

УДК 616-06

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКА**

Кравченко В.П.

*Детская поликлиника, СМСЧ-9, Желтые Воды, Украина***CLINICAL CASE OF A COMBINATION OF PAROXYSMAL TACHYCARDIA AND PEPTIC ULCER IN ADOLESCENT**

Kravchenko V.P.

*Children's polyclinic, SMD-9, Zheltye Vody, Ukraine***Аннотация**

В данной работе описан редкий случай сочетания пароксизмальной тахикардии и язвенной болезни у подростка.

**Ключевые слова:** пароксизмальная тахикардия, коморбидность, сочетанная патология.

**Abstract**

This report describes a rare case of a combination of paroxysmal tachycardia and peptic ulcer in adolescents.

**Keywords:** paroxysmal tachycardia, comorbidity, concomitant pathology.

Одной из самых актуальных и сложных тем в настоящее время является проблема сочетанной патологии, - наличия у одного пациента нескольких диагнозов (сопутствующих, ассоциированных, осложнений). Существуют термины мульти- и коморбидности. Оба термина наиболее характерны для больных пожилого возраста. Наличие сочетанной патологии утяжеляет состояние больного, ухудшает качество жизни, прогноз, влечет за собой удлинения сроков пребывания в стационаре, требует пересмотра лечения, часто является фактором, повышающим заболеваемость и смертность.

Однако в последнее время не являются исключением случаи, выявленные в педиатрической практике: в педиатрии раннего возраста известен термин «церебро - кардиальный синдром», возникающий в связи с нарушением церебральных механизмов сердечно-сосудистой регуляции имеются исследования причин коморбидности гастроэнтерологической и эндокринной патологии у детей с аффективными расстройствами (1). Работа Т.И.Рычковой и др. (2) посвящена реабилитационной терапии детей, с сочетанной патологией сердечно-сосудистой и мочевой системы. В клинике внутренних болезней есть доказанные факты, о частых нарушениях сердечного

ритма у больных, имеющих сочетанную патологию ЖКТ (гастриты, язвенная болезнь) с ишемической болезнью сердца.

Наиболее частое сочетание патологий сердечно-сосудистой и дыхательной систем, так как между ними существует наиболее тесная анатомическая и функциональная взаимосвязь.

**Цель работы**

Клинический случай сочетания пароксизмальной тахикардии с язвенной болезнью 12перстной кишки у подростка на сегодня атипичен, однако такая патология была выявлена и данная работа посвящена особенностям диагностики и анализу течения заболевания.

**Выписка из истории болезни:**

Ребенок М., 15 лет, м. пола, от 6й беременности, протекавшей на фоне анемии и гиперплазии щитовидной железы, вторых нормальных срочных родов, с массой 4500г и ростом 57 см. В родах преждевременное излитие околоплодных вод, гипотоническое кровотечение. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. В роддоме обнаружена перинатальная энцефалопатия, левосторонний дистальный монопарез. Неврологическая симптоматика сохранялась до 6 месячного возраста. В неонатальном периоде перенесенный конъюнктивит, катаральный омфа-

лит. Респираторными заболеваниями болел нечасто. В 5 летнем возрасте, при плановом осмотре психоневролога обнаружено отсутствие логического мышления, бедность словарного запаса, гиперактивность, рассеянность внимания. Наблюдался невропатологом с диагнозом гипердинамическое поведение до 10 летнего возраста. В 14 летнем возрасте ребенок вновь попадает в поле зрения невропатолога уже с жалобами на периодические головные боли, разной длительности и интенсивности, провоцирующиеся физическими, эмоциональными, умственными нагрузками, ездой в транспорте, изменением погоды, общую утомляемость, головокружения, раздражительность. Появились также приступы учащенного сердцебиения, боли в области сердца, давящего характера, похолодание в конечностях, чувство нехватки воздуха, тошноту. Амбулаторно был выставлен диагноз: вегетативные дисфункции, с кардиальным (кардиалгическим и аритмическим) синдромом, синдром Рейно.

В связи с резким ухудшением состояния, внезапно возникшим в ночное время приступом учащенного сердцебиения до 240 в мин., общую слабость, тошноту ребенок, после купирования приступа изоптином в возрастной дозе, был госпитализирован. При поступлении состояние средней тяжести. Астенического телосложения, сниженного питания. Кожные покровы бледные, умеренной влажности, холодные на ощупь. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные. Язык влажный, чистый. АД 110/70. Над легкими дыхание везикулярное, ЧД 27 в мин. Тоны сердца ритмичны, тахикардия до 120 в мин., систолический шум, функционального характера. Границы сердца возрастные. Периферических отеков и пастозности нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Осмотрен окулистом – глазное дно без особенностей. Осмотр невропатолога-диагноз ВСД. В анализе крови Нв 138, эр 4,5, ЦП 0,91, л 5, соэ 6, э1, п1, с65, л29, м4. На неоднократных ЭКГ ритм синусовый, правильный, синдром ранней реполяризации желудочков. РЭГ: лабильность сосудистого тонуса, без нарушения венозного оттока. За время пребывания в стационаре приступы не возобновлялись.

Для уточнения диагноза, исключения ПТ, больной был направлен в областной кардиологический центр. На ЭХО КГ было

обнаружено удовлетворительная сократительная функция, полости не увеличены. Эндо и перикард без особенностей. Уплотнение створок митрального клапана, регургитация до 1/2 ЛП. ТК регургитация до 1/2 ПП. Фальшивая хорда левого желудочка. После проведенного неинвазивного электрофизиологического исследования сердца диагностирована пароксизмальная тахикардия реципрокная, типичная атрио-вентрикулярная узловая форма.

До решения вопроса об оперативной коррекции аритмии больному было рекомендовано купирование приступов рефлексными вагусными приемами, а при неэффективности их прием антиаритмических средств (мембраностабилизаторы, антагонисты кальция).

Через 2 месяца, после диагностики первого заболевания, во время летних каникул, появились умеренные боли в эпигастриально - за грудиной области, тошнота, учащение сердцебиений, которые изначально были приняты больным за симптомы уже имеющегося заболевания. По мере нарастания выраженности болевого синдрома, уже в состоянии болевого шока больной был доставлен в хирургическое отделение. Был выставлен диагноз язвенная болезнь 12 перстной кишки, в стадии перфорации, больной был в ургентном порядке прооперирован.

#### **Выводы**

Из анализа выписки следует заключение о диагностировании у подростка сочетания двух грозных патологий за короткий промежуток - два месяца.

У пациента имели место предрасполагающие факторы - перинатальное гипоксически -травматическое поражение ЦНС, которое проявилось как в раннем возрасте, так и в виде поздних осложнений, терапия которых давала частичный положительный эффект.

Обе патологии, - как пароксизмальная тахикардия, так и язвенная болезнь тесно связаны с вегетативными нарушениями, наличие двух заболеваний является, в данном случае, показателем их выраженности.

Главная же диагностическая трудность - оба заболевания имели длительно латентное течение, а характер жалоб и объективные данные вкладывались в клинику вегетативных дисфункций, характерных для подросткового периода. И только после обследования в специализированном центре был выставлен диагноз пароксизмальной

тахикардии. Диагноз же язвенной болезни, был не менее затруднительным в силу следующих причин: отсутствие характерного «язвенного анамнеза», длительное время доминировала симптоматика вегетативных нарушений, маскировавшая болевой синдром, нетипичная локализация болей. Рассмотренный пример сочетанной патологии

показал диагностические трудности, возникающие при ее выявлении. Позитивный результат, описанный в работе, носит скорее случайный характер и может стать еще одним аспектом в своевременной и качественной диагностике.

#### Список литературы

1. Антропов Ю.Ф., Моллаева Н.Р. «Коморбидность гастроэнтерологической и эндокринной патологии у детей с аффективными расстройствами» Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России - 2007г.
2. Рычкова Т.И., Остроухова И.П., Ефремова И.И., Чегодаева Н.А. «Некоторые аспекты реабилитационной терапии у детей с сочетанной патологией сердечно-сосудистой и мочевой системы.» Педиатрия- 2010 - №3.

Поступила в редакцию 04.02.2017

#### Сведения об авторах:

*Кравченко Валентина Петровна* – Детская поликлиника, СМСЧ-9, Желтые Воды, e-mail: ks01@ukr.net