

преждевременных родов в 34-37 недель приобретает значение хроническая плацентарная недостаточность,

подтвержденная результатами и патогистологического исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аккерман Л.И. Особенности беременности в зависимости от локализации плаценты // Акушерство и гинекология. 1983. — №3. — С. 11-13.
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г. Этиопатогенез невынашивания беременности // Журнал акушерства и женских болезней. — 2004. — Т. LIII. Вып.1. — С.37-41.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика. — Пер.с англ. — М.: Практика, 1998. — 459 с.
4. Доказательная медицина: ежегодный международный справочник. — Ч. 4. — М.: Медиасфера, 2003. — С. 1234-1249.
5. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. / Под ред. В.И. Кулакова. — Вып. 2 — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 35-71, 112-129.
6. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды — тактика ведения с учетом срока гестации // Журнал акушерства и женских болезней. — 2002. — №2. — С. 13-17.
7. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Бутко Т.М. и др. Патоморфологическая характеристика отдельных звеньев системы мать-плацента-плод при преждевременных родах // Акушерство и гинекология. — 2002. — №3. — С. 25-28.
8. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 447 с.
9. Синицина С.С., Кравченко Е.Н. Факторы риска прерывания беременности в 22-27 недель // Материалы X Всероссийского научного форума «Мать и дитя». — М., 2009. — С. 186.
10. Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. — М.: Медицина, 1990. — 239 с.
11. Тимошенкова С.В., Суслопаров Л.А., Рындин В.А. и др. Об инфицировании последа при преждевременных родах // Журнал акушерства и женских болезней. — 1999. — Т. XLVIII, Вып. 2. — С. 55-57.
12. Фадеева Н.И., Ховалыг Н.М., Ремнева О.В. и др. Факторы риска преждевременных родов и значение ключевых антиоксидантных ферментов и матриксной металлопротеиназы-9 в прогнозе состояния новорожденных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2008. — Т. 7, №1. — С. 53-55.
13. Халафян А.А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных. 3-е изд. Учебник. — М.: Бином-Пресс, 2008. — 512 с.
14. Шалина Р.И., Плеханова Е.Р. Комплексная терапия беременных с угрозой преждевременных родов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2007. — Т. 6, №1. — С. 33-40.
15. Hileman B. Causes of premature births probed // Chem. and Eng. News. — 2001. — Vol. 79, N48. — P. 21-22.
16. Lumley J. Defining the problem: The epidemiology of preterm birth: Rep. [1 International Preterm Labour Congress, Montreux, June, 2002] // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol. — 2003. — Vol. 110. — P. 3-7.

Информация об авторах: e-mail: doc_protoporova@mail.ru, факс 8(3952) 407910.

Протопопова Наталья Владимировна — заведующая кафедрой, д.м.н., профессор,
Ильин Владимир Петрович — заведующий лабораторией, д.б.н., профессор, e-mail: ilvp@sbamsr.irk.ru.
Шапошникова Марина Александровна — заведующая отделением, e-mail: shaposhnikova_ma@mail.ru.

© КУЛИНИЧ С.И., БУРЛАКОВА О.А. — 2011
УДК: 618.14-006.36-(085.225+085.849.11)

ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА МИОМЫ МАТКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Светлана Ивановна Кулинич, Оксана Александровна Бурлакова
(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор, д.м.н. В.В. Шпрах,
кафедра акушерства и гинекологии, зав. — д.м.н., проф. С.И. Кулинич)

Резюме. Проведен сравнительный анализ историй болезни 98 больных, прооперированных лапаротомным доступом, по поводу миомы матки. 43 женщинам проведена миомэктомия, с одновременным двухсторонним пошаговым ушиванием ложа узла. 55 пациенток прооперированы по методике одновременной полной энуклеации узла. Установлено, что использование первого метода является высокоэффективным, позволяет сохранить архитектуру матки, улучшить кровообращение, ускорить процессы репарации в тканях.

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия.

