

ми Указом Президента РФ от 24.12.93 №2288) - 29-34 с.

7. Таранов А.М. Избранные лекции по обязательному медицинскому страхованию. М. Федеральный фонд ОМС, 2002. - 43-52 с.

8. Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования: Методические рекомендации федерального фонда обязательного медицинского страхования. Утверждены приказом ФФОМС №73 от 6 сентября 2000 г.

Случаи из практики

© БАТЬЯНОВ И.С., ИВАНОВА О.А., ЗЕМЧЕНКО О.А., КЛЕВЦОВА О.В. -

КОМПЕНСИРОВАННЫЙ СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА У ПОЖИЛОГО СПОРТСМЕНА

И.О. Батьянов, О.А. Иванова, О.А. Земченко, О.В. Клевцова.

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор - проф. А.А. Дзизинский, кафедра функциональной диагностики, зав. - доц. И.С. Батьянов; клиническая больница №10 г. Иркутска, гл. врач - Ю.Я. Горбунов; областной врачебно-физкультурный диспансер "Здоровье", гл. врач - д.м.н. РФ Г.И. Губин; областная клиническая больница, гл. врач - П.Е. Дудин)

Резюме. Приведено описание клинического случая компенсированной формы синдрома слабости синусового узла у пожилого спортсмена. Сделан вывод, что регулярные аэробные дозированные физические нагрузки позволяют обеспечить компенсацию сердечной деятельности в условиях её хронотропной патологии.

Ключевые слова: синдром слабости синусового узла, физические нагрузки, сердечная компенсация.

Синдром слабости синусового узла (СССУ) = распространённая, но относительно малоизученная патология с вариантами течения от субклинических до жизнеугрожающих. В литературе, встречаются различные подходы к диагностике, классификации и врачебной тактике при СССУ [1, 2,3,4].

Приводим клиническое наблюдение, иллюстрирующее вариабельность клинического течения СССУ, в частности, у пожилых спортсменов.

Больной В., 68 лет, активный спортсмен, занимается лыжами, плаванием, бегом и пр. Обратился к врачу для оформления допуска к участию в лыжных соревнованиях. Жалоб не предъявляет. Анамнестически: указать время появления брадикардии затрудняется, отмечает улучшение общего самочувствия при регулярных физических аэробных нагрузках. При физикальном осмотре - брадикардия, другой патологии не обнаружено.

На ЭКГ - выраженная синусовая брадикардия, ЧСС=40 уд. в мин, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЭхоКГ (Аloka 5500): аорта 3,3 см, левое предсердие 3,4 см, правое предсердие 3,4 см. Правый желудочек 2,7 см, толщина в диастолу 0,4 см, время ускорения в ЛА 139 мсек, признаки лёгочной гипертензии не выявлены. Левый желудочек: КДР 5,5 см, КСР 3,6 см, толщина в диастолу 0,9 см, ММЛЖ 137 г. Аортальный клапан: створки не уплотнены, с кальцинатами до 1,5 см, расхожде-

ние 1,8 см, поток через клапан ламинарный. Митральный клапан: створки не уплотнены, подвижны, движение дискордантное, расхождение 2,5 см, поток через клапан ламинарный. Трикуспидальный клапан: створки не изменены, поток через клапан ламинарный. Клапан лёгочной артерии: створки не изменены, поток через клапан ламинарный. ЦДК: небольшая регургитация из аорты. Зоны акинезии не выявлены. Систолическая функция ЛЖ УО 91 мл, ФВ 61%, тип выброса 1,14 м/с, гиперкинетический. Диастолическая функция ЛЖ: тип наполнения 0,49/0,77 м/с, гипертрофический. Признаки диастолической дисфункции миокарда ЛЖ, дегенеративные изменения аортального клапана, аортальная недостаточность 1 степени.

Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ ("Кардиотехника" 4000): ЧСС днём средняя 41, минимальная 33, максимальная 82 уд. в мин, ЧСС ночью средняя 38, минимальная 34, максимальная 58 уд. в мин. Циркадный индекс=1,07. На фоне синусовой брадикардии с адекватной реакцией ЧСС на физическую нагрузку зарегистрированы: суправентрикулярные парасистолы одиночные и спаренные с частотой 6 в мин, эпизоды предсердного ускоренного замещающего ритма с ЧСС 57 уд. в мин, желудочковая парасистолия с частотой 2 в час, постпарасистолическая депрессия синусового узла с синоатриальной паузой 2296 мсек. Ишемических изменений ST-T не зафиксировано.

