

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Д.С.Лебедев, П.В.Гуринов, В.С.Быценко, В.А.Маринин

СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА WPW, ОСЛОЖНЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ, ПУТЕМ КАТЕТЕРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПУЧКА КЕНТА.

Городская многопрофильная больница № 2, СПбГМУ имени И.П.Павлова, СПбПМА, Санкт-Петербург, Россия.

Приведен случай эффективного лечения синдрома WPW, осложненного пароксизмальной мерцательной аритмией, путем катетерной деструкции пучка Кента.

Ключевые слова: синдром WPW, катетерная деструкция.

A case is described of successful treatment of the WPW syndrome complicated by paroxysmal atrial fibrillation with the technique of catheter destruction of the Kent's bundle.

Key words: WPW syndrome, catheter destruction.

Фибрилляция предсердий (ФП) у больных с наличием дополнительных путей атриовентрикулярного проведения (ДПП), встречаясь достоверно чаще чем в общей популяции (по разным данным от 10 до 32% против 0,4%), значительно ухудшает течение и прогноз синдрома WPW, а в ряде случаев может являться фактором риска внезапной смерти (ВС) [3, 5].

Медикаментозное лечение больных, страдающих пароксизмами ФП, не всегда успешно и, как правило, требует постоянного приема препаратов. Кроме того, при наличии ДПП возможности терапии существенно ограничены невозможностью назначения ряда препаратов (сердечные гликозиды, бета-блокаторы, верапамил), традиционно используемых в лечении ФП для увеличения эффективного рефрактерного периода (ЭРП) АВ узла и замедления его проводимости, из-за их способности увеличивать проведение по ДПП и, следовательно, вызывать резкий прирост частоты желудочковых сокращений [1, 3].

В то же время проведение катетерной абляции ДПП позволяет с малым числом осложнений и практически нулевой летальностью эффективно устранять пароксизмы ФП в подавляющем большинстве случаев [2–4, 6]. Приводим данные наблюдения за больным с синдромом WPW и тяжело протекающими пароксизмами ФП.

Больной М., 50 лет, доставлен в стационар 04.02.1999 г. в экстренном порядке в связи с пароксизмом тахикардии и аритмическим коллапсом.

Из анамнеза было выяснено, что приступы сердцебиения беспокоят в течение нескольких лет, возникают редко (около 1–2 раз в год), иногда протекают тяжело, сопровождаясь синкопами или пресинкопальными состояниями. Приступы обычно возникали после психоэмоциональных стрессов и употребления алкоголя, купировались спонтанно. Ранее по поводу нарушений ритма за медицинской помощью не обращался, и хотя в 1996 г. при регистрации ЭКГ (по поводу ОРВИ) был заподозрен синдром WPW, однако от детального обследования больной отказался.

04.02.1999 г. после стресса и употребления алкоголя возник очередной приступ сердцебиения, сопровож-

давшийся полуобморочным состоянием, в связи с чем больной вызвал «Скорую медицинскую помощь». Был зарегистрирован пароксизм ФП с частотой сокращений желудочков до 220–260 уд/мин (минимальный интервал RR=200 мсек) и расширением комплексов QRS до 0,13 сек (рис. 1), сопровождавшийся снижением АД до 60/40 мм рт.ст.

Пароксизм был купирован в/в введением новокаинамида (рис. 2) на догоспитальном этапе. При поступлении: состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. При осмотре – объективные данные без особенностей. При обследовании: обращало внимание увеличение аспартатаминотрансферазы (47 Ед/л) и креатининфосфокиназы (443 Ед/л), что вероятно было обусловлено приемом алкоголя, и, возможно, посттахикардическими изменениями.

На ЭКГ (рис. 3) – синусовый ритм с PQ–0,14 сек. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Признаки предвозбуждения желудочков по левостороннему ДПП. ЭхоКГ – в пределах Н. При чреспищеводном электрофизиологическом исследовании (ЧП ЭФИ) на

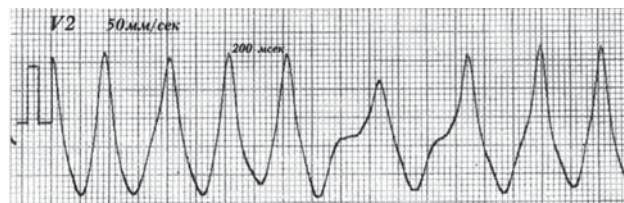


Рис. 1. Пароксизм фибрилляции предсердий с проведением по пучку Кента. Rmin=200 мсек. ЧЖО=260 в минуту.