PREGRAVID TRAINING FOR WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AND PREVENTION OF RECURRENCE OF UTERINE MYOMA IN THE POSTOPERATIVE PERIOD AFTER MYOMECTOMY

S.I. Kulinich, O.A. Burlakova
(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. The retrospective analysis of case records of 98 patients, who were operated by laparotomic access concerning myoma of uterus has been carried out. 43 women were underwent myomectomy, with simultaneous bilateral step-by-step restoration. 55 patients had been operated by the method of total myomectomy. It has been established, that the use of the first method is highly effective, allows to keep the structure of uterus, to improve blood circulation, to accelerate the processes of reparation in tissues.

Key words: myoma of uterus, myomectomy.

Миома матки — это распространенное заболевание, занимает второе место в структуре гинекологической заболеваемости и поражает по данным разных авторов от 25 до 40 % женщин с сохраненной менструальной функцией, приводя к функциональным расстройствам и структурным изменениям в репродуктивной системе, нередко отрицательно влияя на психоэмоциональное

состояние женщины. По данным И.С. Сидоровой, эти показатели еще выше и составляют до 55%. В последние два десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваемости у женщин в возрасте 24-32 года [5]. Осложнения в родах и в течение беременности у женщин с миомой матки наблюдаются в 60-80% случаев [2].

Методы лечения миомы матки претерпевают зна-

чительные изменения. В последние несколько лет, бесспорно, увеличилось количество органосохраняющих операций на матке, что связано с молодым возрастом пациенток и их желанием сохранить репродуктивную функцию, т. к. нередко миома матки является единственной причиной бесплодия. Часто в послеоперационном периоде требуются длительные реабилитационные мероприятия, что связано с высокой частотой рецидива миомы матки, который встречается после энуклеации миоматозных узлов, в 17-21% случаев [6]. Широко используются лапароскопические методы, гистерорезектоскопия, расширяются показания к эмболизации маточных артерий, внедряется в практику метод фокусной ультразвуковой магнитно-резонансной терапии, чрезкожная лазерная абляция миомы под контролем МРТ [7]. Но все же основным методом лечения миомы матки у женщин, планирующих беременность и роды, остается энуклеация миоматозного узла после лапаротомного доступа, что связано с необходимостью создания полноценного рубца на матке [5]. Наиболее частыми осложнениями консервативной миомэктомии является интраоперационное кровотечение из ложа узла, формирование полостей и гематом в миометрии, что может свести на нет проведенную операцию [2].

Цель. Оценить клиническую эффективность разных способов миомэктомии, применения ранней ДЭНАС-терапии в послеоперационном периоде в восстановлении фертильности у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Исследование выполняется в городском перинатальном центре г. Иркутска, на базе кафедры акушерства и гинекологии Иркутского государственного института усовершенствования врачей. В работе с больными соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000).

В период с 2007 по 2008 г. в родильном отделении ИГПЦ родило 232 женщины с диагнозом миома матки. У 172 из них диагноз был установлен до беременности, у 36 — во время беременности при УЗС-скрининге, у 24 миома матки впервые выявлена во время операции кесарева сечения. Осложнения в родах отмечались у 146 женщин (62,93%). Дородовое и раннее излитие околоплодных вод у 31 (21,36%), первичная слабость родовой деятельности у 19 (27,74%), дискоординация родовой деятельности у 13 (18, 98%), стремительные и быстрые роды у 8 (11,68%), гестозом различной степени тяжести осложнилось течение беременности у 42 женщин (61,32%). Операцией кесарева сечения роды закончились у 56 женщин (38,36%), причем, только у 21 (14,38%) операция была выполнена в плановом порядке. Послеродовое кровотечение возникло у 8 (11,68%), произведена ручная ревизия полости матки. Таким образом, общее число осложнений во время беременности и родов составило 79, 76%, что соответствует данным литературы.

