

Остеопатическая коррекция экстрасистолии у ребенка 6 лет

В. О. Белаш, В. А. Животов

Osteopathic Correction of Extrasystoles in a 6 Year Old Child

V. Belash, V. Zhivotov

Последнее десятилетие характеризовалось неуклонным ростом во всем мире заболеваемости патологией сердца и соединительной ткани [1]. В то же время, некоторые авторы отмечают, что детские заболевания сердца в этом тысячелетии имеют тенденцию в сторону функциональных нарушений. Если в минувшем веке дети чаще страдали врожденным пороком или ревмокардитом, то сегодня на первый план выходят нейроциркуляторная дистония, артериальная гипертензия, аритмия. Все это диктует необходимость поиска новых, безопасных, патогенетически обоснованных и высокоэффективных методов лечения кардиопатологии в детском возрасте. Предлагаем Вашему вниманию случай из клинической практики, показывающий потенциальные возможности остеопатических методов коррекции у детей с кардиологической патологией.

К нам на прием в клинику обратились родители мальчика 6 лет. На момент обращения ребенок и его родители предъявляли жалобы на периодические головные боли в теменной области, беспокойный ночной сон, кожные аллергические реакции, отставание в росте (самый маленький в классе), частые простудные заболевания. Также родители отмечали, что за последний год мальчик стал очень быстро утомляться при физической нагрузке, в связи с чем не может играть наравне со сверстниками.

Анамнез заболевания. Впервые жалобы на повышенную утомляемость, головные боли ребенок стал предъявлять около двух лет назад. Обратились к педиатру, врач после необходимых обследований направил к кардиологу. Выставлен кардиологический диагноз — нарушение ритма сердца: частая желудочковая экстрасистолия (парасистолия) смешанной циркадности; малые аномалии развития сердца: аномалия подклапанных структур, пролапс трикуспидального клапана без гемодинамических нарушений. Ребенок взят на диспансерный учет у кардиолога, рекомендовано исключить большие физические и психоэмоциональные нагрузки; занятия физкультурой — без участия в соревнованиях. В последующие два года родители отмечали нарастание интенсивности всех жалоб и отставание ребенка в физическом развитии.

Данные холтеровского мониторирования ЭКГ, выполненного непосредственно перед обращением к остеопату: за период наблюдения зарегистрировано 18 146 мономорфных одиночных экстрасистол; представленность аритмии примерно одинаковая в дневные и ночные часы; плотность аритмии 14%. Заключение: суправентрикулярная экстрасистолия с аберрантным поведением (вероятно, парасистолия).

Подобные результаты были отмечены и ранее при выполнении суточного ЭКГ-мониторирования. За два года до обращения: за сутки выявлено 14 311 одиночных желудочковых экстрасистол, в том числе по типу тригеминии 2 987; за год до обращения: за период наблюдения зарегистрировано 15 524 мономорфных одиночных экстрасистол.

Анамнез жизни. Ребенок от первой беременности, роды первые, срочные, затяжные на фоне родостимуляции окситоцином. Оценка по шкале Апгар 7/8. Кефалогематома. Закричал сразу, к груди приложен в течение часа. Прививки в родильном доме согласно календарю (БЦЖ, гепатит В). Выписан из родильного дома на 5-е сутки. До года рос и развивался по возрасту. Грудное вскармливание до 1,5 лет. Травм, оперативных вмешательств нет. Эпидемиологический анамнез без особенностей. С 3 лет посещает ДДУ.

Результаты объективного осмотра

Соматический статус. Астеничного телосложения (вес 18 кг, рост 120 см), сутулость. Кожные покровы чистые, влажные, бледные. Обращает на себя внимание периоральный цианоз, отечность и цианоз подглазничной области. Видимая слизистая оболочка бледная, влажная, чистая. Прогнатия. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс 102 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов родителей).

Остеопатический статус. По результатам остеопатического осмотра на первом сеансе было сформулировано заключение (табл. 1). Следует отметить, что при осмотре и пальпации обращали на себя внимание асимметричное положение костей черепа, резкое ограничение подвижности межкостных швов черепа, что косвенно может являться признаком родовой травмы.

Таблица 1

Остеопатическое заключение при первичном обращении пациента

Уровень	Нарушение					
	Биомеханическое 1 балл/2 балла/3 балла	Ритмогенное 1 балл/2 балла/3 балла		Нейродинамическое 1 балл/2 балла/3 балла		
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3		ПВС 1 2 3 Постурал. 1 2 3		
Региональный	Регион:	сома	висцера		ВС	СВ
	Головы	1 2 3		Cr	1 2 3	
	Шеи	1 2 3	1 2 3	C _I -C _{III}	1 2 3	1 2 3
	Верх. конеч.	1 2 3		C _{IV} -C _{VI}	1 2 3	1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	C _{VII} -Th _I	1 2 3	1 2 3
	Поясничный	1 2 3	1 2 3	Th _{II} -Th _V	1 2 3	1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	Th _{VI} -Th _{IX}	1 2 3	1 2 3
	Нижн. конечн.	1 2 3		Th _X -L _I	1 2 3	1 2 3
	ТМО	1 2 3		L _{II} -L _V	1 2 3	1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)					
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция: область головы						

У данного пациента преобладали соматические дисфункции регионального уровня, причем доминирующей являлась дисфункция области головы.

Всего данному ребенку за 9 мес было проведено пять остеопатических сеансов. На каждом приеме проводили комплексную остеопатическую диагностику в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями [2]. Лечебный подход был строго индивидуальным и основывался на результатах предшествующей диагностики.

