

Михновец М. С.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Антонович М.Н.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Синдром слабости синусового узла (СССУ) – снижение способности или полная неспособность клеток-пейсмекеров синусового узла вырабатывать импульсы для сокращения сердца: синусовый узел является источником синусового ритма первого порядка. Выделяют 3 этиологических варианта СССУ: первичный (при органическом поражении), вторичный (при дисфункции нервной системы с отчетливой ваготонией) и идиопатический. Постановка диагноза в ряде случаев представляется затруднительной в связи с отсутствием клинической симптоматики на ранних этапах. Несвоевременно установленный диагноз может привести к возникновению синкопальных состояний и развития сердечной недостаточности.

Цель: определить критерии диагностики синдрома слабости синусового узла.

Материалы и методы. Ретроспективно был проанализирован клинический случай пациента (55 лет, машинист в строительстве) с установленным диагнозом: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз. Фон: Артериальная гипертензия II ст. Риск 4. Осложнения: ХСН I ст., ФК I. Персистирующее течение фибрилляции предсердий, пароксизм от 27.10.19, не купирован. Состояние после синкопа (от 27.10.19). Для постановки диагноза пациенту проводился комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования, включавший электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию, ЭКГ-мониторирование по Холтеру, внутрисердечное электрофизиологическое исследование, а также обязательные лабораторные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования вначале не позволили выявить причину синкопальных состояний, которые беспокоили пациента каждое утро в течение 3 лет. Для выяснения причины синкопальных состояний за 24 часа до холтеровского исследования ЭКГ (ХМ ЭКГ) были отменены все антиаритмические препараты и исследование проводилось на «чистом» фоне. Это исследование позволило зарегистрировать эпизоды остановки синусового узла, в т.ч. с появлением замещающих предсердных сокращений. Максимальный RR составил 3.7 сек (остановка синусового узла), всего было зарегистрировано 10 пауз ритма более 0,2 сек, в т.ч. 2 паузы более 3,0 сек. Таким образом, на основании данных анамнеза, проведенных лабораторных и инструментальных методов исследования пациенту был поставлен заключительный клинический диагноз: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз; Фон: Артериальная гипертензия II ст. Риск 4; Осложнение: СССУ: множественные остановки синусового узла с максимальной остановкой 3.7 сек. Политопная предсердная экстрасистолия (13 сокр.) с эпизодом непароксизмальной предсердной тахикардии, политопная полиморфная желудочковая экстрасистолия (85 сокр.) по данным ХМ ЭКГ от 04.11.19 г. Длительно персистирующая фибрилляция предсердий, пароксизм от 27.10.19 г., синусовый ритм от 28.11.19 г. ХСН I ст., ФК I. Рецидивирующие синкопальные состояния с 2016 г.; Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты. Дислипидемия. Киста левой почки. Остеохондроз 2 ст. Спондилоартроз 2 ст. Протрузии дисков С3-С4. Гипертоническая ангиопатия сетчатки.

Выводы. СССУ является одним из вариантов нарушения функции синоатриального узла. Основным методом диагностики является холтеровское мониторирование на «чистом» фоне, то есть отмена всех антиаритмических препаратов за 24 часа до исследования. Методом лечения таких пациентов является имплантация электрокардиостимулятора.