

Успешное хирургическое лечение трепетания предсердий у пациента с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта

Долгинина С.И.,
Солдаткина И.П.,
Лапшина Н.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический
кардиологический диспансер»

Представлены 2 клинических примера редкой формы сочетания синдрома Вольфа–Паркинсона–Уайта (далее – синдрома WPW) и трепетания предсердий. Пациенты с диагностированным ранее синдромом WPW длительно откладывали хирургическое лечение по причине редких и коротких пароксизмов аритмии. Первым угрожаемым состоянием, потребовавшим госпитализации, была потеря сознания и запись электрокардиограммы (ЭКГ) бригадой скорой медицинской помощи; на ЭКГ: пароксизмальная тахикардия с широкими комплексами QRS у обоих пациентов. Сложная клиническая диагностика не позволила своевременно поставить правильный диагноз и провести корректное лечение. Диагноз был установлен после проведения чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца в условиях специализированного лечебного учреждения, после которого была выполнена радиочастотная абляция дополнительных предсердно-желудочковых соединений. Представлен обзор литературы по трепетанию предсердий и синдрому WPW, их редкому сочетанию и сложности диагностики устойчивого пароксизма правильной формы трепетания предсердий с проведением 2:1 и активных дополнительных предсердно-желудочковых соединений.

Ключевые слова:

трепетание предсердий, синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта

Successive surgical treatment of atrial flutter in patient with Wolf–Parkinson–White syndrome

*Dolginina S. I.,
Soldatkina I. P.,
Lapshina N. V.*

Samara Regional Clinical Cardiology Dispensary

Two clinical examples of the rare form of the combination of Wolff–Parkinson–White (WPW) syndrome and atrial flutter are presented. Patients with previously diagnosed WPW syndrome delayed surgical treatment for a long time, due to rare and short arrhythmia paroxysms. The first threatened condition requiring hospitalization was a loss of consciousness and ECG recording by an ambulance brigade, an ECG paroxysmal tachycardia with wide QRS complexes. Complex clinical diagnosis, did not allow timely diagnosis and conduct correct treatment. The correct diagnosis was established after the PE emergency in the conditions of a specialized medical institution, after which the RFA of the AAVJ was performed. A review of the literature on atrial flutter and syndrome WPW, their rare combination, and the complexity of the diagnosis of stable paroxysm of the correct form of atrial flutter with 2:1 and active AAVJ is presented.

Keywords:

atrial flutter, Wolf–Parkinson–White syndrome

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), нарушения ритма сердца занимают 4-е место в структуре сердечно-сосудистых заболеваний [1]. Лечение и профилактика тахикардий с широкими комплексами QRS сопряжены с трудностями и являются приоритетными проблемами медицинской практики. Трудности дифференциальной диагностики тахикардий с широкими комплексами QRS обусловлены недостаточной чувствительностью многочисленных критериев [2].

К наиболее часто встречающимся пароксизмальным тахикардиям с широкими комплексами QRS относятся:

- 1) пароксизмальная желудочковая тахикардия;
- 2) пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия при появлении функциональной блокады одной из ножек пучка Гиса во время приступа;
- 3) пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия при органической блокаде одной из ножек пучка Гиса накануне приступа;

4) пароксизмальная реципрокная (re-entry) АВ-узловая тахикардия при диссоциации атриовентрикулярного (АВ) узла на α - и β -каналы с медленным и быстрым проведением соответственно. На ЭКГ в этом случае регистрируются отрицательные (ретроградные) зубцы Р, которые будут следовать непосредственно за уширенными QRS-комплексами;

5) пароксизмальная антидромная АВ-узловая тахикардия при циркуляции импульса в противоположном направлении: от предсердий к желудочкам через пучок Кента, от желудочков к предсердиям через АВ-узел. Возможны варианты участия нескольких дополнительных путей. При этом на ЭКГ регистрируются широкие желудочковые комплексы с Δ -волной – манифестирующий синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта (далее – синдром WPW). Синдром WPW имитирует желудочковую форму пароксизма, хотя и сопровождается пароксизмальную АВ-узловую тахикардию.