После пяти сеансов отмечали значительное улучшение общего состояния и повышение уровня выносливости и физической активности (выдерживает нагрузки без ограничений, занимается горными лыжами). Головные боли купировались через 1 мес от начала лечения и за период наблюдения больше не беспокоили. Отечность и цианоз лица не отмечаются, цвет лица более здоровый, розовый (один из косвенных признаков улучшения кровоснабжения головы). Ночной сон

Таблица 2

Остеопатическое заключение при последнем обращении пациента

Уровень	Нарушение					
	Биомеханическое 1 балл / 2 балла / 3 балла	Ритмогенное 1 балл / 2 балла / 3 балла		Нейродинамическое 1 балл / 2 балла / 3 балла		
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3		ПВС 1 2 3 Постурал. 1 2 3		
Региональный	Регион:	сома	висцера		BC	CB
	Головы	<u>1</u> 2 3	1 2 3	Cr	1 2 3	
	Шеи	<u>1</u> 2 3	1 2 3	C _I -C _{III}	1 2 3	1 2 3
	Верх. конеч.	1 2 3		C _{IV} -C _{VI}	1 2 3	1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	C _{VII} -Th _I	1 2 3	1 2 3
	Поясничный	1 2 3	1 2 3	Th _{II} -Th _V	1 2 3	1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	Th _{VI} -Th _{IX}	1 2 3	1 2 3
	Нижн. конечн.	1 2 3		Th _X -L _I	1 2 3	1 2 3
ТМО		1 2 3	L _{II} -L _V	1 2 3	1 2 3	
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)					
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция: область головы						

хороший. За это время ребенок вырос на 4 см. Стал болеть значительно реже (почти за 10 мес наблюдения — два эпизода простудных заболеваний). Остеопатическое заключение данного пациента на последнем сеансе представлено в табл. 2.

На фоне проводимого лечения у данного пациента удалось полностью скорректировать либо уменьшить степень выраженности региональных соматических дисфункций.

Через 10 мес от начала лечения было выполнено контрольное холтеровское мониторирование. За период наблюдения зарегистрировано 5 036 суправентрикулярных экстрасистол с разным интервалом сцепления с узкими комплексами. Обращает на себя внимание, что эктопическая активность (по сравнению с ранее выполненным исследованием) существенно уменьшилась (5 036 против 18 146), а главное — все экстрасистолы регистрировались в покое, полностью регрессируя при физической нагрузке.

Таким образом, при динамическом холтеровском мониторировании ЭКГ отмечали явную положительную динамику, пациент не ощущал перебоев в работе сердца, толерантность к физической нагрузке высокая.

Хотелось бы дать небольшое пояснение, как выявленные у данного пациента соматические дисфункции теоретически могли повлиять на работу сердца. В иннервации сердца принимают участие как симпатическая, так и парасимпатическая система. Его ритмичная работа возможна только при сбалансированном участии обеих систем. Травмы, которые приводят к механическим изменениям анатомических структур, контактирующих с нервными узлами и стволами, участвующими в эфферентной иннервации сердца, могут, таким образом, влиять на ритмичность его работы. Зонами конфликта в этом случае могут являться:

- яремное отверстие, содержащее верхний яремный узел блуждающего нерва и его ствол; ветви блуждающего нерва направляются к сердцу;

- шейный отдел позвоночника:

- а) как возможное место препятствия для кровотока в позвоночных артериях при прохождении их через отверстия в поперечных отростках шейных позвонков и при перегибе через I шейный позвонок перед входом позвоночных артерий в полость черепа; позвоночные артерии принимают участие в кровоснабжении ствола мозга, в котором находится сосудодвигательный центр, а также вегетативных центров гипоталамуса;

- б) в области шейного отдела позвоночника, в интимной связи с мягкоткаными структурами шеи, находятся шейные симпатические узлы, играющие важную роль в симпатической иннервации сердца; при смещениях структур в этой области трофика нервных ганглиев нарушается, что нарушает их работу;

- шейно-грудной переход; в этом месте располагаются нижние шейные симпатические ганглии.

Среди причин парасистолии можно отметить дисбаланс вегетативной нервной системы, по-другому называемый нейроциркуляторной дистонией. Подобный дисбаланс у обсуждаемого пациента мог возникнуть в силу механических конфликтов в вышеописанных областях.

Таким образом, можно предположить, что особенности выявленной экстрасистолии (парасистолии) могут указывать на патологию вышележащих нервных центров, отвечающих за ритмичность сердечных сокращений, — шейных симпатических узлов, сосудодвигательного центра, вегетативных ядер гипоталамуса, а также на компрессию блуждающего нерва. Вероятнее всего, что данные повреждения возникают вследствие родовой травмы, в сочетании с приобретенными травмами черепа или без них. Совокупность характерной картины родовой травмы, ее биомеханических и физиологических следствий и типичных изменений при исследовании функций сердца указывает на механическое происхождение нарушения ритма сердца. Высокая эффективность остеопатической коррекции у данного контингента кардиологических пациентов переводит их в сферу первичной заинтересованности врача-osteопата.

Литература

1. Кардиология и ревматология детского возраста / Под ред. Г. А. Самсыгиной, М. Ю. Щербаковой. М.: Медпрактика, 2004.
[*Cardiology and pediatric rheumatology* / Ed. G. Samsygina, M. Sherbakova. M.: Medpractice, 2004.] (rus.)
2. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций: Клинические рекомендации / Под ред. Д. Е. Мохова и др. СПб.: Невский ракурс, 2015.
[*Osteopathic diagnosis of somatic dysfunction: Clinical guidelines* / Ed. D. Mokhov et al. St. Petersburg: Nevskij rakurs, 2015.] (rus.)