

Уточкина И.М.

УДК 612.176-073

DOI 10.25694/URMJ.2019.07.19

Синкопальные состояния, диагностированные технологией анализа вариабельности сердечного ритма (клинический случай)

Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск

Utochkina I.M.

The sinkopalny states diagnosed by technology heart rate variability (the clinical case)

Резюме

Здесь был представлен случай синоатриальной блокады 2 степени в синусовом узле, который определялся ритмокардиографией высокого разрешения в течение 20-25 минут. Этот диагноз можно получить с помощью ЭКГ-мониторинга, но в течение 24 часов. Но тот же результат может быть быстро при использовании RCG высокого разрешения с различными тестами

Ключевые слова: высокое разрешение

Summary

Here was presented a case with sinoatrial blockade 2 degree in sinus node, which was defined by high-resolution rhythmocardiography during 20-25 minutes. This diagnosis may be received by ECG- monitoring, but during 24 hours. But same result may quickly by using of high-resolution RCG with different tests

Key words: high-resolution

Введение

Выделяют две основные группы пароксизмальных расстройств сознания - эпилептические и неэпилептические. В структуре последних синкопальные состояния занимают ведущее место. Диагностический процесс осложняется сочетанием тяжести субъективных переживаний (головокружение, эпизоды сердцебиения) со скудностью объективной симптоматики, особенно у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения. В 2018 г. опубликованы обновленные рекомендации Европейского кардиологического общества по диагностике и лечению больных с синкопальными состояниями. Согласно рекомендаций, синкопе или обморок — это приступ внезапной преходящей полной потери сознания, вследствие временной глобальной церебральной гипоперфузии, характеризующийся быстрым началом, короткой продолжительностью, неспособностью поддержать постуральный тонус и самопроизвольным полным восстановлением. В данных рекомендациях обмороки классифицируются экспертами на 3 класса в зависимости от этиологии: рефлекторные, кардиогенные и вследствие ортостатической гипотонии. При первичном обращении пациента первоначальной задачей является установить этиологию и стратификацию риска внезап-

ной сердечной смерти и сердечно-сосудистых осложнений, что определяет дальнейшую тактику ведения. При начальном обследовании всем пациентам с синкопальными состояниями рекомендовано выполнить стандартное обследование, включающее в себя сбор анамнеза с выявлением критериев, ассоциированных с высокой вероятностью кардиальной или некардиальной причины обморока, осмотр (обязательно с измерением АД в покое и при симпатической стимуляции), электрокардиография.

При неотложных состояниях и высоком риске неблагоприятного прогноза требуется незамедлительная госпитализация и лечение. Как правило, такие больные имеют кардиальные причины приступов (аритмии) или серьезные сопутствующие заболевания (кардиальные и некардиальные). Что касается стратификации риска, то при этом важна оценка факторов как краткосрочного неблагоприятного прогноза, так и долгосрочного (более 30 дней). При отсутствии неотложного состояния у пациента с обмороком тактика врача заключается в проведении дополнительного планового обследования с последующим назначением соответствующей терапии. При выявлении отклонений при первичном обследовании возможны следующие алгоритмы: целевые лабораторные тесты, при подозрении

на нейрогенную ортостатическую гипотонию показано обследование автономной нервной системы; при предположительных рефлекторных обмороках – проведение тилт-теста; при выявлении сердечно-сосудистой патологии: мониторинг ЭКГ (имплантируемые и наружные мониторы); нагрузочное тестирование, эхокардиография, электрофизиологическое исследование, магниторезонансная томография, компьютерная томография. При традиционном холтеровском мониторинге у ряда пациентов клинические симптомы не возникают, что затрудняет выявление взаимосвязи изменений на ЭКГ и клинических проявлений синкопального состояния. Преимущества имплантируемых петлевых регистраторов (ИПР) представлены в виде непрерывной кольцевой высокочастотной регистрации ЭКГ. Неудобства включают: потребность в минимальной хирургической процедуре, трудности дифференцировки между наджелудочковой или желудочковой аритмиями, высокая стоимость живляемого устройства. Оценка

вариабельности сердечного ритма ВСР при синкопальных состояниях имеет свои преимущества. Метод ритмокардиографии позволяет в кратчайшие сроки получить данные, указывающие на кардиогенный синкоп и риск сердечно-сосудистых исходов, одновременно оценив состояние автономной нервной системы.

