

Нарушения ритма сердца и проводимости у подростков г. Улаан-Батора

Нарушения ритма и проводимости сердца	Частота встречаемости			
	Мальчики		Девочки	
	13-14 лет	15-16 лет	12-13 лет	14-15 лет
Синусовая аритмия	43,75%	19,64%	23,21%	13,9%
Суправентрикулярная экстрасистолия	5,88%	15,68%	9,80%	17,64%
Желудочковая экстрасистолия	9,80%	19,60%	7,84%	13,72%
Миграция водителя ритма	26,47%	17,64%	30,88%	25%
Синоатриальная блокада	25,58%	46,51%	16,28%	11,28%
AV блокада	26,66%	53,33%	13,33%	6,66%

тики выраженной синусовой аритмии были определены на основании результатов статистической обработки средних значений длительности интервалов R-R (R-Rcp) и колеблемости интервалов R-R ($\Delta R-R$). Резко выраженная аритмия диагностирована при $\Delta R-R = 0,50$ с и более у 11,7% подростков.

Частым вариантом нарушения ритма сердца встречающимся у детей являлась экстрасистолия. Она выявлена у 51 (31,5%) подростка, причём обращает на себя тот факт, что в основном регистрировались единичные суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы (не более 15 на 400-500 сердечных циклов). По нашим данным наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия обнаружена с одинаковой частотой, как у мальчиков, так и у девочек. Как правило, экстрасистолы возникали в конце диастолы, характеризовались большим интервалом сцепления и оценивались нами, как поздние, что указывало на их доброкачественный характер. Однако этот вид нарушения сердечного ритма выявлялся чаще у 15-16 летних подростков.

Миграция суправентрикулярного водителя ритма при мониторингировании ЭКГ выявлена у 68 (36,1%) детей от общего числа, что в 3 раза чаще, чем при обычной записи ЭКГ. Это нарушение сердечного ритма можно объяснить усилением тонуса блуждающего нерва, угнетающего функцию синусового узла, что и способствует кратковременному появлению замещающего ритма из ниже лежащих центров автоматизма.

Синоатриальная блокада зарегистрирована у 43 (26,5%) детей, причём чаще у мальчиков. AV блокада I степени зафиксирована у 15 (9,26%) подростков, чаще у мальчиков в 15-16 летнем возрасте. Этот вид нарушения проводимости носил функциональный характер, так как после физической нагрузки интервал P-Q нормализовался.

Синусовая тахикардия, как проявление вегетососудистой дистонии отмечена у 117 подростков, что составило 72,2%. Анамнестически дети описывали склонность к учащённому ритму сердца, предъявляли жалобы на боли в прекардиальной области различного характера, чувство нехватки воздуха, неудовлетворённость вдохом, слабость в руках и ногах.

Таким образом, у подростков выявляются различные нарушения ритма и проводимости, практически не отличающиеся от аритмий у взрослых, что в последующем требует дальнейшего обследования этой категории детей для исключения возможности наличия сердечно-сосудистых заболеваний. Несомненно, в плане обследования необходимо проведение ЭхоКГ и доплерЭхоКГ, а также холтеровского мониторирования ЭКГ, которое имеет явные преимущества перед обычной записью ЭКГ. Подросткам с выявленными аритмиями желательно исследовать вариабельность ритма сердца, т.е. преимущественное влияние симпатической и парасимпатической нервной системы, что может играть существенную роль в генезе нарушений ритма и проводимости и иметь прогностическое значение у детей.

© ПАВЛОВА Н.М., ГОРЯЕВ Ю.А., КИРДЕЙ Е.Г. –
УДК 616.721-002-07

ЛАТЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕГО ДИАГНОСТИКИ

Н.М. Павлова, Ю.А. Горяев, Е.Г. Кирдей.

(Иркутский государственный медицинский университет)

Существующая в настоящее время классификация анкилозирующего спондилоартрита (АС), предусматривает только два варианта течения заболевания: быстро- и медленно прогрессирующее. Эти варианты не объясняют характерные особен-

ности АС: позднюю диагностику (по нашим данным у 76% больных заболевание диагностируется позднее 5 лет от момента появления первых симптомов заболевания) и высокую инвалидизацию лиц в трудоспособном возрасте (от 50 до 80%).

Обследование 185 больных с достоверным диагнозом АС, состоящих на учете в ревматологическом центре г. Иркутска, и тщательное изучение их анамнеза и медицинской документации за последние 40 лет, позволило нам выделить 5 вариантов течения АС: 1) первично-латентное; 2) вторично-латентное; 3) классический АС; 4) "типичный" ЮАС; 5) ЮАС без "светлого промежутка".

