

Особенности РЧА ДПЖС у пациентов с нижне-парасептальной локализацией

Хамидов Илхом Насимович

Ilxom.xamidov.93@bk.ru врач-кардиохирург центр РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский региональный филиал, Узбекистан, г. Самарканд;

Низамов Хушнуд Шухратович

Директор РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский региональный филиал, Узбекистан, г. Самарканд;

Турсункулов Илхомжон Камалович

врач-сердечно-сосудистый хирург центр РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский региональный филиал, Узбекистан, г. Самарканд.

АБСТРАКТ

Перегородочных ДПЖС классифицируются как передне, средне и задне-септальные пучки. Антерио(передне)септальные(верхне-парасептальные) ДПЖС определяются как пара-Гисовые [1, 9], если самая ранняя предсердная или желудочковая активация регистрируется где потенциал п.Гиса[2,3]. Средне(мидсептальные) пучки регистрируются в области вдоль трехстворчатого клапана, ограниченного пучком Гиса спереди устем коронарного синуса сзади, либо с правой, либо с левой стороны межпредсердной перегородки[

ARTICLE INFO

Received: 20th February 2023

Revised: 20th March 2023

Accepted: 26th April 2023

KEY WORDS:

Введение. *Перегородочных ДПЖС классифицируются как передне, средне и задне-септальные пучки. Антерио(передне)септальные(верхне-парасептальные) ДПЖС определяются как пара-Гисовые [1, 9], если самая ранняя предсердная или желудочковая активация регистрируется где потенциал п.Гиса[2,3]. Средне(мидсептальные) пучки регистрируются в области вдоль трехстворчатого клапана, ограниченного пучком Гиса спереди устем коронарного синуса сзади, либо с правой, либо с левой стороны межпредсердной перегородки[4,6]. Задне-перегородочные(нижне-парасептальные) ДПЖС пересекают пирамидальное пространство позади перегородки. Эта область по анатомии сложна и требует понимания взаимоотношений митрального и трехстворчатого клапана (1-2 рисунки)(2). Передней границей является место слияния митрального и трехстворчатые кольца в центральном фиброзном теле, сзади эпикард, боковой границы образованы расходящимися стенками левой и правой предсердия[4]. В этом пространстве находится АВ узловая артерия, сухожилие Тодаро, эпикардальный жир, и проксимальная часть коронарный синус(3). Некоторые заднеперегородочные пути впадают в мускулатуру коронарного синуса, а не в миокард предсердий и могут быть связаны с коронарной венозной системой или дивертикулами ответвления вены коронарного синуса[5]. Существуют различные типы ДПЖС и наиболее часто встречающимися являются ДПЖС, соединяющие миокард предсердий и желудочков вдоль колец трикуспидального и*

митрального клапанов. От 46 до 60% ДПЖС находятся в левом пространстве свободной стенке, 25 % находятся в задне-септальном(нижне-парасептальном) пространстве, от 13 % до 21 % ДПЖС находятся в пределах правого свободного пространства, до 7 % находятся в пределах правого верхнесептального пространства и менее 5 % располагаются в средней части перегородки[7]. Заднеперегородочной область представляет собой пирамидальное пространство, ограниченное трехстворчатого клапана, митрального кольца и эпикарда[6,8].

Цель: Изучить особенности РЧА ДПЖС у пациентов с ниже-парасептальной локализацией.