Демонстрация и разбор клинического случая представлены на конкретном примере. Пациент 3., мужчина 69 лет, обратился к неврологу поликлиники Челябинской областной клинической больницы с жалобами на головные боли, головокружения, кратковременные потери сознания без видимой причины длительностью до 1 минуты, протекающие без судорог, без непроизвольного мочеиспускания. Потери сознания сопровождались травматизацией при падении. Синкопальные состояния нередко возникали в положении лежа. Из анамнеза жизни стоит отметить вредные привычки: курение в течение длительного времени. Из анамнеза заболевания известно, что впервые данные жалобы появились 18 лет назад. В течение первого года липотимические симптомы и эпизоды потери сознания наблюдались с частотой 1 раз в две недели. Затем количество подобных состояний возросло до 1 раза в два дня, в связи с чем пациент был госпитализирован в терапевтическое отделение районной больницы города Златоуста, где получил лечение с кратковременным положительным эффектом. Из обследований было проведено ЭКГ и МРТ головного мозга. Очевидной патологии как вероятной причины синкопов при этом не было выявлено. Через полгода после лечения симптомы возобновились и возникали ежедневно, но пациент за медицинской помощью не обращался. В апреле 2018 году приступы потери сознания участились до 15 раз в день. Нередко возникали в ситуациях опасных для жизни (например, в момент нахождения на балконе). Пациент самостоятельно приехал на консультацию в поликлинику ЧОКБ. После осмотра неврологом был направлен на нейрокардиологическое исследование с предварительным клиническим диагнозом: Дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии, гипертонического генеза; синдром

вестибулярных расстройств. Синкопальные состояния. В диагностическом центре ЧОКБ во время выполнения нейрокардиологического исследования с компьютерной ритмокардиографией со стандартными вегетативными разнонаправленными нагрузочными пробами Вальсальвы, Ашнера, ортостатической и нагрузочной, дозированной по ЧСС 120 в 1 минуту, на фоне полного покоя в положении лежа при выполнении пробы Ашнера на фоне выраженного снижения общей вариабельности ритма сердца в фоновой записи до 4 мс при норме 40-50 мс, амплитуды дыхательной аритмии до 6 мс при норме 80-100 мс вне стимуляционного воздействия на мониторинг ЭКГ выявлены признаки преходящей АВ блокады 2 степени, Мобитца 2 (рис. 1), сопровождающиеся чувством выраженной тревоги с общим неопределенным неприятным ощущением, купировались самостоятельно. В дальнейшем при проведении активной ортостатической вегетативной пробы с вертикализацией у пациента регистрировался единичный эпизод преходящей АВ блокады 2 степени Мобитца 2 с редкими желудочковыми экстрасистолами без клинических проявлений. АД лежа на спине регистрировалось на уровне 160 и 97 мм рт. ст. при ЧСС 70 уд. в минуту, в момент вертикализации 118 и 86 мм рт. ст. при ЧСС 71 уд. в минуту, на 3 минуте стояния 136 и 96 мм рт. ст. при ЧСС 74 уд. в минуту, без клинических проявлений ортостатической гипотензии. В позднем восстановительном периоде (более 5 минут) после выполнения нагрузочной пробы в положении лежа на спине на мониторинг ЭКГ зарегистрированы признаки преходящей АВ блокады 2 степени Мобитца 2 (2:1, 6:1) с RR-паузой до 8 с (рис.2), что сопровождалось выраженной клинической симптоматикой: общей слабостью, головокружением, потемнением в глазах, с произвольным напряжением мышц верхних и нижних конечностей, потливостью, выраженным чувством страха. Симптомы купировались через 15-20 секунд в момент самостоятельного восстановления синусового ритма на мониторинг ЭКГ. Приступ был расценен как приступ Морганьи-Адамса Стокса на фоне автономной кардионейропатии. Пациент госпитализирован в отделение кардиохирургии для установки временного электрокардиостимулятора (ЭКС).

В кардиохирургическом отделении был выставлен диагноз: ИБС. Преходящая атрио-вентрикулярная блокада II степени Мобитца 2. Приступы МЭС. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4. ХСН I стадии, 3 функционального класса.

На 3 сутки пребывания в стационаре и мониторингового наблюдения в кардиохирургическом отделении был имплантирован постоянный двухкамерный ЭКС Sensia SEPR. Постоперационный период протекал стандартно, без особенностей. Пациент был выписан на 6 сутки в удовлетворительном состоянии. Синкопальные состояния с момента госпитализации не повторялись. Спустя 1,5 месяца после выписки из стационара пациент чувствует себя удовлетворительно, пресинкопальные состояния и синкопы не повторялись.

При исследовании ЭКГ в покое отмечался синусовый ритм с ЧСС 73 в 1 минуту, нарушение внутриже-