За 2006–2010 гг. в гинекологическом отделении ИГПЦ нами пролечены 161 пациентка в возрасте от 23 до 40 лет, которым были произведены органосохраняющие операции на матке. Из них 98 операций лапаротомным доступом, 63 лапароскопических операций, причем энуклеация узлов чаще производилась как дополнительная манипуляция при других операциях (по поводу экстрагестационной беременности, сальпингоовариолитисе, кистах яичника и пр.). Из пациенток, оперированных лапаротомным доступом, было сформировано 2 группы. 1 группа из 43 пациенток, оперированные способом постепенной энуклеации, с одновременным двухсторонним, поэтапным наложением мышечно-мышечных швов на ложе удаляемого узла. Серозный покров матки восстанавливался непрерывным серозно-серозным швом. 2 группа из 55 пациен-

ток, оперированных по методике одномоментной полной энуклеации узла с последующим ушиванием ложа, при этом часто не происходило четкого сопоставления краев раны, и образовывался избыток мышечной ткани с одной стороны, особенно при величине узла более 6 см.

Ретроспективное обследование проводилось в группе женщин, перенесших миомэктомию лапаротомным доступом. Все женщины планировали реализовать репродуктивную функцию. Лапаротомный доступ использовался при точно установленном диагнозе миомы матки, чаще при средних и больших размерах узлов. Удалялись все узлы, вне зависимости от их размеров и локализации. Все женщины, которым производилась энуклеация узлов лапаротомным доступом, в предоперационном периоде обследованы по стандарту: клинический анализ крови, мочи, биохимия крови, биохимическая коагулограмма, обследование на ВИЧ, гепатит В и С, РМП, ЭКГ, кольпоскопия, УЗС органов малого таза на аппарате Aloka 500, пайпель-биопсия или раздельное диагностическое выскабливание эндометрия и цервикального канала.

При лапароскопическом доступе все энуклеации произведены без вхождения в полость матки, при лапаротомии вхождение в полость матки имело место у 3 больных. После энуклеации узла на шов у 16 больных использовалась противоспаечная сетка «INTERCEED», у 13 — Absorbable Adhesion Barrier Gel — «INTERCOAT».

Исследуемый способ постепенной энуклеации узла осуществлялся следующим образом. После вскрытия брюшной полости разрезом по Пфанненштилю, в проекции узлов, расположенных в толще миометрия или субсерозно, производился разрез стенки матки над миоматозным узлом в месте наибольшего истончения соответственно направлению мышечных волокон до фиброзной ткани. Узел тупо отделялся от окружающего миометрия. По мере выделения узла до нижнего полюса, не отсекая от ложа, восстанавливалась рана, одновременно поэтапными узловыми мышечно-мышечными швами через 3 мм друг от друга. При отдаленном расположении узлов друг от друга производились разрезы в проекции каждого узла. Использовались синтетические длительно рассасывающиеся нити «Vicril» — 0, 00, 1. Количество рядов зависело от величины узла: при диаметре 3-4 см — двурядные, при большей величине — трехрядные. Серозный покров матки восстанавливался отдельными серозно-серозными швами. Иногда для гемостаза добавляли П-образные швы. Способ предложен Т.Е. Белокрыничкой, С.И. Кулинич (патент на изобретение №2411008).

Полная одномоментная энуклеация узла производилась после разреза стенки матки над миоматозным узлом, независимо от его локализации, с последующим ушиванием в 2-3 ряда. Серозный покров матки восстанавливался отдельными серозно-серозными швами синтетической нитью. Переднюю брюшную стенку восстанавливали послойно отдельными швами с оставлением дренажей: под апоневрозом из перчатки, в малом тазу — из полиэтиленовой трубки.

В послеоперационном периоде пациентки I группы получали антибактериальную, противовоспалительную терапию, ДЭНАС-терапию (электроимпульсная терапия на аппарате ДЭНАС + в стабильном и лабильно-стабильном режиме), а также супрессивную терапию аналогами гонадотропин — релизинг — гормона в течение 3 месяцев после операции с последующим назначением КОК (жанин) в непрерывном режиме в течение 2-3 месяцев в зависимости от величины и локализации удаленных узлов. Пациентки II группы получали антибактериальную, противовоспалительную терапию, магнитотерапию на область швов и КОК в непрерывном режиме в течение 3 месяцев после операции. Для оценки состояния миометрия в послеоперационном периоде использовалось УЗС (доплерометрия на аппарате ALOKA-5000).

