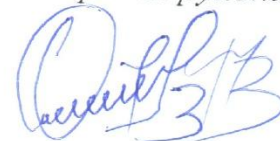


**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК 616.12-005.4-073.756.8-089.168

На правах рукописи



ФАЙЗАЛИЕВ РАХИМ ХАСАНОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ
ИНТЕРВЕНЦИОННОГО УСТРАНЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВЫХ
СОЕДИНЕНИЙ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

по специальности 3.1.5. Кардиология

Душанбе-2026

Диссертация выполнена на кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

**Научный
руководитель:**

Шукурова Сурайё Максудовна – член корреспондент НАНТ, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

**Официальные
оппоненты:**

Тулабоева Гавхар Мирокборовна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Рофизода Халима Шариф – к.м.н., заведующая кафедрой внутренних болезней с курсом клинической кардиологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Ведущее учреждение: Самаркандский государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится « 10 » июня 2026 г. в « 14⁰⁰ » часов на заседании диссертационного совета БД.КОА-111 при ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Адрес: Республика Таджикистан, 734026, г. Душанбе, проспект И. Сомони 59, www.ipovszrt.tj +9923722503101.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Автореферат разослан « _____ » _____ 2026 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент**

 **Нарзуллаева А.Р.**

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Наджелудочковые тахикардии (НЖТ) составляют около 80% всех аритмий и встречаются примерно у 1% госпитализированных кардиологических пациентов [10, с. 54-62; 17, с. 655-720]. Особую значимость в этой группе представляют атриовентрикулярные реципрокные тахикардии (АВРТ), которые этиологически связаны с наличием дополнительных предсердно-желудочковых соединений (ДПЖС). Эти аномальные проводящие пути обеспечивают альтернативный маршрут проведения электрического импульса между предсердиями и желудочками, минуя физиологический атриовентрикулярный (АВ) узел [11, с. 59-66; 18, с. 1387-1399; 30, с. 296].

Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта (WPW) остаётся одной из наиболее изученных и, вместе с тем, «до конца не решённых проблем аритмологии». Как указывают С.С. Заглиева и соавт. (2021), «Анатомической основой этого синдрома считается наличие дополнительных аномальных предсердно-желудочковых соединений, по которым импульсы из предсердий на желудочки поступают как по атриовентрикулярному узлу, так и по дополнительному пути» [5, с. 55-62]. По мнению Л.А. Бокерии и Н.Э. Алиевой (2020), «Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта (ВПУ) – это нарушение ритма сердца, анатомо-морфологическим субстратом которого является врожденная аномалия фиброзных колец митрального и трикуспидального клапанов (ТК), в результате которой между предсердиями и желудочками сохраняются миокардиальные сообщения – дополнительные предсердно-желудочковые соединения (ДПЖС)» [2, с. 12-23]. А.А. Чернова и соавт. (2017) отмечают, что «Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта является одной из наиболее изученных и в то же время до конца не решённых проблем аритмологии» [13, с. 269-272]. В том же обзоре указывается, что «синдром WPW встречается в 0,1–3,1% из 1000 ЭКГ... Соотношение между мужчинами и женщинами составляет 3:2», при этом «в детском возрасте синдром WPW встречается чаще (7–10%), чем во взрослом (3–6%)» [13, с. 269-272].

Ключевым аспектом синдрома WPW является риск жизнеугрожающих аритмий и внезапной сердечной смерти. Как подчёркивают С.Е. Мамчур и А.В. Ардашев (2014), «у субъектов с бессимптомной преэкситацией ВСС может стать первым клиническим проявлением заболевания» [8, с. 60-72]. По данным А.А. Черновой и соавт. (2017), «вероятность развития внезапной смерти (ВСС) в течение 10 лет составляет от 0,15 до 0,39%, что выше общемирового риска ВСС (менее 0,1%)», а «летальность от аритмии при синдроме WPW составляет 1,5%» [13, с. 269-272]. С.С. Заглиева и соавт. (2021) указывают: «если на ЭКГ, снятой во время пароксизма мерцания предсердий, самый короткий интервал R-R 250 и менее мс, то опасность внезапной смерти велика и профилактическое лечение синдрома WPW обязательно» [5, с. 55-62]. В структуре аритмий при синдроме WPW ведущее место занимает АВРТ. По данным А.А. Черновой и соавт. (2017), «АВРТ при манифестирующем синдроме WPW составляют 39,4%, АВРТ со скрытыми ретроградными ДАВС – 24,1%» [13, с. 269-272].

Международные и отечественные клинические рекомендации подчёркивают ведущую роль катетерной аблации в тактике ведения больных с синдромом WPW. В руководстве ACC/AHA/HRS (2015) указано, что у больных с симптомным синдромом WPW «катетерная аблация дополнительного пути имеет класс I показаний и рассматривается как терапия первой линии» [27, с. e471-e550]. Европейские рекомендации ESC (2019) аналогично указывают, что «катетерная аблация рекомендуется (класс I) пациентам с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта и документированными тахиаритмиями» [17, с. 655-720]. С.С. Заглиева и соавт. (2021) подчёркивают, что «для профилактики повторных пароксизмов тахиаритмий рекомендуется катетерная радиочастотная аблация дополнительных проводящих путей, эффективность которой составляет около 95%» [5, с. 55-62].

Наибольшие трудности в клинической практике вызывают случаи с множественными ДПЖС, которые встречаются у 15% пациентов с предвозбуждением желудочков [1, с. 223-268; 4, с. 157-162]. Е.В. Пеняева отмечает, что при аномалии Эбштейна «частота выявления множественных

дополнительных предсердно-желудочковых соединений существенно выше, чем в общей популяции пациентов с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта», что «усложняет клиническое течение и интервенционное лечение» [9, с. 67-74]. Данилова Л.А. и соавт. (2018) подчёркивают: «При наличии множественных ДПЖС возникают сложности в проведении ЭКГ- и ЭФИ-диагностики, а также при выполнении РЧА. Этим объясняется увеличение длительности процедуры и количество осуществленных воздействий, а также необходимость проведения повторных РЧА при возникновении рецидива ВПУ» [4, с. 157-162]. С.С. Заглиева и соавт. (2021) среди показаний к катетерной аблации называют «наличие нескольких дополнительных путей, доказанное с помощью ЭФИ» [5, с. 55-62]. Л.А. Бокерия и Н.Э. Алиева (2020) указывают, что «до 15% пациентов с синдромом предвозбуждения желудочков имеют множественные ДПП», а «...при аномалии Эбштейна частота выявления множественных ДПЖС существенно выше, чем в общей популяции» [2, с. 12-23].