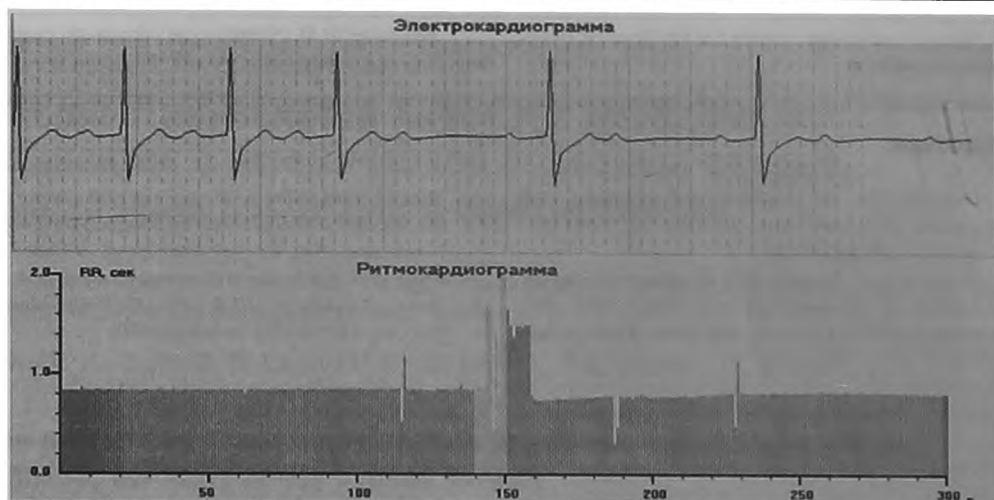


Рис.1. Развитие эпизода атриовентрикулярной блокады 2 степени с синкопальным состоянием при выполнении стимуляционной вегетативной пробы Ашнера (снижение общей вариабельности парасимпатических, симпатических и гуморально-метаболических волн ритма) с последующим развитием преходящей атриовентрикулярной блокады 2 степени. На графике верхней части рисунка эпизод мониторинга ЭКГ, на нижней части рисунка - ритмокардиограмма в виде вертикальных штриховых линий, соответствующих значениям межсистолических интервалов.

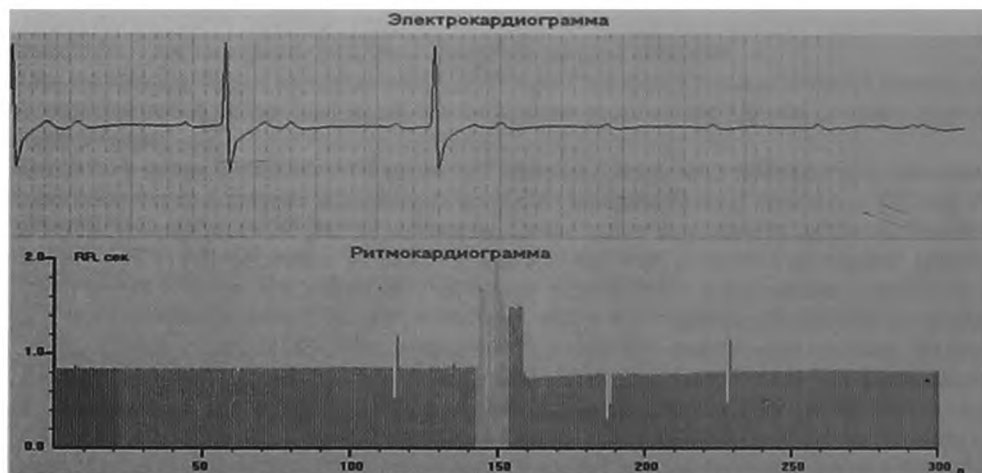


Рис.2 Развитие преходящей высокостепенной атриовентрикулярной блокады с последующим восстановлением синусового ритма.

лудочковой проводимости, изменения миокарда предсердий, замедление внутрипредсердной проводимости, изменения по типу ишемии миокарда переднебоковой, нижней стенок левого желудочка.

При эхокардиографии выявлена частичная эконегативность, уплотнение стенок аорты, створок аортального клапана с регургитацией 1 степени. Сократительная способность миокарда сохранена. Увеличение полости правого предсердия. Концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Митрально-папиллярная дисфункция с регургитацией 1 степени. Умеренная легочная гипертензия. ЭКС в правых отделах сердца.

Заключение

Поскольку обморок мог иметь мультифакториальное происхождение и важность диагностики заболевания сердца как причины обмороков определялась необходимостью лечения основного заболевания в кратчайшие сроки, решающее значение определило быстрое диагностическое решение, которое было продемонстрировано в данном клиническом случае. Атриовентрикулярная блокада могла быть выявлена и с помощью суточного мониторинга ЭКГ, но с помощью анализа вариабельности ритма с разнонаправленными вегетативными нагрузочными пробами в течение 15-20 минут нарушение проводимости было спровоцировано и зарегистрировано, что стало основанием для выбора тактики; эффектив-

ным, быстрым, доступным методом для верификации синкопального состояния. ■

Уточкина И.М., Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск, Россия

Литература:

1. *Guidelines for the diagnosis and management of syncope. European Heart J.* 2018. 00. 1-69. doi: 10.1093/eurheartj/ehv037.
2. Головина Г. А., Дуляков Д. В. Ключевые положения клинических рекомендаций ACC / AHA / HRS 2017 по диагностике и лечению обмороков. *Кардиология.* 2018; 58(8): 89–100. 1.
3. *Syncope clinical management in the emergency department: a consensus from the first international workshop on syncope risk stratification in the emergency department Eur Heart J.* 2016 May 14; 37(19): 1493–1498. Published online 2015 Aug 4. doi:10.1093/eurheartj/ehv378.