

<https://doi.org/10.35336/VA-1211>

<https://elibrary.ru/RQPLVW>

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ С СИНДРОМОМ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТА В ВОЗРАСТЕ 81-ГО ГОДА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

L. Hong Yee¹, L. Lee Yee², L. Kuan Yee³

¹Госпиталь Султан Идрис Шах Серданг, Малайзия, Джалан Пучонг, 43000 Каджанг, Селангор Дарул Эханс;

²Госпиталь Королевы Елизаветы II, Кота-Кинабалу, Малайзия, Сабах, D-26-06, Менара Суэцкап 1 KL

Гейтвей, № 2 Джалан Керинчи Гейт Керинчи Лестари 59200 Куала-Лумпур; ³Госпиталь Канселор Туанку

Мухриз, Малайзия, Джалан Якоб Латиф Куала Лумпур, Бандар Тун Разак, 56000 Черас,

Вилайях Персекутуан Куала-Лумпур.

Ощущение сердцебиения является одним из симптомов нарушений ритма сердца, часто встречающимся у пациентов при поступлении в стационар. Данный симптом встречается при широком спектре клинических состояний - от незначительных эктопических сокращений сердца до жизнеугрожающих нарушений ритма сердца с риском наступления внезапной сердечной смерти. При назначении лечения пациентам с данным симптомом особое внимание должно быть уделено основной причине, которая в значительной степени взаимосвязана с факторами риска и возрастом пациента. Аритмии сердца, обусловленные врожденными состояниями, такими как дополнительный путь проведения при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта, обычно возникают в более молодом возрасте, в то время как аритмии, связанные с ишемической болезнью сердца, встречаются преимущественно в пожилом возрасте. Мы приводим клинический случай впервые диагностированной фибрилляции предсердий у 81-летнего пациента с ранее недиагностированным синдромом предвозбуждения.

Ключевые слова: аритмия; синдром предвозбуждения; сердцебиения; тахикардия; дополнительный путь

Конфликт интересов: отсутствует.

Финансирование: отсутствует.

Рукопись получена: 13.05.2023 **Исправленная версия получена:** 17.08.2023 **Принята к публикации:** 26.08.2023

Ответственный за переписку: Lim Lee Yee, E-mail: limleeyee88@gmail.com

L. Hong Yee - ORCID ID 0009-0001-0455-9237, L. Lee Yee - ORCID ID 0000-0002-3583-9274, L. Kuan Yee - ORCID ID 0000-0003-2671-3722

Для цитирования: Hong Yee L, Lee Yee L, Kuan Yee L. Фибрилляция предсердий с синдромом предвозбуждения у пациента в возрасте 81-го года: клиническое наблюдение. *Вестник аритмологии*. 2023;30(4): e16-e19. <https://doi.org/10.35336/VA-1211>.

FIRST PRESENTATION OF ATRIAL FIBRILLATION WITH PRE-EXCITATION SYNDROME IN OCTOGENARIAN

L. Hong Yee¹, L. Lee Yee², L. Kuan Yee³

¹Department of Internal Medicine, Hospital Sultan Idris Shah Serdang, Malaysia, Jalan Puchong, 43000 Kajang,

Selangor Darul Ehsan; ²Department of Internal Medicine, Queen Elizabeth Hospital II, Kota Kinabalu, Malaysia,

Sabah, D-26-06, Menara Suezcap 1 KL Gateway, No. 2 Jalan Kerinchi Gerbang Kerinchi Lestari 59200 Kuala Lumpur;

³Department of Medicine, Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Malaysia, Jalan Yaacob Latif Kuala Lumpur,

Bandar Tun Razak, 56000 Cheras, Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur.

Palpitation is a symptom of cardiac arrhythmia commonly presented at hospital admission. It has a wide range of clinical importance, from subtle insignificant cardiac ectopic beats to life-threatening cardiac arrhythmias with a risk of sudden cardiac death. Approach to palpitation emphasizes on the identification of its primary cause which relies strongly on the underlying risk factors and age groups. Cardiac arrhythmias due to innate cardiac conductive disorders such as accessory pathway in Wolff-Parkinson-White syndrome tend to present at a younger age while arrhythmias related to ischemic heart disease occur mostly in the elderly population. We report a case of first diagnosed atrial fibrillation in an 81-year-old patient with previously unknown pre-excitation syndrome.