Существенный вклад в понимание синдрома WPW вносят генетические и молекулярные исследования. В работе Ю.А. Толстокоровой и соавт. (2024) показано, что «помимо генетических предикторов при синдроме ВПУ могут быть выявлены и фенотипические признаки, которые в комбинации друг с другом создают более полную информацию для профилактики манифестации нарушений ритма» [12, с. 90-94]. По результатам соматометрического исследования авторы установили, что «в общей группе лиц, страдающих синдромом ВПУ, преобладали мезоморфы (57%)», а по индексу Rees-Eysenck – «нормостеники (37%) и пикники (38%)», при этом «...в группе женщин средней силы связь синдрома ВПУ коррелировала с жировой складкой бедра (0,52), а в группе мужчин — с жировой складкой живота (0,56)» [12, с. 90-94].

Актуальность проблемы множественных ДПЖС в мировой литературе постоянно растёт. Несмотря на достигнутый прогресс, остаются задачи, связанные с идентификацией особенностей анатомического расположения дополнительных путей проведения и выявлением наиболее типичных «скрытых» ДПЖС, предрасположенных к определённой анатомической зоне [4,

с. 157-162; 25, с. 43-48; 26, с. 404-409; 31, с. 87-92]. Особую значимость данная проблема приобретает в условиях ограниченного доступа к высокотехнологичным методам диагностики, где ведение пациентов требует разработки рациональных подходов, основанных на доступных неинвазивных методах и оптимизации медикаментозной терапии [3, с. 71-78; 20, с. 1729-1737; 22, с. 855-859]. В то же время анализ результатов интервенционного лечения в специализированных центрах позволяет определить ключевые факторы, влияющие на эффективность радиочастотной абляции (РЧА) при множественных ДПЖС, и сформулировать практические рекомендации.

Всё вышеизложенное определяет актуальность настоящего исследования, направленного на оптимизацию диагностики и оценку результатов интервенционного лечения пациентов с синдромом WPW путём комплексного анализа клинико-инструментальных характеристик и сравнительного изучения эффективности РЧА при множественных и одиночных ДПЖС.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Несмотря на достигнутый прогресс в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), НЖТ, по данным А.А. Черновой и соавт. (2017), остаются «сложным клиническим сценарием» [13, с. 269-272]. Как отмечают С.С. Заглиева и соавт., «в основе пароксизмальных нарушений ритма сердца при синдроме преждевременного возбуждения желудочков лежит механизм re-entry (повторного входа)» [5, с. 55-62]. Учитывая потенциальную эволюцию аритмий в опасные для жизни события, быстрое ЭКГ-распознавание имеет ключевое значение [11, с. 59-66; 19, с. 519-525; 30, с. 296].

Разработка образовательных программ для врачей неотложной помощи способствует раннему распознаванию WPW и своевременной стратификации риска [1, с. 223-268; 6, с. 1128-1136; 15, с. 119-127; 23, с. 389-395]. Как отмечают С.С. Заглиева и соавт. (2021), «Важнейшей задачей клинической кардиологии является раннее выявление и лечение больных с высоким риском развития внезапной сердечной смерти» [5, с. 55-62]. После верификации диагноза необходима оценка сопутствующих факторов, поддерживающих аритмогенез [5,

с. 55-62; 7, с. 64-72; 31, с. 87-92]. В сложных случаях гемодинамически нестабильной аритмии, рефрактерной к терапии, экстренная катетерная абляция является эффективным вариантом лечения. Как подчёркивают Л.А. Бокерия и Н.Э. Алиева (2020), в современной клинической практике «радиочастотная абляция является основным интервенционным методом лечения пациентов с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта». Однако авторы акцентируют внимание на технических сложностях процедуры, указывая на то, что «при выявлении у пациентов эпикардальных и интрамиокардиальных ДПЖС применение метода эндокардиальной РЧА является неэффективным из-за трудной доступности абляционного катетера в зоны радиочастотного воздействия» [2, с. 12-23].

Стратификация риска внезапной смерти включает инвазивные и неинвазивные методы, позволяющие оценить антероградный рефрактерный период дополнительного пути [14, с. 1-5; 19, с. 519-525; 28, с. 282-286]. Абляция дополнительного пути остаётся единственным методом, устраняющим фактор риска внезапной смерти. Однако анализы исследований параметров абляции неоднородны [16, с. 106-112; 21, с. 420-426; 24, с. 463-468]. Как отмечают Л.А. Данилова и соавт. (2018), «при наличии множественных ДПЖС возникают сложности в проведении ЭКГ- и ЭФИ-диагностики, а также при выполнении РЧА», что подтверждает зависимость успеха абляции от топографии пути и наличия множественных ДПЖС [4, с. 157-162]. С.М. Teixeira и соавт. (2016) показали, что существующие алгоритмы обеспечивают «точность локализации дополнительного пути от 27 до 47% при точном совпадении, которая увеличивается до 40–76% при учёте смежных локализаций» [29, с. 331-338].

Таким образом, при высокой степени научной разработанности ключевых аспектов WPW сохраняется ряд нерешённых вопросов, касающихся клинимо-морфофункционального течения при множественных ДПЖС, гендерных различий, оптимизации фармакотерапии и выбора тактики при сложно расположенных путях. Это обосновывает необходимость дальнейших исследований, направленных на оптимизацию алгоритмов диагностики и интервенционного лечения [2, с. 12-23; 5, с. 55-62; 21, с. 420-426; 24, с. 463-468].

Связь исследований с программами (проектами), научной тематикой.

Диссертационное исследование является частью целевой исследовательской программы «Топическая диагностика и нефармакологическое лечение различных форм тахикардий после проведения хирургических вмешательств на открытом сердце» (государственный регистрационный знак №АААА-А20-120032390075-2). Оно является результатом исследований в области диагностики и хирургического лечения синдрома WPW с наличием множественных ДПЖС специалистами отделения хирургического лечения тахиаритмий (руководитель – д.м.н. Сергуладзе С.Ю.).

Другим научным документом является постановление Правительства РТ от 3 декабря 2012 г., №676, утвердившее проект «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на период 2012-2023 годы». В рамках этого документа одобрен научно-исследовательский проект кафедры терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» на тему «Ревматические и сердечно-сосудистые заболевания: распространённость, этиопатогенетическая взаимосвязь, предикторы неблагоприятного прогноза, диагностика и оптимизация терапии» за период 2024-2028 гг. (руководитель – д.м.н., проф. Шукурова С.М.).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования. Оптимизация диагностики и оценка результатов интервенционного лечения пациентов с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта на основании комплексного анализа клинико-инструментальных характеристик и сравнительного изучения эффективности радиочастотной абляции при множественных и одиночных дополнительных предсердно-желудочковых соединениях.