Для статистического анализа полученных результатов была сформирована база данных, в которую вносили качественные и количественные признаки. Обработка данных производилась в программе Statistics 6.0. Использовалась методика корреляционного анализа. Пациентки I и II групп сопоставимы между собой по всем критериям: возрасту, длительности заболевания, паритету, клиническим проявлениям, количеству и локализации миоматозных узлов ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

У всех обследованных пациенток обеих групп длительность заболевания составила в среднем 1,3 года, средняя продолжительность клинических проявлений 6-7 месяцев, включая характерные симптомы в виде длительных тянущих болей внизу живота (62,5%), учащенного мочеиспускания (38,9%), различных форм нарушений менструального цикла, чаще меноррагии, дисменореи, альгоменореи (76,3%). Анемия в предоперационном периоде была у 42 женщин (42,86%). Отягощенная наследственность (миома матки у родственниц первой линии) отмечена у 38 (38,76%). Экстрагенитальная патология выявлена у 54 пациенток, включая хронический тонзиллит у 13 (24,07%), хронический пиелонефрит у 18 (33,33%), заболевания сердечно-сосудистой системы у 14 (25,93%), заболевания желудочно-кишечного тракта у 4 (7,41%).

По результатам проведенной предоперационной кольпоскопии выявлено: у 36 (36,73%) больных эпителий шейки матки представлен многослойным плоским без особенностей; у 48 (48,98%) выявлены различные кольпоскопические признаки хронического цервицита (цилиндрический эпителий, открытые железы, закрытые железы); у 14 (14,29%) — картина дискератоза (ацето-белый эпителий, мозаика, пунктация), у 7 из них выполнены биопсии с соответствующим лечением.

В возрасте 21-25 лет миомэктомия проведена у 8 (8,16%) больных; в 26-30 лет у 22 (22,45%); в 31-35 лет у 26 (26,53%); в 36-40 лет у 42 (42,86%) больных.

Сопутствующая гинекологическая патология имела место у 52 (53,06%) больных. У 12 (23,07%) — эндометриозная болезнь различной локализации; у 18 (34,62%) — вторичное бесплодие; у 13 (25%) — первичное бесплодие; у 5 (9,62%) — функциональные кисты яичников; у 5 (9,62%) — хронический сальпингит.

Единичные миоматозные узлы выявлены у 39 (39,80%), множественные узлы у 59 (60,20%) пациенток.

Размеры узлов варьировали от 3 до 16 см. Узлы диаметром 3 — 6 см были у 21 (21,43%); 7-9 см у 34 (34,69%); 10-12 см у 25 (25,51%); узлы 13 и более см у 18 (18,37%) больных. У 1 пациентки диаметр единственного субсерозного узла составил 26 см. Дегенеративные изменения в миоматозных узлах, диаметром более 8 см, были в 100% случаев.

При множественной миоме количество узлов в среднем составляло от 2 до 6. Наибольшее количество выявленных узлов — 15.

По локализации узлы были расположены по передней и задней стенкам матки, встречались примерно с одинаковой частотой, но наиболее крупные узлы чаще располагались по задней стенке матки — 35,81%; по передней стенке матки в 27,42%; в дне матки в 14,52%; перешеечные узлы — 9,68%; по боковым стенкам (ребрам) матки в 12,57% случаев.

Наиболее часто рост узлов имел интерстициально — субсерозный характер — у 57 (58,16%); изолированный субсерозный узел был у 16 (16,33%); только интерстициальные узлы у 26 (26,53%) пациенток.

Оперативное вмешательство производилось в I фазу менструального цикла на 8-9 день менструации, под СМА. Во время операции производилась визуальная оценка маточных труб, и оценка их проходимости путем введения через цервикальный канал раствора метиленового синего. У 2 пациенток I и у 3 — II групп выявлена непроходимость маточных труб, произ-

ведён сальпингоовариолизис, проходимость маточных труб восстановлена. Послеоперационный период протекал благоприятно у 93 пациенток. Средняя продолжительность послеоперационного койко-дня составила 8,4 В 5 случаях отмечались подапоневротические гематомы, 3 из которых были дренированы оперативным путём, 2 разрешились самостоятельно при небольших размерах. Вхождение в полость матки во время операции произошло у 3 пациенток (I группа — у 1; II группа — у 2).

