

**ПИСЬМА В НОМЕР**

А.А.Верес, Л.М.Джатдоева, В.В.Тамбиева

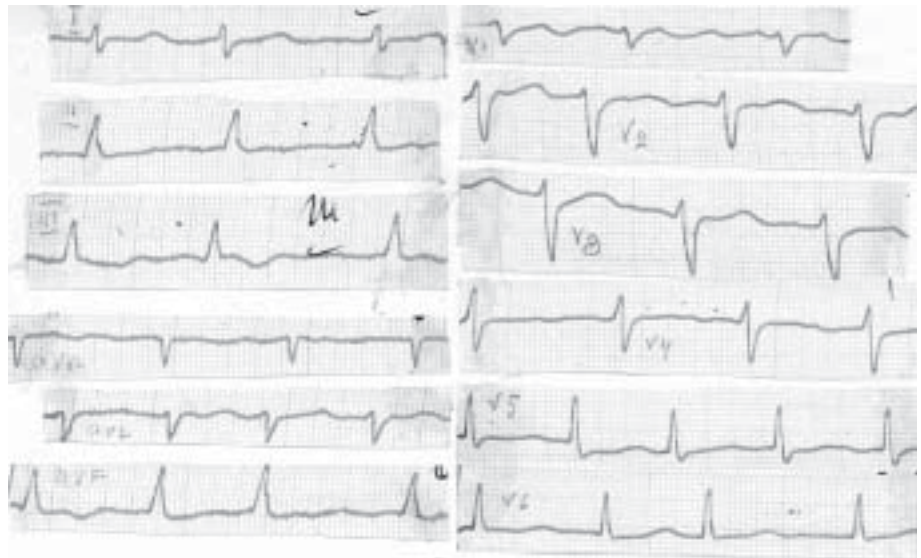
**САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА ПОСЛЕ 46 ЛЕТ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У 77-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ РЕВМАТИЧЕСКИМ ПОРОКОМ СЕРДЦА***Кисловодская клиника ФГУ «Пятигорский ГНИИК Росздрава», Кисловодск, Россия*

Фибрилляция предсердий (ФП) - одно из самых частых нарушений сердечного ритма, изменяющих внутрисердечную динамику и неуклонно приводящее к сердечной недостаточности, тромбоэмболиям и другим печальным последствиям. Причинами возникновения ФП являются практически любые органические заболевания сердца: воспалительные процессы, склеротические изменения, кардиомиопатии всех вариантов, нарушения нервной регуляции сердечной деятельности, а также идиопатические формы. Лечение этой аритмии всегда проблема, как при пароксизмальной, так и при постоянной форме ФП. И, чем дольше длится аритмия, тем труднее восстановить синусовый ритм и удержать его в последующем. В нашей клинической практике мы столкнулись со случаем самопроизвольного восстановления синусового ритма после чрезвычайно длительного периода ФП у больной пожилого возраста с митральным пороком сердца.

В 1959 году в кардиологическую клинику обратилась женщина 31 года, мать троих детей, с жалобами на ухудшение самочувствия: слабость, повышенную утомляемость, неадекватную нагрузку одышку, небольшое повышение температуры, приступы сердцебиений. Врачом кардиологом был диагностирован ревматизм минимальной степени активности, вялого затяжного течения, сочетанный резко выраженный митральный порок сердца и пароксизмы мерцания предсердий. В анамнезе острых суставных ревматических атак не было, ангиной болела редко. Назначены: бициллинотерапия, аспирин, делагил, витамины. Постепенно состояние больной улучшилось, активность процесса стихла, но пароксизмы мерцания предсердий продолжались, и через несколько лет мерцание предсердий перешло в постоянную форму. Больная длительно принимала дигоксин, последние годы - метопролол в дозе 25 мг/сут., энам - 5 мг/сут., что позволило добиться нормальной частоты желудочкового ритма. Малые дозы энама и бета-блокатора обусловлены склонностью больной к гипотензии.

