

А.В. Бурлуцкая

**АНАЛИЗ МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА
У ДЕТЕЙ И ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ЕГО ПРИРОДЫ***Детская муниципальная клиническая больница № 2 (Краснодар)*

Целью работы явилось установление механизма возникновения слабости синусового узла у детей и метода экспресс-диагностики его природы для разделения отдельных форм патологии и оптимизации лечения.

МЕТОДЫ

Исследования проводились в четыре этапа. На первом этапе дети проходили клиническое обследование, включающее анамнез, осмотр, пальпацию, аускультацию, общеклинические анализы, ЭКГ. Из 2 239 больных выявлялись дети с синдромом слабости синусового узла. На втором этапе уточнялся диагноз. При подозрении синдрома слабости синусового узла для уточнения диагноза им выполняли холтеровское мониторирование ЭКГ, вариабельность сердечного ритма, чрезпищеводную электрическую стимуляцию предсердий, атропиновую пробу, велоэргометрическую пробу. На третьем этапе у 120 детей от 7 до 17 лет обоего пола с синдромом слабости синусового узла осуществлялось разделение лиц с синдромом органической или «функциональной природы». Для этого в качестве экспресс-диагностики применили пробу сердечно-дыхательного синхронизма. В плане психологического статуса определяли тип личности, уровень тревожности, адаптивность. В плане вегетативного статуса проводили: ортостатическую пробу с электрокардиографией, клиноортостатическую пробу, холодовую пробу, пробу Даньини-Ашнера, определяли индекс Кердо. На четвертом этапе проводилась оценка эффективности лечения детей с синдромом слабости синусового узла «функциональной» природы. Эффективность проводимого лечения у детей с синдромом слабости синусового узла «функциональной» природы проводили по параметрам сердечно-дыхательного синхронизма и сравнивали с динамикой клинической картины.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как показало исследование, у детей наиболее часто встречается идиопатический вариант синдрома слабости синусового узла. По нашим данным из 120 детей у 103. Наиболее часто: из 120 детей у 74 заболевание протекало бессимптомно и было выявлено случайно при регистрации электрокардиограммы. Преобладающие формы: синусовая брадикардия, миграция водителя ритма, синоатриальная блокада, выскальзывающие сокращения и ускоренные ритмы. Реже: тахи-брадикардия, ригидная брадикардия, эктопические ритмы с единичными синусовыми сокращениями, АВ-блокады. Наиболее встречаемые клинико-электрокардиографические варианты: первый вариант и второй вариант. Значительно реже — третий вариант синдрома слабости синусового узла и самый редкий четвертый вариант. Дети-холерики (при смешанных типах меланхолии/холерики) являются наиболее предрасположенными к возникновению синдрома слабости синусового узла. Среди детей с синдромом слабости синусового узла у большинства он был функциональной природы, поскольку его электрокардиографические проявления исчезали при проведении пробы сердечно-дыхательного синхронизма.

ВЫВОДЫ

Таким образом, эта проба показала высокую эффективность в качестве метода диагностики природы синдрома слабости синусового узла: функциональной и органической. Было установлено, что проба сердечно-дыхательного синхронизма может быть использована в качестве объективной оценки эффективности проводимой терапии у детей с синдромом слабости синусового узла.

Е.А. Вахрушева, И.Р. Масленникова, А.В. Прахов**ЗНАЧЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ ВЛИЯНИЙ НА ДИНАМИКУ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ ФОРМАХ ДИФТЕРИИ У ДЕТЕЙ***Военно-Медицинский Институт ФСБ РФ (Нижний Новгород)*

Весь клинический опыт изучения и наблюдения дифтерии констатирует вовлечение в процесс сердечно-сосудистой системы при любой тяжести процесса. Современное течение заболевания