом оба электрода способны детектировать самостоятельные сокращения своей камеры и посылать импульс только при их отсутствии.*
- *То есть, если предсердия сокращаются самостоятельно (кардиостимулятор детектирует волну P), но нарушено АВ-проведение, то стимулироваться будут только желудочки. Если самостоятельные сокращения желудочков также происходят - то стимулятор "ждет" нарушений и не срабатывает, при этом на ЭКГ регистрируется обычный для данного пациента ритм.*

Таблица 2

Схема диспансерного наблюдения пациентов с ЭКС, без сопутствующих врожденных пороков сердца

Основные направления	Рекомендации
1. Кратность наблюдения	Осмотр кардиолога — 2 раза в год Программирование ЭКС — 2–3 раза в год в зависимости от возраста
2. Методы обследования	Электрокардиография — 2 раза в год Холтеровское мониторирование — 2 раза в год ЭхоКГ — 1 раз в год Рентгенография грудной клетки — по показаниям
3. Профилактика бактериального эндокардита	ЛОР-врач, врач-стоматолог — 2 раза в год (санация очагов хронической инфекции) При ОРВИ с гипертермией более трех дней — антибактериальная терапия
4. Инвалидность	Оформляется сроком на 2 года, переосвидетельствование проводится в городской комиссии по инвалидности
5. Профилактические прививки	Противопоказаний нет
6. Физические нагрузки	В течение первых 3 месяцев после имплантации ЭКС занятия физкультурой запрещены, следующие 3 месяца в подготовительной группе (необходимое время для «созревания» электродов, подбора оптимальных частотно-адаптивных параметров), затем занятия физкультурой в общей группе с участием в кроссах и соревнованиях. Разрешены некоторые соревновательные виды спорта (см. ниже)



Спасибо за внимание!