Задачи исследования:

1. Оценить частоту выявления, клинико-демографический профиль и структурно-функциональные особенности сердца у госпитальных пациентов с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта;

2. Провести анализ комплексной неинвазивной стратегии ведения пациентов с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта в условиях ограниченной доступности инвазивного электрофизиологического исследования и радиочастотной аблации, включающий оценку прогностической значимости нагрузочного тестирования для стратификации риска жизнеугрожающих аритмий, а также определение структуры и клинической обоснованности применяемой медикаментозной терапии;
3. Сравнить непосредственные и средне-отдалённые результаты радиочастотной аблации, а также интраоперационные параметры процедуры у пациентов с множественными и одиночными дополнительными предсердно-желудочковыми соединениями;
4. На основании полученных данных определить ключевые факторы, влияющие на эффективность интервенционного устранения множественных дополнительных предсердно-желудочковых соединений, и разработать практические рекомендации по оптимизации диагностики и тактики проведения вмешательства.

Объект исследования. Объектом исследования послужили медицинская документация и истории болезни 42 пациентов (26 мужчин и 16 женщин) с синдромом WPW, госпитализированных и пролеченных по поводу различной сердечно-сосудистой патологии в кардиологических отделениях ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» в период 2018-2022 гг., а также 70 пациентов (35 с множественными и 35 с одиночными ДПЖС), обследованных и пролеченных в отделении хирургического лечения тахиаритмий ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в период с 2015 по 2021 гг. Все наблюдаемые пациенты с синдромом WPW прошли комплексное клиническое, биохимическое, инструментальное и статистическое обследование в соответствии с дизайном исследования.

Предмет исследования. Предметом исследования явились особенности диагностики синдрома WPW в структуре НЖТ у пациентов, проходивших стационарное лечение в специализированных клиниках г. Москвы и г. Душанбе.

Исследование включало комплексную оценку этиологических факторов, электрофизиологических и инструментальных характеристик, триггерных механизмов, структуры сопутствующей патологии и показаний к проведению РЧА, а также анализ непосредственных и средне-отдалённых результатов интервенционного вмешательства.

Научная новизна исследования. Исследование впервые детально описывает распространённость и клинический профиль синдрома WPW среди пациентов госпитального звена кардиологических отделений республики. Установлено, что в условиях ограниченной доступности высокотехнологичных методов диагностики синдром верифицируется преимущественно на поздних этапах течения и в значительной части случаев является компонентом сочетанной сердечно-сосудистой патологии, а не изолированной электрофизиологической находкой.

Выявлено, что синдром преждевременного возбуждения желудочков диагностируется у пациентов молодого возраста с преобладанием мужского пола и высокой частотой сопутствующей структурной патологии миокарда. Симптоматика синдрома WPW варьирует от бессимптомного течения до выраженных проявлений, таких как сердцебиение, слабость и обмороки. Наиболее частыми ЭКГ-проявлениями являются манифестный синдром WPW и АВРТ, подтверждённые холтеровским мониторингом, которое также зафиксировало высокую частоту желудочковой и предсердной экстрасистолии. Впервые на основании ЭКГ и суточного холтеровского мониторинга диагностированы интермиттирующий и латентный типы синдрома WPW. Проведён анализ характера терапии больных с синдромом WPW на госпитальном этапе.

Впервые выполнена оценка прогностической значимости теста с физической нагрузкой (ТФН) по протоколу Брюса у госпитальных пациентов с синдромом WPW. Наблюдался феномен «низкого риска» (исчезновение дельта-волны) лишь в 29,2% случаев, тогда как у 16,7% пациентов физическая нагрузка провоцировала развитие аритмии. Установлено, что отрицательный

результат ТФН не может служить достаточным основанием для заключения о безопасности состояния пациента, особенно при наличии структурной патологии миокарда.

В параллельном исследовании, проведённом на базе ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева», по данным электрофизиологического исследования (ЭФИ) впервые определены наиболее характерные локализации множественных ДПЖС. У пациентов с множественными путями преимущественно выявлялись задняя и нижняя парасептальная локализации. Установлено, что множественные дополнительные пути представляют собой более сложный вариант синдрома WPW, для успешного лечения которого необходимо обязательное применение трёхмерных навигационных систем, позволяющих снизить риск рецидивов.

Впервые проведена сравнительная оценка результатов РЧА множественных ДПЖС. Эффективность вмешательства без использования систем позиционирования катетеров составила 66,7%, при применении трёхмерной навигации – 100%; общая средне-отдалённая эффективность достигла 88,6%. Установлено преимущество катетеров с управляемой кривизной, позволяющих более точно позиционировать аблационный электрод.

Сравнительный анализ двух клинических центров определил направление развития специализированной аритмологической помощи в условиях ресурсных ограничений, включающее поэтапное внедрение современных навигационных технологий, подготовку кадров и формирование референс-центров.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Теоретическая значимость исследования определяется комплексным подходом к изучению синдрома WPW в двух различных клинических условиях – в учреждении с ограниченными ресурсами и в специализированном центре высоких технологий. Полученные данные расширяют существующие представления о клинико-эпидемиологических характеристиках синдрома, особенностях его течения при наличии множественных ДПЖС, а также о прогностической значимости неинвазивных методов диагностики, включая ТФН.

Научно-практическая значимость исследования заключается в разработке протокола диагностического поиска, адаптированного к условиям ресурсных ограничений. В него включены клинические и инструментальные методы (ЭКГ, ЭхоКГ, ТФН), а при наличии возможности — ЭФИ и интервенционные исследования. Ключевыми элементами предложенного подхода являются диагностика различных вариантов синдрома WPW (манифестный, интермиттирующий, латентный), оценка сопутствующей структурной патологии сердца, проведение стратификации риска с учётом ограниченной прогностической ценности нагрузочного тестирования и дифференцированный выбор тактики ведения пациентов в зависимости от типа предвозбуждения желудочков.

Результаты исследования внедрены в клиническую работу кардиологического отделения и отделения рентгенэндоваскулярной хирургии ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». Материалы работ используются в учебном процессе на кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлено, что клинический полиморфизм синдрома WPW обусловлен высокой частотой сопутствующей структурной патологии сердца, что снижает диагностическую ценность традиционных неинвазивных критериев стратификации риска, при этом прогностическая значимость ТФН в оценке «низкого риска» (исчезновение дельта-волны) является ограниченной, однако нагрузочное тестирование сохраняет значение как метод провокации аритмических событий.

2. Доказано, что РЧА множественных ДПЖС отличается большей продолжительностью и ресурсоёмкостью, а применение систем трёхмерной электромагнитной навигации позволяет достичь высокой непосредственной эффективности и нивелировать повышенный риск рецидивирования,

обеспечивая отдалённую безрецидивную выживаемость, сопоставимую с результатами лечения пациентов с одиночными путями.

3. Выявлено, что множественные ДПЖС характеризуются более поздним дебютом клинических проявлений и специфическим распределением аритмогенного субстрата с преобладанием технически сложных для интервенционного лечения локализаций (септальной, передней и задней) по сравнению с одиночными путями, что предопределяет повышенную сложность интервенционного вмешательства.

Степень достоверности результатов. Достоверность полученных результатов обеспечена репрезентативностью выборки и достаточным объёмом клинического материала. Информационная база включает анализ первичной медицинской документации (медицинские карты, выписки из историй болезни, информированные согласия), а также протоколы инструментальных и лабораторных исследований, зафиксированные в журналах регистрации и электронных базах данных. Все материалы подвергнуты тщательной методологической и статистической обработке с использованием современных методов анализа. Научные положения, выводы и практические рекомендации базируются на обоснованном дизайне исследования, широте первичного материала и комплексном количественном и качественном анализе результатов. Основные результаты диссертации опубликованы в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных для представления материалов диссертационных исследований.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и областью исследований). Настоящая диссертация соответствует паспорту Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Президенте РФ по специальности 3.1.5. Кардиология: подпункт 3.1. Этиология и патогенез заболеваний сердечно-сосудистой системы; подпункт 3.2. Клинические проявления сердечно-сосудистых заболеваний; подпункт 3.3. Диагностика и дифференциальная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний; подпункт 3.4. Научно обоснованное лечение сердечно-сосудистых заболеваний; 3.5.

Профилактика, выявление факторов риска и эпидемиологических особенностей сердечно-сосудистых заболеваний

Личный вклад соискателя учёной степени в исследования. Личный вклад автора состоит в самостоятельно выбранном научном направлении, проведении анализа литературных данных, посвящённых исследуемой проблеме. Совместно с научным руководителем определены цель работы, задачи и пути их достижения. Клинические и инструментальные обследования пациентов, заполнение соответствующих и специально разработанных для данного исследования учётных форм и клинических карт проводились автором самостоятельно. Интерпретация полученных результатов, описание выводов и рекомендаций проводились совместно с научным руководителем.

Апробация и реализация результатов диссертации. Материалы диссертационной работы были доложены и обсуждены на XXV, XXVI, XXVII и XXIX Всероссийских съездах сердечно-сосудистых хирургов (2019, 2020, 2021, 2023 гг.), на XXIV Ежегодной сессии НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева (2023 г.), на ежегодных научных конференциях ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, 2024–2025 гг.), на Международном кардиотурнире ШОС (Ташкент, 2025 г.), на Международной конференции «Спорные и нерешённые вопросы кардиологии» (онлайн, 2025 г.), а также на республиканской научно-практической конференции (VI годичной), посвящённой Дню Президента и Государственному флагу Республики Таджикистан (Дангара, 2025 г.).

Апробация диссертации проведена на заседании межкафедрального экспертного совета по терапевтическим и общественным дисциплинам ГОУ «ИПОвСЗ РТ» (протокол № 1/2 от 17.06.2025 г.).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертационного исследования опубликовано 11 научных работ, в том числе 6 статей в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан и Российской Федерации для публикации основных результатов диссертационных работ.

Структура и объём диссертации. Структура диссертации представлена в традиционном стиле и изложена на 151 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, общей характеристики работы, 5 глав (обзор литературы, материал и методы исследования, 2 главы, посвящённые результатам собственных исследований, и глава обзор результатов исследования), выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. В список используемой литературы включены 152 источника, из них 30 отечественных и 122 зарубежных. Работа иллюстрирована 31 рисунками и 13 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Работа выполнена в дизайне ретроспективно-проспективного исследования и включает два независимых исследования, проведённых на базе двух клинических центров: ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» (г. Душанбе, Таджикистан) и ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» (г. Москва, Россия).

Исследование I: (ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»). Проведён ретроспективный анализ 3000 электрокардиограмм пациентов, госпитализированных по поводу различной сердечно-сосудистой патологии за период 2018-2022гг. Критериями отбора являлись: наличие документально подтверждённого преждевременного возбуждения желудочков на стандартной 12-канальной ЭКГ (интервал PR <120 мс, наличие дельта-волны, ширина QRS >120 мс) и отсутствие противопоказаний к проведению нагрузочного тестирования. Сформирована группа из 42 пациентов с верифицированным синдромом WPW. Анализировались демографические данные, этиология, ЭКГ- и холтеровские характеристики, показатели ЭхоКГ, наличие структурных аномалий сердца, клинические проявления, методы купирования АВРТ, результаты ТФН, а также характер проводимой терапии. Для оценки расположения дополнительного пути у пациентов первого этапа применены девять различных опубликованных алгоритмов, разработанных для взрослых. ТФН проводился на стационарном велоэргометре по протоколу Bruce. Пациенты с отсутствием дельта-волны исходно или с её внезапным исчезновением во время нагрузки расценивались как лица с низким риском.

Исследование II (ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева»), представлял собой сравнительное ретроспективно-проспективное изучение результатов интервенционного лечения за период 2015–2021 гг. В исследование включено 70 пациентов с синдромом WPW, разделённых на две группы:

I группа (основная): 35 пациентов с множественными ДПЖС;

- **II группа (сравнения):** 35 пациентов с одиночными ДПЖС.

Критерии включения (симптомная пароксизмальная НЖТ, показания к РЧА) и исключения (сопутствующие пороки сердца, требующие коррекции, наличие внутрисердечных тромбов, активный инфекционный процесс) для обеих групп были идентичны. Всем пациентам проведены ЭКГ, суточное холтеровское мониторирование, ЭхоКГ, инвазивное ЭФИ и РЧА. Для определения локализации ДПЖС использован диагностический алгоритм M. Arruda. Инвазивное ЭФИ выполнялось в специализированной рентгеноперационной. Перед процедурой проводилась отмена антиаритмических препаратов. РЧА осуществлялась с использованием генератора радиочастотной энергии «Stockert» (США) и многоэлектродных катетеров «Marinr» и «Celsius Thermocool» (Biosense Webster).

Оценка средне-отдалённых результатов проводилась путём анализа данных, полученных при контрольных обследованиях через 3, 6 и 12 месяцев после вмешательства. Протокол обследования включал стандартную ЭКГ в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ и ЭхоКГ.

