



МАМЛЕЕВ Р.Н., ЮНУСОВА Е.Р.

616.8-009.832-053.2

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», г. Казань

Информативность показателей кардиоинтервалографии при синкопальных состояниях у детей

Диагностика синкопальных состояний у детей остается серьезной проблемой вследствие отсутствия высокоспецифичных методов диагностики. Важным звеном в диагностике обмороков остается определение вегетативного тонуса и вегетативной реактивности у детей с помощью кардиоинтервалографии.

Материалы и методы: нами обследовано 30 детей от 1,9 до 17 лет (33% — мальчики, 67% — девочки) с повторными нейрогенными синкопами. Среди обследованных преобладали подростки старше 15 лет (60%), дети до 10 лет составили 14%, от 11 до 14 лет — 26%.

Проводилось стандартное кардиоинтервалографическое обследование с определением следующих параметров: вариационный размах (ΔX), мода (M_o), амплитуда моды ($A M_o$), индекс напряжения Баевского ($I N$) в соответствии с возрастными нормативами.

Было выявлено, что у 48% пациентов ΔX ниже возрастной нормы, что свидетельствует о недостаточном функционировании парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. У 40% детей, напротив, ΔX был высоким, что свидетельствует о преобладании ваготонии. Показатели M_o были выше нормы у 57% детей, у 22% обследуемых этот показатель был ниже нормы. $A M_o$ была повышена у 61% детей, что свидетельствует об избыточном симпатическом тоне и напряжении центрального контура вегетативной регуляции; у 35% детей данный

параметр был снижен, что свидетельствует о недостаточной активности симпатического отдела ВНС.

Интегральный показатель КИГ — индекс напряжения был снижен у 48% обследуемых, что характерно для ваготонии, и превышал норму у 44% пациентов, что свидетельствует в пользу симпатикотонии.

Таким образом, 95% обследованных детей с повторяющимися синкопальными пароксизмами по результатам проведенной КИГ имели место те или иные отклонения в вегетативной регуляции сердечно-сосудистой деятельности. У части пациентов при сопоставлении всех показателей КИГ можно констатировать амфотонию, то есть одновременное повышение тонуса как симпатического, так и парасимпатического отдела ВНС. В этом смысле индекс напряжения, традиционно используемый для определения вегетативного тонуса, обладает недостаточной диагностической ценностью для пациентов с дистонией (амфотонией), так как при повышенном ΔX или высокой M_o показатели $I N$ могут быть повышены или в пределах нормы.

Выводы: При проведении КИГ у детей с синкопальными пароксизмами нейровегетативного генеза следует интерпретировать не только показатели $I N$, которые могут «занизить» частоту выявления ваготонии в структуре амфотонии, но и такие маркеры ваготонии, как вариационный размах и мода.