

**МИРОНОВА Т.Ф., МИРОНОВ В.А., ШАМУРОВ Ю.С., МИРОНОВА Н.П.,
НЕСТЕРОВА О.Н.**

ЧелГМА, Челябинск, Россия

mocor_rnail@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Цель: исследования - в определении особенностей периферической вегетативной дисрегуляции синусового узла сердца (СУ) у больных с синкопе различного генеза.

Объект: 82 пациента, обследованных по поводу синкопальных состояний.

Методы: в межприступном периоде проводилось ритмокардиографическое исследование (РКГ) на АПК «Микор» с временным и спектральным анализом variability сердечного ритма (ВСР) с выделением 3 видов волн - 1, m, s и их спектральных аналогов - VLF, LF, HF.

Результаты: РКГ результаты сопоставлены с клиникой болезни и другими методами. У 35 больных по совокупности данных диагноз был неврологическим - эпилепсии (ЭП), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП). В гр. ДЭП (n-17) особенностями дисрегуляции в СУ были брадикардия ($RR=1.114\pm 0.103c$), выраженная стабилизация $CP-oRR(SDNN)= 0.024+ 0.008 c$ против $0.052+0.006 c$ ($p < 0.001$) в контроле (n-48), и сниженные реакции CP в пробах. Гр. ЭП характеризовалась разнообразием вариантов ВСР и обратной зависимостью высокочастотной парасимпатической периодики (HF) от возраста. Общей особенностью ВСР у всей гр. больных с церебральной патологией было формирование хотя бы на одной из РКГ в пробах ультранизкочастотных (ULF) волн с периодом $53.648\pm 10.2 c$ и спектральным «пиком» в диапазоне 0.005-0.01 Гц. У 7-ми больных с сосудистой патологией в ВСР преобладали низкочастотные симпатические m-волны (LF) со спектральным «пиком» между 0.08-0.12 Гц. В 1-м случае удалось зарегистрировать синкопе. Он возник при переходе в активный ортостаз и сопровождался синхронным подъёмом интервалов до уровня 1.3 с и снижением АД до 80/ 40 мм рт.ст. Приступ расценён, как вазо-вагальный. Зарегистрированные на РКГ до приступа предсердные экстрасистолы исчезли на высоте приступа и вновь появились при восстановлении исходной РКГ. У 20-ти больных синкопе были связаны с дисфункцией СУ (ДСАУ), что подтверждалось данными ЭФИ. В межприступном периоде у 17-ти из них (возраст 18-21 лет) на РКГ зарегистрированы брадикардия ($RR=1.34\pm 0.108 c$) и высокоамплитудные, высокочастотные s-волны (HF) с амплитудой дыхательной аритмии (ARA) $0.160+ 0.023 c$ при норме $0.072\pm 0.008 c$ ($p < 0.001$). На фоне s-волн на РКГ записаны эпизоды периодики Венкебаха (ПВ), верифицированные по ЭКГ. После длинного блокированного интервале, последующие паузы были тоже удлинённые с постепенно уменьшающимся декрементом. У всех 17-ти лиц была положительная реакция на пробу с атропином - снизились уровень РКГ, ARA, oRR (SDNN), ПВ стали реже или совсем исчезли. То есть, это была ДСАУ неорганической природы. В трёх случаях на фоне брадикардии и стабилизации CP ПВ были частыми, не реагировали на атропин, сочетались с РКГ и ЭКГ признаками миграции водителя ритма по предсердиям и эпизодами заместительных ритмов. По данным клиники, РКГ и ЭФИ у них диагностирован синдром слабости СУ. В 19-ти случаях с ишемической сердечной недостаточностью на РКГ была выраженная стабилизация CP с ареактивностью на любые стимулы, что с оответствовало автономной кардионейропатии.

Выводы: Высокочастотный анализ ВСР при синкопальных состояниях в межприступном периоде позволяет выявить разновариантные автономные периферические дисрегуляции в СУ, способные определить направление диагностики при выяснении причины приступов.