Key words: arrhythmia; preexcitation; tachycardia; palpitation; accessory pathway

Conflict of interest: none.

Funding: none.

Received: 13.05.2023 **Revision received:** 17.08.2023 **Accepted:** 26.08.2023

Corresponding author: Lim Lee Yee, E-mail: limleeyee88@gmail.com

L. Hong Yee - ORCID ID 0009-0001-0455-9237, L. Lee Yee - ORCID ID 0000-0002-3583-9274, L. Kuan Yee - ORCID ID 0000-0003-2671-3722

For citation: Hong Yee L, Lee Yee L, Kuan Yee L. First presentation of atrial fibrillation with pre-excitation syndrome in octogenarian. *Journal of Arrhythmology*. 2023;30(4): e16-e19. <https://doi.org/10.35336/VA-1211>.

Одним из распространенных жалоб пациентов при поступлении в стационар является ощущение аритмичного сердцебиения. Причиной данного симптома могут быть как наличие небольшого количества эктопических сокращений, так и системные заболевания, такие как сепсис, патология щитовидной железы, дегидратация, а также жизнеугрожающие нарушения ритма. Таким образом, в первую очередь пациенты с ощущением аритмичного сердцебиения должны быть направлены на выявление причины. Первичный осмотр включает в себя сбор анамнеза, физикальный осмотр, лабораторные исследования, электрокардиограмму (ЭКГ) в 12-ти отведениях и эхокардиографию.

ЭКГ в 12-ти отведениях является одним из важнейших инструментов диагностики нарушения ритма сердца. Установление диагноза после проведения ЭКГ, предоставляет кардиологам возможность провести необходимые вмешательства, включая электрофизиологическое исследование и абляцию проводящих путей. С другой стороны, неправильная интерпретация ЭКГ способствует неверному выбору терапии, что может привести к катастрофическим последствиям, в том числе смерти. В связи с этим медицинский работник должен быть хорошо обучен интерпретации данных ЭКГ для обеспечения адекватного и правильного купирования аритмии перед последующим направлением больного к интервенционным аритмологам [1].

Цель настоящей работы - продемонстрировать редкий случай поздней диагностики синдрома предвозбуждения у пациента в возрасте 81 года, госпитализированного с впервые возникшим приступом фибрилляции предсердий. Будучи потенциально опасной для жизни аритмией, первой линией терапии

фибрилляции предсердий с синдромом предвозбуждения желудочков является катетерная абляция дополнительного пути проведения.

Мужчина в возрасте 81 года поступил с ощущениями учащенного сердцебиения, длящегося две недели. Ощущения сердцебиения не имели предрасполагающего фактора и не были связаны с перенесенными физическими нагрузками. В анамнезе пациента имеют место гипертоническая болезнь и сахарный диабет, но данный симптом пациент описывал впервые. При поступлении у пациента при физикальном осмотре был выявлен аритмичный пульс с частотой сердечных сокращений от 180 до 200 ударов в минуту, а артериальное давление составляло 120/70 мм рт.ст. Других особенностей, в том числе шумов при аускультации, выявлено не было.

По данным ЭКГ при поступлении была выявлена нерегулярная тахикардия с широкими комплексами с частотой желудочковых сокращений 180 ударов в минуту. Отсутствовала P-волна, а в начальной восходящей части комплекса QRS имела сглаженность, представляющая собой дельта-волну (рис. 1). На серии ЭКГ была выявлена регулярная тахикардия с широкими комплексами с частотой желудочковых сокращений 250 ударов в минуту, представляющая собой трепетание предсердий с проведением 1:1 (рис. 2), которое впоследствии спонтанно конвертировалось в синусовый ритм с наличием дельта-волн в комплексах QRS (рис. 3). Наличие широких комплексов QRS с дельта-волнами, свидетельствовало о вовлечении дополнительных проводящих путей. Положительные комплексы QRS в V1 и положительная дельта-волна во всех нижних отведениях указывали на локализацию дополнительного проводящего пути на боковой стенке левого желудочка. Препараты, блокирующие атриовентрикулярное проведение, пациенту назначены не были ввиду риска развития желудочковых тахиаритмий при фибрилляции и трепетании предсердий с предвозбуждением.

