

ления алкоголя) срывов ремиссии. Мы считаем, что у этих пациентов после лечения признаки болезни «алкогольная зависимость» ослабевали только на клиническом, собственно, биологическом уровне. У них не было жалоб на влечение к алкоголю, не обнаруживались проявления синдрома отмены и других клинических проявлений АЗ. Но, при этом, после ослабления биологических признаков болезни, представляющих фасад клиники алкогольной зависимости, скрывающий ранее глубинную суть болезни, стало возможным обнаружить алкогольную зависимость на психосоциальном уровне, на уровне личности. Предлагаемое пациентам тестирование по опроснику исключало какую-либо морализацию, не несло в себе оценки пациенту, что позволяло им выразить свое истинное мнение, тем самым приоткрыть, спрятанную за фасадом телесных симптомов и внешних правил поведения, внутреннюю моральную сущность в отношении алкоголя.

Выводы

1. Лечение алкогольной зависимости необходимо проводить не только на уровне индивида, купируя влечение к алкоголю, синдром отмены и другие клинические проявления болезни, но и, обязательно, на уровне личности больного человека («лечить личность»).

2. На этапе реабилитации необходимо проводить работу по укреплению в ядре личности пациентов посттерапевтических мотиваций трезвости, созданию поддерживающей трезвеннические установки социальной обстановки и готовности пациентов к преодолению рецидивоопасных клинических ситуаций.

3. Выявление в период воздержания от употребления алкоголя признаков алкогольной зависимости на уровне личности свидетельствует о латентной (скрытой) активности болезни, готовности к срыву ремиссии и требует экстренного, комплексного (социотерапевтического, психотерапевтического, немедикаментозного, фармакологического, реабилитационно-противорецидивного), таргетного (адресного, в зависимости от психопатологической структуры РОКС) вмешательства для стабилизации ремиссии и предупреждения рецидива заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наркологія: Національний підручник (під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва) / І. К. Сосін [та ін.]. — Харків: Колегіум, 2014. — 1500 с.
2. *Ершєв, О. Ф.* Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ершєв, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
3. Aguiar P. Prognostic Factors During Outpatient Treatment for Alcohol Dependence: Cohort Study with 6 months of Treatment Follow-up / P. Aguiar [et al.] // Alcohol and Alcoholism. — 2012. — Vol. 17. — P. 1–9.
4. *Сквира, И. М.* Комплексный подход к определению качества ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью / И. М. Сквира // Проблемы здоровья и экологии. — 2016. — № 3. — С. 35–39.
5. *Сквира, И. М.* Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквира // Сб. науч. статей респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. кол. А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2008. — Т. 3. — С. 190–193.

УДК 616.12-007.61-079.4

«СПОРТИВНОЕ СЕРДЦЕ» ПОДРОСТКОВ-СПОРТСМЕНОВ И ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Скуратова Н. А.^{1,2}

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди специалистов клинической медицины, под наблюдение которых попадают подростки, регулярно занимающиеся профессиональной спортивной деятельностью, понятие «спортивное сердце» (СС) используется гораздо чаще, чем оно диагностируется на самом

деле. Нередко данный термин отождествляется с такими заболеваниями, как миокардиодистрофия хронического физического перенапряжения, «синдром спортивного сердца», стрессорная кардиомиопатия и другими структурными изменениями миокарда. Иногда термин «спортивное сердце» используется для того, чтобы связать выявленные в сердце те или иные изменения у пациента с занятиями спортом, однако довольно сложно доказать связь выявленных нарушений с физическими нагрузками [2, 4].

Несмотря на полемику о понятии «спортивное сердце» и особенностях распространенности его в популяции, в том числе (спортивный стаж, возрастные особенности, связь с занятиями определенным видом спорта), наиболее важным является рассмотрение данной проблемы с позиций необходимости профилактики внезапной смерти в спорте, так как под «маской» спортивного сердца могут скрываться потенциально-опасные сердечно-сосудистые заболевания [2, 5].

Согласно литературным данным, «спортивное сердце» (СС) является типичной находкой у подростков-спортсменов и молодых лиц, тренирующихся на выносливость, и характеризуется физиологической, гармоничной эксцентричной гипертрофией всех камер сердца. Эксцентричная гипертрофия миокарда должна быть равномерной (гармоничной) на фоне дилатации камер сердца, масса которого не превышает критическое значение 7,5 г/кг, что соответствует в среднем 500 г. У спортсменов, тренирующихся в скоростно-силовых видах спорта, СС обычно не развивается [5]. Считается, что тренировки на выносливость в объеме пять часов в неделю и более, которые приводят к нагрузке сердечной мышцы объемом, способны привести к увеличению размеров камер сердца. Объем тренировок значительно варьирует у разных лиц: так бег по 6070 км в неделю приводит к развитию СС лишь у некоторых спортсменов, в то время как у других лиц СС может и вовсе не развиваться, даже если они пробегают до 100 км в неделю. Выявлено, что СС развивается чаще у бегунов на длинные дистанции, велогонщиков, лыжников, лиц, занимающихся триатлоном и др. Клиника СС может быть схожа с клиническим проявлениями заболеваний, сопряженных с риском внезапной сердечной смерти (ВСС) [1, 2, 3, 5].

