

С.Ю. Петров, А.А. Васильева

ПАРОКСИЗМ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ У НОВОРОЖДЕННОГО, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ

ОАО «РЖД», НУЗ, Отделенческая больница ст. Свободный

Впервые методика пункции подключичной вены из подключичного доступа была описана в 1952 г. В 1965 г. внедрен в клиническую практику подключичный доступ. Подключичная вена считается удобным местом для центральной венозной катетеризации, если периферические вены для этого не пригодны. Популярность катетеризации подключичной вены (КПВ) не уменьшается, несмотря на большое число сообщений о значительной частоте тяжелых осложнений и летальных исходов [3]. Если такие осложнения, как пневмо- и гидроторакс, пункция артерии, септицемия, тромбоз подключичной вены, наблюдаются в клинической практике, то наджелудочковая тахикардия — более редкое осложнение, о котором даже не упоминается в публикациях зарубежных авторов, приводящих анализ более 10 тыс. КПВ [3].

Приводим случай из практики.

Больная Змеевская, новорожденная, 4 дня.

Диагноз: цереброспинальная ишемия 2-3 ст. Симптом внутривенной гипертензии. Внутривенное кровоизлияние? Кровоизлияние в склеры, кожу лица.

4.04.05, 15 ч 00 мин. В связи с тяжестью состояния, необходимостью внутривенной инфузионной терапии, ребенку под внутримышечной седацией реланиумом 5 мг и местной анестезией лидокаином 1% — 2 мл выполнена пункция и катетеризация правой подключичной вены подключичным доступом по Сельдингеру. Операция КПВ с первой попытки, без особенностей и осложнений. Катетер диаметром 0,6 см. Ток крови хороший. Фиксация лейкопластырем, асептическая наклейка.

15 ч 30 мин. Состояние больной резко ухудшилось. Поза расслабленная, на осмотр практически не реагирует. Гипорефлексия. Дыхание пуэрильное проводится по всем полям с умеренным участием вспомогательной мускулатуры. Частота дыхательных движений — 46 уд./мин. Тоны сердца громкие, ясные. Частота сердечных сокращений аускультативно не поддается подсчету, на мониторе суправентрикулярный ритм 255 в мин (разрешающая способность монитора 255 в мин). На электрокардиограмме в мониторном отведении суправентрикулярная тахикардия с частотой сердечных сокращений 300 в мин (рис. 1). Ток крови по подключичному катетеру хороший. Клинических данных за пневмоторакс, гидроторакс, гемоперикардиум нет. Выставлен диагноз: пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия, прогрессирующая сердечная недостаточность.

В синусовом узле содержатся многочисленные разветвления симпатического и блуждающего нервов. Рефлекторные влияния на сердце идут и с других, богатых рецепторами рефлексогенных зон, в частности устья полых вен, предсердий [2]. По всей вероятности, конец катетера вызвал раздражение или травматизацию реф-

Ключевые слова: суправентрикулярная тахикардия, новорожденный, подключичная вена, осложнения.

Key words: supraventricular tachycardia, infants, subclavicle vein, complications.

лексогенной зоны, что и привело к образованию эктопического очага возбуждения и, как следствие, пароксизму тахикардии. Резкое учащение сердечного ритма приводит к укорочению диастолы желудочков, ухудшению кровоснабжения сердца, увеличению потребности миокарда в кислороде, снижению сердечного выброса, резкому увеличению периферического сопротивления, что, как в нашем случае, проявляется клинически выраженной сердечной недостаточностью.

В 15 ч 40 мин удален подключичный катетер. Динамики в состоянии больной нет. На ЭКГ прежняя картина. В ряде случаев приступ удается прервать с помощью методов рефлекторного повышения блуждающего нерва. Однако у детей до 3-летнего возраста они не эффективны [1]. В неонатологии препаратами выбора при наджелудочковых тахиаритмиях, особенно при сопутствующей сердечной недостаточности, традиционно продолжают оставаться сердечные гликозиды. Наиболее популярен дигоксин, который мы и решили применить. Была определена доза насыщения из расчета 20 мкг/кг.

15 ч 50 мин — половина дозы введена одномоментно в периферическую вену, а оставшуюся часть предполагалось ввести двумя назначениями по 5 мкг/кг с интервалом 8 ч. Но в течение следующих 10 мин, на фоне прежней ЭКГ-картины, прогрессируют симптомы сердечной недостаточности: усилилась одышка, вялость, сохраняются акроцианоз и цианоз носогубного треугольника, не уменьшающиеся при ингаляции кислорода.