Статистическая обработка материала. Анализ результатов выполнен с использованием программ Microsoft Excel, IBM SPSS и STATA. Применялись критерии Стьюдента, χ^2 (с поправкой Йетса), точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для анализа безрецидивной выживаемости применялся метод Каплана-Майера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с задачами исследования проведён ретроспективный анализ 42 пациентов с верифицированным синдромом WPW, обследованных в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» (Душанбе) в 2018–2022 гг. Среди них

мужчины составили 26 (61,9%), женщины – 16 (38,1%). Средний возраст пациентов – $31,0 \pm 13,5$ года. Наибольшее число пациентов относилось к возрастной группе 21-30 лет (38,1%, n=16). У подавляющего большинства пациентов (90,5%) синдром WPW был ассоциирован со структурной патологией сердца. Наиболее часто выявлялись врождённые аномалии – у 28 (66,7%). ГКМП диагностирована у 6 (14,3%), хроническая ревматическая болезнь сердца – у 4 (9,5%). Лишь у 4 пациентов (9,5%) явной сердечно-сосудистой патологии не выявлено. Семейный анамнез отмечен у одного больного (2,4%).

По данным стандартной ЭКГ, манифестная форма предвозбуждения зафиксирована у 80,9% (n=34) пациентов, интермиттирующая – у 16,7% (n=7), латентная – у 2,4% (n=1). Пароксизм АВРТ на момент исследования зарегистрирован у 35,7% (n=15) больных. Отклонение электрической оси сердца влево отмечалось в 40,5% (n=17) случаев. При суточном холтеровском мониторировании ЭКГ наиболее часто регистрировались желудочковая и предсердная экстрасистолия (по 33,3%, n=14). Эпизоды АВРТ зафиксированы у 4,8% (n=2) пациентов. На основании комплексного анализа данных ЭКГ и холтеровского мониторирования распределение пациентов по типам синдрома WPW было следующим: манифестная форма диагностирована у 34 пациентов (80,9%), интермиттирующая – у 7 (16,7%), латентная – у 1 (2,4%).

При ЭхоКГ исследовании у 4 пациентов (9,5%) диагностированы структурные пороки сердца: ДМПП у 2 (4,8%) и ДМЖП у 2 (4,8%). Средние показатели глобальной систолической функции и размеров сердца у обследованных пациентов находились в пределах нормальных значений: ФВ ЛЖ составила $57,1 \pm 6,1\%$, КДР ЛЖ – $42,9 \pm 4,9$ мм, размер ЛП – $36,1 \pm 4,2$ мм.

Наиболее распространённым симптомом явилось учащённое сердцебиение, зарегистрированное у 27 пациентов (64,3%). Слабость отмечалась у 26 больных (61,9%), синкопальные состояния в анамнезе — у 5 (11,9%). С жалобами на боли в грудной клетке в отделение неотложной помощи обратились 4 пациента (9,5%), одышка отмечена у 5 (11,9%). Бессимптомное течение заболевания выявлено у 14 пациентов (33,3%), диагноз у них был установлен при

случайной регистрации электрокардиограммы. У 26,2% первым проявлением синдрома WPW явился пароксизм АВРТ, зарегистрированный на стандартной ЭКГ. Средняя продолжительность периода от появления первых симптомов до установления диагноза составила 4,5 года.

В условиях ограниченного доступа к РЧА в РТ основой ведения пациентов стала консервативная терапия. Наиболее часто назначаемыми препаратами были β -адреноблокаторы (45,2%), которые использовали для контроля частоты сердечных сокращений и профилактики ортодромной тахикардии при отсутствии быстрого проведения по дополнительным путям. Амиодарон (14,3%) применяли в качестве резервного средства при высокой аритмогенной нагрузке или неэффективности терапии первой линии. Недигидропиридиновые антагонисты кальция (9,5%) назначали только после подтверждения латентного или интермиттирующего характера синдрома WPW, часто в сочетании с лечением сопутствующих ССЗ. Остальные антиаритмические препараты, включая средства I класса и комбинированные схемы, получали 11,9% пациентов. Далее нами изучалось анализ эффективности ТФН в стратификации риска неблагоприятных аритмических событий у взрослых пациентов с бессимптомным и симптоматическим преждевременным возбуждением желудочков. ТФН проведён 24 пациентам (57,1% от общей группы), которые были разделены на две подгруппы в зависимости от наличия симптомов (табл. 1)

Таблица 1. – Базовые характеристики пациентов, прошедших тест с физической нагрузкой

Показатель	Бессимптомные пациенты с синдромом WPW (n=9)	Симптомные пациенты с синдромом WPW (n=15)	p
Возраст, лет (M \pm σ)	26,3 \pm 12,1	35,8 \pm 13,5	0,08*
Женский пол, n (%)	3 (33,3%)	6 (40,0%)	0,99**
Манифестная форма WPW, n (%)	6 (66,7%)	13 (86,7%)	0,33**
Сопутствующая сердечно-сосудистая патология, n (%)	2 (22,2%)	10 (66,7%)	0,09**

Примечание: * – различия между группами оценивали с помощью t-критерия Стьюдента; ** – с помощью точного критерия Фишера.

Результаты нагрузочного тестирования представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Результаты теста с физической нагрузкой (n=24)

Исход ТФН	Всего (n=24)	Бессимптомные пациенты с синдромом WPW (n=9)	Симптомные пациенты с синдромом WPW (n=15)	p*
Исчезновение дельта-волны (низкий риск), n (%)	7 (29,2%)	3 (33,3%)	4 (26,7%)	0,55
Сохранение дельта-волны, n (%)	13 (54,2%)	5 (55,6%)	8 (53,3%)	0,63
Провокация аритмий**, n (%)	4 (16,7%)	1 (11,1%)	3 (20,0%)	0,51

Примечание: * – различия между группами оценивали с помощью точного критерия Фишера; ** – под провокацией аритмии понималось возникновение пароксизмальных наджелудочковых нарушений ритма, потребовавших остановки пробы.

Как видно из данных таблицы, классический признак низкого риска зафиксирован лишь у 29,2% пациентов. У 54,2% этот признак отсутствовал. У 16,7% пациентов физическая нагрузка спровоцировала клинически значимые аритмии, что является важнейшим результатом ТФН и показанием к ЭФИ и РЧА. Статистически значимых различий между бессимптомными и симптомными пациентами не получено. Таким образом, изолированное применение ТФН имеет ограниченную ценность для стратификации риска при WPW, особенно у пациентов с симптомами и сопутствующей кардиальной патологией.

Далее нами в рамках исследования проведён анализ результатов лечения 70 пациентов с верифицированным синдромом WPW и документированной пароксизмальной тахикардией, оперированных в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» в 2015–2021 гг. Сформированы две сопоставимые по полу и возрасту группы: основная (n=35, множественные ДПЖС) и сравнения (n=35, одиночный ДПЖС). Начало приступов тахикардии в среднем отмечалось в возрасте $19,1 \pm 20,4$ года. Ежедневные эпизоды аритмии отмечены у 64,2% пациентов, еженедельные – у 28,5%; оставшиеся 14,3% затруднились оценить частоту приступов. У всех обследованных диагностирована АВРТ со средней частотой сердечных сокращений $150,4 \pm 18,2$ уд/мин. Наиболее распространёнными

жалобами были сердцебиение (97,1%) и выраженная слабость (94,2%); синкопальные состояния зарегистрированы у 8,5% больных. Купирование тахикардии достигалось вагусными приёмами в 52,8% случаев, применением антиаритмических препаратов — в 34,2%, самопроизвольным прекращением — в 8,5% (у трёх пациентов симптомы носили маловыраженный характер).