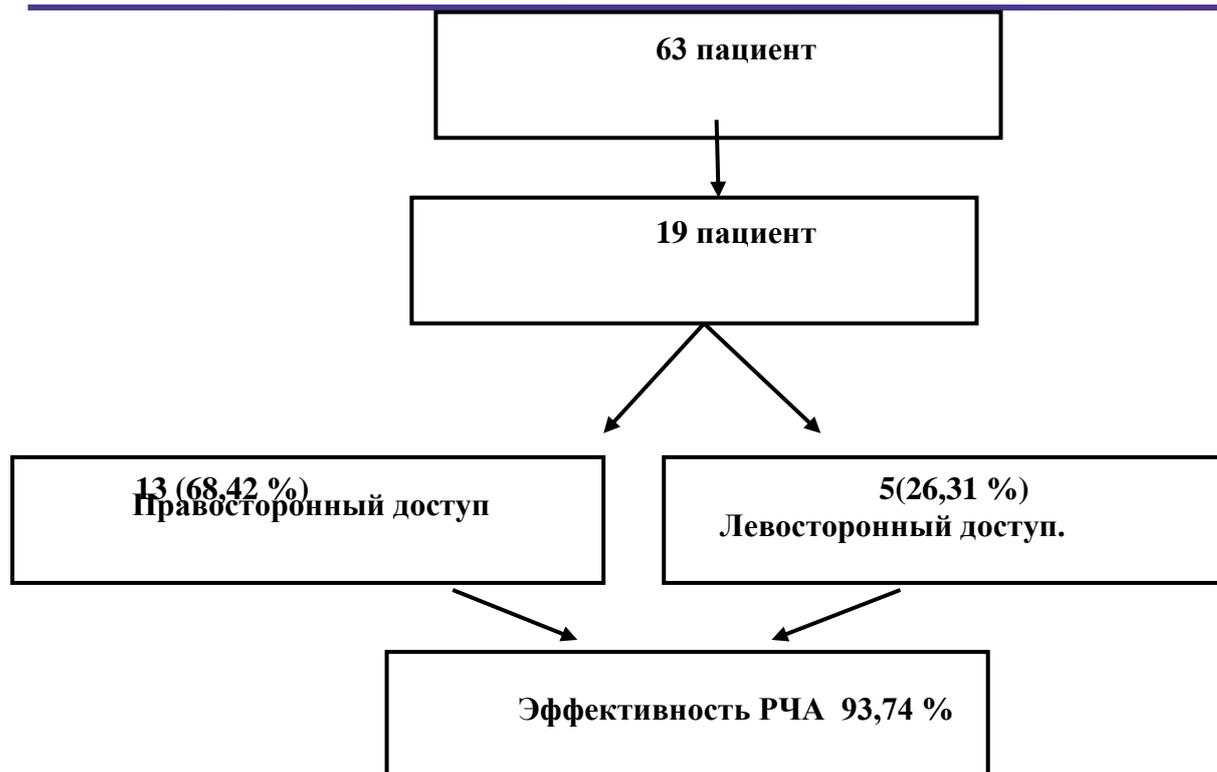
Материалы и методы :

Проведен анализ случаев пациентов, посещаемых на стационарном приеме в центре РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандского филиала. Холтеровское мониторирование проводилось на аппарате-Contec на 3х канальном режиме, электрокардиографическое исследование проводилось на аппарате - HeartScreen в покое на 25 мм\с на 12 канальном режиме. ЭФИ и РЧА на станции – Microport (Columbus). За период с 2021 г по 2022 г в центре РСНИМЦКСФ оперировано 63 пациент с различной локализацией ДПЖС. Период наблюдения составил 1 год. Возраст больных составляет от 9 до 65 лет, из них мужчин 34, женщин 29. Аритмологический анамнез 3+15 лет. На данных ЭФИ(Microport) во время тахикардии от 180 до 240 ударов в минуту. Из них 19 случаев выявлено(мужчины 9, женщин 10) ДПЖС с ниже-парасептальной локализацией. Из них манифестирующая форма диагностирована у 13(68,42%) пациентов, скрытая форма у 5(26,31%) пациентов, и интермиттирующая форма 1(5,26%) пациента. У всех пациентов проведено РЧА воздействием с параметрами, температура 40-45 градуса, мощность 33-40 Вт, сопротивление 115-160 Ом.

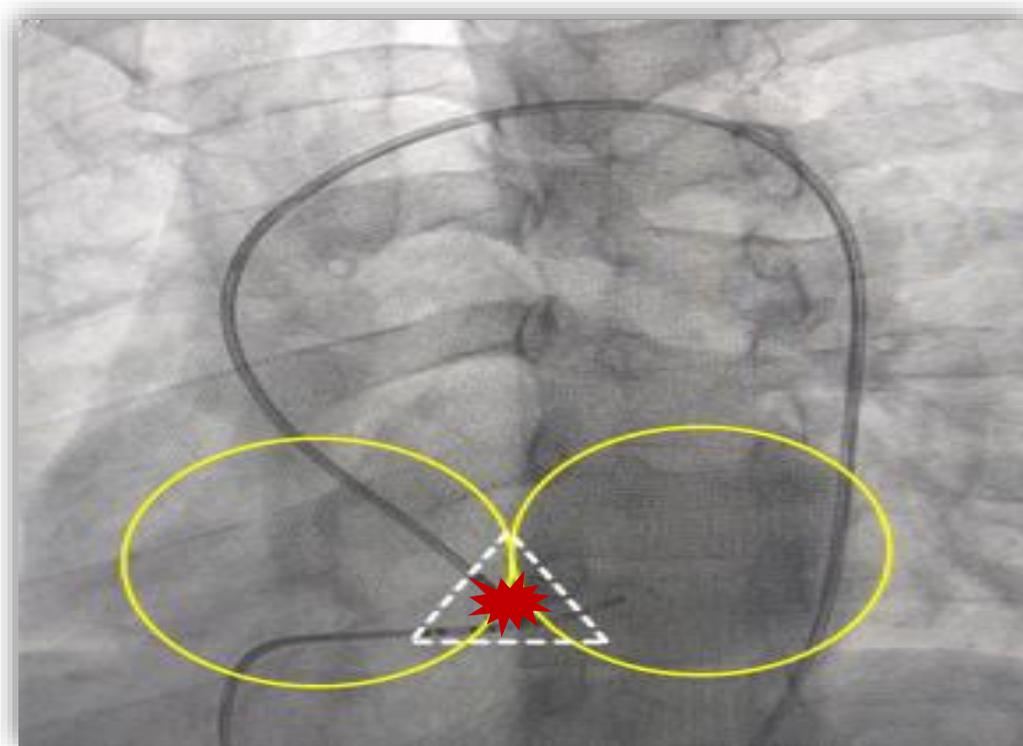
Результаты:

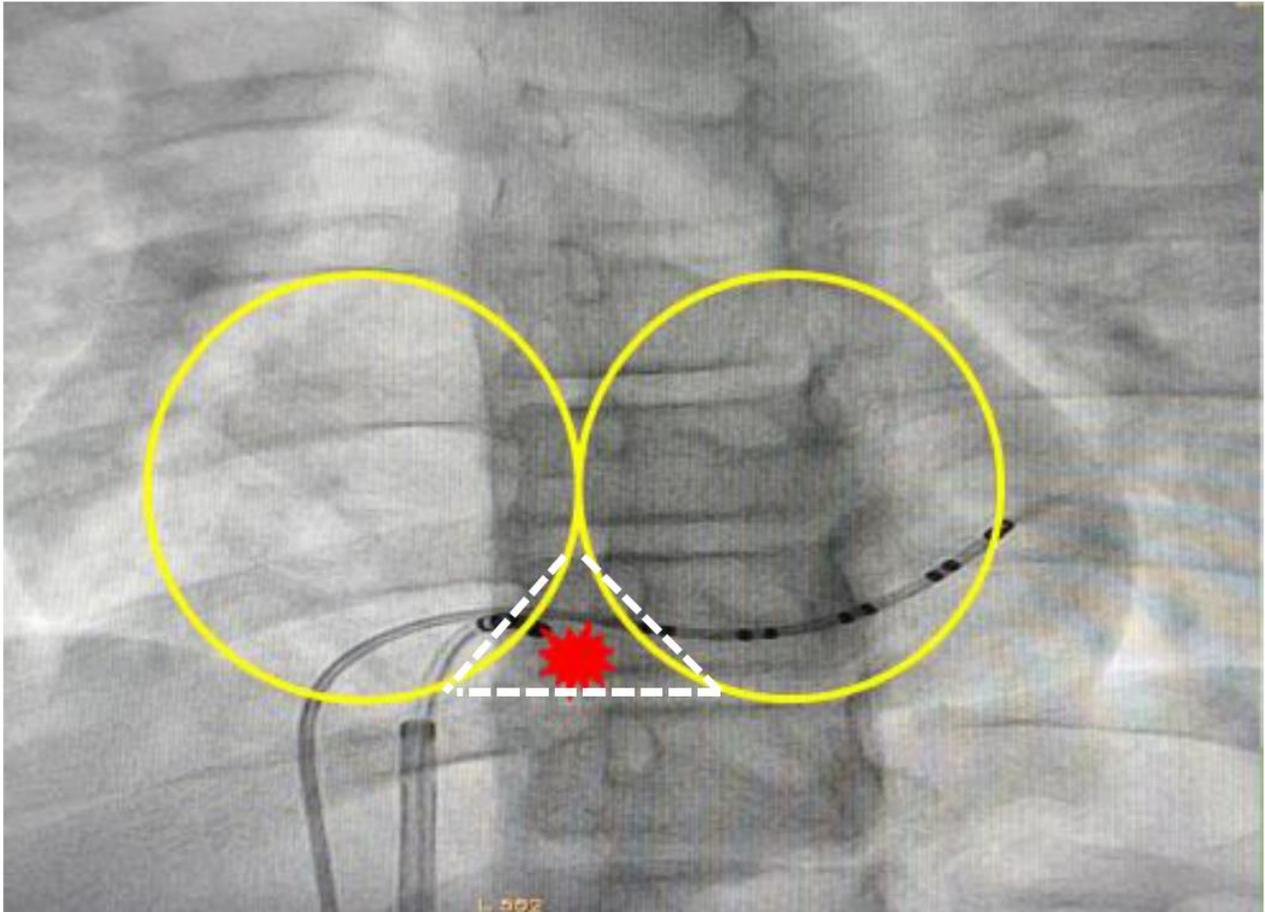
По результатам ЭФИ 19(30,16%) случаев выявлено ДПЖС с нижней парасептальной локализацией. Из них у 13(68,42%) (манифестирующая форма-10, интермиттирующая форма-1, скрытая форма-2) пациентов эффективная РЧА выполнена с правосторонним без переходом на левосторонний доступ. Из скрытой форме у 1 го пациента ДПЖС закрылся в области перешеек ампулярной части КС(с контрастированием). Отдельные случаи у 1(5,26%) го пациента (манифестирующая форма) справа и слева эффекта нет, но внутри КС изменился рефрактерный период ДПЖС, антеградный и ретроградный АЭРП-ДПЖС составило 590 и 400 мс соответственно. У 5(26,31%) случаев эффективная РЧА выполнена с левосторонним доступом(2-манифестирующая, 3-скрытая форма) из них у 1 го пациента пучок закрылся антеградно с исчезновением дельта волны, при дальнейшем РЧА ретроградно-ВА диссоциация.

Заключение: РЧА является эффективным методом лечения при пирамидальной ДПЖС. Эффективность операции составила 93,74%. В нашей практике больше части (81,25%) пирамидальные пучки закрываются с правосторонним доступом. Только 1 го пациента изменился антеградный и ретроградный рефрактерный период ДПЖС.



1 рисунок Нижне-парасептальный пучок слева





2 рисунок Нижне парасептальный пучок справа

Список литературы:

1. CLINICAL ARRHYTHMOLOGY AND ELECTROPHYSIOLOGY Typical Atrioventricular Bypass Tracts Ziad F. Issa: John M. Miller: Douglas P. Zipes: 2012 ; 601
2. Handbook of Cardiac Electrophysiology Ablation of SVT (AVNRT and AVRT) Andrea Natale Oussama M. Wazni Kalyanam Shivkumar Francis E. Marchlinski 2020; 234
3. Brady G H, Packer DL, German I D, Gallagher J J Preexcited reciprocating tachycardia in patients with Wolf-parkinson- White syndrome^ incidence and mechanisms. Circulations. 1984 Sep\$ 70(3)^ 377-91. Doi^ 10. 1161/91. Cir 70.3.377. PMID^ 6744541
4. CLINICAL ARRHYTHMOLOGY AND ELECTROPHYSIOLOGY Typical Atrioventricular Bypass Tracts Ziad F. Issa: John M. Miller: Douglas P. Zipes: 2012 ; 601.
5. Подзолков В.П. Чиатурели М.Р., Сабиров Б.Н., Самсонов В.Б., Данилов Т.Ю., Саидов М.А., Астраханцева Т.О., Мавлютов М. Ш - Хирургическое лечение дисфункции трехстворчатого клапана после радикальной коррекции врожденных пороков сердца.// Анналы хирургии. - 2017. - Т.: 22, № : 2. - с. 88-96.
6. Orejarena LA, Vidaillet H, DeStefano F, Nordstrom DL, Vierkant RA, Smith PN, Hayes JJ. Paroxysmal supraventricular tachycardia in the general population. J Am Coll Cardiol 1998;31:150-157.
7. Krahn AD, Manfreda J, Tate RB, Mathewson FL, Cuddy T. The natural history of electrocardiographic preexcitation in men: the Manitoba Follow-up Study. Ann Intern Med 1992;116:456-460
8. Cappato R, Schluter M, Weiss C, Antz M, Koschyk DH, Hofmann T, Kuck KH.
9. Radiofrequency current catheter ablation of accessory atrioventricular pathways in Ebstein's anomaly. Circulation 1996;94:376-383.

10. CLINICAL ARHYTHMOLOGY AND ELECTROPHYSIOLOGY Typical Atrioventricular Bypass Tracts Ziad F. Issa: John M. Miller: Douglas P. Zipes: 2012 ; 601 Ho SY. Accessory atrioventricular pathways: getting to the origins. *Circulation* 2008;117:1502-1504.
11. Jackman WM, Wang XZ, Friday KJ, Roman CA, Moulton KP, Beckman KJ, McClelland JH, Twidale N, Hazlitt HA, Prior MI, Margolis PD, Calame JD, Overholt ED, Lazzara R. Catheter ablation of accessory atrioventricular pathways (Wolff-Parkinson-White syndrome) by radiofrequency current. *N Engl J Med* 1991;324:1605-1611.
12. Kuck KH, Friday KJ, Kunze KP, Schluter M, Lazzara R, Jackman WM. Sites of conduction block in accessory atrioventricular pathways. Basis for concealed accessory pathways. *Circulation* 1990;82:407-417.
13. Agababyan I.R., Ruziyeva A.A. // The diagnostic value of routine research methods electrocardiography and echocardiography in patients with chronic heart failure elderly //International Conference «Process Management and Scientific Developments», 2019. С.168-171.
14. Саидов М.А., Ташкенбаева, Э., Абдиева, Г., Хайдарова, Д., & (2021). Распространенность метаболического синдрома у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Журнал кардиореспираторных исследований*, 2(1), 85-88.