Цель

Обобщить литературные данные о дифференциально-диагностических критериях СС у подростков-спортсменов и заболеваний, сопряженных с ВСС (гипертрофическая и дилатационная кардиомиопатия, аритмогенная дисплазия правого желудочка) [2, 3].

Материал и методы исследования

современные литературные данные о дифференциально-диагностических критериях СС у молодых спортсменов и заболеваний, сопряженных с риском ВСС.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди распространенных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний являются электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), нагрузочные пробы и лабораторные исследования [1, 3, 5].

ЭКГ-изменения спортсмена делятся на две группы: характерные и нехарактерные. Характерные, или распространенные изменения на ЭКГ встречаются более чем в 80 % случаев. К ним относятся синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада первой степени (АВБ), синдром ранней реполяризации желудочков. Последние являются результатом физиологической адаптации вегетативной нервной системы в ответ на спортивные нагрузки и отражают увеличение тонуса блуждающего нерва. Данные изменения необходимо четко дифференцировать от нехарактерных изменений на ЭКГ, которые являются редкими (менее 5 %) и не связанными с физическими нагрузками (изменения сегмента ST и зубца T, патологический зубец Q и т. д.), но могут являться признаками наличия сердечно-сосудистых заболеваний. ЭКГ-паттерны физиологической ГЛЖ у тренированных спортсменов, как правило, проявляются в виде изолированного увеличения амплитуды QRS-комплекса на фоне нормальной электрической оси сердца (ЭОС), нормальной продолжительностью предсердного и желудочкового проведения, отсутствием нарушения процессов реполяризации (сегмента ST и зубца T) [2, 5]. «Невольтажные» критерии ЭКГ, характерные для ГЛЖ, такие как гипертрофия предсердий, отклонение ЭОС влево, нарушение реполяризации и нарушение проведения

по желудочкам, как правило, не характерны для спортсменов и могут указывать на патологическую гипертрофию миокарда [5]. Депрессия сегмента ST на ЭКГ покоя у тренированных спортсменов наблюдается редко. Наличие изолированной депрессии сегмента ST на ЭКГ, либо в сочетании с инверсией зубца T требует дополнительного обследования спортсмена для исключения заболеваний сердца [3].

Наиболее важным рутинным методом для дифференциации физиологической и патологической гипертрофии миокарда является эхокардиография, которая также может быть использована для определения объема сердечной мышцы. Нормальный сердечный объем зависит от массы тела и лежит в диапазоне 10–12 мл/кг у мужчин и 9–11 мл/кг у женщин. Для СС характерен объем сердца < 12 мл/кг массы тела — у женщин и 13 мл/кг массы тела — у мужчин (максимально до 19 и 20 мл/кг соответственно). Конечный диастолический диаметр левого желудочка при наличии СС увеличен и может составлять 60 мм или более у 15 % спортсменов, при этом толщина стенки левого желудочка находится в пределах нормы или на верхней части нормального диапазона (13–15 мм — у 2–4 % спортсменов. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) является одной из ведущих причин внезапной смерти у спортсменов в возрасте до 35 лет [1, 5]. ГКМП является генетическим заболеванием, возникающее вследствие вторичных мутаций в генах, кодирующих белки-саркомеры, и характеризующееся локальной или диффузной гипертрофией левого желудочка, без его дилатации, в отсутствие других сердечных или других причин развития гипертрофии. Распространенность ГКМП составляет около 2 %, клинические проявления варьируемы, заболевание сопряжено с риском ВСС [5]. Критерии диагностики ГКМП у спортсменов являются следующие [3, 5]:

1. Семейный анамнез по ГКМП и (или) по развитию ВСС в молодом возрасте. Идентификация одной или нескольких мутаций при наличии фенотипа подтверждает диагноз ГКМП. Клинические симптомы регистрируются в менее чем в 30 % случаев и представлены синкопальными и предобморочными состояниями, сердцебиениями и атипичными болями в грудной клетке. При аускультации можно выявить сердечный шум в случаях, связанных с обструкцией левого желудочка или регургитацией на митральном клапане.

2. ЭКГ-аномалии присутствуют у большинства пациентов (до 95 %). Аномалии включают в себя высокий вольтаж QRS-комплекса, как правило, в комплексе с другими изменениями, такими как отклонение ЭОС влево, наличие патологического зубца Q, депрессии сегмента ST, отрицательного зубца T и увеличения левого предсердия. Тем не менее, ЭКГ может быть в норме в 5 % случаев при наличии ГКМП.

3. Эхокардиография: ГЛЖ является диагностическим подтверждением заболевания и характеризуется вариабельной степенью гипертрофии. Чаще всего максимальная толщина левого желудочка составляет, по меньшей мере, около 20 мм. Гипертрофия левого желудочка носит асимметричный характер и может быть локальной или диффузной.

