

С.Ю. Иванов, Н.Н. Бунова, Б.Б. Бондаренко

**НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ПРЕДСЕРДНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ  
ИБС С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

*НИИ кардиологии им. В.А. Алмазова МЗ РФ, Санкт-Петербург*

**Цель:** изучить особенности наджелудочковой эктопической активности и предсердного проведения при разных клинико-электрокардиографических вариантах пароксизмальной фибрилляции предсердий (ПФП) у больных ИБС.

ВЕСТНИК АРИТМОЛОГИИ, № 35, ПРИЛОЖЕНИЕ С, 2004

**Материалы и методы.** Основную группу составили 115 больных, у которых при холтеровском мониторировании (ХМ) ЭКГ на момент обследования регистрировалась ПФП. В зависимости от длительности ПФП, выявленных при СМ ЭКГ и данных анамнеза, определены 3 варианта пароксизмов: I - неустойчивые (длительностью менее 30 с.), II - устойчивые (более 30 с.) и III - смешанный вариант (при регистрации как неустойчивых, так и устойчивых ПФП). Контрольную группу составили 96 больных ИБС без ПФП. По полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии больные обеих групп не различались. Всем больным выполнялась ЭКГ высокого разрешения, ХМ ЭКГ (на 3-х и 12-ти канальной системе «Кардиотехника», «Инкарт», Санкт-Петербург), эхокардиография (на аппарате «GE Vingmed system five»). Исследования проводились на фоне отмены антиаритмической терапии.

**Результаты.** Установлено, что больные основной группы достоверно отличались от больных контрольной группы по ряду характеристик. Так, во время ХМ ЭКГ у них гораздо чаще регистрировались одиночные, парные, групповые предсердные экстрасистолы (ПЭС) и пароксизмы предсердной тахикардии (ПТ). В ПЭС этих больных, минимальный предэктопический RR интервал был короче, а максимальный - длиннее. У больных основной группы чаще наблюдали двугорбый синусовый Р зубец и выраженный полиморфизм Р волны в ПЭС. Для этих больных характерно увеличение размеров левого предсердия (ЛП).

В тоже время, перечисленные выше признаки существенно зависели от варианта ПФП. Так у больных с неустойчивыми ПФП ПЭ активность была достоверно выше таковой у больных с устойчивыми ПФП. С другой стороны, у больных с устойчивыми ПФП замедление внутрипредсердного проведения и размеры ЛП были достоверно больше, чем соответствующие параметры у больных с неустойчивыми ПФП. В ходе трехлетнего проспективного наблюдения установлено, что риск трансформации ПФП в постоянную форму ФП достоверно выше у больных с устойчивым вариантом ПФП.

**Выводы.** У больных ИБС с неустойчивыми ПФП в качестве ведущего механизма аритмогенеза можно предположить генерацию импульсов в предсердных эктопических очагах, в то время как у больных с устойчивыми ПФП - наличие механизма re-entry. ПФП с разными механизмами развития отличаются по клинико-электрокардиографическим характеристикам. Высокий риск развития постоянной формы ФП свойственен больным с устойчивым вариантом ПФП.