Ультразвуковое исследование производилось на 3, 7 сутки послеоперационного периода, через 6 и 12 месяцев. Оценивались толщина мышечной стенки в месте энуклеации, формирование новых сосудов (индекс резистентности), состояние рубца (наличие бессосудистых зон и ниш), рецидив миоматозных узлов в месте энуклеации и появление вновь образующихся узлов.

Таблица 1
Данные ультразвукового исследования в послеоперационном периоде

Показатели УЗС (оценка через 6 мес. после операции)	I группа (n = 43)	II группа (n = 55)
Индекс резистентности (средний показатель)	0,8	0,65
Наличие бессосудистых зон и ниш	6,98% (n = 3)	30,91% (n = 17)
Рецидив миоматозных узлов	4,65% (n = 2)	12,72% (n = 7)

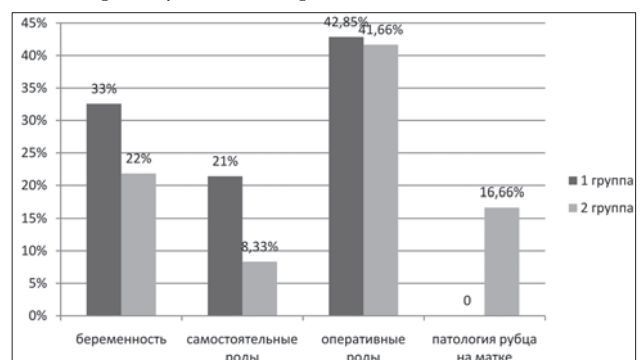
У 4 (9,30%) пациенток I группы индекс резистентности был снижен, что коррелировало с большими размерами узлов (9-16 см) и локализацией узлов в шеечно-перешеечной области и по задней стенке. Во II группе отмечалось достоверное снижение индекса резистентности $p = 0,006$ по сравнению с пациентками I группы.

Планирование беременности разрешалось через 6-9 мес., что зависело от величины раневой поверхности, количества узлов, травмы эндометрия.

Восстановление фертильности оценивали через 9-12-16 мес. после оперативного вмешательства. У 14 (32,56%) пациенток I группы беременность наступила через 9-12 месяцев (у 4 после ЭКО и ПЭ); во II группе — у 12 (21,82%) беременность наступила через 12-16 мес., (у 2 после ЭКО и ПЭ). У 4 женщин II группы, у 1 — I группы была лапароскопия для адгезиолизиса после миомэктомии при отсутствии беременности в течение 12 мес.

Самостоятельными родами беременности закончилась у 3 женщин I группы, у 1 — II. 6 пациенток I группы и 5 — II группы родоразрешены операцией кесарева сечения по комплексным показаниям. Во время операции кесарева сечения оценивалось состояние рубца на матке после миомэктомии. У пациенток I группы признаков несостоятельности рубца не выявлено, во II группе у 2 пациенток имело место истончение в области рубца, рубцовая деформация. У 2 пациенток I группы произошел

Таблица 2
Восстановление фертильности, исход беременности и родов у женщин, перенёсших миомэктомию



самопроизвольный выкидыш в малом сроке, 1 беременность замерла в сроке 8 недель. Во II группе самопроизвольный выкидыш у 5 пациенток, из них у двух при несоблюдении режима реабилитации. Вынашивают беременность в настоящее время 3 пациентки I группы, 1 — II.

