

И.А.Толкачева, И.Г.Крайз, А.Ю.Картвилишвили, Л.Н.Задорожная, К.И.Зубенко
СЛУЧАЙ АСИСТОЛИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У МАШИНИСТА ТЕПЛОВОЗА
 Центральная клиническая больница №5, Харьков, Украина

Приведен случай выявления синдрома бинодальной слабости у машиниста тепловоза, обследовавшегося по поводу артериальной гипертензии, при проведении телеметрического мониторинга ЭКГ в качестве скринингового метода оценки нарушений ритма сердца.

Ключевые слова: синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярная блокада, мониторинг ЭКГ, телеметрический контроль

A case is presented of the sick sinus syndrome accompanied by atrioventricular block (in the diesel locomotive driver being under examination because of arterial hypertension) revealed in the course of telemetric ECG monitoring used as a screening technique of the cardiac arrhythmia assessment.

Key words: sick sinus syndrome, atrioventricular block, ECG monitoring, telemetric control.

В настоящее время суточное мониторирование ЭКГ представляет собой неотъемлемую часть комплексной оценки сердечно-сосудистой системы. Продолжительное мониторирование ЭКГ являются доступным высокоинформативным способом оценки сердечного ритма [1-6].

В кардиологическом отделении нашей больницы наряду с традиционным Холтеровским мониторированием широко применяется телеметрический контроль ЭКГ в реальном времени. Для контроля сердечного ритма используется одно биполярное отведение ЭКГ. Электрокардиосигнал пациента передается с помощью прибора-передатчика на приемник Центральной станции и непрерывно отображается на дисплее компьютера (рис. 1). Все данные записываются на жесткий диск компьютера и сохраняются в архиве. Эта методика обеспечивает в реальном времени наблюдение за шестью пациентами одновременно (без ограничения их активности).

Телеметрический контроль ЭКГ позволяет не только выявить нарушения ритма сердца, изучить условия возникновения аритмий, проконтролировать эффективность лечения, но и немедленно реагировать на обнаруженные у пациента изменения. Продолжительность исследования гибко варьирует в зависимости от поставленных задач и составляет от одного часа до нескольких суток. Приводим собственное наблюдение.

Больной Н., 35 лет, по профессии машинист тепловоза, направлен в Центральную клиническую больницу №5 из узловой больницы одной из станций Южной железной дороги для уточнения генеза артериальной гипертензии. На амбулаторном этапе лечения получал гипотензивные препараты.

При поступлении жалоб не предъявлял. Из анамнеза известно, что артериальное давление у пациента повышается в течение 3-х лет, максимум до 170/105 мм рт. ст.; в этом отношении наследственность

отягощена – отец страдает гипертонической болезнью. Состояние расценено как удовлетворительное. АД составляло 140/100 мм рт. ст.; ЧСС 72 в минуту. Больному были выполнены общепринятые (согласно предполагаемому при поступлении диагнозу) методы исследования.

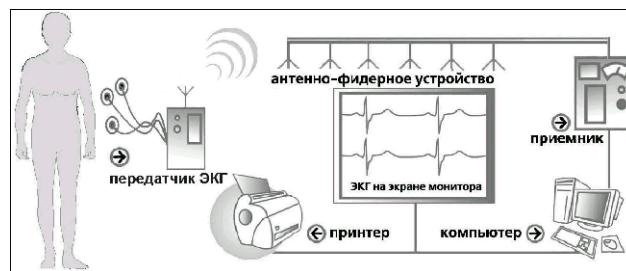


Рис. 1. Схема функционирования системы телеметрического контроля ЭКГ «RADIOHOLTER».

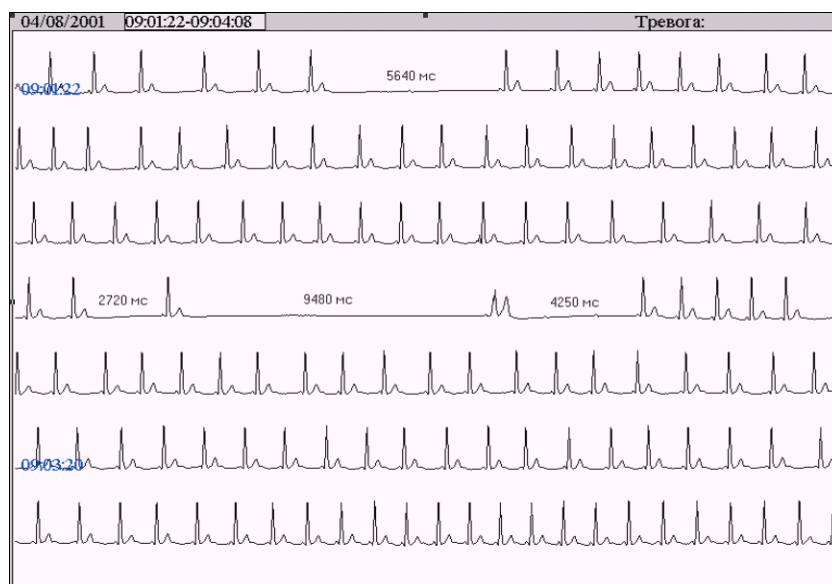


Рис. 2. На представленном фрагменте ЭКГ первая продолжительная пауза 5640 мс обусловлена асистолией за счет остановки синусового узла; далее регистрируется период синусовой брадиаритмии; затем проходящая СА блокада II степени; за следующим след за паузой 2720 мс синусовым комплексом вновь эпизод остановки синусового узла с интервалом RR 9480 мс; далее регистрируется выскальзывающий комплекс, возникающий по-видимому, одновременно в синусовом узле и АВ соединении; проходящая АВ блокада II степени 3:1.

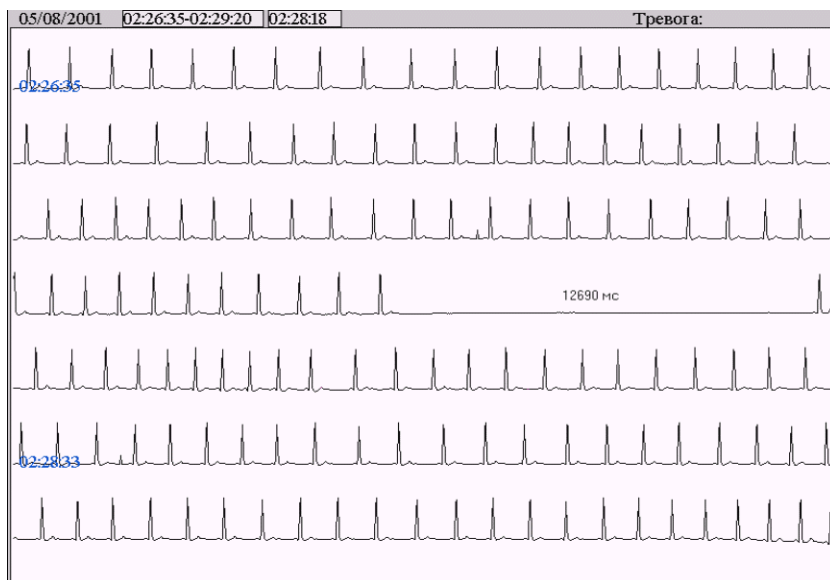


Рис. 3. На представленном фрагменте ЭКГ синусовая брадиаритмия сменяется наиболее продолжительным (12690 мс) эпизодом асистолии за счет остановки синусового узла.

Учитывая профессию пациента, помимо рутинных методов, в план обследования было включено мониторирование ЭКГ как скрининговый метод оценки сердечного ритма. В дневное время динамика ЧСС была без особенностей. Средняя ЧСС составляла 70, минимальная ЧСС - 57, максимальная ЧСС - 91 ударов в минуту. В ночное время у пациента наблюдалась выраженная брадиаритмия, связанная с большим количеством пауз (19 в течение 9 часов сна). Средняя ЧСС в ночное время составляла 56, минимальная - 37, максимальная - 76; выявлены паузы продолжительностью от 2720 мсек (рис. 2) до 12690 мсек (рис. 3).

Полученные данные многосуточного мониторирования ЭКГ с телеметрическим контролем позволили диагностировать у больного синдром слабости синусового узла (СССУ) и по абсолютным показаниям выполнить эндокардиальную имплантацию ЭКС. ЭКС 501 установлен на частоту 55 импульсов в минуту.

Послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольном мониторировании ЭКГ с теле-

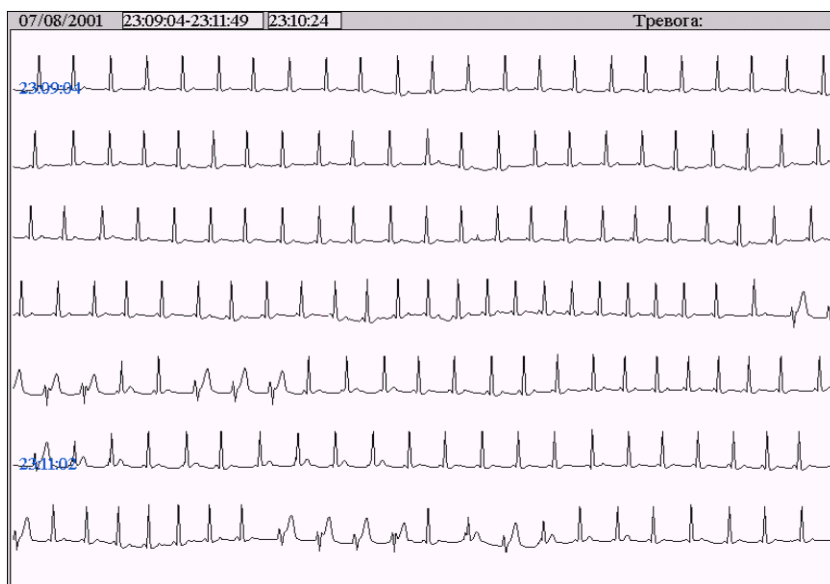


Рис. 4. Фрагмент ЭКГ во время ночного сна после имплантации ЭКС: собственные и навязанные ЭКС комплексы.

Мы считаем целесообразным включение в план обследования наших пациентов - работников железнодорожного транспорта, связанных с движением поездов, продолжительного мониторирования ЭКГ как методики, предоставляющей ценную информацию о состоянии сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дабровски А., Дабровски Б., Пиотрович Р. Суточное мониторирование ЭКГ: Пер. с польск.-М.: Медпрактика, 1999. - 208 с.
2. Кушаковский М.С. Аритмии сердца: Руководство для врачей. - СПб.: Гиппократ, 1992. - 544 с.
3. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование. Руководство для врачей по использованию метода у детей и лиц молодого возраста. М.: Медпрактика, 2000. - 215 с.
4. Мандел В.Дж., Петер К.Т., Блейфер С.Б. Холтеровское мониторирование // Аритмии сердца. Том 3: Пер. с англ. /Под ред. В. Дж. Мандела. - М.: Медицина, 1996.
5. Шубик Ю.В. Суточное мониторирование ЭКГ при нарушениях ритма и проводимости сердца: СПб, 2001. - 215 с.
6. Янушкевичус З.И., Бредикис Ю.Ю., Лукошявичуте А.И., Забела П.В. Нарушения ритма и проводимости сердца. - М.: Медицина, 1984. - 287 с.