На протяжении всех 46 лет больная наблюдалась у одного и того же врача, с частотой около одного раза в месяц. На фоне проводимого лечения больная оставалась активной, работала до пенсии, обострений ревматизма не было, но постепенно прогрессировали симптомы сердечной недостаточности - увеличивалась печень, появились слабо выраженные периферические отеки, небольшой застой в легких.

С 1961 года сохранились кардиограммы, где зарегистрированы пароксизмы ФП, межприступные периоды, затем постоянная форма ФП (рис. 1, 2). Прошло 47 лет. Неожиданно, 20.12.2005 года во время очередного врачебного осмотра, был зарегистрирован правильный ритм 54-58 ударов в минуту, и соответственно, изменилась аускультация сердца. Предположение о восстановлении синусового ритма было отклонено как невозможное. Высказывалось мнение о том что мерцание предсердий сменилось регулярным трепетанием предсердий. Сняли ЭКГ и обнаружили: ритм синусовый, электрическая ось слегка отклонена вправо, вертикальная электрическая позиция, интервал PQ - 0,22 с., небольшая гипертрофия левого желудочка без нарушения процессов реполяризации, небольшая гипертрофия левого предсердия (рис. 3).



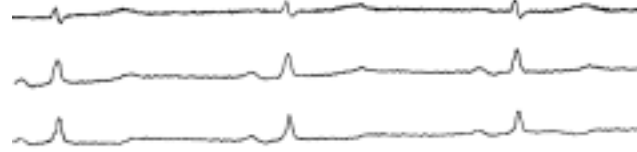
**Рис. 1. ЭКГ больной П. от 09.04.1961: пароксизм фибрилляции предсердий.**



**Рис. 2. ЭКГ больной П. 77 лет от 12.07.2005: постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия.**

Записали фонокардиограмму, особенностью которой явилось четко выраженное расщепление первого тона высокой амплитуды, что полностью соответствовало аускультативным данным. Шумы сердца не зарегистрированы. Проведено холтеровское мониторирование, на котором выявлен синусовый ритм, редкие суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы, при отсутствии признаков ишемии миокарда. При эхокардиографии обнаружено расширение обеих предсердий (левое - 51 мм, правое - 46 мм), отсутствие тромбов, небольшой митральный стеноз (площадь отверстия - 3,61 см<sup>2</sup>). Полости желудочков не расширены. Межжелудочковая перегородка - 13 мм, задняя стенка левого желудочка - 10 мм, митральная регургитация 2-й степени, трикуспидальная - 3-й степени.

В настоящее время больной П. 78 лет. Состояние ее относительно удовлетворительное, предъявляет скудные жалобы, помогает семье по дому и даже иногда работает в огороде. Для лечения сердечной недостаточности ей назначены метопролол - 25-50 мг/сут., эналаприл - 5-7,5 мг/сут. Аспирин и дигоксин отменены. После 6 месяцев работы сердца без мерцательной аритмии повторно проведены все исследования. Существенной динамики не выявлено, но начало повышаться артериальное давление, от 100-110/70 до 120-130/70 мм рт.ст., частота сердечных сокраще-



**Рис. 3. ЭКГ больной П. от 20.12.2005: восстановление синусового ритма с частотой сердечных сокращений 55 ударов в минуту.**

ний 62-64 уд/мин при проведении эхокардиографии выявлен небольшой субклапанный артериальный стеноз, несколько уменьшилась митральная и трикуспидальная регургитация 1-2 степени, соответственно. Глобальная сократительная функция снижена (фракция выброса - 40%). ЭКГ практически не изменилась. В декабре 2006 года исполнился год, как у больной П. восстановился синусовый ритм. Общее ее состояние продолжает улучшаться - исчезли отеки голеней, зарубцевалась трофическая язва левой голени, уменьшилась печень, ее край выступает из подреберья на 1 см.

Описанный случай - единственный, за нашу более чем 40-летнюю практику в кардиологической клинике. Мы будем признательны читателям журнала за оригинальные гипотезы о возможных механизмах восстановления синусового ритма после столь длительного периода фибрилляции предсердий.