**Андрущенко Ірина Вікторівна. Клініко-інструментальні критерії діагностики комбінованих порушень ритму серця у дітей : дис... канд. мед. наук: 14.01.10 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. — К., 2007. — 160арк. — Бібліогр.: арк. 139-160.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Андрущенко І.В. Клініко-інструментальні критерії діагностики комбінованих порушень ритму серця у дітей. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10. – педіатрія. – Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, 2007.Дисертація присвячена проблемі удосконалення діагностики комбінованих порушень ритму серця у дітей.У роботі вперше проведено комплексне дослідження вегетативного гомеостазу і морфофункціонального стану серця, центральної гемодинаміки у дітей з комбінованими порушеннями ритму серця: синдромом WPW, синдромом укороченого інтервалу P-Q (СУІP-Q), синдромом слабкості синусового вузла (СССВ) та синдромом подовженого інтервалу QT (LQTS).Вперше у дітей з комбінованими порушеннями ритму серця визначено зміни параметрів часового та спектрального аналізу добової ВРС, які характеризуються напруженням відділів ВНС, переважанням симпатичного відділу ВНС та ослабленням парасимпатичних впливів на фоні зниження загальної ВРС і напруження адаптаційно-пристосувальних механізмів вегетативного забезпечення при синдромі WPW, СУІP-Q, LQTS та їх зниження при СССВ. І лише у дітей 7-11 років із СССВ визначено переважання парасимпатичних впливів на серцевий ритм. Встановлено достовірне збільшення частоти виявлення аритмій при проведенні ХМ ЕКГ.Вивчена ехоморфологія серця, контрактильна, релаксаційна функції міокарда у хворих з комбінованими порушеннями ритму серця. У дітей із синдромом WPW виявлено характерний графік кінетики міжшлуночкової перетинки у М-режимі. Установлено тип центральної гемодинаміки.На основі одержаних результатів та на підставі висновків сформульовано практичні рекомендації щодо підвищення якості діагностики комбінованих порушень ритму серця. |

 |
|

|  |
| --- |
| У роботі проведено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукового завдання - підвищення якості діагностики комбінованих порушень ритму серця на основі вивчення клініко-морфофункціональних особливостей їх перебігу та розробки на цій основі критеріїв діагностики.1. Визначені певні особливості клінічних проявів комбінованих порушень ритму серця у дітей. Зокрема, для дітей із синдромом WPW та синдромом укороченого інтервалу P-Q характерні скарги цереброастенічного, кардіального та психоемоційного характеру. Хворим із синдромом подовженого інтервалу Q-T та синдромом слабкості синусового вузла властиві скарги на передсинкопе і синкопе, а також скарги цереброастенічного і кардіального характеру. Вказані клінічні ознаки можна використовувати як критерії діагностики комбінованих порушень ритму серця за показниками специфічності, чутливості та відносної діагностичної цінності. Так, для синдрому WPW характерне відчуття завмирання серця (Sp – 86%, ВДЦ – 37%), при синдромі укороченого інтервалу P-Q - серцевий біль (Sp – 60,6%), при синдромі слабкості синусового вузла - передсинкопе (Se – 100%) та синкопе (Se – 83,3%, Sp – 84,6%, ВДЦ – 60%). У хворих із синдромом подовженого інтервалу Q-T не виявлено специфічних скарг.2. Вегетативний гомеостаз при синдромі WPW характеризується вихідною симпатикотонією (45%) або амфотонією (45%), гіперсимпатикотонічним (64,5%) типом вегетативної реактивності та переважно недостатнім вегетативним забезпеченням організму за даними КОП (гіпердіастолічний варіант – у 26,3%, асимпатикотонічний – у 21,7%). Для синдрому укороченого інтервалу P-Q характерним для вегетативного гомеостазу є вихідна ваготонія (64%) у дітей 7-11 років та симпатикотонія (50%) у дітей 12-16 років, гіперсимпатикотонічна вегетативна реактивність (54,3%), переважно астеносимпатикотонічний (18,8%), симпатикоастенічний (21,9%) або нормальний варіанти вегетативної забезпеченості організму за результатами КОП.3. У дітей із синдромом подовженого інтервалу Q-T вегетативний гомеостаз характеризується вихідною симпатикотонією (66,7%), переважно нормальною (50%) та гіперсимпатикотонічною (33,3%) вегетативною реактивністю, недостатнім вегетативним забезпеченням організму (83,4%). При синдромі слабкості синусового вузла вегетативний гомеостаз характеризується вихідною ваготонією (70%), переважно гіперсимпатикотонічною (46,7%) і асимпатикотонічною (30%) вегетативною реактивністю та недостатнім вегетативним забезпеченням організму (52,1%).4. У дітей з комбінованими порушеннями ритму серця спостерігається тенденція до зниження загальної ВРС. Розподіл складових загального спектра свідчить про переважне посилення симпатичного відділу ВНС у дітей із синдромом WPW, синдромом укороченого інтервалу P-Q, синдромом подовженого інтервалу Q-T і переважання парасимпатичних впливів ВНС на серцевий ритм у дітей 7-11 років із синдромом слабкості синусового вузла. У дітей 12-16 років із синдромом слабкості синусового вузла спостерігається напруження функціонування обох відділів ВНС без переважання будь-якого з них. Метод добового моніторування ЕКГ показав, що в циркадній структурі порушень ритму серця переважають змішані циркадні типи, що вказує на напруженість обох відділів ВНС протягом доби.5. Результати аналізу даних стандартної та добової реєстрації ЕКГ свідчать, що метод добового моніторування ЕКГ значно інформативніший для виявлення комбінованих порушень ритму серця. Так, синдром подовженого інтервалу Q-T виявляється за допомогою реєстрації стандартної ЕКГ тільки у 17% хворих, тоді як при реєстрації добової ЕКГ - у 100%. Метод добового моніторування ЕКГ також підвищує ефективність діагностики синдрому WPW та синдрому укороченого інтервалу P-Q (від 84,5 та 88, 6% відповідно до 100%).6. Для дітей з комбінованими порушеннями ритму серця характерна висока частота аномалій хордального апарату (67,5%). Діагностично значущого порушення контрактильної функції та центральної гемодинаміки не виявлено. При синдромі слабкості синусового вузла спостерігається збільшення постнавантаження на міокард (р - 0,24±0,03), що імовірно передує ехоморфологічним змінам та порушенню контрактильної функції. При синдромі подовженого інтервалу Q-T та синдромі слабкості синусового вузла відмічалися початкові прояви порушення релаксаційної функції міокарда (час ізоволюмічного розслаблення міокарда – 0,07±0,007 та 0,06±0,004 відповідно).7. Тенденція до зниження загальної варіабельності ритму серця поєднується у хворих із синдромом WPW та синдромом укороченого інтервалу P-Q з гіперсимпатикотонічною реактивністю, суперечним поєднанням синусової брадіаритмії – за даними стандартної ЕКГ та синусової тахікардії – за даними ХМ ЕКГ; у хворих із синдромом подовженого інтервалу Q-T – з нічною брадикардією; у дітей із синдромом слабкості синусового вузла – із синкопальними реакціями та брадикардією, міграцією водія ритму або СА-блокадою. |

 |