Анализ ЭКГ у пациентов с синдромом WPW выявил следующие результаты: в первом отведении дельта-волна имела положительную амплитуду, тогда как во втором отведении она была отрицательной. В 14 случаях в отведении V1 дельта-волна наблюдалась в виде двухфазного комплекса (+/-), а в двух случаях она проявлялась как отрицательная. В 14 случаях в третьем отведении амплитуда R-волны превышала амплитуду S-волны, в то время как в двух случаях они были равны.

У 15 пациентов (21,4%) была зафиксирована АГ. Достоверных различий ЭхоКГ-параметров между группами не выявлено, но у пациентов с множественными ДПЖС отмечены тенденции к большим значениям КДР ЛЖ ($5,1 \pm 0,44$ против $4,6 \pm 0,48$ см; $p=0,12$) и снижению ФВ ($62,0 \pm 3,9$ против $66,1 \pm 3,7\%$; $p=0,08$).

Для индукции тахикардии использовали программируемую стимуляцию предсердий и желудочков (основной интервал 550-440 мс, интервал сцепления 390-210 мс с шагом 20 мс). Средняя продолжительность цикла тахикардии — 400 ± 58 мс. Опережение локальной эндограммы относительно дельта-волны составило $31 \pm 4,5$ мс. Локализации классифицировали по схеме F.G. Cosio. Результаты показали, что множественные ДПЖС представляют собой качественно иной анатомический фенотип с достоверно более частым вовлечением технически сложных зон. Септальная локализация встречалась в 13,8 раза чаще ($40,0\%$ против $2,9\%$; $p<0,001$), передняя — в 11,8 раза чаще ($34,3\%$ против $2,9\%$; $p<0,01$), задняя — в 3,6 раза чаще ($51,4\%$ против $14,3\%$; $p<0,05$) (таблица 3). Наиболее частым сочетанием явилось наличие манифестирующего септального и скрытого переднего путей (72% случаев).

Таблица 3. – Распределение локализаций дополнительных предсердно-желудочковых соединений по данным электрофизиологического картирования

Локализация по F.G. Cosio	I группа (множественные ДПЖС) (n=35), n (%)	II группа (одиночные ДПЖС) (n=35), n (%)	p
Септальная	14 (40,0%)	1 (2,9%)	<0,001
Передняя	12 (34,3%)	1 (2,9%)	<0,01
Задняя	18 (51,4%)	5 (14,3%)	<0,05
Нижняя парасептальная	16 (45,7%)	7 (20,0%)	0,41
Задняя верхняя	14 (40,0%)	7 (20,0%)	0,67
Верхняя парасептальная	8 (22,9%)	2 (5,7%)	0,32
Задняя нижняя	10 (28,6%)	3 (8,6%)	0,23
Передняя верхняя	4 (11,4%)	1 (2,9%)	0,36
Передняя нижняя	2 (5,7%)	1 (2,9%)	0,82
Задне-боковая	12 (34,3%)	5 (14,3%)	0,45
Передне-боковая	6 (17,1%)	2 (5,7%)	0,31

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера, *критерий χ^2 с поправкой Йетса). В группе I сумма процентов превышает 100%, так как у одного пациента могло быть несколько ДПЖС в разных локализациях.

У всех пациентов с синдромом WPW радиочастотная абляция позволила успешно устранить феномен преждевременного возбуждения желудочков. В I группе время рентгеноскопии, общая длительность процедуры и время радиочастотного воздействия были достоверно выше, чем во II группе ($35,2 \pm 9,2$ против $18,7 \pm 6,8$ мин; $67,0 \pm 49,3$ против $35,0 \pm 37,7$ мин; $8,0 \pm 4,1$ против $5,7 \pm 2,5$ мин; $p < 0,05$). В I группе системы трёхмерной навигации применяли у 65,7% пациентов; подгруппы с навигацией и без неё были сопоставимы по локализации ДПЖС. После абляции индукция аритмии не была зафиксирована ни в одном случае. Осложнений процедуры не наблюдалось. На момент выписки клинические признаки аритмии отсутствовали у всех пациентов.

Для оценки эффективности лечения пациенты обеих групп находились под наблюдением в течение одного года с контрольными осмотрами через 3, 6 и 12 месяцев после вмешательства. Средняя продолжительность наблюдения составила $10,0 \pm 2,3$ месяца (от 8 до 14 месяцев), что позволяет оценить средне-

отдалённые результаты лечения и выявить возможные рецидивы аритмии или иные осложнения. Базовые характеристики наблюдаемых групп представлены в таблице 4.

Таблица 4. – Базовые характеристики наблюдаемых групп

Показатель	I группа (множественные ДПЖС; n=35)	II группа (одиочные ДПЖС; n=35)	P
Возраст, лет (M±SD)	49,8 (± 18,7)	34,2 (± 15,5)	<0,05
Пол, n (%)	М – 20 (57,1%) Ж – 15 (42,9 %)	М – 17 (48,6%) Ж – 18 (51,4%)	>0,05*
Длительность операции, мин (M±SD)	67,0 ± 49,3	35,0 ± 37,7	<0,05
Длительность флюороскопии, мин (M±SD)	35,2 ± 9,2	18,7 ± 6,8	<0,05
Длительность РЧА (с системой доставки и без), мин (M±SD)	8 ± 4,1	5,7 ± 2,5	>0,05
Мощность РЧА, Вт (M±SD)	27 ± 5,2	25,7 ± 7,5	>0,05
Температура воздействия, °C (M±SD)	41 ± 2,9	40,3 ± 2,5	>0,05
Импеданс, Ом (M±SD)	129 ± 7,6	114 ± 7,9	>0,05
Наличие рецидивов, абс (%)	4 (11,6%)	1 (2,9%)	>0,05**

Примечание: статистическая значимость различия между группами (по t-критерию Стьюдента, * по критерию χ^2 , **точный критерий Фишера).

Как видно из данных таблицы, в I группе в средне-отдалённом периоде зарегистрировано 4 рецидива (эффективность 88,6%), во II – 1 рецидив (97,1%). Системы навигации чаще применяли при передней/передне-верхней локализации ДПЖС (95%), реже – при септальной (60%) и задней/задне-верхней (20%). Все отдалённые рецидивы отмечены после вмешательств без навигации.

