

Е.П. Юркин, Н.И. Тарасов, Э.П. Землянухин

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,  
г. Кемерово*

# ОСОБЕННОСТИ КУПИРОВАНИЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ WPW НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**С**индром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) был назван по имени авторов (Wolff, Parkinson, White), впервые описавших его в 1930 г. Этот синдром на ЭКГ характеризуется изменением в виде короткого интервала  $PR < 0,12$  с, аномальной формой и расширением комплекса QRS  $> 0,12$  с, наличием дельта-волны на восходящем колене зубца R. Клинически WPW проявляется пароксизмами наджелудочковой тахикардии (ПНТ). В последние годы, благодаря электрофизиологическим исследованиям, гипотеза об аномальных дополнительных проводящих путях сердца, определяющих электрокардиографические изменения при синусовом ритме и развитие приступов ПНТ, подтверждена.

Дополнительные пути могут располагаться в правом и левом желудочке. У 5-16 % больных с синдромом WPW выявляются множественные дополнительные проводящие пути. Они могут обладать двусторонним проведением (77,7 % случаев), что определяет появление различных видов орто- и антидромной ПНТ, антеградным (6,1 %) и ретроградным (16,2 %) проведением. Кроме того, у 30-35 % больных имеется скрытый синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. Приблизительно у половины больных наблюдаются различной частоты и продолжительности ПНТ, реже пароксизмы фибрилляции предсердий (ПФП) [1, 2, 3]. Возможна трансформация ПНТ в ПФП [4]. При синдроме WPW возможны следующие нарушения ритма:

- пароксизмальная реципрокная АВ ортодромная тахикардия (АВРОТ) с узким комплексом (антеградно импульс проводится через АВ узел, ретроградно – через ДПП);
- пароксизмальная реципрокная АВ антидромная тахикардия (АВРАТ) с широким комплексом (антеградно – через ДПП, ретроградно – через АВ узел);
- пароксизмальная форма фибрилляции (трепетания) предсердий (ПФП).

Сложности в купировании тахикардий при WPW заключаются в том, что многие антиаритмические препараты (ААП), в частности: сердечные гликозиды, антагонисты кальция,  $\beta$ -блокаторы, используемые для купирования ПНТ, способны улучшить про-

ведение по дополнительному проводящему пучку, что в самом неблагоприятном случае может привести к фибрилляции желудочков [1, 4, 5]. Поэтому перед началом лечения, при отсутствии анамнестических данных на наличие синдрома WPW, его можно предвидеть, если пароксизмальная тахикардия (ПТ) развилась с большой частотой сокращения желудочков (ЧСЖ) – 200 и более, у пациента молодого возраста при отсутствии причин (ВПС, ревматизм, тиреотоксикоз, интоксикация алкоголем и т.д.).

Препаратами выбора для купирования ПТ при WPW являются средства, блокирующие добавочные предсердно-желудочковые пути или удлиняющие период их рефрактерности: прокаинамид, амиодарон, пропафенон, ритмилен [1, 4, 6]. Однако, учитывая высокую ЧСЖ и возможность нарушения гемодинамики в любой момент, трансформации ПФП в фибрилляцию желудочков (ФЖ), а также проаритмический эффект ААП, на сегодняшний день рассматривается возможность более частого использования ЭИТ для купирования ПНТ при WPW [6].

**Цель исследования** – сравнительная оценка эффективности и безопасности ЭИТ и фармакологической кардиоверсии (КВ) для купирования ПНТ при WPW.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены две группы пациентов с достоверно установленным диагнозом WPW, не различающихся статистически по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям. В первой группе, состоявшей из 53 пациентов, для купирования ПНТ (АВРОТ – 27 человек, АВРАТ – 10 пациентов, ПФП – 16 больных) применяли ЭИТ биполярным импульсом величиной от 50 до 150 Дж после предварительной атаралгезии 0,005 % р-ром фентанила и 0,5 % р-ром сибазона. Во второй группе, состоявшей из 50 пациентов (АВРОТ – 25 больных, АВРАТ – 8 пациентов, ПФП – 17 человек), применяли новокаинамид болюсно в средней дозе 800 мг.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ показал, что в первой группе синусовый ритм (СР) был восстановлен в 100 % случаев после однократной ЭИТ, все больные оставлены дома в состоянии легкой седатации.