Распространение синдрома WPW предсказать невозможно, так как очень часто он не сопровождается клиническими проявлениями. По данным некоторых авторов, он встречается до 3,1% случаев, причем в 2–5 раз чаще у мужчин [3]. Несмотря на врожденный характер патологии (очевидно, генетически обусловленный), проявиться синдром WPW может в любом возрасте [4]. Синдром WPW может быть манифестирующим, интермиттирующим, латентным, скрытым (иногда он проявляется только в отдельных желудочковых комплексах) [5].

Диагностика синдрома WPW затруднена, если он носит преходящий характер и не выявляется при эпизодической регистрации электрокардиограммы (ЭКГ). Важно понимать, что возможно сочетание разных видов аритмий, и диагностировать сочетание синдрома WPW и трепетания предсердий (ТП), частота встречаемости которого составляет около 3% при идиопатической форме ТП и до 87% при ишемической болезни сердца [6]. Это обусловлено тем, что тактика ведения таких пациентов будет диаметрально отличаться как в случае медикаментозной терапии (нельзя применять блокаторы кальциевых каналов, β -блокаторы, сердечные гликозиды), так и при выборе интервенционного лечения [7].

ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ И СИНДРОМ WPW

У пациентов с синдромом WPW при появлении ТП прогноз ухудшается [8]. Если дополнительные предсердно-желудочковые соединения (ДПЖС) имеют короткий антеградный эффективный рефрактерный период (АЭРП), проведение импульсов на желудочки с высокой частотой во время пароксизма может привести к их фибрилляции [8]. Точных данных о встречаемости ТП у пациентов с синдромом WPW нет. ДПЖС играют патофизиологическую роль в развитии ТП у больных; большинство из них не имеют структурных патологий сердца. Радиочастотная абляция (РЧА) ДПЖС способна устранить ТП.

Частота случаев внезапной сердечной смерти (ВСС) среди пациентов с синдромом WPW – около 0,39%

до 10 лет наблюдения. Учитывая потенциальную возможность развития наджелудочковых тахикардий у пациентов с синдромом WPW и высокий риск внезапной смерти в результате фибрилляции или трепетаний предсердий пациентам рекомендовано проведение РЧА (класс I) [9].

Мы встретили 2 клинических случая об успешном хирургическом лечении, описанные в литературе: 1) пароксизмальной наджелудочковой тахикардии у пациентки с синдромом WPW во II триместре беременности (Меликулов А.Х. и соавт.) и 2) 1С-индуцированного ТП у пациента с синдромом WPW (Маматказина Р.Р. и соавт.) [10, 11]. Нам не удалось найти в литературе описаний случаев длительного устойчивого правильного ТП с проведением 2:1 при синдроме WPW, в связи с чем данный пример показался нам актуальным. В нашей практике в течение года встретилось 2 клинических случая сочетания ТП 2:1 и синдрома WPW, с разницей в локализации правого и левого пучка Кента.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациент Е., 57 лет, поступил в отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма (ОХЛСНР) и имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС) Самарского областного клинического кардиологического диспансера (СОККД) с направительным диагнозом «нарушение ритма сердца, пароксизмальная форма наджелудочковой тахикардии (НЖТ)». Из анамнеза стало известно, что кратковременные приступы учащенного сердцебиения, купирующиеся самостоятельно, беспокоят в течение последнего года. За медицинской помощью не обращался. За месяц до госпитализации в СОККД у пациента случился приступ учащенного сердцебиения, который сопровождался общей слабостью, головокружением, предобморочным состоянием. Бригадой скорой медицинской помощи пациент доставлен в СОККД с диагнозом «пароксизм НЖТ с частотой 156 уд/мин» (рис. 1).

Пациент был госпитализирован в СОККД для дообследования и определения дальнейшей тактики лечения. Пациенту проведено чреспищеводное эхокардиографическое исследование сердца (ЧП ЭхоКГ): размер левого предсердия (ЛП) 57–58 мм; площадь и объем ЛП – 25,4 см² и 86 мл соответственно. Заключение: тромбов в ушке ЛП не обнаружено. По данным ЭхоКГ сердца на фоне тахикардии обнаружено диффузное снижение сократительной способности миокарда левого желудочка (ЛЖ), фракция выброса ЛЖ – 41%; дилатация предсердий, относительная недостаточность митрального клапана II–III степени, трехстворчатого клапана II степени. По данным ЧП электрофизиологического исследования сердца (ЭФИ): на исходной ЭКГ трепетание предсердий с ЧСпр – 300/мин, проведение 2:1, комплексы QRS уширены по типу синдрома WPW правосторонней локализации; электрической стимуляцией пароксизм не купирован (рис. 2).

В связи с техническими проблемами РЧА была отложена, пароксизм купирован с помощью электродвижущей силы (ЭДС). В предоперационном периоде у пациента

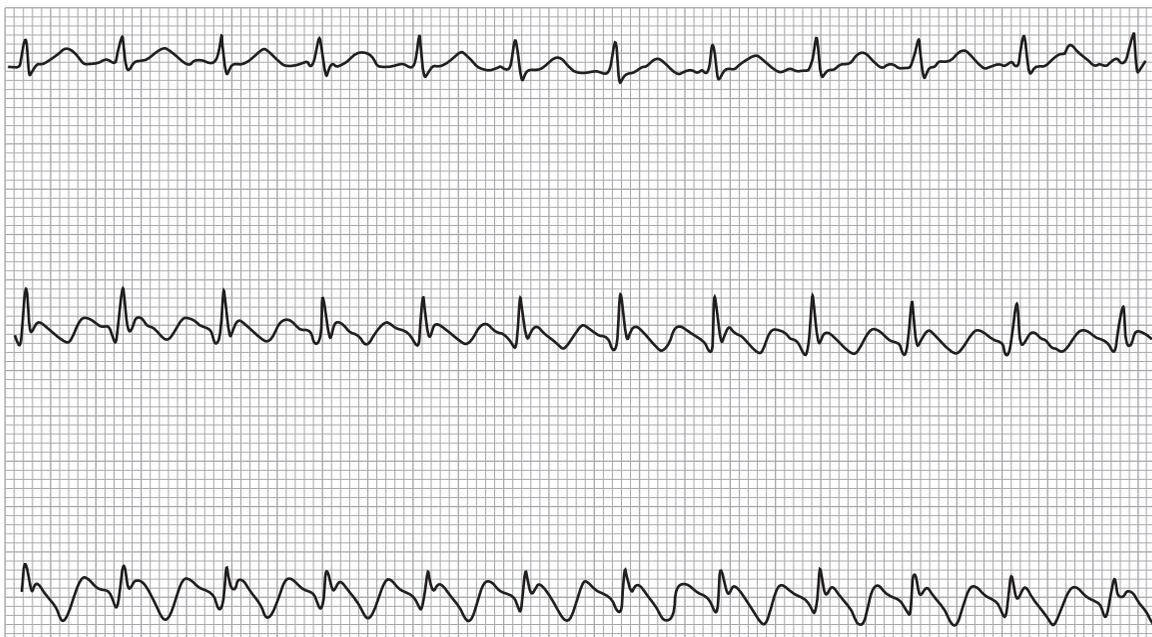


Рис. 1. Электрокардиограмма при поступлении – атипичное трепетание предсердий 2:1

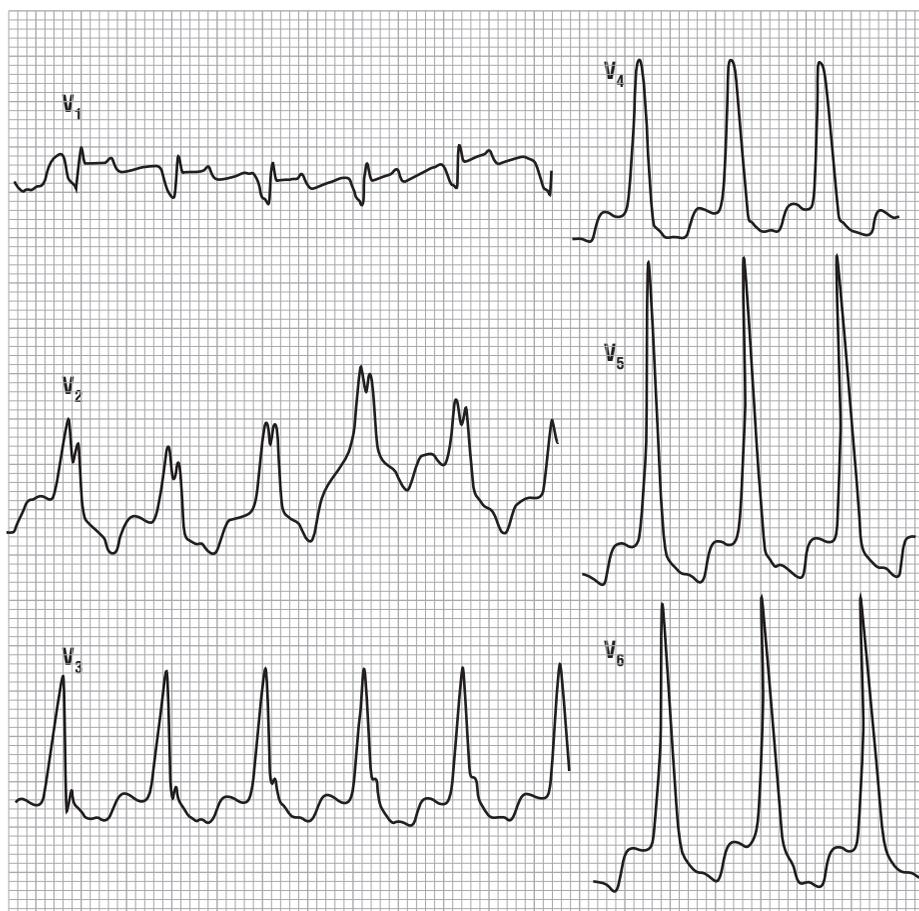


Рис. 2. Электрокардиограмма перед оперативным вмешательством

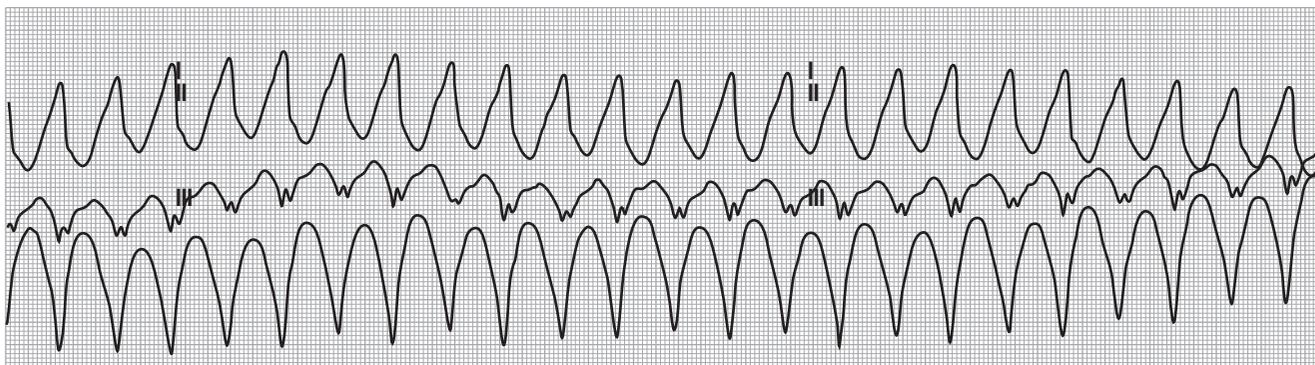


Рис. 3. Фибрилляция предсердий с проведением по дополнительным предсердно-желудочковым соединениям

вновь произошел приступ аритмии – фибрилляция предсердий (ФП) с проведением через ДПЖС, во время которого пациент был взят в рентгеноперационную (рис. 3).

Пациент был доставлен в рентгеноперационную в стабильном состоянии с частотой сокращения желудочков (ЧСЖ) 150/мин, артериальным давлением (АД) – 90/60 мм рт.ст., манифестирующим проведением по ДПЖС. Выполнено три радиочастотных воздействия в правой заднебоковой области, с прекращением проведения по ДПЖС на 1-й минуте воздействия. Проведены контрольные воздействия.

Послеоперационный период протекал без осложнений, контрольное ЧП ЭФИ без нарушений ритма. Выписан из стационара под наблюдение кардиолога по месту жительства с диагнозом «манифестирующий синдром WPW. Трепетание предсердий с проведением 2:1 по ДПЖС. РЧА ДПЖС 25.01.2017. НО. Табакокурение».

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациент К., 66 лет, поступил в отделение ОХЛСНР и имплантации ЭКС СОККД с направительным диагнозом «нарушение ритма сердца, пароксизмальная тахикардия с широкими комплексами QRS: наиболее вероятно трепетание предсердий + полная блокада правой ножки пучка Гиса (ПБПНПГ)» (рис. 4).

Из анамнеза стало известно, что приступы учащенного сердцебиения беспокоят пациента более 10 лет. В 2006 г. у него был диагностирован синдром WPW. От медикаментозного и оперативного лечения пациент длительно воздерживался. За 10 дней до госпитализации в СОККД у пациента случился приступ учащенного сердцебиения, который сопровождался головокружением и обморочным состоянием. Бригада скорой медицинской помощи госпитализировала мужчину в кардиологический стационар по месту жительства, при обследовании был поставлен диагноз «нарушение ритма сердца, желудочковая тахикардия». С учетом гемодинамически значимой аритмии ритм был восстановлен при помощи электроимпульсной терапии (ЭИТ), назначена антиаритмическая терапия (пропафенон – 450 мг/сут). Далее пациент был переведен с вновь возникшим пароксизмом в СОККД для дообследования и планирования дальнейшей тактики лечения (рис. 5, 6).

Пациенту была проведена ЭхоКГ: сократительная способность миокарда ЛЖ сохранена, удовлетворительная, фракция выброса ЛЖ по Симпсону – 58%; клапанной патологии не выявлено, дилатация предсердий. По данным ЧП ЭФИ: на исходной ЭКГ трепетание предсердий с частотой сокращения предсердий 300/мин, проведение 2:1 по пучку Кента. Введены раствор АТФ 1 мл внутривенно болюсом – без эффекта; раствор пропанорма 140 мг внутривенно. На ЭКГ ширина QRS – 80 мс (проведение по АВ-соединению), ТП сохраняется. Частота сокращений предсердий – 220/мин, проведение 2:1. Заключение: 1. Интермиттирующий WPW. 2. Пароксизмальное трепетание предсердий, правильная форма (рис. 7).

Пациент был доставлен в рентгеноперационную в стабильном состоянии с ЧСЖ 150/мин, АД – 110/70 мм рт.ст., манифестирующее проведение по ДПЖС.

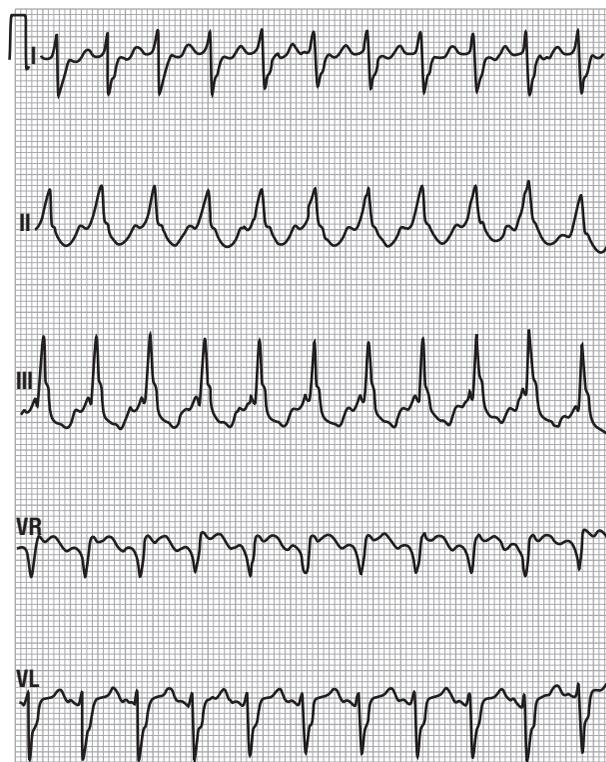


Рис. 4. Электрокардиограмма при поступлении в кардиологический стационар по месту жительства



Рис. 5. Электрокардиограмма при поступлении в Самарский областной клинический кардиологический диспансер

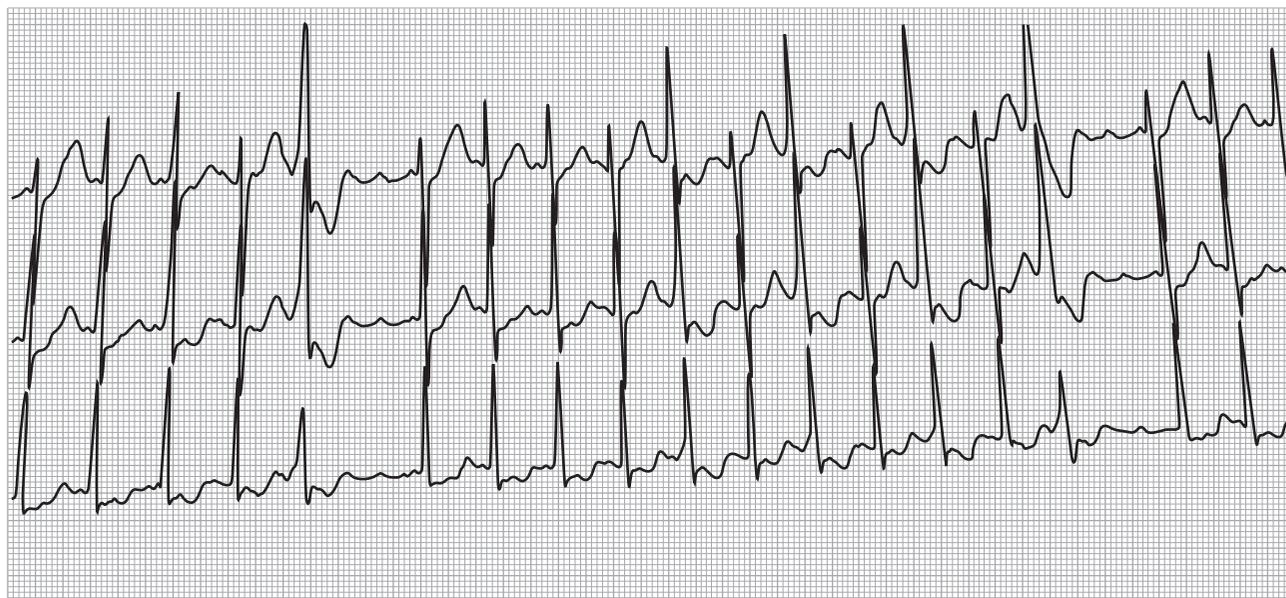


Рис. 6. Запись электрокардиограммы после введения пропанорма, проведение чередуется через атриовентрикулярное соединение и дополнительные предсердно-желудочковые соединения

Выполнено три радиочастотных воздействия в левой заднебоковой области, с прекращением проведения по ДПЖС на 1-й минуте воздействия. Проведены контрольные воздействия.

Послеоперационный период протекал без осложнений, контрольное ЧП ЭФИ – без нарушений ритма. Выписан из стационара под наблюдение кардиолога по месту жительства с диагнозом «трепетание предсердий, персистирующее течение. Пароксизм от 20.01.2016 купирован ЭДС 23.12.2016. Интермиттирующий WPW-синдром. ПБПНПГ. РЧА ДПЖС 25.01.2017. Желудочковая экстраси-

столия III класс по Лауну; Н I (NYHA II ФК). Хроническая железодефицитная анемия, легкая степень. Хронический геморрой, вне обострения».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наджелудочковые тахикардии в практике кардиолога встречаются ежедневно. Синдром WPW, фибрилляция/трепетание предсердий – самые распространенные. Нередко мы забываем о возможном сочетании этих аритмий, что усложняет клиническую диагностику и постановку диагноза.

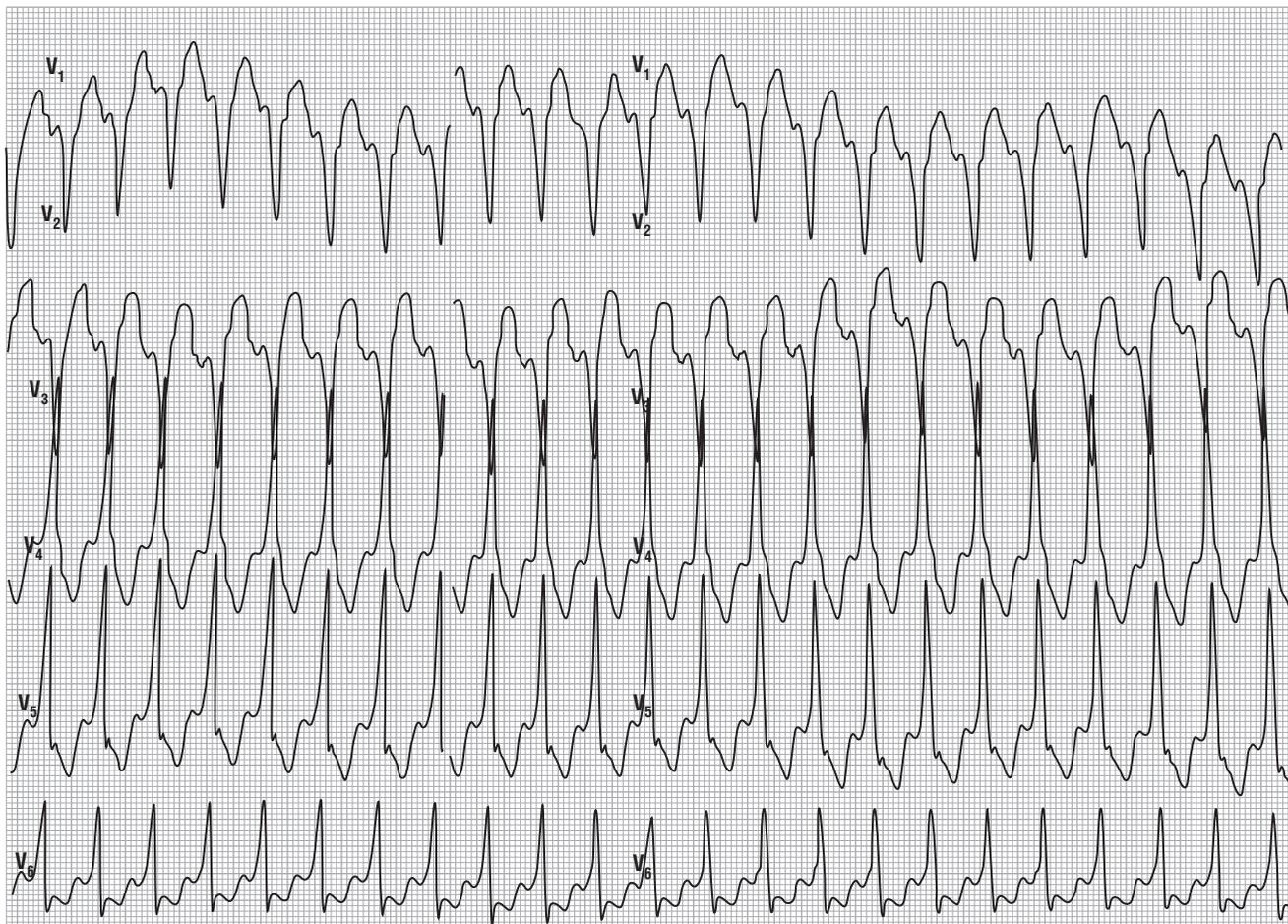


Рис. 7. Чреспищеводная электрокардиограмма – трепетание предсердий 2:1 с проведением по дополнительным предсердно-желудочковым соединениям

Зафиксированный на ЭКГ пароксизм тахикардии с широкими желудочковыми комплексами может быть желудочковой тахикардией или, как в нашем клиническом примере, сочетанием устойчивого пароксизма ТП 2:1 и манифестирующего синдрома WPW [12]. На сегодняшний день ЧП ЭФИ – актуальный и доступный инструмент для диагностики наджелудочковых аритмий. К тому же данный метод позволяет оценить риск ВСС у конкретного пациента с помощью определения длительности АЭРП ДПЖС и выявления сопутствующих наджелудочковых тахиаритмий, особенно ТП [14]. Как известно, пациенты с коротким АЭРП имеют более высокий риск ВСС, а наличие ТП у данной группы пациентов повышает этот риск. Поскольку морфологическим

субстратом синдрома WPW являются ДПЖС, способные проводить электрические импульсы от предсердий к желудочкам [13], «золотым стандартом» лечения синдрома WPW в настоящее время принято считать радиочастотную абляцию, являющуюся безопасным и высокоэффективным методом [15]. Грамотная диагностика и своевременно проведенное интервенционное лечение пациентов в представленных клинических случаях улучшило их качество жизни, обусловленное отсутствием приступов сердцебиения и отказом от длительного приема антиаритмической терапии. Кроме того, есть основания считать прогноз заболевания в данном случае благоприятным за счет снижения риска ВСС.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»:

Долгинина Светлана Игоревна – врач-кардиолог консультативно-реабилитационного отделения

E-mail: s.dolginina@gmail.com

Солдаткина Инна Петровна – врач функциональной диагностики отделения функциональной диагностики

E-mail: inna353@land.ru

Лапшина Наталья Всеволодовна – заведующая отделением хирургического лечения сложных нарушений ритма и имплантации электрокардиостимуляторов

E-mail: natlapcardio@list.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнелюк И.В., Персидских Ю.А., Алексеевская И.Н. // Здравоохранение. 2007. № 10. С. 57–60.
2. Лебедев Д.С. Тахикардия с широкими комплексами QRS (Дифференциальный диагноз, лечебная тактика) // Вестн. аритмологии. 1998. № 7. С. 65–73.
3. Ардашев А.В., Рыбаченко М.С., Желяков Е.Г. и др. Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта: классификация, клинические проявления, диагностика и лечение // Кардиология. 2009. № 10. С. 84–94.
4. Gollob M.H., Green M.S., Tang A.S., Gollob T. Et al. Identification of a gene responsible for familial Wolff–Parkinson–White syndrome // N. Engl. J. Med. 2001. Vol. 344, N 24. P. 1823–1831.
5. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. СПб. : Гиппократ, 1992. 672 с.
6. Ардашев А.В. Трепетание предсердий. М. : Медпрактика, 2013. 230 с.
7. Осмоловский А.Н. Пароксизмальные тахикардии с широкими комплексами и способы их лечения // Мед. новости. 2008. № 11. С. 57–62.
8. Бокерия О.Л., Ахобеков А.А. Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта // Анналы аритмологии. 2015. № 12 (1). С. 25–37.
9. Клинические рекомендации ВНОА по проведению электрофизиологических исследований, катетерной абляции и при-
менению имплантируемых антиаритмических устройств. М. : Новая редакция, 2013.
10. Маматказина Р.Р., Колос И.П., Сердюк С.Е. и др. 1С-индуцированное трепетание предсердий у пациента с синдромом WPW: клинический случай и обзор литературы // Рационал. фармакотер. в кардиологии. 2012. № 8 (2). С. 196–200.
11. Меликулов А.Х., Сокольская М.А., Сергеев А.В., Калысов К.А. Успешное хирургическое лечение пароксизмальной наджелудочковой тахикардии у пациентки с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта во втором триместре беременности // Анналы аритмологии. 2015. № 12 (4). С. 245–251.
12. Задионченко В.С., Шехян Г.Г., Щикота А.М. и др. Дифференциальная диагностика «широких» тахикардий // Рус. мед. журн. 2012. № 14. С. 734–740.
13. Ревивили А.Ш. Катетерная абляция тахиаритмий: современное состояние проблемы и перспективы развития // Вестн. аритмологии. 1998. № 8. С. 71–72.
14. Ардашев А.В., Желяков Е.Г., Конев А.В. и др. Типичное трепетание предсердий: классификация, клинические проявления, диагностика и лечение // Кардиология. 2010. № 4. С. 57–65.
15. Бокерия Л.А., Базаев В.А., Меликулов А.Х. и др. Современное состояние диагностики и лечения трепетания предсердий // Анналы аритмологии. 2005. № 3. С. 39–45.