

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

О.В. Валявская, А.В. Погодина, В.В. Долгих, А.Ю. Жданов, Т.В. Мандзяк

ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ НЕЙРОКАРДИОГЕННЫМИ СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

ГУ НЦ медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Проблема диагностики и лечения синкопальных состояний неясного генеза занимает важное место в научной и практической деятельности врачей различных специальностей (Benditt D.G. et al., 1995; Menozzi C., 1997; Гуков А.О., Жданов А.М., 2000; Леонтьева И.В., 2005). В настоящее время почти отсутствуют сведения о факторах риска развития приступов потери сознания, весьма актуальным остается обсуждение подходов к их диагностике, определение их прогностической значимости, выявление эффективных методов профилактики и лечения. Основными задачами врача на этапах диагностического поиска при развитии приступа потери сознания являются определение механизма обморока и основного заболевания, оценка степени риска повторных обмороков и внезапной смерти, то есть прогноза, определение показаний к специальным диагностическим исследованиям (тилт-тест, ЭФИ), разработка мероприятий по оказанию неотложной помощи и предупреждению рецидивов. Остается много нерешенных проблем в стратегии ведения и лечения пациентов с данной патологией (Sung R., Du Z.D., Yu C.W., Yam M.C., Fok T., 2000; Sorteberg W., 2002). Все вышеизложенное определило цель настоящего исследования.

Целью работы явилась оценка результатов проспективного наблюдения и эффективности проводимой терапии у детей и подростков с рецидивирующими нейрокардиогенными обмороками (НКО).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В условиях стационара Клиники ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН обследовано 38 детей в возрасте $14 \pm 2,2$ лет (19 девочек и 19 мальчиков) с синкопальными и пресинкопальными состояниями в анамнезе. Критериями включения в исследование являлись наличие 3 и более синкопальных эпизодов в анамнезе в течение предшествующих 2 лет, регистрация последнего синкопального эпизода в течение 6 месяцев до исследования, интервал более 6 месяцев между первым и последним приступом потери сознания. Всем детям проводилось общесоматическое, неврологическое, кардиологическое обследование, позволяющее исключить больных с органическими заболеваниями нервной и сердечно-сосудистой системы. Заключение о вазовагальной природе синкопе формировалось согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (2001). Неврологическое обследование включало проведение неврологического осмотра, выполнение ЭхоЭС (Эхоэнцефалоскоп ЭЭС – 12, Россия) и электроэнцефалографии (ЭЭГ) («Neurotravel 24DCOM», Италия) по стандартной методике с использованием функциональных проб: пробы с открытыми глазами, ритмической фотостимуляции разной частоты (1 – 18 Гц), гипервентиляцией (3 мин.). Кардиологическое обследование включало проведение клинического осмотра, ЭКГ в 12 общепринятых отведениях (FCP-4101U Fukuda Denshi (Япония)), ЭхоЭКГ (Aloka SSD 1400). При выявлении дизритмических нарушений на ЭКГ покоя выполнялось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру при помощи аппаратно-компьютерного комплекса «Кардиотехника-4000». Аритмий, которые могли играть причинно-значимую роль для возникновения обмороков, ни в одном случае выявлено не было. В финале диагностической программы всем обследуемым проведен тилт-тест по Вестминстерскому протоколу. Всем пациентам проведен курс дифференцированного лечения, при выписке из стационара даны рекомендации. Длительность проспективного наблюдения составила $12,4 \pm 7,6$ месяцев. Для детализации и оценки динамики клинических симптомов в ходе проспективного наблюдения использовалась разработанная карта-опросник.

Статистическая обработка данных осуществлялась на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Excel и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» версии 6.0. (StatSoft, USA). Для оценки динамики клинических симптомов до и после лечения использовался критерий Вилкоксона. Все различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех обследованных детей в межсинкопальном периоде доминировали клинические симптомы вегетососудистой дистонии. Наиболее распространенной жалобой были головные боли тупого, распирающего или пульсирующего характера, локализующиеся в лобно-теменной, лобно-височной, реже в затылочной области – у 30 (78,9 %) детей, головокружение при изменении положения тела – у 28 (73,6 %) обследованных. 14 (36,8 %) подростков предъявляли жалобы на «неприятные ощущения», «замирания», «тяжесть» и боли в области сердца колющего характера различной интенсивности, 16 (42,1 %) – непереносимость физических нагрузок.