На основании проведенного статистического анализа была сформирована актуарная кривая Каплана-Мейера, визуализированная на графике 1.

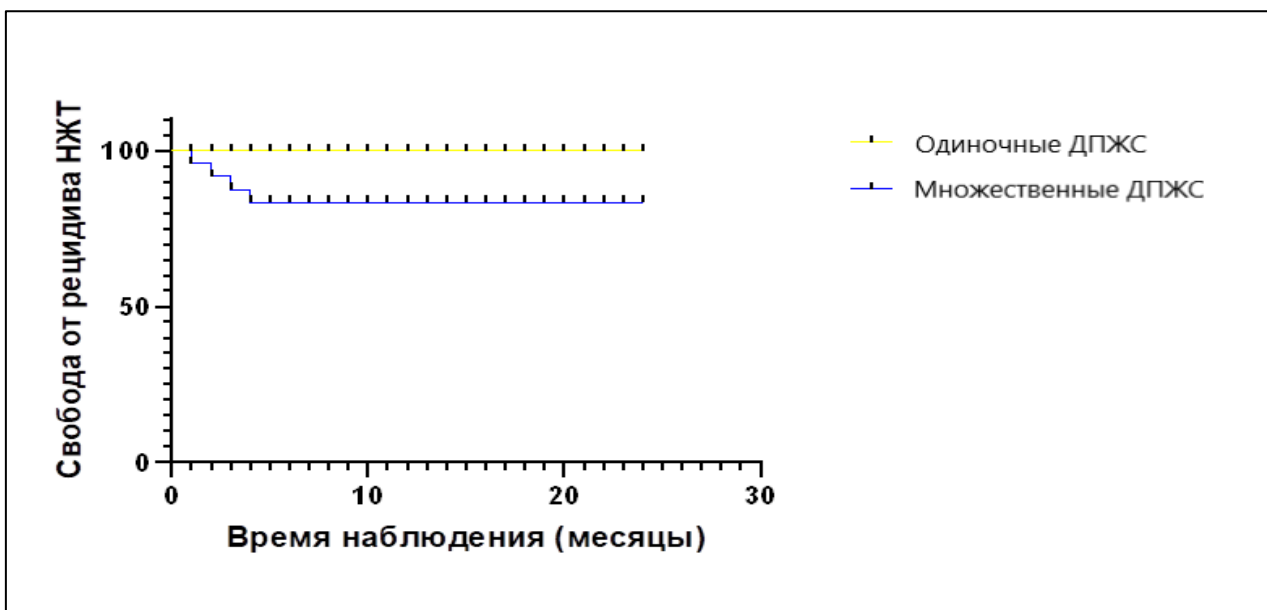


Рисунок 1. – Актуарная кривая свободы от рецидивов наджелудочковых тахикардий в послеоперационном периоде у пациентов двух групп (метод Каплана–Мейера, программное обеспечение GraphPad Prism, США). Жёлтая линия соответствует пациентам с одиночными ДПЖС, синяя – пациентам с множественными ДПЖС.

Таким образом, при инвазивном картировании у пациентов с множественными ДПЖС наиболее частыми локализациями манифестирующих путей были задняя (51,4%) и нижняя парасептальная (45,7%). Преобладающие сочетания – септальный манифестирующий с передним скрытым и передний нижний манифестирующий с передним верхним скрытым; наиболее редкое – передней и задней. Непосредственная эффективность РЧА без навигации составила 66,7%, при её применении – 100%. Общая средне-отдалённая эффективность аблации множественных ДПЖС – 88,6%. Для позиционирования абляционного катетера управляемые интродьюсеры показали большее практическое значение по сравнению с неуправляемыми.

ВЫВОДЫ

1. У 42 пациентов с синдромом WPW выявлена высокая частота коморбидной кардиальной патологии (90,5%), преимущественно врождённых аномалий (66,7%) и ГКМП (14,3%). Манифестная форма диагностирована у 80,9%, интермиттирующая – у 16,7%, латентная – у 2,4%. ЭхоКГ показало сохранную систолическую функцию ЛЖ (ФВ $57,1 \pm 6,1\%$, КДР $42,9 \pm 4,9$ мм) и отсутствие дилатации камер сердца [1-А, 4-А, 5-А, 6-А, 8-А, 11-А].

2. ТФН обладает ограниченной прогностической ценностью для стратификации риска у госпитальных пациентов с WPW: феномен внезапного исчезновения дельта-волны зарегистрирован лишь у 29,2% пациентов, без различий между симптомными и бессимптомными. В 16,7% случаев нагрузка индуцировала клинически значимые аритмии, что обосновывает применение ТФН как провокационного теста. В условиях ограниченной доступности инвазивного ЭФИ и РЧА основой ведения остаётся фармакотерапия, требующая крайней осторожности при назначении препаратов, блокирующих АВ-узел, из-за риска ускорения проведения по дополнительным путям [4-А, 6-А, 9-А, 10-А, 11-А].
3. Пациенты с множественными ДПЖС (n=35) характеризуются достоверно более старшим возрастом ($49,8 \pm 18,7$ года против $34,2 \pm 15,5$ года; $p < 0,05$) и принципиально иным распределением аритмогенного субстрата по сравнению с пациентами с одиночными ДПЖС (n=35). Множественные ДПЖС достоверно чаще локализуются в технически сложных зонах: септальной (40,0% против 2,9%; $p < 0,001$), передней (34,3% против 2,9%; $p < 0,01$) и задней (51,4% против 14,3%; $p < 0,05$). Наиболее частым сочетанием является комбинация манифестирующего септального и скрытого переднего путей [1-А, 3-А, 4-А, 6-А, 7-А].
4. Несмотря на 100% непосредственную эффективность, РЧА множественных ДПЖС характеризуется большей продолжительностью и ресурсоёмкостью, что обусловлено сложной анатомией аритмогенного субстрата. Доказано достоверное увеличение общего времени процедуры на 91% ($67,0 \pm 49,3$ мин против $35,0 \pm 37,7$ мин; $p < 0,01$) и времени рентгеноскопии на 88% ($35,2 \pm 9,2$ мин против $18,7 \pm 6,8$ мин; $p < 0,001$) по сравнению с аблацией одиночных путей. В средне-отдалённом периоде (10,0 \pm 2,3 месяца) частота рецидивов в группе множественных ДПЖС составила 11,4% (4/35), в группе одиночных – 2,9% (1/35); различия не достигли статистической значимости ($p = 0,36$), что, вероятно, обусловлено малым объёмом выборки [1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 7-А].
5. Применение систем трёхмерной электромагнитной навигации значимо ассоциировано с отсутствием рецидивов в средне-отдалённом периоде. В

