

Выбор доступа при катетерном устранении левосторонних дополнительных предсердно-желудочковых соединений

Стычинский А.С., Альмиз П.А., Плиска Н.В., Поканевич Е.В., Ковальчук А.В.

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН»
(Киев)

В работе представлены сравнительные данные процедур по устранению левых переднелатеральных дополнительных предсердно-желудочковых соединений (ДПЖС), произведенных из трансортального либо из транссептального доступов. Хотя оба доступа оказались одинаково эффективными и безопасными, время рентген-экспозиции и среднее количество нанесенных аппликаций были меньше при процедурах, произведенных из транссептального доступа.

Ключевые слова: катетерная деструкция, транссептальный доступ, левосторонние дополнительные предсердно-желудочковые соединения (ДПЖС).

При устранении дополнительных предсердно-желудочковых соединений (ДПЖС) используют ретроградный трансортальный либо транссептальный доступ. Выбор доступа определяется предпочтением оператора и его компетенцией относительно методики доступа. Как правило, выбранный доступ применяется при расположении ДПЖС во всех локализациях данного контура сердца. В случаях расположения ДПЖС в переднелатеральных отделах слева (между 12 и 3 часами циферблата, на левой косой проекции) произвести адекватное эндокардиальное картирование бывает сложнее, чем при расположении ДПЖС в заднелатеральных отделах (между 3 и 6 часами циферблата на левой косой проекции). Производить манипуляции в переднелатеральной зоне из транссептального доступа, с нашей точки зрения, более удобно.

Цель данной работы – определить, имеются ли преимущества при катетерном устранении переднелатеральных ДПЖС с помощью транссептального доступа по сравнению с трансортальным.

Материалы и методы. В основу исследования положены данные 32 последовательных процедур по устранению манифестирующих и скрытых ДПЖС, расположенных в свободной стенке левого контура сердца.

Переднелатеральное расположение ДПЖС имело место у 14 из 32 пациентов. Ретроградный трансортальный доступ применялся в 7 из 14 случаев, в 7 случаях для устранения был выбран транссептальный доступ. Диагностика расположения ДПЖС при наличии признаков предвозбуждения на ЭКГ осуществлялась на основании критериев, предложенных Moss et al. (2010) – соотношение амплитуд комплексов QRS в отведениях II к III ≥ 1 , свидетельствовало о переднелатеральной локализации ДПЖС [1]. У пациентов со скрытыми ДПЖС их локализацию определяли по наиболее короткому интервалу QRS-A во время ортодромной тахикардии.

Результаты. У всех 14 пациентов с переднелатеральной локализацией ДПЖС они были устранены в ходе первой процедуры. Переходов с одного доступа на другой не было ни в одном случае. Длительность процедуры при трансортальном доступе составила 65 ± 28 мин., при транссептальном – 62 ± 21 мин. ($p=0,85$). Время рентген-экспозиции при трансортальном доступе 32 ± 5 мин., при транссептальном – 19 ± 3 мин. ($p<0,05$). Количество

РЧ аппликаций при трансортальном доступе было $6,5 \pm 2,3$, при трансептальном – $1,3 \pm 1,2$ ($p < 0,05$).

Ни в одном случае не наблюдалось каких-либо осложнений. Рецидивов проведения по ДПЖС в отдаленные сроки (в среднем 6 ± 2 мес.) не было.

Обсуждение. При устранении ДПЖС, расположенных в свободной стенке левого контура сердца, успешные результаты удается получить более чем в 95% случаев [2]. В нашей серии наблюдений результаты при применении обоих видов доступов – трансортального и трансептального – не отличались. Хотя оба эти метода явились одинаково эффективными и безопасными, время рентген-экспозиции и среднее количество аппликаций радиочастотного тока было достоверно ниже в случаях, когда устранение переднелатеральных левосторонних ДПЖС проводилось с использованием трансептального доступа. Это может быть косвенным подтверждением того, что манипуляции катетером из этого вида доступа здесь более удобны, чем из трансортального. Отсутствие различий в продолжительности процедуры говорит о том, что трансептальная пункция – процедура более трудоемкая по сравнению с пункцией бедренной артерии – не приводит к удлинению общей продолжительности процедуры.

Выводы. При устранении ДПЖС в переднелатеральной зоне левого контура сердца трансептальный доступ может быть рекомендован в качестве доступа выбора.

Литература

1. Moss J. D., Gerstenfeld E. P, Deo R. et al. New ECG criteria for localization of left lateral accessory pathways // Heart Rhythm. – 2010. – Vol. 7. – S133.
2. Morady F. Catheter ablation of supraventricular arrhythmias: state of the art // J. Cardiovasc. Electrophysiol. – 2004. – Vol. 15. – P. 124–139.

Вибір доступу при катетерному усуненні лівосторонніх додаткових передсердно-шлуночкових сполук

Стичинський О.С., Альміз П.О., Пліска Н.В., Поканевич О.В., Ковальчук А.В.

В роботі порівнюються дані процедур з усунення лівих передньолатеральних ДППШЗ, виконаних за допомогою трансортального або трансептального доступу. Хоча обидва доступи виявились ефективними і безпечними, час експозиції та середня кількість нанесених аплікацій була меншою при процедурах, виконаних із трансептального доступу.

Ключові слова: катетерна деструкція, трансептальний доступ, лівосторонні додаткові передсердно-шлуночкові з'єднання (ДППШЗ).

Choice of an Approach in Ablation of Left-Sided Accessory Pathways

Stychynskiy A.S., Almiz P.A., Plyska N.V., Pokanevitch E.V., Kovalchuk A.V.

This study shows comparative data for the transseptal and retrograde aortic approach in a consecutive series of patients undergoing catheter ablation of left antero-lateral accessory pathways. Although the success rate and the rate of complications were the same for both, fluoroscopy time was shorter and a mean number of radiofrequency was less in patients who had transseptal approach.

Key words: catheter ablation, trans-septal approach, left sided accessory pathways.