Рис. 2. Возникновение блокады ДПП на фоне введения новокаинамида с проведением возбуждения на желудочки через АВ узел с блокадой правой ножки пучка Гиса

фоне учащающей стимуляции выявлено увеличение степени желудочкового предвозбуждения по мере увеличения частоты стимуляции. АВ проведение (через ДПП) > 260 мсп/мин. ЭРП ДПП – 220 мсек.

Установлен диагноз: Манифестирующий синдром WPW. Пароксизмальная тахисистолическая мерцательная аритмия. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса.

В связи с тяжестью пароксизмов и риском ВС у больного определены абсолютные показания к хирургическому лечению синдрома WPW. 12.02.99 в условиях рентгеноперационной под местной анестезией через правую бедренную вену введены электроды в правое предсердие (HRA), правый желудочек (RV), зону пучка Гиса (His), через левую подключичную вену – в коронарный синус (CS).

Выполнено эндокардиальное ЭФИ: АВ проведение > 260 мсп/мин, ВА проведение > 200 мсп/мин. Определена локализация ДПП в области заднебоковой стенки левого желудочка. Через правую бедренную артерию трансортально управляемый электрод (таp) введен в левый желудочек (LV) и установ-

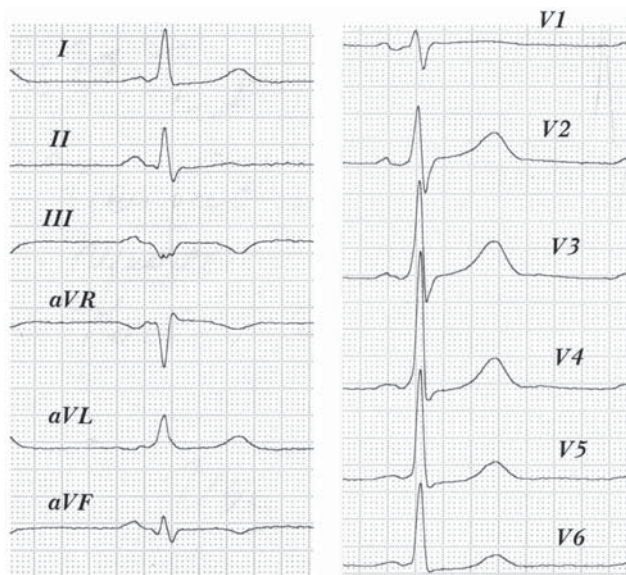


Рис. 3. Исходная ЭКГ. Видны признаки предвозбуждения желудочков (положительная дельта-волна в отведениях I, aVL, V3-V6).

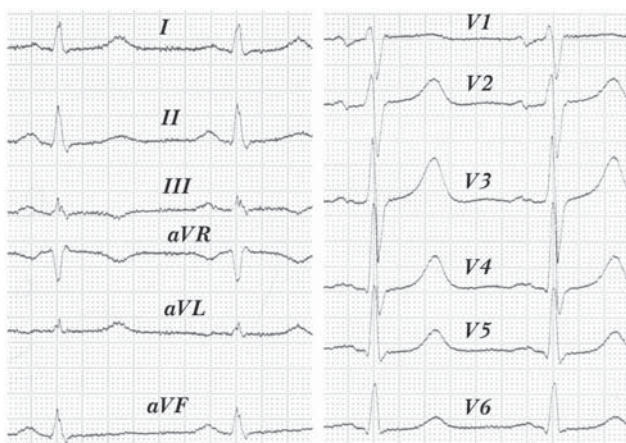


Рис. 4. ЭКГ после абляции ДПП. Исчезновение признаков предвозбуждения желудочков.

лен в области предвозбуждения (рис. 5, 7), при этом отмечено исчезновение волны «дельта». В эту зону произведено две аппликации РЧ-тока 30 Вт x 45 сек и 25 Вт x 40 сек.

