

Гайко А.П.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА WPW

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Кучук Э.Н.

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (синдром WPW) - клинико-электрокардиографический синдром, характеризующийся предвозбуждением желудочков по дополнительным атриовентрикулярным путям проведения и развитием пароксизмальных тахиаритмий. Возникает при наличии дополнительного пучка Кента. Распространенность синдрома WPW, по данным кардиологии, составляет 0,15-2%. Синдром WPW чаще встречается среди мужчин; в большинстве случаев манифестирует в молодом возрасте (10-20 лет), реже - у лиц старшего возраста. С учетом относительно широкого распространения синдрома крайне важно изучение его этиологии и патогенеза.

Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (синдром WPW) - синдром преждевременного возбуждения желудочков, обусловленный проведением импульсов по добавочным аномальным проводящим пучкам, соединяющим предсердия и желудочки. Крайне важно отметить, что аномальный проводящий пучок может быть расположен в любом месте правого либо левого предсердно-желудочкового колец. Клиническое значение синдрома WPW заключается в том, что при его наличии часто развиваются тяжелые нарушения сердечного ритма, которые представляют угрозу для жизни больного и требуют особых подходов к лечению. Картина ЭКГ представлена увеличением интервала P-Q, дополнительной дельта-волной возбуждения в начале комплекса QRS, увеличением продолжительности и небольшой деформацией комплекса QRS и дискордантным комплексу QRS смещением сегмента S-T и изменением полярности зубца T (непостоянные признаки). Основными типами WPW являются: феномен (нету пароксизмальной тахикардии) и синдром (ЭКГ-признаки перевозбуждения и пароксизмы наджелудочной тахикардии). По локализации можно выделить типы А, В, С, D, АВ.

Тип А характеризуется положительной дельта-волна в отведениях V1 и V2. Так, часто отмечается М-образное расщепление комплекса QRS в виде rsR' или R с дельта-волной в отведении V1. Иногда комплекс QRS принимает конфигурацию, характерную для гипертрофии правого желудочка. В отведении V1 отмечается только широкий зубец R с дельта-волной.

Для типа В характерна дельта-волна в отведениях V1 и V2 бывает преимущественно или полностью отрицательной, что проявляется широким и глубоким зубцом Q или зубцом RS. Фактически в указанных отведениях отмечается либо отсутствие зубца R, либо этот зубец маленький. Дельта-волна в левых грудных отведениях V5 и V6 положительная. Часто в этих отведениях регистрируется высокий зубец R.

Диагностика синдрома включает в себя лабораторные, инструментальные, электрофизиологические и дифференциальные методы. В качестве лечения используются принципы неотложной терапии, консервативная, электроимпульсная терапии, а также хирургическое лечение.

Таким образом, своевременной диагностике и правильно подобранной терапии прогноз благоприятный. После РЧА в 95 % случаев наступает полное выздоровление. Без лечения могут развиваться жизнеугрожающие тахиаритмии и есть небольшой риск внезапной сердечной смерти (менее чем у 0,1 % пациентов).