Таким образом, при наступлении беременности у исследуемых женщин с миомой матки, осложнения беременности и родов отмечались в 79,76%, частота бесплодия составила 32,31%, отсюда возникли показания к предгравидарной подготовке (проведение миомэктомии с последующей оценкой эндометрия и функции желтого тела), гормональной поддержке во время беременности, мониторингу швов на матке в течение всей беременности;

— способ постепенной энуклеации узлов с одновременным поэтапным ушиванием ложа узла позволил снизить интраоперационную кровопотерю, отказаться

от использования, травмирующих матку, гемостатических зажимов, избежать формирования избытка тканей, сохранить архитектуру матки и получить достоятельный рубец на матке, что в последующем снизило вероятность потерь беременности и нарушений репродуктивной функции. Методика является предпочтительной по сравнению с методикой одновременной полной энуклеации узла;

— восстановление фертильной функции произошло в среднем у 33%, прооперированных методом постепенной энуклеации с одновременным ушиванием ложа. При одновременной полной энуклеации узла фертильность восстановлена в 24,5%;

— реабилитационный период должен занимать не менее 6-9 мес. послеоперационного периода, длительность его зависит от травмы миометрия, количества и локализации миоматозных узлов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 396с.
2. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 412 с.
3. Митьков В.В., Медведев М.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. — III т. — М.: ВИДАР, 1997. — 320 с.
4. Самойлова Т.Е. Оптимизация лечения лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста: Автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук. — М., 2006. — с.
5. Сидорова И.С. Миома матки. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 256 с.
6. Турлунова Т.И., Салов И.А., Глухова Т.Н., Михайлова Ю.В. Тактика родоразрешения беременных с фибромиомой матки // Проблемы репродукции, 2010. Материалы IV международного конгресса по репродуктивной медицине. — С. 129-130.
7. Цхай В.Б., Семашко Е.Н., Макаренко Т.А. Современные технологии органосохраняющего оперативного лечения у женщин репродуктивного возраста с миомой матки // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. — Красноярск, 2009. — Вып. 3. — С. 303 — 309.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м/н Юбилейный 100 Тел. 33-57-45

Кулинич Светлана Ивановна — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.,

Бурлакова Оксана Александровна — аспирант

© КНЯЗЕВА Т.С., ТОЛСТИКОВА Т.В., МАРЧУК Т.П., МАТЮНОВА А.Е. — 2011

УДК 616.12-008.311-02:616.124-008.61

СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА КАК ПРОВОЦИРУЮЩИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ

Татьяна Сергеевна Князева, Татьяна Вячеславовна Толстикова,

Татьяна Павловна Марчук, Алла Егоровна Матюнова

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В.Шпрах, кафедра неотложной педиатрии, зав. — д.м.н., проф. Г.В.Гвак; ²Иркутская государственная областная детская клиническая больница, главный врач — д.м.н., проф. Г.В.Гвак, отделение функциональной диагностики, зав. — Т.П.Марчук, кардиоревматологическое отделение, зав. — Т.С. Князева)

Резюме. Представлены результаты обследования 54 детей с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта. У 7 детей была подтверждена манифестная форма WPW-синдрома с приступами пароксизмальной тахикардии.

Ключевые слова: WPW-синдром, пароксизмальная тахикардия, дети.

THE WOLFF-PARKINSON-WHITE SYNDROME AS A PROVOCATIVE FACTOR OF DEVELOPMENT OF PAROXYSMAL TACHYCARDIA IN CHILDREN

T.S.Knyazeva, T.V.Tolstikova, T.P.Marchuk, A.E.Matunova

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Irkutsk State Regional Children's Hospital)

Summary. The results of inspection of 54 children with Wolff-Parkinson-White syndrome has been presented. The manifestation form of WPW-syndrome with paroxysmal tachycardia has been confirmed in 7 children.

Key words: WPW-syndrome, paroxysmal tachycardia, children.

Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW-синдром) является частой причиной развития пароксизмальной тахикардии у детей. Истинная частота WPW-синдрома неизвестна, т.к. это электрокардиографический диагноз, а ЭКГ регистрируется далеко не у всех детей.

У 60-80% детей отсутствуют признаки органического поражения сердца. В 30-40% случаев WPW-синдром

наблюдается при врожденных пороках сердца, кардиопатиях (особенно гипертрофических). Доказана наследственная предрасположенность — особое строение проводящей системы сердца, которое под влиянием изменений нейровегетативной регуляции сердечного ритма становится электрофизиологической основой развития тахикардии. У части больных WPW-синдром сочетается с пролапсом митрального клапана,