

личия, вероятно, связаны с латентным течением заболевания в дебюте, когда выставлялся диагноз не собственно острой ревматической лихорадки, а ревматического порока сердца. Данные различия могут быть обусловлены также снижением насыщенности врачей в отношении ревматизма, отсутствием массовых профилактических осмотров.

По активности ревматического процесса больные I группы распределились следующим образом: 0 ст. – 60%, I ст. – 20%, II ст. – 17%, III ст. – 3%; во 2 группе – 91, 6, 2, 1% соответственно (χ^2 , $p < 0,01$). Среди госпитализированных больных с увеличением срока заболевания число активных форм закономерно снижалось и если в первой группе оно составляло 40%, то во второй – в 4,4 раза меньше и равнялось 9% (χ^2 , $p < 0,01$).

В первой группе многоклапанные поражения сердца встречались в 26,3% случаев, а одноклапанные – в 73,7% случаев, во второй – в 41,8 и 58,2% соответственно. У большинства больных с увеличением продолжительности заболевания нарастает количество вовлечённых в ревматический процесс клапанов, что в дальнейшем находит отражение в прогрессировании и выраженности недостаточности кровообращения. Анализируя выраженность сердечной недостаточности у больных с ревматизмом отмечалось соответствующее нарастание её стадии с длительностью заболевания. В I группе: 0 ст. – 20%, I – 30%, II_A – 30%, II_B – 20%, III – 0%; а во 2 – I, 12, 43, 36,8% соот-

ветственно (χ^2 , $p < 0,01$). Лишь небольшая часть лиц, страдающих ревматизмом более 20 лет, имела недостаточность кровообращения 0-I стадии, которая существенно не влияет на качество жизни.

Анализируя показания к госпитализации больных с ревматизмом можно отметить, что среди лиц составляющих первую группу основным поводом к поступлению в стационар была активность процесса (40%), а во второй – прогрессирующая выраженная сердечная недостаточность II_A-III стадии (87%).

Таким образом, удельный вес ревматизма в структуре госпитализированной ревматической заболеваемости остаётся на довольно высоком уровне и составляет 7,4%. В связи с высокой распространённостью латентных форм течения заболевания диагноз ревматизма в последние годы выставляется в более позднем возрасте, нежели это было раньше. С течением времени снижается доля активных форм, но увеличивается доля лиц с многоклапанными ревматическими пороками и соответственно более выраженной сердечной недостаточностью, что негативно влияет на качество жизни больных. Определяющим фактором при направлении в стационар больных ревматизмом при малом сроке болезни является активность процесса, а при большом – развитие выраженной сердечной недостаточности.

© ЗУЛГЭРЭЛ Д., ЛХАГВАСУРЭН Ц., СИЗЫХ Т.П., МОНГОН-ОЛЗИЙ Х. –
УДК 616.12:613.956(517)

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОДРОСТКОВ г.УЛААН-БАТОРА

Д. Зулгэрэл, Ц. Лхагвасурэн, Т.П. Сизых, Х. Монгон-Олзий.

(Монгольский государственный медицинский университет,
Иркутский государственный медицинский университет)

Обследовано 162 подростка в возрасте от 12 до 16 лет. По данным мониторингирования ЭКГ выявлены: синусовая аритмия в 69,1% случаев, экстрасистолия – 31,5%, миграция суправентрикулярного водителя ритма сердца – 36,1% и нарушения проводимости сердца 35,76%, что диктует проведение планового обследования подростков в плане верификации функциональной или органической патологии данных нарушений ритма.

Изучение аритмии сердца у детей в последнее время становится актуальной проблемой возрастной кардиологии. Это связано с отсутствием обобщающих исследований по этому вопросу, недостаточной изученностью эпидемиологии, причин и патогенеза, значительной частотой отдельных форм аритмии, а также, порой, серьезным прогнозом при некоторой из них.

В исследовании включено 162 подростка (мальчиков – 79, девочек – 83) в возрасте от 12 до 16 лет учащихся школ г.Улаан-Батора. Проводи-

лось анкетирование подростков по специально составленному опроснику, где оценивался анамнез жизни ребёнка, жалобы, данные объективного осмотра. Помимо записи ЭКГ в 12 стандартных отведениях у всех обследованных проведена непрерывная запись 400-500 циклов ЭКГ в одном отведении (5-минутная запись).

Длительность интервалов R-R рассчитывали вручную с последующей статистической обработкой на персональном компьютере. Все исследования проводили в состоянии покоя, в положении подростка лежа на спине в первую половину дня, свободного от физических нагрузок.

Наиболее часто у детей этого возраста по данным нашего исследования встречалась синусовая аритмия (112 подростков – 69,1%), причем чаще у мальчиков (табл.1). Очевидно, это обусловлено спонтанными колебаниями вегетативных влияний на синусовый узел с периодами преобладания парасимпатической активности. Критерии диагнос-

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%).