

Зубрин Ю.В., ¹М.М.Медведев

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У АВИАЦИОННОГО ПЕРСОНАЛА

Медицинский Центр ФГУП «Государственная транспортная компания Россия», ¹Северо-западный центр диагностики и лечения аритмий при ГОУВПО СПбГМА им. И.И.Мечникова Росздрава, Санкт-Петербург

В последние годы нам достаточно часто приходится консультировать больных с нарушениями ритма сердца, у которых в силу их профессиональной принадлежности возникают дополнительные сложности с выбором лечебной тактики. Как правило, это касается военнослужащих, железнодорожников, моряков, авиационного персонала. Важно подчеркнуть, что если при обследовании и лечении «обычных» больных мы руководствуемся международными и национальными рекомендациями, результатами многоцентровых исследований и мнениями экспертов, то в отношении лиц указанных профессий вступает в силу действие ведомственных инструкций и методических пособий.

К сожалению, эти документы далеко не всегда отражают современные представления об обследовании и лечении тех или иных категорий больных. Это вполне понятно: подобные пособия длительно готовятся, утверждаются в соответствующих министерствах и ведомствах, а затем в течение многих лет служат руководством к действию для врачей-экспертов. Между тем, развитие медицинской науки и, в частности, аритмологии происходит в совершенно ином темпе. Например, рекомендации по лечению фибрилляции предсердий были переизданы через 5 лет, что отражает скорость изменения наших представлений по данной проблеме.

© Зубрин Ю.В., М.М.Медведев

Поэтому, консультируя и обследуя больных данных профессий, подбирая им антиаритмическую терапию или направляя на немедикаментозное лечение аритмий мы, как правило (за небольшими исключениями), ведем их как обычных больных, а вопросы их профессиональной пригодности решаются в медицинских учреждениях по месту работы. Таким образом, мы не вступаем в противоречие с ведомственными порядками. Так продолжалось до тех пор, пока при обследовании некоторых пациентов нам не предложили ознакомиться с соответствующим методическим пособием и действовать в предложенных рамках.

Это была книга «Методы медицинского освидетельствования авиационного персонала гражданской авиации», изданная в 2004 г. В пособии, объемом 19 условных печатных листов (примерно 300 страниц) рассматриваются все вопросы обследования авиаторов: от нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем до ЛОР-органов. Исключение составляют пожалуй лишь болезни кожи. Методам обследования сердечно-сосудистой системы отведено 80 страниц, что позволило авторам остановиться на анамнезе и врачебном осмотре (4 стр.), измерении и мониторинге АД (9 стр.), методах диагностики ИБС (11 стр.), электрокардиографии (20 стр.), функциональных пробах (6 стр.) и эхокарди-

ографии (13 стр.), оставив место для пяти приложений. Интересующим нас нарушениям ритма и проводимости отведено целых 16 страниц в разделе «Электрокардиография».

Это представляется нам не вполне корректным, так как рассматривать аритмии (то есть осложнения) в отрыве от основного и сопутствующих заболеваний, когда речь идет не об электрокардиографической диагностике, а о выборе лечебной тактики, на наш взгляд, недопустимо. Вместе с тем, это делается, при этом производится свободная и однозначная трактовка многих состояний, формируются самостоятельные представления о норме и патологии, предлагаются собственные классификации. Впрочем, все это лучше рассмотреть на конкретных примерах. Ограничимся изложенным на двух страницах описанием нарушений функции синусового узла (СУ) и желудочковых нарушений ритма, которым посвящено целых четыре страницы, одну из которых занимает схема «Алгоритм обследования при желудочковой экстрасистолии (ЖЭ)».

Вот что пишется в пособии о синдроме слабости СУ (СССУ): «Этот синдром стоит рассматривать как вероятный диагноз у пациентов, которые жалуются на сердцебиение, повторяющиеся приступы головокружения и расстройства сознания (обмороки), связанные с гипотензией и снижением сердечного выброса». Известно, что СССУ встречается лишь у незначительной части пациентов, жалующихся на сердцебиения и обмороки, а искать его целесообразно у пациентов старше 50 лет, применяя различные методы для выявления различных форм СССУ [1, 2]. У авторов свои взгляды на этот счет.

Так, они пишут: «Пациенты без клинических симптомов, у которых признаки дисфункции СУ выявлены случайно при регистрации ЭКГ, в каком либо дополнительном обследовании не нуждаются». Вряд ли стоит быть столь категоричными. Нам приходилось встречать пациентов, которые не ощущали паузы сердечного ритма продолжительностью до пяти и более секунд, снижение ЧСС менее 30 уд/мин. Очевидно, в таких случаях стоит разобраться с причинами этих явлений, особенно если речь идет о летном составе..