При контрольном эндокардиальном ЭФИ АВ проведение 220 мсп/мин (после в/в введения 1 мг атропина), ВА – 80 мсп/мин. Признаки предвозбуждения отсутствуют (рис. 4, 6). При учащающей стимуляции до 800 мсп/мин ФП не индуцируется.

Послеоперационный период протекал гладко. При контрольном ЧП ЭФИ 15.02.99 г. признаков предвозбуждения желудочков не выявлено. АВ проведение – 200 мсп/мин. Ишемический тест отрицательный.

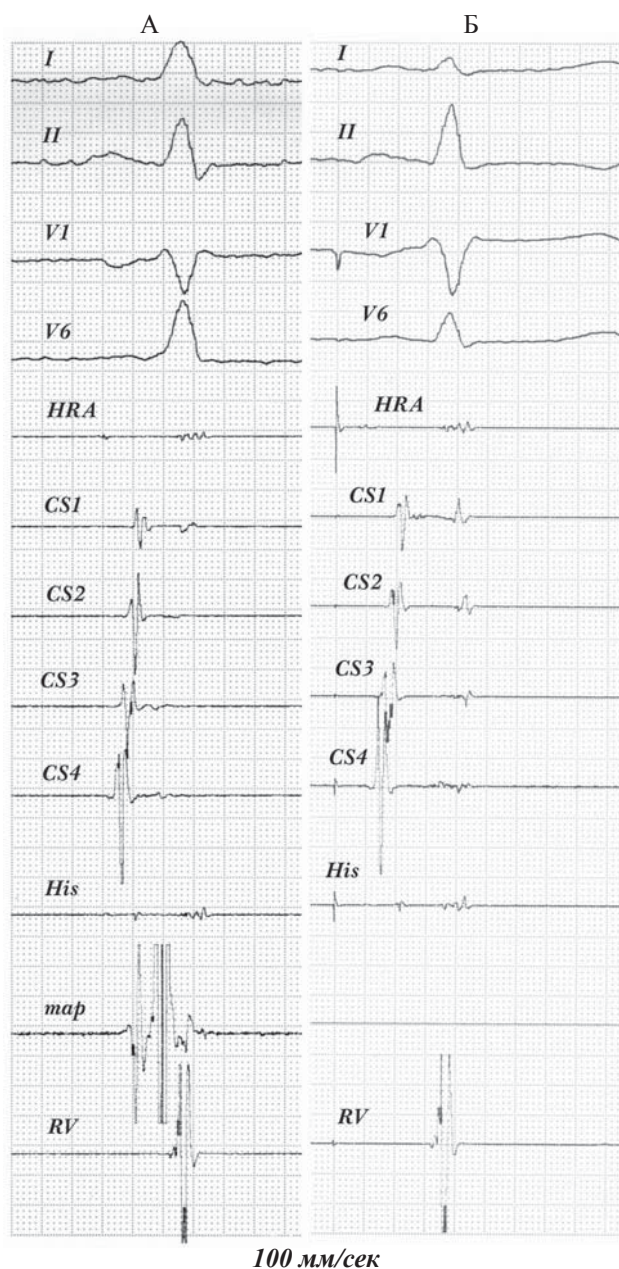


Рис. 5. А – наиболее раннее возбуждение желудочков в зоне CS3-CS4. Там же установлен активный электрод воздействия; Б – после 2-кратного РЧ воздействия. Исчезновение признаков предвозбуждения. Увеличение интервала АВ.

17.02.99 г. больной выписан на амбулаторное лечение без постоянной антиаритмической терапии. При контрольном осмотре через 1 месяц (16.03.99): самочувствие хорошее, субъективно нарушений ритма не отмечает. По результатам ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ – значимых нарушений ритма, признаков предвозбуждения желудочков, ишемических изменений не выявлено. При ЧП ЭФИ: признаков предвозбуждения желудочков нет. Проводимость АВ узла – 200 имп/мин. ЭРП АВ узла – 230 мсек. Про-

граммированной и частой стимуляцией нарушения ритма не индуцированы.