Первично-латентное течение — при котором заболевание начиналось исподволь, без ярко выраженных симптомов и лабораторной активности. Большинство больных с данным вариантом АС не могут указать точное время дебюта заболевания и обращаются к специалистам только после появления типичного ограничения подвижности позвоночника, соответствующего III-IV рентгенологической стадии (обычно через 5-15 лет). Такой вариант заболевания был выявлен нами у 31,3±6,8% (58 чел). У всех 58 больных процесс развивался практически бессимптомно. Только у 14 (24,1±11,2%) больных при целенаправленном расспросе удалось выявить минимальные симптомы поражения позвоночника и сакроилеальных сочленений ("усталость" в спине, чувство тяжести в крестцовой области, кратковременная боль в области поясницы). Но такую симптоматику выявить очень сложно, т.к. все проявления выражены очень слабо и больные, как правило, не фиксируют на них внимание. Наиболее яркими отличительными чертами первично-латентного течения АС являются: изолированное поражение осевого скелета, отсутствие клинико-лабораторных признаков активности процесса и максимально поздняя диагностика заболевания (спустя 14,5±1,2 г) у всех больных.

Вторично-латентное течение АС, выявленное нами у 29 (15,7±5,3%) больных характеризуется наличием одного или нескольких "светлых промежутков", во время которых на фоне отсутствия клинических и лабораторных признаков активности происходит прогрессирование процесса, подтверждаемое впоследствии рентгенологически. Как правило, такой "светлый промежуток" длится от 3 до 26 лет и расценивается как ремиссия заболевания, во время которой больные не получают лечения. Для вторично-латентного течения АС характерно острое (но не всегда специфичное) начало с частым вовлечением в процесс периферических суставов (41,4%) и высокой клинико-лабораторной активностью (86,2±18,5%). При данном варианте запаздывание диагностики было максимальным (15,7±2,8 лет). Количество инвалидов и больных с IV рентгенологической стадией так же очень высоко (соответственно 62,1±18,0% и 51,7±18,6%).

"Классический" вариант течения АС (рецидивирующее и реже непрерывно рецидивирующее течение) выявлен нами у 55 (29,7±6,7%) больных. Такие варианты описаны неоднократно и представляют гораздо меньше диагностических трудностей. Так, среднее время с момента дебюта до постановки диагноза в 2 раза меньше, чем при наличии латентного течения процесса (7,7±2,1 г). Среди этой группы достоверно чаще, чем при латентном течении наблюдаются минимальные рентгенологические изменения (30,9±12,5).

"Типичным ЮАС". Мы, также как и многие исследователи, относим тот вариант, при котором между дебютом заболевания и развитием типичного поражения позвоночника существует "светлый промежуток". Такой вариант выявлен нами у 26 (14,1±5,1%) больных. Отличается "типичный ЮАС" от описанного выше вторично-латентного течения АС только возрастом больного к моменту появления первых симптомов.

ЮАС без светлого промежутка характеризуется рецидивирующим или непрерывно-рецидивирующим течением заболевания с разной выраженностью клинико-лабораторных показателей. Диагностика заболевания при этом варианте заболевания, так же как и при типичном АС, поздняя. Это подтверждает большой вклад латентного течения процесса в запаздывании диагностики заболевания.

Следовательно, латентное течение на разных этапах заболевания выявлено нами у 113 из 185 (61,1±7,2%) больных.

Изучая зависимость уровня сывороточных провоспалительных цитокинов от выраженности клинико-лабораторных показателей активности процесса, мы выяснили, что ФНО-α и ИЛ-1 повышены у большинства больных и коррелируют с активностью процесса. Кроме этого нами обнаружено, что в 45,2±15,4% случаев при отсутствии лабораторных признаков активности и при минимальной клинической симптоматике, выявляемой только при целенаправленном расспросе, уровень ФНО-α и ИЛ-1 достоверно выше, чем у здоровых. Для всех этих больных характерно латентное течение процесса с достоверной рентгенологической динамикой.

Таким образом, АС часто, в 61,1% случаев, протекает латентно, что объясняет его позднюю диагностику и раннюю высокую инвалидизацию. В ряде случаев нам удалось диагностировать латентное течение с помощью определения уровня провоспалительных цитокинов (ФНО-α и ИЛ-1), которые, вероятно могут быть использованы для диагностики латентного течения АС.

ERROR: undefined
OFFENDING COMMAND: &NT'~

STACK: