Здоровье, вопросы практического здравоохранения

© НОВГОРОДЦЕВА Н.Я.. ГОГОЛАШВИЛИ Н.Г., ПОЛИКАРПОВ Л.С. -

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА В ПОПУЛЯЦИИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Н.Я. Новгородцева, Н.Г. Гоголашвили, Л.С. Поликарпов

(Государственное учреждение научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск, директор - член-корр. РАМН, проф. В.Т. Манчук, клиническое отделение мониторинга соматической патологии и прогнозирования здоровья, руковод. - проф. Л.С. Поликарпов)

Резюме. Проводилось эпидемиологическое исследование с целью изучения распространенности дисфункции синусового узла (ДСУ) в популяции сельского населения Красноярского края. Было обследовано 1203 человека в возрасте 16 лет и старше, среди которых по данным анкетирования и однократной регистрации ЭКГ было выделено 22 человека с клинико-электрокардиографическими признаками ДСУ. Из них у 18 (81,8%) человек удалось выполнить чреспищеводную электростимуляцию сердца с медикаментозной денервацией. Таким образом, обследуемой популяции ДСУ была выявлена в 0,24% случаев, ДСУ вегетативного генеза - в 0,17%, синдром слабости синусового узла - в 0,07%.

Ключевые слова: распространенность дисфункции синусового узла, слабость синусового узла.

Проблемам диагностики и лечения нарушений функции синусового узла (СУ) по-прежнему уделяется большое внимание. В то же время распространенность как дисфункции синусового узла (ДСУ) в целом, так и синдрома слабости синусового узла (СССУ) изучена мало. Существуют лишь единичные сообщения, посвященные этой проблеме. По данным американских исследователей [3,4]. в США СССУ страдают от 20000 до L00000 человек, что составляет 0,01%-0,05% соответственно. Другие авторы при обследовании лиц старше 50 лет, СССУ обнаружили в 0,17% случаев [6]. Такое расхождение в частоте ДСУ объясняется, возможно, различными методологическими подходами при охвате обследуемого населения.

Целью настоящего исследования было изучение частоты ДСУ в популяции сельского населения Красноярского края с использованием чреспищеводной электрокардиостимуляции (ЧПЭС).

Материалы и методы

Исследование проводилось на территории Красноярского края. Объектом исследования послужили сельские жители поселка Атаманово. Обследовалось население в возрасте 16 лет и старше. Согласно составленных списков, подлежало осмотру 1600 человек, осмотрено 1203. Охват составил 76,1%. Средний возраст обследованных мужчин составил 45,3±0,7, женщин - 48,2+ ±0,6 года.

Всем проводилось анкетирование, для выявления возможных манифестирующих клинических проявлений ДСУ, а также регистрация ЭКГ покоя в 12-ти стандартных отведениях, с записью не менее 100 комплексов в одном из грудных отведений. Регистрация ЭКГ осуществлялась на одноканальном электрокардиографе ЭКТ-01.

В ходе исследования был проведен отбор лиц с клинико-электрокардиографическими признаками ДСУ [1,2]. К последним относили следующие:

1. Синусовую брадикардию 50 и реже в минуту и (или) синусовую брадиаритмию с эпизодами брадикардии реже 50 в минуту.
2. Синоаурикулярную блокаду 2 степени.
3. Эпизоды остановки синусового узла.
4. Ускользающие сокращения, при наличии одного из вышеперечисленных признаков.
5. Приступы потери сознания.

По вышеперечисленным критериям было отобрано 22 человека. 18 (81,8%) из которых была произведена чреспищеводная электростимуляция сердца (ЧПЭС) с медикаментозной денервацией (МДС) по методике, предложенной A. Jose, D. Collision [5]. У всех обследованных выявлялась синусовая брадикардия, и у одного на фоне синусовой брадикардии в анамнезе отмечались синкопальные состояния.

ЧПЭС начинали с частотой, превышающей собственный синусовый ритм обследуемого на 10%, далее частота стимуляции увеличивалась ступенчато: на 10 имп/мин по достижению 200 ими/мин. Продолжительность стимуляции на каждой частоте составляла 30 с. Затем осуществлялась медикаментозная денервация, заключающаяся во внутривенном струйном введении обзидана в дозе 0,2 мг на кг веса и атропина в дозе 0,04 мг на кг веса обследуемого. Далее повторялась ЧПЭС по изложенной выше программе.

В качестве анализируемых параметров ЧПЭС определялись следующие показатели: время вос-

становления функции синусового узла (ВВФСУ, мс), корригированное ВВФСУ (КВВФСУ, мс) как до, так и после выполнения МДС, частота синусового ритма после проведения МДС - истинный ритм синусового узла (ИРСУ).

ДСУ диагностировали на основании увеличения КВВФСУ более 525 мс. В случае нормализации КВВФСУ после медикаментозной денервации, состояние оценивалось как вегетативная ДСУ. Если КВВФСУ оставалось или становилось удлиненным после медикаментозной денервации, состояние оценивалось как синдром слабости синусового узла (СССУ). ЧПЭС оценивалось на кардиостимуляторе ЭКСК-02 с расширенным диапазоном частот. Визуальный контроль за ходом исследования осуществлялся на кардиоскопе ЭКС 2-01, запись велась на электрокардиографах ЭКЧМП-Н3051.

Результаты и обсуждение

У всех лиц, отобранных на исследование, была зарегистрирована синусовая брадикардия, у одного мужчины одновременно отмечались синкопальные состояния в анамнезе.

Обследуемые были разделены на группы, в зависимости от полученных результатов ЧПЭС. В 1 группу вошли 15 человек с нормальными значениями ВВФСУ и КВВФСУ как до, так и после проведения медикаментозной денервации. Из них 9 мужчин и 6 женщин. Среднее значение КВВФСУ до медикаментозной денервации в этой группе составило 336,6 мс. После проведения медикаментозной денервации зарегестрировано уменьшение этого показателя до 234 мс. В данной группе выявить ДСУ с помощью ЧПЭС не удалось.

У 1 обследуемого (2 группа) среднее значение КВВФСУ до медикаментозной денервации превышало нормальное и составило 1020 мс. После проведения медикаментозной денервации установлено увеличение этого показателя до 1200 мс. Состояние этого обследуемого было расценено как СССУ.

Третью группу составили 2 женщины, у которых до проведения медикаментозной денервации значение КВВФСУ было повышенным и составило в среднем 580 мс. После проведения медикаментозной денервации показатель КВВФСУ достиг нормальных значений и составил в среднем 270 мс. Состояние обследованных этой группы было расценено как вегетативная ДСУ.

В группах 1 и 3 найдено существенное уменьшение интервала RR. а следовательно, увеличение ЧСС после медикаментозной денервации. по сравнению с исходной. Во 2 группе также наблюдалось некоторое укорочение интервала RR, но в

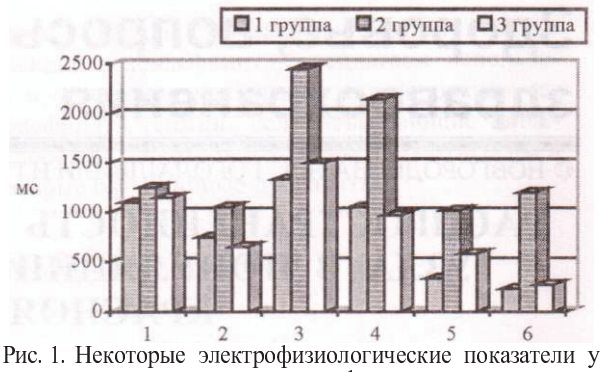

Рис. 1. Некоторые электрофизиологические показатели у лиц с электрокардиографическими критериями дисфункции синусового узла до и после медикаментозной денервации.

Примечания:

1. Значение интервала RR до медикаментозной денервации.
2. Значение интервала RR после медикаментозной денервации.
3. Значение времени восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) до медикаментозной денервации.
4. Значение времени восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) после медикаментозной денервации.
5. Значение корригированного времени восстановления функции синусового узла (КВВФСУ) до медикаментозной денервации.
6. Значение корригированного времени восстановления функции синусового узла (КВВФСУ) после медикаментозной денервации.

значительно меньшей степени, и кроме того, среднее значение ЧСС после медикаментозной денервации у обследованного данной группы оставалось менее 60 ударов в минуту. У всех обследуемых 1 и 3 групп регистрировалось нормальное значение ИРСУ. Во 2 группе показатель ИРСУ был ниже нормы.

Значение ВВФСУ было значительно выше во 2 группе (как до, так и после медикаментозной денервации), по сравнению с 1 и 3 группами. В 1 и 3 группах после проведения медикаментозной денервации обнаруживалось снижение этого показателя с 1334 мс до 1049 мс в 1 группе и с 1500 мс до 970 мс - в 3. У обследуемого с СССУ значение ВВФСУ после медикаментозной денервации также незначительно снижалось: с 2500 мс до 2150 мс.

Таким образом, в обследуемой популяции ДСУ была выявлена у 3 человек, что составило 0,24%. Чаще наблюдалась ДСУ вегетативного генеза - у 2 человек (0,17%). СССУ выявлено в 0,07% случаев. Вегетативная ДСУ наблюдалась только у женщин. СССУ была у мужчины старше 40 лет, страдающего ишемической болезнью сердца. У лиц с вегетативной ДСУ заболеваний сердечно-сосудистой системы диагностировано не было.