Далее читаем: «Нормальная пульсовая реакция на нагрузку и при пробе с атропином (в норме ЧСС через 3 мин после внутривенного введения 0,02 мг атропина должна превышать 90 уд/мин) позволяют исключить органическую патологию СУ без проведения ЭФИ». Помимо очевидной ошибки в дозировке препарата (видимо, имелось ввиду 0,02 мг/кг) в этой фразе отражены и другие ошибочные взгляды. Адекватный прирост ЧСС при нагрузке (отсутствие хронотропной недостаточности) не исключает других форм СССУ. Так, в нашем исследовании возможностей холтеровского мониторирования в оценке функции СУ мы не получили достоверных различий в значениях максимальной дневной ЧСС у больных с СССУ, с ВДСУ и нормальной функцией СУ. При этом нужно учесть два обстоятельства: во-первых, это были пожилые люди, у которых и нужно искать СССУ, во-вторых, при ХМ они выполняли нагрузочные (лестничные пробы) в соответствии со своим уровнем переносимости нагрузок [3].

С другой стороны ЧСС, превышающую 90 уд/мин после введения атропина в дозе 0,02 мг/кг, мы выявили у 54 (40,6%) из 133 больных с СССУ, верифицированным при комплексном обследовании (включающем ЭФИ с медикаментозной денервацией), поэтому отрицательная атропиновая проба не исключает наличия СССУ [4]. Кроме того, и отсутствие адекватного прироста ЧСС при введении атропина в дозе 0,02 мг/кг не позволяет выставить диагноз СССУ, так как у части пациентов с ВДСУ этой дозы препарата недостаточно для устранения избыточного парасимпатического тонуса. Введение им большей дозы атропина (0,04 мг/кг) приводит к выраженному, иногда двукратному приросту ЧСС, обусловленному компенсаторной гиперсимпатикотонией.

В данном пособии формируются собственные показания к имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС). Так, авторы пособия пишут: «Даже если на ЭКГ имеются признаки дисфункции СУ, необходимо провести полное обследование с целью установления взаимосвязи между клиническими симптомами и нарушением функции СУ. Регистрация нормального ритма во время ощущения головокружения или в момент потери сознания исключает нарушения ритма как причину этих симптомов». Но в соответствующем руководстве «дисфункция СУ, возникающая спонтанно или в результате необходимой лекарственной терапии, с частотой ритма <40 в 1 мин, когда не документирована явная связь между симптомами, характерными для брадикардии, и фактическим наличием брадикардии», рассматривается как Класс IIa показаний к имплантации ЭКС [5].

Наиболее грубые ошибки авторы пособия делают при определении алгоритма обследования и тактики ведения больных с ЖЭ. Начав этот раздел с абсолютно резонных фраз о необходимости определения связи ЖЭ с заболеванием сердца, оценки риска их перехода в желудочковую тахикардию и формировании показаний к назначению антиаритмической терапии, они затем предлагают собственную классификацию ЖЭ. Отказавшись от классификаций B.Low и M.Wolf, M.Ryan с сотр., J.T.Bigger и ряда других [6-9], которыми многие годы пользуются врачи всего мира, авторы предлагают считать, например, «единичной или редкой» ЖЭ в количестве до 200 в сутки, до 40 в 1 час. В этой классификации уже нет и речи о наличии или отсутствии органической патологии сердца, не рассматриваются такие важнейшие характеристики ЖЭ как степень их полиморфности и так далее.

Фраза из пособия «Непосредственной связи частоты ЖЭ с прогнозом нет», легко перечеркивает результаты многочисленных исследований, показывающих что частая ЖЭ является одним из наиболее сильных предикторов внезапной сердечной смерти [8-10]. Более того, показано что именно ЖЭ с частотой более 30 в час (отнесенная авторами к редкой) играет важную прогностическую роль. Вместе с тем далее в пособии мы читаем: «Предложено считать нормой частоту экстрасистол менее 200 в час, если она имеет не более двух морфологических форм и редкие эпизоды спаренных экстрасистол. Она не требует продолжения обследования, если является единственным симптомом, выявленном при обязательном обследовании». Свою позицию авто-

ры аргументируют выдержками из некоторых исследований (не приводя литературных ссылок) и, вероятно, собственными данными по обследованию летного состава, когда у 16 человек количество ЖЭ превышало 2000 в сутки, а «за время наблюдения не отмечено серьезных сердечно-сосудистых заболеваний и тахикартий». Вряд ли такую доказательную базу можно считать адекватной тем рекомендациям, которые предлагают авторы пособия.