носимость душных помещений, 12 (31,5 %) детей – непереносимость общественного транспорта, 28,9 % – эмоциональную лабильность, 21 % – повышенную утомляемость и дневную сонливость, 12 % – боли в животе, 10 % – нарушение сна, 8,5 % – повышенную потливость. Согласно данным литературы, лечение больных с повторяющимися приступами потери сознания в межсинкопальном периоде направлено на нормализацию функционального состояния вегетативной нервной системы (лечение вегетососудистой дистонии), а также ликвидацию причин, способствующих эпизодической неполноценности кровоснабжения и метаболизма головного мозга и включает медикаментозные и немедикаментозные методы. В нашем исследовании дети в течение 10–14 дней пребывания в стационаре получали комплексную медикаментозную терапию: ноотропные препараты – 22 ребенка (из них четверо получали комбинацию из двух препаратов этой группы), различные группы витаминов – 36,8 %, метаболические – 36,8 %, ангиопротекторы – 26,3 %, корректоры нарушений мозгового кровообращения – 23,7 %, седативные препараты и транквилизаторы – по 18,4 %, антиоксиданты – 13,2 %, растительные адаптогены – 7,9 %. У 16,1 % детей в комплексе терапии использовалось сочетание препаратов 2 указанных групп, у 54,8 % – трех групп, у 29 % – четырех групп. Количество получаемых групп препаратов не зависело от частоты синкопальных эпизодов и определялось выраженностью клинических проявлений вегетативной дисфункции. Кроме того, проводились беседы с родителями и детьми о неспецифических методах лечения, рекомендации по режиму питания и здоровому образу жизни, организации достаточного и полноценного сна, обучение пациентов избеганию ситуаций, провоцирующих обмороки, использованию физиологических маневров при появлении предвестников синкопе.

Все дети были выписаны из стационара с улучшением и рекомендациями для амбулаторного наблюдения и лечения. В ходе динамического наблюдения установлено, что данные рекомендации не выполнили 7,9 % детей, еще 10,5 % выполнили их не в полном объеме. Пресинкопальные состояния сохранялись у 31,6 % детей, но обмороки с полной потерей сознания – только у 10,5 %. На наш взгляд, это может быть связано с тем, что пациенты научились использовать специальные приемы (сесть или лечь, выйти на свежий воздух, сделать несколько шагов на месте), и тем самым прерывали развитие пароксизма на стадии липотимии. Количество синкопальных эпизодов в ходе проспективного наблюдения существенно уменьшилось по сравнению с их числом в течение года, предшествующего первой госпитализации ($Z = 3,822$, $p = 0,00013$). Следует отметить, что ни один из трех детей с кардиоингибиторным механизмом развития синкопе, установленным при проведении тилт-теста в первую госпитализацию, не имел потери сознания в течение 6–22 месяцев наблюдения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное комплексное лечение в 89,5 % случаев позволяет предотвратить рецидивирование нейроркардиогенных синкопальных состояний и в 68,4 % случаев возникновения пресинкопальных эпизодов у детей и подростков с данной патологией.

Все вышеизложенное диктует необходимость выделения этих пациентов в особую группу диспансерного учета с применением целенаправленного комплекса дополнительных исследований, проведением регулярных курсов дифференцированного и профилактического лечения.

Е.А. Гинсар, В.Г. Селятицкая

ЧАСТОТА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ЖЕНЩИН НА СЕВЕРЕ

ГУ НЦ клинической и экспериментальной медицины СО РАМН (Новосибирск)

Инсулинорезистентность (ИР), по мнению многих исследователей, является пусковым механизмом развития цепи метаболических нарушений, объединенных рамками метаболического синдрома (МС). Под ИР подразумевается снижение чувствительности тканей к инсулинопосредованной утилизации глюкозы в органах-мишенях – скелетных мышцах, жировой ткани и печени. Вызванная разными причинами, ИР сопровождается компенсаторным увеличением синтеза и секреции инсулина β -клетками островкового аппарата поджелудочной железы. В результате развивается хроническая гиперинсулинемия (ГИ), которая нарастает по мере развития ИР. Этот процесс продолжается до тех пор, пока поджелудочная железа сохраняет способность увеличивать секрецию инсулина. Однако с определенного момента гиперсекреции инсулина оказывается недостаточно для поддержания нормогликемии, компенсаторные возможности поджелудочной железы истощаются, развивается сахарный диабет 2 типа. Выявление ИР и/или ГИ необходимо для диагностики МС.

Целью исследования было изучение частоты и выраженности ИР у женщин, проживающих в северных регионах.

Проведено обследование 147 работающих женщин г. Мирного (Республика Саха (Якутия)). Средний возраст женщин составил $42,6 \pm 0,8$ лет. Всем женщинам проводили антропометрическое обследование,