Во второй группе СР был восстановлен у 46 пациентов (92 %), в том числе у 7 пациентов (14 %) после последующей ЭИТ вследствие неэффективности и коллапса после применения новокаинамида. Госпитализированы 4 пациента (8 %) с устойчивым ПФП после комбинированного лечения (новокаинамид — 1000 мг., ЭИТ — 150 Дж), со стабильной гемодинамикой.

Кроме того, у 21 пациента (42 %) второй группы наблюдались побочные эффекты в виде коллапса — 19 больных, ФЖ развилась у 2 пациентов (успешно купирована ЭИТ).

## ВЫВОД:

ЭИТ — эффективный, безопасный и доступный для использования на догоспитальном этапе метод

лечения пароксизмов наджелудочковой тахикардии при синдроме WPW.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Duceck, W. Atrial fibrillation in Wolff-Parkinson-White syndrome: Development and therapy /Duceck W., Kuck K.H. //Herz. — 1993. — Vol. 18, N 1. — P. 60-66.
2. Initiation of atrial fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome: the importance of the accessory pathway /Wathen M., Natale A., Wolfe K. et al. //Am. Heart J. — 1993. — Vol. 125(3). — P. 753-759.
3. New observations on atrial fibrillation before and after surgical treatment in patients with the Wolff-Parkinson-White syndrome /Chen P.S., Pressley J.C., Tang A.S. et al. //J. Am. Coll. Cardiol. — 1992. — Vol. 19(5). — P. 974-981.
4. Кушаковский М.С. Аритмии сердца /Кушаковский М.С. — СПб., 1992. — С. 357-364.
5. Мерцательная аритмия: стратегия и тактика лечения на пороге XXI века /Егоров Д.Ф., Лещинский Л.А., Недоступ А.В. и др. — Ижевск, 1998. — С. 192-206.
6. Локшин, С.Л. О возможности устранения мерцательной аритмии у пациентов с синдромом WPW /Локшин С.Л., Правосудович С.А., Дзяк В.Г. //Вестник аритмологии. — 1998. — № 7. — С. 36-41.

### "ОЖИРЕНИЕ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ВЕСЕ" ТОЖЕ ПОВЫШАЕТ РИСК ИНФАРКТА

По данным небольшого исследования, проведенного в Италии, люди с нормальным весом, но избыточным количеством жировой ткани, больше других рискуют заболеть инфарктом и инсультом.

Чтобы определить, есть ли у человека лишний вес или ожирение, чаще всего пользуются индексом массы тела (ИМТ), который учитывает только рост и вес. При этом, некоторые люди имеют нормальный для своего роста вес, однако избыточное количество жировой ткани. Итальянские ученые считают, что в этом случае можно говорить о самостоятельном синдроме, который они называют "ожирением при нормальном весе" (ОНВ). При этом синдроме жировая ткань составляет не менее 30 % массы тела.

В отличие от ожирения, синдром ОНВ реже сопровождается артериальной гипертензией и такими метаболическими расстройствами как высокий уровень глюкозы и холестерина. Однако в крови людей с ОНВ были найдены высокие уровни медиаторов воспаления, свидетельствующие о высоком риске возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Antonino De Lorenzo (Университет Тор Вергата, Рим, Италия), впервые описавший синдром ОНВ, провел исследование, в котором участвовали 20 молодых женщин, отвечавших критериям ОНВ, 20 женщин с нормальным весом и содержанием жировой ткани, а также 20 женщин с ожирением (по данным ИМТ) и избыточным количеством жировой ткани.

В крови женщин с ОНВ, по сравнению с женщинами с нормальным весом, было найдено больше медиаторов воспаления. Вероятно, содержание этих веществ связано с количеством жировой ткани. Доказано, что медиаторы воспаления играют важную роль в развитии атеросклеротических бляшек, приводящих к инфарктам и инсультам.

Ученые обращают внимание, что женщины с синдромом ОНВ могут пребывать в заблуждении относительно своего сердечно-сосудистого риска, ведь их ИМТ укладывается в рамки нормы. Все это означает, что для успешной профилактики болезней, связанных с ожирением, нужно измерять процентное содержание жировой ткани, а не просто ИМТ.

Источник: [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru)