

**РОЛЬ ЧРЕСПИЩЕВОДНОГО ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА В ДИАГНОСТИКЕ И ВТОРИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ
РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ**

Тарасов А.В.^{*1},
Рыжикова И.Б.¹,
Поздняков Ю.М.¹, доктор медицинских наук,
Злобин А.Н.², доктор медицинских наук

¹ Московский областной кардиологический центр на базе МУЗ «Городская клиническая больница»
г. Жуковский, 140180, Московская область, г. Жуковский, ул. Фрунзе, д. 1

² МУЗ «Городская клиническая больница», 140180, Московская область, г. Жуковский, ул. Фрунзе, д. 1

* Ответственный за переписку: тел: 8 (495) 556-89-15

Среди всех видов тахикардий наджелудочковая тахикардия (НЖТ) встречается достаточно часто – в 80% случаев. Она регистрируется у 1,1% всех госпитализируемых больных. Пароксизмальная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия (ПАВУРТ) является самой распространенной из суправентрикулярных тахикардий и составляет 50–60% всех тахикардий «re-entry». ПАВУРТ чаще встречается у женщин (78% случаев), относительно редко наблюдается у детей до 15 лет (всего 15% от всех НЖТ у детей).

Вот уже более 20 лет альтернативой классическому внутрисердечному электрофизиологическому исследованию (ЭФИ) при обследовании больных с нарушениями ритма и проводимости сердца является чреспищеводное ЭФИ (ЧП ЭФИ). Не вызывает сомнений, что «золотым стандартом» в диагностике электрофизиологических механизмов пароксизмальных тахикардий было и остается внутрисердечное ЭФИ. Поэтому информативность любых других клинических методов изучения механизмов НЖТ, в том числе и ЧП ЭФИ, должна оцениваться по отношению к данным, полученным во время внутрисердечного ЭФИ. ЧП ЭФИ, конечно, уступает в информативности внутрисердечному ЭФИ, однако ее использование в подавляющем большинстве случаев бывает достаточно для выявления пароксизмальной НЖТ, определения субстрата данной НЖТ и выбора лечебной тактики.

Задачами ЧП ЭФИ у пациентов с подозрением на ПАВУРТ являются выявление признаков диссоциации АВ-узла на α - и β -канал (т.е. диссоциация проведения по АВУ) и измерение интервала V-A на индуцированной тахикардии, которая не должна превышать 80 мс.

Целью исследования стало изучение диагностической значимости ЧП ЭФИ в верификации двойной физиологии АВ-узла при дифференциальной

диагностике НЖТ и в оценке ближайших и отдаленных результатов интервенционного лечения ПАВУРТ.

В исследование включен 41 пациент с диагнозом «пароксизмальная АВ-узловая реципрокная тахикардия», верифицированным с помощью ЧП ЭФИ. Исследование проводилось в два этапа. На I этапе осуществлялось клиническое обследование больных с проведением ЧП ЭФИ и обработкой полученных данных. Далее больные направлялись в кардиохирургическое отделение МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, где проводилась внутрисердечное ЭФИ и радиочастотная абляция (РЧА). После было выполнено сравнение протокола ЧП ЭФИ и протокола операции. На II этапе всем больным через 1 месяц и через 3 месяца проводилось ЧП ЭФИ по стандартному протоколу с определением оценки эффективности РЧА.

На I этапе исследования в ходе проведения ЧП ЭФИ были выявлены некоторые особенности физиологии АВ-узла, которые нельзя отнести к типичным результатам исследования у данной категории больных, и произведена оценка их влияния на ход интервенционного лечения и послеоперационный период (II этап исследования). ПАВУРТ в сочетании с нарушенным АВ-проведением и высокими показателями ЭРП β -пути (более 500 мс) не является противопоказанием к РЧА «медленных путей» АВ-узла. У данной группы пациентов в ближайшем и отдаленном периоде наблюдения не понадобилось постановки постоянного водителя ритма в связи с удовлетворительным проведением по АВУ и отсутствием клинической картины. При проведении ЧП ЭФИ возникают сложности в диагностике ПАВУРТ у больных без признаков двойного проведения АВ-узла и тахикардии с широкими комплексами QRS, в данной ситуации приоритет имеет внутрисердечное ЭФИ.

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-