

Так как в последнее время лечение ПАВУРТ предполагает проведение РЧА «медленных путей» АВ узла, больной должен направляться на интервенционное лечение с подтвержденным с помощью ЧП ЭФИ диагнозом и выявленными особенностями электрофизиологии АВ-узла, которые могут существенно повлиять на ход операции и сократить риск осложнений.

Больной в кардиологическом стационаре находится с верифицированным диагнозом, от которого зависит назначение рекомендуемой антиаритмической терапии и дальнейшая тактика лечения. Специфичность используемого метода существенно влияет на определение показаний и противопоказаний к операции, возможности прогнозирования нестандартных ситуаций и осложнений в ходе проведения РЧА. Исследование показало высокую чувствительность и специфичность ЧП ЭФИ в диагностике «узкокомплексной»

ПАВУРТ в сравнении с данными внутрисердечного ЭФИ. При этом имеются определенные недостатки ЧП ЭФИ для верификации двойной физиологии АВ-узла у больных с ПАВУРТ, имеющих «неразрывную» кривую АВ-проведения и у пациентов с тахикардиями с широкими комплексами QRS, а также в дифференциальной диагностике ПАВУРТ и ортодромной АВ-тахикардии с участием левого заднего дополнительного пути проведения.

Для дифференцировки различных типов НЖТ предложено анализировать характер проведения по АВ-соединению (наличие или отсутствие дуализма AV- и VA-проведения), последовательность предсердной активации, время VA-проведения при тахиаритмии. Однако специфичность любого из вышеназванных критериев невысока, поэтому необходимо анализировать их только в совокупности.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

**Муромкина А.В.^{*1,2}, кандидат медицинских наук,
Назарова О.А.², доктор медицинских наук,
Романчук С.В.¹, кандидат медицинских наук**

¹ ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 22

² Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

* Ответственный за переписку: e-mail: amuromkina@mail.ru

Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из самых распространенных нарушений ритма сердца. ФП ухудшает качество жизни больных и увеличивает показатели смертности в 1,8–2 раза. Эффективность лечения постоянной формы ФП в значительной степени определяется оптимальным контролем числа желудочковых сокращений (ЧЖС) у этих больных. Контроль ЧЖС может осуществляться как при клиническом обследовании пациента, так и по данным холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМ ЭКГ). Однако данный метод контроля состояния больных с постоянной формой ФП в практической работе врачей используется недостаточно, что отчасти обусловлено отсутствием четких критериев оценки его показателей.

Получены данные, свидетельствующие о том, что ФП является независимым предиктором внезапной сердечной смерти. К факторам, достоверно

увеличивающим риск сердечно-сосудистой смерти у этой категории больных более чем в 2 раза, отнесены наличие желудочковой тахикардии и ЧЖС менее 37 в мин. Однако возможности ХМ ЭКГ в оценке риска смерти у больных с постоянной формой ФП не выявлялись.

Таким образом, критерии оценки показателей ХМ ЭКГ для контроля ЧЖС у больных с постоянной формой ФП на фоне лечения, а также для выявления факторов риска смерти требуют уточнения.

Цель работы – определить значение метода ХМ ЭКГ для оценки суточной динамики ЧЖС, наличия эпизодов брадикардии и желудочковых нарушений ритма у больных с постоянной формой ФП.

Исследование проводилось на базе ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова. Обследовано 56 пациентов с постоянной формой ФП (28 муж-

чин и 28 женщин), средний возраст – $62,4 \pm 10,5$ года.

Этиологическим фоном нарушения ритма у 23 человек была гипертоническая болезнь (41,1%), у 18 – сочетание ишемической болезни сердца и гипертонической болезни (32,1%), у 6 – ишемическая болезнь (11,1%), у 4 – ревматические пороки сердца (7,1%), у 2 – тиреотоксикоз (3,6%) и у 3 пациентов – идиопатический вариант ФП (5,4%). Все больные наряду с терапией основного заболевания получали препараты для контроля ЧЖС. Обследование проводилось в соответствии с рекомендациями ВНОК и, кроме клинических методов, включало регистрацию ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографию, при необходимости – исследование уровня гормонов щитовидной железы. Кроме того, всем пациентам выполнялось ХМ ЭКГ с использованием аппаратно-программного комплекса «Полиспектр» (ООО «Нейрософт», Иваново).

Для оценки суточной динамики ЧЖС определялась максимальная, минимальная и средняя ЧЖС в дневные и ночные часы, циркадный индекс (рассчитываемый как отношение средней ЧЖС в дневные к средней ЧЖС в ночные часы), время эффективного контроля ЧЖС в течение суток. Для оценки факторов риска внезапной смерти регистрировались эпизоды брадикардии с ЧЖС менее 37 в минуту, наличие пауз более 3 секунд, эктопическая желудочковая активность (желудочковая экстрасистолия, пароксизмы желудочковой тахикардии).

Средняя ЧЖС 60–100 в мин в дневные часы и 50–80 в мин в ночные часы принята нами как эффективно контролируемая ЧЖС на фоне лечения. Такие показатели отмечены у 69,6 и 66,1% больных соответственно. Эффективный контроль ЧЖС на протяжении более 50% времени суток чаще наблюдался у пациентов, получавших бета-блокаторы длительного действия (метопролола сукцинат, бисопролол, небиволол), чем у с пациентов, получавших метопролола тартрат. Циркадный индекс у обследованных изменялся в пределах от 0,98 до 1,56, при этом

у 50% он находился в диапазоне 1,1–1,24 (при синусовом ритме этот показатель составляет 1,2–1,4).

Эпизоды брадикардии выявлены у 25 человек. Минимальная ЧЖС (менее 37 в минуту) зарегистрирована у 17 больных (30,4%), из них только 2 не получали пульсоурежающей терапии. Наличие периодов скрытого АВ-проведения (пауз) продолжительностью более 3 секунд выявлено у 13 больных (23,2%).

Эктопическая желудочковая активность (чаще в виде одиночных желудочковых экстрасистол) регистрировалась у всех обследованных. При количественной оценке желудочковых нарушений ритма мы использовали критерий «редкой» желудочковой экстрасистолии – не более 30 в час, т.е. не более 720 в сутки. У 45 человек количество желудочковых экстрасистол не превысило этого уровня. У 11 больных выявлено более 720 желудочковых экстрасистол в сутки, в том числе парные желудочковые экстрасистолы, а у 7 из этих 11 больных зарегистрированы короткие пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии. Это были лица с органической патологией сердца либо с тяжелой сопутствующей патологией (онкопатология, хроническая почечная недостаточность). 6 человек из 7 в составе терапии для контроля ЧЖС получали дигоксин в комбинации с бета-блокаторами. Суточная доза дигоксина у всех обследованных была одинаковой и составляла 0,25 мг/сут.

Выявление эпизодов брадикардии и желудочковых нарушений ритма высоких градаций требует внесения коррекции в схему лечения больных, а в ряде случаев решения вопроса об имплантации электрокардиостимулятора.

Таким образом, ХМ ЭКГ у больных с постоянной формой ФП позволяет, с одной стороны, оценивать эффективность контроля ЧЖС на фоне лечения, а с другой – выявлять факторы риска внезапной смерти, прежде всего у лиц с органическими заболеваниями сердца и тяжелой сопутствующей патологией.