PREVALENCE OF DYSFUNCTION OF THE SINUS NODE IN RURAL POPULATION OF KRASNOYARSK TERRITORY

N.Y. Novgorodzeva, N.G. Gogolashvili, L.S. Polikarpov

(Institute for Medical Problems of the North. Siberian Division, Russian Academy of Medical Sciences, Krasnoyarsk)

We carried out epidemiological research aimed at studying the prevalence of dysfunction of the sinus node (DSN) in rurai population of Krasnoyarsk Territory. We examined 1203 people after 16 years of age after

questioning and ECG single registration we observed among them 22 patients with clinical - electrocardiographic signs of DSN. 18 (81,8%) of them were subjected to transesophagus electrostimulation of heart with medicine denervation. That is, in the studied population DSN was revealed in 3 patients (0,24%). DSN of vegetative genesis was revealed in 2 patients (0,17%), sick sinus syndrome (SSS) was revealed in 0,07% of cases.

Литература

1. Смегнев А.С., Соколов С.Ф., Голицин С П. и др. Клинике -функциональная и электрофизиологическая характеристика СССУ и его варианты // Актуальные вопросы электростимуляции: Тез. докл. Всесоюзн. конф. - Томск, 1983. - С. 13-14.
2. Сметнев А.С., Голицын С.П., Гросу А.А. Дисфункция и синдром слабости синусового узла // Кардиология. - 1988. - Т.28, №2. - С.5-10.
3. Alpert M. Factors influencing prognosis following permanent pacemaker implantation //Pract. Cardiol. - 1983,- Vol.9, N.1 - P. 199-288.
4. Ferrer M. The etiology and natural hy story of sinus node disorders // Am. Int. Med. - 1982. - Vol.142, N.2. - P.371-372.
5. Jose A. Effects of combined sympathetic and parasympathetic blockade on heartrate and cardiac function in man // Am. J. Cardiol. - 1966. - Vol.18, N.3. - P.476-478.
6. Kappenberger L., Shiaepfer A. J. Sino-atrial disease prevalence, diagnosis and outcome // Eur. Heart J. - 1999. - Vol.1, Suppl.D. - P. 105-108.

О СКВОРЦОВА Р.Г., КУЗЬМЕНКО В В., УШАКОВ И.В. -

ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.Г. Скворцова, В.В. Кузъменко, И.В. Ушаков.

(ГУЗ Иркутский областной диагностический центр, гл. врач - к.м.н. И.В. Ушаков)

Резюме. Централизация клинических лабораторных исследований - это повышение эффективности и качества исследований, снижение их себестоимости и времени исполнения. Опыт работы Иркутского областного диагностического центра как базы с прецизионным лабораторным оборудованием и отлаженной системой контроля качества исследований на всех этапах проведения анализов показал, что такая централизация кроме вышесказанного снижает затраты на приобретение дорогостоящего оборудования в отдельные ЛПУ, и служит хорошим стимулом для КДЛ в освоении новых технологий проведения лабораторного анализа.

Ключевые слова: лабораторная служба, централизация, Иркутская область.

Открытие областного диагностического центра с прекрасно оснащенной клинико-диагностической лабораторией (КДЛ) на территории Иркутской области в 1999 году вызвало далеко не однозначное отношение со стороны медицинской общественности. Для главных врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) малой мощности и с устаревшим оборудованием это снизило на какое-то время возможности для приобретения оборудования в КДЛ и сразу получило негативную оценку. У практикующих врачей, привыкших к минимуму клинических анализов и такому же минимуму оформления заявок на них. отношение было двояким - с одной стороны, высокая информативность исследований, предложенных отделом лабораторной диагностики (ОЛД) Иркутского областного диагностического центра (ИОДЦ) была неоценима для постановки диагноза, с другой стороны, казалось весьма сложным усвоить правила заказа этих исследований (указать в направлении код исследования, написать название анализа в соответствие с представляемыми списками исследований, направительный диагноз и полные данные страхового полиса больного). К тому же. ряд предлагаемых ОЛД ИОДЦ методик не был известен многим врачам.

Прошло три с половиной года, после начала работы ИОДЦ. Мнение врачей о работе ОЛД ИОДЦ изменилось кардинально, как в отношении ценности информации, которую они получают, так и в отношении необходимых формальностей при заполнении направительных документов. Однако, наличие скопления высокоскоростного и точного лабораторного оборудования, по-прежнему, болезненно воспринимается многими главными врачами ЛПУ города.

На сегодняшний день остается актуальной необходимость выделения спектра обязательных анализов для выполнения непосредственно в КДЛ ЛПУ нашего региона и тех, постановку которых целесообразно централизовать.

Из представленных в таблице 1 данных, характеризующих оснащение оборудованием КДЛ Российской Федерации, Иркутской области и ИОДЦ следует, что доля среди всего оборудования КФК и биохимических анализаторов в Иркутской области значительно выше, чем в целом по РФ, однако, при этом оснащенность гематологическими анализаторами и микроскопами оказалась существенно ниже. С другой стороны, в ЛПУ нашей области, как следует из формы отчетности №30, гематологических анализов выполняется в два раза больше, чем биохимических. Вместе с тем, именно гематологические анализы являются наиболее востребованными в любом ЛПУ и играют весьма существенную роль в постановке диагноза, даже