При динамическом наблюдении в течении полугода признаков предвозбуждения и пароксизмов ФП не отмечено. Таким образом, наше наблюдение еще раз демонстрирует, что в силу высокой эффективности, малой травматичности и невысокого риска осложнений радиочастотная катетерная деструкция ДПП может являться методом выбора при лечении синдрома WPW, осложненного пароксизмами ФП.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. – СПб.: «Гиппократ», 1992. – С.357–364.
2. Локшин С.Л., Правосудович С.А., Дзяк В.Г. О возможности устранения мерцательной аритмии у пациентов с синдромом WPW. // Вестник аритмологии. – 1998. – № 7. – С.36–41.
3. Мерцательная аритмия: стратегия и тактика лечения на пороге XXI века / Егоров Д.Ф., Лещинский Л.А., Недоступ А.В. и др. – Ижевск.: «Алфавит», 1998. – С. 192–206.
4. Chen P.S., Pressley J.C., Tang A.S et al. New observations on atrial fibrillation before and after surgical treatment in patients with the Wolff-Parkinson-White syndrome. J. Am. Coll. Cardiol. 1992 Apr, 19 [5]: 974–81.
5. Duckeck W., Kuck K.H. Atrial fibrillation in Wolff-Parkinson-White syndrome: Development and therapy. Herz. 1993, Vol. 18, No.1, pp. 60–66.
6. Sweidan R., McClelland J.H., Beckman K.J. et al. Low recurrence of atrial fibrillation following radiofrequency catheter ablation of accessory atrio-ventricular pathways. J. Am. Coll. Cardiol. 1994; 23 (Suppl.): 83A.



Л.В.Чирейкин, Ю.В.Шубик, М.М.Медведев, Б.А.Татарский
ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ И ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ.



Монография, написанная руководителем и сотрудниками лаборатории сложных нарушений ритма НИИ кардиологии МЗ РФ, посвящена использованию чреспищеводной электрокардиографии и электрокардиостимуляции в современной аритмологии. Представлены показания и противопоказания к применению чреспищеводной электрокардиографии и электрокардиостимуляции, подробно изложена методика проведения исследований, алгоритмы действий врача в той или иной клинической ситуации, их изменения в зависимости от получаемых данных. Освещены основные аспекты проведения чреспищеводных электрофизиологических исследований с целью оценки функции синусового узла, диагностики фиксированной коронарной обструкции, подбора и оценки эффективности антиаритмической терапии у больных с пароксизмальными реципрокными атриовентрикулярными тахикардиями. В книге представлены многочисленные клинические наблюдения, отражающие особенности проведения чреспищеводных электрофизиологических исследований у пациентов со сложными нарушениями ритма сердца, такими как синдром тахикардии-брадикардии, множественные дополнительные пути проведения и полифасцикулярное строение атриовентрикулярного узла.

Монография объемом 160 страниц формата А4, содержащая 108 ЭКГ-иллюстраций, представленных в натуральную величину, рассчитана на врачей кардиологов и кардиоревматологов, врачей функциональной диагностики, врачебно-физкультурных диспансеров, хирургов-аритмологов, преподавателей и студентов медицинских ВУЗ'ов, других специалистов, интересующихся проблемами аритмий.

Цена монографии 50 рублей (без стоимости почтовых услуг).



Ю.В.Шубик
НЕИНВАЗИВНОЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПРИ АНОМАЛИЯХ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА (АТЛАС)



В руководстве, написанном ведущим научным сотрудником лаборатории сложных нарушений ритма Санкт-Петербургского научно-исследовательского института кардиологии МЗ РФ доктором медицинских наук Ю.В.Шубиком, изложены краткие сведения о патогенезе пароксизмальных наджелудочковых тахикардий при синдроме WPW и других аномалиях проводящей системы сердца, описана клиническая картина заболевания. Особое внимание уделено неинвазивным методам обследования больных, которыми в совершенстве владеет автор. Большое количество иллюстраций позволяет подробно ознакомиться со всеми особенностями чреспищеводной электрокардиографии и программированной чреспищеводной электростимуляции предсердий.

Руководство объемом 84 страницы, содержащее 67 цветных иллюстраций, адресовано студентам медицинских ВУЗ'ов, врачам-терапевтам, кардиологам, электрофизиологам.

Цена руководства 30 рублей (без стоимости почтовых услуг).

Для получения изданий **наложенным платежом** необходимо прислать заявку по почте (адрес: РОССИЯ 194156, Санкт-Петербург, ул. Пархоменко 15, АОЗТ «ИНКАРТ»), по E-mail incart@incart.spb.ru. Тел/факс (812) 327-43-82.