Чреспищеводная электрокардиостимуляция (ЧП ЭКС) (УЭК "Восток"): ВСАГ1=320 мс (N=300 мс), ВВФСУ=1320 мс (N=1600 мс). После введения 1,0 мл 0,1% атропина - ВСАП=280 мс, ЧСС увеличилась с 45 до 60 уд. в мин. Синоатриальная блокада 1 степени, обусловленная избыточным парасимпатическим тонусом.

Велоэргометрия (ВЭМ) (стресс-ЭКГ "Shiller"): выполнена по непрерывно нарастающей методике, начиная с 25 Вт, по 3 мин, при исходных АД=125/70 мм рт. ст., ЧСС=39 уд. в мин. Достигнута нагрузка 125 Вт при АД=170/100 мм рт. ст. и ЧСС=78 уд. в мин. Проба остановлена в связи с недостаточным приростом ЧСС. Ангинозных болей, кардиалгий, одышки, слабости, патологического смещения сегмента ST не зафиксировано. Реакция на нагрузку нормотоническая. Толерантность к физической нагрузке высокая. Тест на ишемию не оценивается.

Показатели липидного спектра в пределах нормы. От предложенной коронарографии больной отказался.

Пациенту выставлен диагноз: идиопатический CCCY, компенсированная форма, выраженная синусовая брадикардия, синоатриальная блокада 1 степени, суправентрикулярная одиночная и спа-

ренная парасистолия, предсердный замещающий ускороженный ритм, постэктопическая депрессия синусового узла с синоатриальной паузой до 2300 мс; идиопатическая блокада правой ножки пучка Гиса; идиопатический кальциноз аортального - логию сложной аритмии и клапанного порока доступными методами установить не удалось. Можно предположить, что дегенеративные изменения в специализированной системе и клапанах аорты являются следствием ранее перенесенного эндомиокардита и/или носят сенильный характер.

Больному разрешено продолжать занятия физкультурой в прежнем режиме. Медикаментозные препараты не назначались. Рекомендовано наблюдение кардиолога во врачебно-физкультурном диспансере "Здоровье".

Очевидно, что регулярные дозированные аэробные физические упражнения, систематически стимулируя симпатический тонус, способствуют оптимизации экстракардиальной регуляции сердечной деятельности: повышению ЧСС, адекватной реакции на физическую нагрузку и, тем самым, компенсации CCCY. Данное наблюдение показывает благотворное влияние физкультуры при сложной автоматической аритмии сердца - CCCY у больного пожилого возраста.

THE COMPENSATED SICK SINUS SYNDROM IN ELDERLY SPORTSMAN

I.S. Batyanov, O.A. Ivanova, O.A. Zemchenko, O.V. Klevtsova

(Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies, Clinical Hospital №10,
Regional Medical-Culture center "Health", Regional Clinical Hospital)

The description shows the clinical case of the compensated form of a sick sinus syndrom in the elderly sportsman. The conclusion has been made that the regular aerobic dosed physical loads provide the compensation of the cardiac activity in its pathologic conditions.

Литература

1. Батьянов И.С. Синдром слабости синусового узла. Пособие для врачей. - Иркутск: Облформпечать. - 1995. - 23 с.
2. Дошицын В.Л. Лечение аритмий сердца. - М.: Медицина. - 1993. - 320 с.
3. Кушаковский М.С. Аритмии сердца (Расстройства сердечного ритма и нарушения проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение). Руководство для врачей. Изд-е 2-е. - СПб: Фолиант. - 1998. - 640 с.
4. Медведев М.М. Холтеровское мониторирование в комплексной диагностике синдрома слабости синусового узла. Вестник аритмологии. - 2003. - №32. - С.24-30.
5. Шульман В.А., Егоров Д.Ф., Матюшин Г.В., Вышнецкий А.Б. Синдром слабости синусового узла. - СПб., Красноярск, 1995. - 439 с.

© КРИВОВА В.Н., САВВАТЕЕВА В.Г., ЦУРКАН С.В., ИЛЬЧУК Г.А., ДЕРЯГИНА Т.В.,
ЕРЫПАЛОВА Л.Я. -

АНАЛИЗ ОПЫТА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

*В.Н. Кривова, В.Г. Савватеева, С.В. Цуркан, Г.А. Ильчук, Т.В. Дерягина,
Л.Я. Ерыпалова.*

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - д.б.н., проф. А.А. Майборода, кафедра педиатрии №2, зав. = д.м.н., проф. В.Г. Савватеева; городская детская поликлиника №2, гл. врач - Т.А. Колесникова).

Резюме. Проведено обследование детей с врожденными пороками сердца. Изучен характер пороков, их сочетание, стадии нарушения кровообращения, послеоперационные осложнения.
Ключевые слова: дети, врожденные пороки сердца, анализ опыта.