

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ СИНУСОВОГО УЗЛА: КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, ЗНАЧЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ, ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ.

ММА им. И.М.Сеченова, Москва.

Цель исследования: клиническая и электрокардиографическая диагностика и лечение вегетативной дисфункции синусового узла (ВДСУ), возможности использования суточного мониторирования ЭКГ.

Материал и методы: обследовано 30 больных с ВДСУ (19 мужчин и 11 женщин), средний возраст 27,8 лет. Диагноз ВДСУ ставился на основании жалоб, ЭКГ феноменов при холтеровском мониторировании (ХМ) ЭКГ (исследование проводилось с использованием системы суточного мониторирования ЭКГ фирмы SCHILLER), а также данных чреспищеводной электрической стимуляции сердца (ЧПЭС), во время которой, при необходимости, проводилась медикаментозная денервация сердца атропином и обзиданом для исключения органического поражения синусового узла. Проводилось психологическое обследование: тест многостороннего исследования личности, (ММПИ в модификации Ф.Б.Березина), торонтская алекситимическая анкета, тест Спилбергера, тест Плутчика, анкеты Бека и качества жизни. Вегетативные нарушения выявлялись с помощью баллированных анкет, разработанных в лаборатории вегетативной патологии ММА им. И.М.Сеченова: вегетативной анкеты, гипервентиляционной анкеты и анкеты качества сна.

Результаты: клинически у больных отмечалось обилие вегетативной симптоматики: обмороки (88%), вегетативные пароксизмы (75%), кардиалгии (75%), метеозависимость (75%), колебания АД (75%), астения (75%), эмоциональные расстройства (63%), головные боли (60%), нарушения сна (58%), гипервентиляционный синдром, липотимии (50%), головокружения (38%), что подтверждалось данными вегетативных анкет и психологического обследования. При этом у подавляющего количества больных при ХМ ЭКГ выявлялась достаточно разнородная симптоматика, указывающая на наличие ДСУ. Чаще регистрировались: разной степени выраженности миграция водителя ритма по предсердиям в дневное время - 23 чел (82,1%), СА блокада - 13 чел (81,3%), синусовая брадикардия - 17 чел

(73,9%), атриовентрикулярная блокада - 7 чел (23,3%). Учитывая наличие многочисленных вегетативных и тревожных расстройств, высокую представленность пароксизмальных вегетативных нарушений, а также низкую эффективность традиционной терапии холинолитиками, не учитывающей состояния центрального звена вегетативной регуляции, для лечения был применен препарат из группы атипичных бензодиазепинов клоназепам, имеющий высокое сродство к бензо-

Таблица.

Динамика ЭКГ-феноменов при лечении клоназепамом.

ЭКГ-феномены	до лечения	после лечения	p
МВР	23 чел (82,1%)	5 чел (17,9%)	<0.01
СА блокада	13 чел (81,3%)	3 чел (18,7%)	<0,05
брадикардия	17 чел (73,9%)	6 чел (26,1%)	<0,05
АВ блокада	7 чел (23,3%)	1 чел (14,2%)	>0,05

дiazепиновым рецепторам, обладающий высокой анксиолитической активностью и антипароксизмальным эффектом. Препарат назначался в суточной дозе до 2 мг двукратно с постепенным титрованием дозы, курс лечения 1,5-2 мес с последующей постепенной отменой. Проведенное лечение в течение 2 мес привело к значительному улучшению самочувствия больных: клинически обмороки исчезали в 99% случаев, лишь у одного больного они сохранялись, что было обусловлено выраженной дисфункцией как в СА так и в АВ системах, однако значительно уменьшилась их частота. Липотимические состояния уменьшились с 50% до 12% ($p < 0,01$). Существенно улучшились показатели психологических тестов, анкеты качества сна, вегетативных нарушений и гипервентиляции. При ХМ ЭКГ, которое проводилось на 3-ей неделе лечения также отмечалась выраженная положительная динамика в виде уменьшения эпизодов СА блокад, синусовой брадикардии, миграции водителя ритма в дневное время (см. табл.). Таким образом полученные результаты позволяют рекомендовать использование ХМ ЭКГ для диагностики ВДСУ и объективизации эффективности проводимой терапии.