4. Отстранение от тренировок: во всех спорных случаях, методы визуализации не являются окончательным подтверждением диагноза, необходимо временное отстранение спортсмена от занятий спортом (не менее, чем на 3 месяца). Отсутствие регрессии толщины стенки левого желудочка до нормальных пределов (< 13 мм) является критерием в пользу диагноза ГКМП.

5. Оценка толерантности к физической нагрузке. У спортсменов, тренирующихся в видах спорта на выносливость, максимальное потребление кислорода ($VO_2 \text{ max}$) обычно высокое (≥ 50 мл/кг/мин), тогда как у пациентов с ГКМП, как правило, ниже или в пределах нормы (< 50 мл/кг/мин). Однако тест с физнагрузкой не всегда позволяет дифференцировать оба состояния.

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) характеризуется дилатацией левого желудочка и снижением систолической функции. ДКМП включает генетические формы и вторичные формы после перенесенных инфекционных заболеваний, воспалительных (миокардит) или метаболических заболеваний, или в результате воздействия токсических веществ [3, 5]. Критерии диагностики ДКМП следующие [1, 3, 5]:

1. Положительный семейный анамнез для ДКМП и (или) случаев внезапной смерти в молодом возрасте; наличие клинических симптомов: сердцебиение, немотивированная усталость, одышка или обмороки.

2. На ЭКГ может выявляться высокий вольтаж QRS-комплекса, предсердные и/или желудочковые аритмии, нарушения проводимости, нарушение процессов реполяризации или увеличение левого предсердия.

3. По данным эхокардиографии имеет место нарушение систолической функции левого желудочка, обычно связанное с дилатацией левого желудочка.

Аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ) является первичным заболеванием миокарда, характеризуется фиброзно-жировым перерождением правого (а иногда и левого) желудочков, сегментарного или реже диффузного характера, и развитием желудочковых тахиаритмий, иногда жизнеугрожаемых [2, 5].

Критериями диагностики АДПЖ являются следующие [5]:

1. Положительный семейный анамнез для АДПЖ и (или) случаи ВСС в молодом возрасте.

2. Наличие симптомов, таких как обмороки, сердцебиение, как правило, связанные с занятиями спортом.

3. На ЭКГ могут регистрироваться отрицательные зубцы Т в отведениях V1–V3 (у пациентов в возрасте старше 12 лет — в отсутствии блокады правой ножки пучка Гиса). Продолжительность комплекса QRS составляет более 0,11 с — в правых грудных отведениях; иногда регистрируется эпсилон-волна и (или) поздние потенциалы желудочков; часто выявляются желудочковые аритмии, в том числе сложные формы, как правило, с морфологией блокады левой ножки пучка Гиса.

4. Эхокардиография может выявить дискинезию сегментов, истончение, редко расширение камеры правого желудочка; по данным МРТ возможно наличие жировой и фиброзной ткани в области правого и левого желудочков.

Выводы

Дифференциальная диагностика спортивного сердца у подростков-спортсменов и молодых спортсменов и заболеваний, сопряженных с риском внезапной сердечной смерти достаточно сложна, требует тщательной оценки семейного анамнеза, клинических данных и проведения широкого спектра диагностических обследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скуратова, Н. А. Спортивное сердце / Н. А. Скуратова // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — № 2. — С. 71–74.
2. Biffi, A. Impact of physical deconditioning on ventricular tachyarrhythmias in trained athletes / A. Biffi, B. Maron, L. Verdile // J. Am. Coll. Cardiol. — 2004. — Vol. 44. — P. 1053–1058.
3. Corrado, D. Cardiovascular preparticipation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology / D. Corrado, A. Pelliccia, H. H. Bjornstad // Eur. Heart J. — 2005. — Vol. 26. — P. 516–524.
4. Corrado, D. On behalf of the Sections of Sports Cardiology of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Recommendations for interpretation of 12-lead electrocardiogram in the athlete / D. Corrado, A. Pelliccia, H. Heidbuchel // Eur. Heart J. — 2010. — Vol. 31. — P. 243–259.
5. Scharhag Jürgen Competitive Sports and the Heart: Benefit or Risk? / Jürgen Scharhag, Herbert Löllgen, Wilfried Kindermann // Dtsch. Arztebl. Int. — 2013. — Vol. 110(1–2). — P. 14–24.

УДК 612.17:612.822.8]-053.2-074

АРИТМОГЕННЫЕ ОБМОРОКИ У ДЕТЕЙ

Скуратова Н. А.^{1,2}, Козловский А. А.^{1,2}, Ивкина С. С.^{1,2}

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Обморок — это синдром, характеризующийся кратковременной и относительно внезапной потерей сознания, утратой мышечного тонуса и падением, спонтанным возвращением сознания [5]. По эпидемиологическим данным, приведенным в последней версии Руковод-