

правого желудочка и в остаток ушка правого предсердия, с базовым режимом стимуляции DDDR. При контрольных обследованиях дилатация ЛЖ уменьшилась, увеличилась ФВ ЛЖ, клинически состояние ребёнка стабилизировалось.

*Заключение.* Детям с ЭКС для оптимизации функции сердца, исключения развития пейсмейкерного синдрома необходима оптимальная настройка параметров функции ЭКС, подобранных на основании индивидуальной клинической картины и данных ЭКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографии.

## НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ОДНОКАМЕРНОЙ ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА ФУНКЦИЮ СЕРДЦА РЕБЁНКА С КОРРИГИРОВАННЫМ ВРОЖДЁННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Чернышева Ю.А., Метлин С.Н., Абашидзе Э.А.  
Научный руководитель: к.м.н. В.В. Минаев

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва

*Ключевые слова:* дети, электрокардиостимуляция, диагностика

*Актуальность.* Для коррекции полной поперечной блокады сердца у детей часто используется эпикардиальная однокамерная электрокардиостимуляция (ЭКС). Однако имплантация кардиостимуляторов детям имеет свои особенности: важным является способ имплантации устройства (эпикардиальный или эндокардиальный варианты), выбор режима стимуляции, возможность частотной адаптации устройства. В связи с этим актуально определение сердечной деятельности у ребёнка с имплантированным водителем ритма.

**Описание клинического случая.** Мальчик Т., 2 года 6 мес, поступил в связи с необходимостью дообследования и определения тактики дальнейшего ведения. В 2 мес ребёнку была проведена радикальная коррекция врождённого порока сердца: *situs inversus* (левосформированное, праворасположенное сердце), D-транспозиция магистральных сосудов. Коарктация аорты. Дефект межжелудочковой перегородки. Открытый артериальный проток. Послеоперационный период был осложнён полной атриовентрикулярной блокадой, для коррекции которой был имплантирован однокамерный ЭКС на эпикардиальном желудочковом электроде (режим VVI с базовой частотой 130 в мин). Через 12 мес при эхокардиографии (ЭхоКГ) впервые было выявлено расширение полостей левых отделов сердца, при ЭКГ — признаки неэффективной стимуляции (безответные спайки, собственный желудочковый ритм с частотой 32 в мин). Несмотря на перепрограммирование ЭКС, появление эффективной стимуляции, подобранную терапию хронической сердечной недостаточности у ребёнка, дилатация левого желудочка (ЛЖ) усугублялась, уменьшилась фракция выброса (ФВ), в связи с чем ребёнок был направлен в наш Центр. При ЭхоКГ отмечалось прогрессирование дилатации ЛЖ, его ремоделирование, сократительная способность снижена. При ЭКГ и холтеровском мониторировании ЭКГ была выявлена полная атриовентрикулярная диссоциация, при которой предсердия и желудочки не активируются синхронно, а сокращаются независимо друг от друга, при этом ритм сокращения желудочков либо совпадает с ритмом сокращения предсердий, либо превышает его, без частотной адаптации на нагрузку. При рентгенографии сердца выявлено нарушение целостности оплётки электрода. Клинически в этот период отмечалось синкопальное состояние, у ребёнка был установлен пейсмейкерный синдром. Для его коррекции имплантирован двухкамерный ЭКС с установкой эндокардиальных электродов в парагиссальную область со стороны