Мы не можем себе представить ситуацию, когда выявив у обратившегося к нам пациента почти 5000 ЖЭ в сутки (если рассматривать 200 ЖЭ в час как норму), мы бы отказались от его дальнейшего обследования, особенно если речь идет, например, о 50-летнем летчике, не склонном предъявлять жалобы и заинтересованном в продолжении летной работы. Даже простое повторение холтеровского мониторирования или проведение многосуточного исследования с высокой степенью вероятности выявило бы у такого пациента большее количество ЖЭ или в течение каких-либо суток, или в отдельные часы наблюдения. Такому пациенту мы бы обязательно оценили функцию щитовидной железы, провели эхокардиографическое исследование (и вероятнее всего обнаружили бы дисфункцию левого желудочка или начинающееся увеличение камер сердца), выполнили велоэргометрию или стресс-эхокардиографию. Маловероятно, что у такого пациента ЖЭ носит идиопатический характер, а значит считать «что частая, мультиформная, спаренная желудочковая экстрасистолия, эпизоды алло-ритмии, единичные короткие пробежки желудочковой тахикардии (до трех комплексов) у лиц без заболеваний сердца не отягощают прогноза» в отношении таких пациентов вряд ли целесообразно.

Про антиаритмическую терапию авторы пособия пишут: «Показаниями к назначению антиаритмического лечения являются либо плохая субъективная переносимость аритмии, либо очень частая, обычно групповая и полиморфная экстрасистолия, если она вызывает нарушения гемодинамики», тогда как основной целью лечения больных с подобными аритмиями является снижение риска внезапной аритмической смерти. Вероятно, не располагая достаточным клиническим опытом использования антиаритмиков, авторы предлагают «назначение невысоких доз таких эффективных антиаритмических препаратов, как кордарон или соталол, позволяющих сдвигать соотношение риск/польза в сторону пользы, т.е. улучшать прогноз». Как должны поступать врачи, которым адресовано это пособие, прочитав такую фразу, является для нас загадкой.

Можно привести еще много цитат из данного методического пособия, как касающихся оценки функции СУ и диагностики ЖЭ, так и других аритмий. Вряд ли это целесообразно. Сама идея описания диагностики всех видов патологии на 300 страницах, не ссылаясь на какие-либо источники и исследования, не выдерживает критики. На наш взгляд, подобные методические руководства должны отражать алгоритмы обследования, последовательность тех или иных исследований, апеллируя к последним достижениям в той или иной области, отраженным в национальных и международных рекомендациях. Вряд ли стоит придумывать отдельные «медицину для авиаторов» и «медицину для железнодорожников». Очевидно, что целесообразно сформулировать общие правила обследования лиц определенных профессий, разбив их на градации, обусловленные риском, связанным с выполнением тех или иных работ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кушаковский М.С. Аритмии сердца (Расстройства сердечного ритма и нарушения проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение). - СПб.: Фолиант, 1999- 640 с.
2. Шульман В.А., Егоров Д.Ф., Матюшин Г.В., Выговский А.Б. Синдром слабости синусового узла. СПб, Красноярск, 1995, 439 с.
3. М.М.Медведев, Н.Н.Бурова Значение чреспищеводной электрокардиостимуляции для оценки функции синусового узла // Вестник аритмологии, 2001, №21, с. 5-13.
4. М.М.Медведев, Н.Н.Бурова, Я.Б.Быстров, Л.В.Чирейкин Роль холтеровского мониторирования электрокардиограммы в комплексной оценке функции синусового узла. Сообщение 1 // Вестник аритмологии, 2001, №23, с. 51-58.
5. Рекомендации Всероссийского научного специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и электрокардиостимуляции по проведению клинических электрофизиологических исследований, катетерной абляции и имплантации антиаритмических устройств. - М. 2005: ООО «Издательский дом «Золотой абрикос»», 238 с.
6. Bigger J.T. Identification of patients at high risk for sudden cardiac death // Am J Cardiol.- 1984.- V. 54.- P. 3-8D.
7. Bigger J.T., Coromilas J., Weld F.M. Prognosis after recovery from acute myocardial infarction // Ann Rev Med.- 1984.- V. 35.- P. 127-47.
8. Bigger J., Fleiss J., Kleiger R., Rolnitzky L. The relationships among ventricular arrhythmias, left ventricular dysfunction, and the first 2 years after myocardial infarction // Circulation.- 1984.- V. 69.- P. 250-258.
9. Lown B, Wolf M. Approaches to Sudden Death from Coronary Heart Disease // Circulation.- 1971.- V. 44.- P. 130-142.
10. ACC/AHA/ESS Guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death - executive summary // Eur. Heart J.- 2006.-V. 27.- P. 2099-2140.