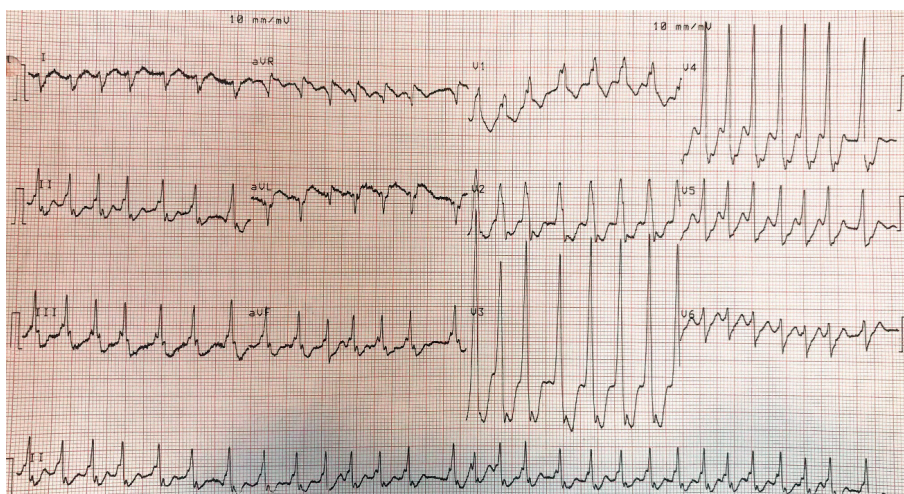


Рис. 1. ЭКГ при поступлении: выявлена нерегулярная тахикардия с широкими комплексами QRS с наличием дельта-волны, отсутствием волн P, что позволяет предположить наличие фибрилляции предсердий с предвозбуждением.

Анализы крови, включая электролиты, тропонин I и гормоны щитовидной железы, были в норме. По данным эхокардиографии на синусовом ритме была выявлена сохранная систолическая функция левого желудочка с фракцией выброса 61% и отсутствовали зоны нарушений локальной сократимости. Камеры сердца имели

нормальные размеры. Вывод: у пациента с гипертонической болезнью и сахарным диабетом впервые выявлено предвозбуждение желудочков с синдромом предвозбуждения желудочков. Лечение: катетерная абляция дополнительного пути проведения.

нормальные размеры. Инвазивное электрофизиологическое исследование выявило наличие левого латерального дополнительного пути проведения и индуцируемое трепетание предсердий с проведением по дополнительному пути. Была выполнена успешная радиочастотная катетерная абляция дополнительного проводящего пути. Для профилактики инсульта при фибрилляции предсердий пациенту был назначен пероральный антикоагулянт, и в течение 6 месяцев наблюдения приступы сердцебиения пациента не беспокоили.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основной вывод нашего клинического наблюдения заключается в том, что наличие бессимптомного предвозбуждения желудочков, обусловленное дополнительным путем проведения, может быть связано с развитием симптомной фибрилляции и трепетания предсердий в пожилом возрасте. Для правильной диагностики может потребоваться стандартное, а иногда и расширенное обследование.

Распространенность паттерна Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ оценивается в 0,1-0,3% в общей популяции [2, 3]. Данный паттерн чаще встречается у мужчин, чем у женщин, причем половина пациентов при постановке диагноза не имеет симптомов и, как правило, данная тенденция сохраняется и в дальнейшем [3]. Паттерн Вольфа-Паркинсона-Уайта у бессимптомного пациента может быть интермиттирующим и обычно окончательно исчезает в более позднем возрасте [4]. Однако у пожилых пациентов сохраняется риск развития жизнеугрожающего синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта, первым проявлением которого может быть внезапная смерть [5].

Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта может проявляться в виде различных типов суправентрикулярных аритмий, включая атриовентрикулярную реципрокную тахикардию (АВРТ), фибрилляцию и трепетание предсердий [6]. АВРТ остается наиболее частой аритмией у пациентов с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта [7]. Фибрилляция предсердий при наличии дополнительных проводящих путей не является редкостью и распространенность ее составляет 10-30% [8]. Фибрилляция предсердий возникает раньше у пациентов с АВРТ по сравнению с пациентами без документированной АВРТ и чаще встречается у пациентов с выраженными проявлениями синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта [9].

Распространенность фибрилляции предсердий у бессимптомных пациентов с синдромом предвозбуждения составляет 8% [3].

Фибрилляция предсердий с предвозбуждением потенциально опасна для жизни, так как может перерасти в фибрилляцию желудочков и привести к внезапной сердечной смерти. Терапия препаратами, блокирующими проведение через атриовентрикулярный узел, такими как аденозин, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы и, возможно, амиодарон, противопоказана, так как импульсы из предсердий будут проводиться через дополнительный путь в желудочки, что может привести к развитию фибрилляции желудочков [10, 11]. Гемодинамически стабильные пациенты могут получать терапию прокаинамидом или ибутилидом. Синхронизированная электрическая кардиоверсия рекомендуется для гемодинамически нестабильных пациентов. Терапией выбора в долгосрочной перспективе является катетерная абляция дополнительного пути проведения [12].

Несмотря на относительную осведомленность врачей о синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта, распознавание фибрилляции предсердий с синдромом предвозбуждения на ЭКГ может быть сопряжено с определенными трудностями. В одном исследовании на ЭКГ с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта и фибрилляцией предсердий 18% врачей бригады скорой помощи идентифицировали наличие паттерна Вольфа-Паркинсона-Уайта и лишь менее 10% врачей смогли определить фибрилляцию предсердий [13]. В нашем случае мужчина не имел клинических проявлений в течение восьми десятилетий и дополнительный путь не был диагности-



Рис. 2. На ЭКГ регистрировалась регулярная тахикардия с широкими комплексами QRS, представляющая собой трепетание предсердий с проведением 1:1.

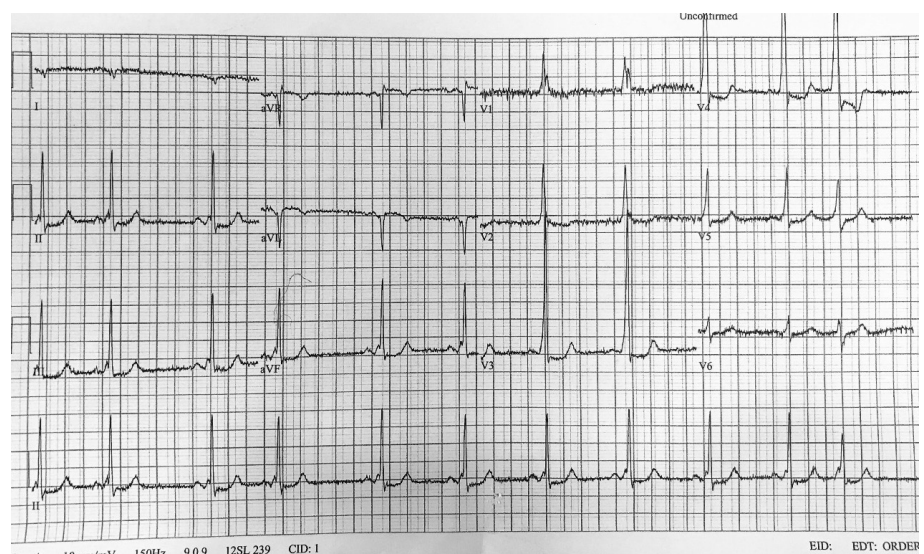


Рис. 3. На ЭКГ синусовый ритм с наличием дельта-волны в комплексах QRS, что свидетельствует о наличии дополнительных проводящих путей.

рован до настоящего момента. Дифференциальный диагноз тахикардии с широким комплексом QRS включает желудочковую тахикардию, ортодромную АВРТ с аберрацией комплексов QRS, антидромную АВРТ и фибрилляцию предсердий с наличием дополнительного пути проведения, как в нашем случае. Мономорфная желудочковая тахикардия была исключена, так как на исходной ЭКГ был выявлен нерегулярный ритм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фибрилляция предсердий с синдромом предвозбуждения желудочков может быть первым клиническим проявлением у ранее бессимптомного пациента с недиагностированным дополнительным путем проведения. Быстрое выявление диагноза по данным электрокардиографии имеет решающее значение для лечения этой жизнеугрожающей аритмии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Trzeciak S, Erickson T, Bunney EB, Sloan EP. Variation in patient management based on ECG interpretation by emergency medicine and internal medicine residents. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2002;20(3): 188-195. <https://doi.org/10.1053/ajem.2002.32628>.
2. Kim SS, Knight BP. Long term risk of Wolff-Parkinson-White pattern and syndrome. *Trends in Cardiovascular Medicine*. 2017;27(4): 260-268. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2016.12.001>.
3. Goudevenos JA, Katsouras CS, Graekas G et al. Ventricular pre-excitation in the general population: a study on the mode of presentation and clinical course. *Heart (British Cardiac Society)*. 2000;83(1): 29-34. <https://doi.org/10.1136/heart.83.1.29>.
4. Krahn AD, Manfreda J, Tate RB et al. The natural history of electrocardiographic preexcitation in men. *The Manitoba Follow-up Study*. *Annals of Internal Medicine*. 1992;116(6): 456-460. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-116-6-456>.
5. Brembilla-Perrot B, Holban I, Houriez P et al. Influence of age on the potential risk of sudden death in asymptomatic Wolff-Parkinson-White syndrome. *Pacing and clinical electrophysiology: PACE*. 2001;24(10): 1514-1518. <https://doi.org/10.1046/j.1460-9592.2001.01514.x>.
6. Rosner MH, Brady Jr WJ, Kefer MP et al. Electrocardiography in the patient with the Wolff-Parkinson-White syndrome: diagnostic and initial therapeutic issues. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1999;17(7): 705-714. [https://doi.org/10.1016/s0735-6757\(99\)90167-5](https://doi.org/10.1016/s0735-6757(99)90167-5).
7. Sethi KK, Dhall A, Chadha DS et al. WPW and preexcitation syndromes. *The Journal of the Association of Physicians of India*. 2007;55 Suppl: 10-15.
8. Campbell RW, Smith RA, Gallagher JJ et al. Atrial fibrillation in the preexcitation syndrome. *The American Journal of Cardiology*. 1977;40(4): 514-520. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(77\)90065-0](https://doi.org/10.1016/0002-9149(77)90065-0).
9. Szumowski Ł, Orczykowski M, Derejko P, et al. Predictors of the atrial fibrillation occurrence in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. *Kardiologia Polska*. 2009;67(9): 973-978.
10. Garratt C, Ward D, Antoniou A, et al. Misuse of verapamil in pre-excited atrial fibrillation. *Lancet (London, England)*. 1989;1(8634): 367-369. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(89\)91734-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(89)91734-0).
11. McGovern B, Garan H, Ruskin JN. Precipitation of cardiac arrest by verapamil in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. *Annals of Internal Medicine*. 1986;104(6): 791-794. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-104-6-791>.
12. Katričis DG, Arbelo E, Arribas F et al. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2020;41(5): 655-720. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz467>.
13. Koźluk E, Timler D, Zyśko D et al. Members of the emergency medical team may have difficulty diagnosing rapid atrial fibrillation in Wolff-Parkinson-White syndrome. *Cardiology Journal*. 2015;22(3): 247-252. <https://doi.org/10.5603/CJ.a2014.0086>.