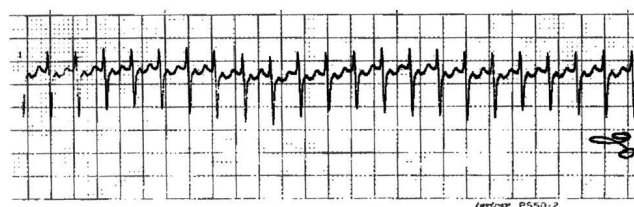


Рис. 1. Суправентрикулярная тахикардия (до кардиоверсии)

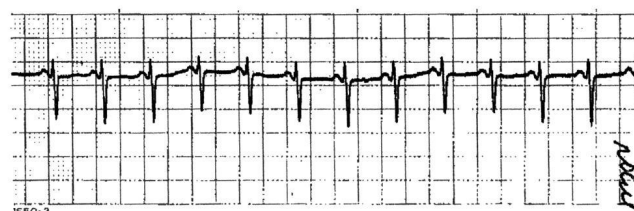


Рис. 2. Синусовый ритм (после кардиоверсии)

Учитывая, что заболевание приняло угрожающий характер, а дальнейшая дигитализация требует значительного времени, от медикаментозного лечения решено отказаться и прибегнуть к электрической кардиоверсии.

По нашему мнению, помимо прочего, интересен сам процесс проведения кардиоверсии у данного пациента. Дело в том, что, за неимением детского, использовался электродефибриллятор для взрослых, каждый электрод которого размером с грудную клетку новорожденного. Поэтому было решено электрод «Sternum» наложить на грудь спереди, а электрод «Арех» со спины. Получилось что-то вроде «сэндвича».

15 ч 55 мин — разряд проводили в кардиосинхронизированном режиме, минимальной силой тока для данного аппарата — 3 Дж. Первая попытка была неудачной. Со второй попытки, разрядом 5 Дж, установился синусовый ритм 140 в мин (рис. 2). Состояние ребенка значительно улучшилось. Порозовели кожные покровы, уменьшилась

одышка до 38 в мин. Во избежание повторного приступа больной, продолжена дигитализация с последующим переходом на поддерживающую дозу дигоксина из расчета 8 мкг/кг в сут, в два приема через 12 ч плюс терапия основного заболевания. В дальнейшем пароксизмов тахикардии не наблюдалось. Больная выписана домой.

Л и т е р а т у р а

1. Депутат А.Е., Афанасьев Е.Н. и др. Неотложные состояния у детей. / Под ред. В.М. Сидельникова. Киев: Здоровья, 1983. С. 117-120, 129.
2. Осколкова М.К. Кровообращение у детей в норме и патологии. М.: Медицина, 1976. С. 17, 209.
3. Роузен М., Латто Я.П., Нг У. Шэнг. Чрескожная катетеризация центральных вен: Пер. с англ. М.: Медицина, 1986. С. 70-73.
4. Шабалов Н.П. Неопатология. Т. 2. 2-е изд. М.: Спец. лит., 1997. С. 182-185.



УДК 616.3 - 0036 - 089.878 - 053

**А.В. Бастрыгин, А.А. Махотин, С.Г. Гандуров, А.Д. Ефременко, Н.Г. Жила,
А.Ю. Савенко, Н.Ю. Северный**

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ — БАТАРЕЙКАХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*Дальневосточный государственный медицинский университет;
ГУЗ «Детская краевая клиническая больница», г. Хабаровск;
Городская детская больница, г. Южно-Сахалинск*

Инородные тела (ИТ) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — распространенное явление среди детей [9], при этом тип ИТ зависит от традиций питания и социокультурных особенностей нации [10]. Нередко у детей выявляются ИТ в виде монет, костей рыбы, пластмассовых игрушек, игл [3], которые в 84% случаев локализуются в верхней трети пищевода [8]. Хотя большинство ИТ проходят через ЖКТ, некоторые больные требуют хирургического вмешательства [1, 4, 6, 7]. При этом эндоскопическое удаление ИТ имеет приоритетное значение во многих педиатрических центрах, поскольку доказаны его безопасность и эффективность [2].

Отдельным видом ИТ являются компактные батарейки (КБ) из-за очень высокой вероятности возникновения осложнений, вплоть до летальных случаев. КБ используются с возрастающей частотой в разнообразных устройствах, включая слуховые аппараты, часы и калькуляторы. В состав КБ входит щелочной электролит и металлический сплав, содержащий ртуть [5]. Удельный вес КБ среди общего числа ИТ достигает 21,6% [7].

Ключевые слова: **инородные тела, дети, желудок, кишечник.**

Key words: **foreign bodies, children, stomach, Intestines.**

Материалы и методы

Объектом исследования послужили 52 больных с КБ, находившихся на лечении в период с 1996 по 2007 г. в Детской краевой клинической больнице г. Хабаровска и городской детской больнице г. Южно-Сахалинска. Поступили дети в возрасте от 8 мес. до 5 лет, девочек было 24, мальчиков — 28. Локализация инородного тела на момент поступления (подтверждено рентгенологически) была следующей: желудок — 34 (65%), пищевод — 17 (32%), двенадцатиперстная кишка — 1 (2%) наблюдение. В 3 (6%) случаях имело место наличие двух инородных тел в желудке. В 34 (65%) случаях с использованием фиброгастродуоденоскопии в верхних отделах ЖКТ диагностированы КБ производства Китайской Народной Республики (КНР) двух моделей: CR 2032 — 7 наблюдений (диаметр — 2,0 см, толщина — 0,3) и LR 44 — 27