группе множественных ДПЖС все 4 рецидива (100%) зафиксированы после вмешательств, выполненных без трёхмерного картирования, тогда как при его использовании рецидивов не наблюдалось ($p < 0,01$). Трёхмерная навигация позволяет нивелировать высокий риск рецидивирования, характерный для множественных ДПЖС, и достичь отдалённой безрецидивной выживаемости (88,6%), сопоставимой с результатами аблации одиночных путей (97,1%) [2-А, 3-А, 4-А, 6-А, 7-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Всем пациентам с впервые выявленными ЭКГ-признаками синдрома WPW показано расширенное ЭхоКГ для исключения сопутствующей структурной патологии (особенно аномалии Эбштейна и ГКМП), что определяет прогноз и необходимость направления в специализированный центр для углублённого обследования, включая генетическое консультирование.
2. ТФН у пациентов с синдромом WPW целесообразно применять преимущественно как провокационный тест. Индукция клинически значимой тахикардии во время нагрузочного тестирования служит прямым показанием для направления пациента в центр, выполняющий ЭФИ, для решения вопроса о РЧА независимо от наличия симптомов в покое.
3. При выборе медикаментозной терапии у пациентов с манифестной формой синдрома WPW противопоказано назначение препаратов, блокирующих АВ-узел (недигидропиридиновые антагонисты кальция, сердечные гликозиды, аденозин), из-за риска ускорения проведения по дополнительному пути и провокации жизнеугрожающих аритмий, в первую очередь ФП.
4. При планировании РЧА у пациентов с множественными ДПЖС необходимо учитывать, что процедура сопровождается увеличением продолжительности вмешательства в среднем на 91% и повышением лучевой нагрузки на 88% по сравнению с аблацией одиночных путей, что требует подготовки операционной бригады и информирования пациента.

5. Во время процедуры РЧА у пациентов с множественными ДПЖС использование систем трёхмерной электромагнитной навигации является обязательным для достижения оптимальных отдалённых результатов.

ПУБЛИКАЦИЯ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Файзалиев Р.Х. Исторические аспекты развития теории синдрома предвозбуждения желудочков [Текст] /Г.Р. Мацонашвили, Т.Р. Мацонашвили, С.Ю. Сергуладзе, В.Г. Суладзе, Р.Х. Файзалиев // Вестник аритмологии. – 2021. – №4 (104). – С. 45-51.

[2-А]. Файзалиев Р.Х. Случай успешного устранения желудочковой эктопической активности с парагисиальной локализацией субстрата доступом из правого коронарного синуса Вальсальвы [Текст] /Г.Р. Мацонашвили, С.Ю. Сергуладзе, Т.Р. Мацонашвили, В.Г. Суладзе, Г.Р. Кулумбегов, Р.Х. Файзалиев // Вестник аритмологии. – 2022. – №3 (109). – С. 37-43.

[3-А]. Файзалиев Р.Х. Оценка непосредственных и среднеотдаленных результатов интервенционного устранения множественных дополнительных предсердно-желудочковых соединений [Текст] /Р.Х. Файзалиев, С.Ю. Сергуладзе, В.Г. Суладзе, Г.Р. Мацонашвили, Т.Р. Мацонашвили// Анналы аритмологии. 2023. – Т. 20, №1. – С. 15-21.

[4-А]. Файзалиев Р.Х. Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта: диагностические критерии, оценка риска и терапия [Текст] /Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова, А.Д. Гулахмадов// Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2025. – №1. – Стр. 86-92.

[5-А]. Файзалиев Р.Х. Клинико-инструментальная характеристика больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта [Текст] /Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова, М.Ш. Ахмадзода// Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2025. – №2. – Стр. 63-68.

[6-А]. Файзалиев Р.Х. Современные подходы к диагностике, стратификации риска и лечению синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта [Текст]

/Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова // Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». – 2026. – Т. 7, № 1. – С. 220-228.

Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций

[7-А]. Файзалиев Р.Х. Радиочастотная абляция множественных дополнительных предсердно-желудочковых соединений: современные подходы и отдаленные результаты / Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова, С.Ю. Сергуладзе// Материалы ежегодной XXXI научно-практической конференции «Единство науки и образования как инструмент повышения качества медицинской помощи» с международным участием. – 2025. – С. 333-334.

[8-А]. Файзалиев Р.Х. Клинико-инструментальная характеристика синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта/ Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXXI научно-практической конференции «Единство науки и образования как инструмент повышения качества медицинской помощи» с международным участием. – 2025. – С. 334-335.

[9-А]. Файзалиев Р.Х. Оценка прогностического значения и нагрузочного тестирования в стратификации риска аритмических событий у пациентов с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта /С.М. Шукурова, Р.Х. Файзалиев// Материалы ежегодной XXXI научно-практической конференции «Единство науки и образования как инструмент повышения качества медицинской помощи» с международным участием. – 2025. – С. 343-344.

[10-А]. Файзалиев Р.Х. Клинико-диагностическое значение нагрузочного теста для стратификации риска у пациентов с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта/ Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова // Сборник тезисов международной конференции «Спорные и нерешённые вопросы кардиологии 2025». – 2025. – С. 21-22.

[11-А]. Файзалиев Р.Х. Клинико-инструментальная диагностика и характер терапии синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта: данные ретроспективного исследования /Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова// Материалы республиканской научно-практической конференции (VI-годовая), посвящённой дню президента и государственному флагу Республики Таджикистан. – 2025. – С. 486.

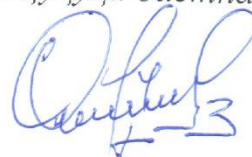
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- АВРТ – атриовентрикулярная реципрокная тахикардия
- АВ-узел – атриовентрикулярный узел
- ВВФСУ – время восстановления функции синусового узла
- ВПС – врождённый порок сердца
- ГКМП – гипертрофическая кардиомиопатия
- ДПЖС – дополнительное предсердно-желудочковое соединение
- ДМПП – дефект межпредсердной перегородки
- ДМЖП – дефект межжелудочковой перегородки
- КДО – конечно-диастолический объём
- КДР – конечно-диастолический размер
- КСО – конечно-систолический объём
- КСР – конечно-систолический размер
- ЛЖ – левый желудочек
- ЛП – левое предсердие
- НЖТ – наджелудочковая тахикардия
- НСВ – некоронарный синус Вальсальвы
- ПЖ – правый желудочек
- РЧА – радиочастотная абляция
- ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
- ТФН – тест с физической нагрузки
- ФВ – фракция выброса
- ФП – фибрилляция предсердий
- ЭКГ – электрокардиография
- ЭФИ – электрофизиологическое исследование
- ЭхоКГ – эхокардиография
- Р-А, А-Н, Н-V – интервалы электрограммы
- WPW – Вольф-Паркинсон-Уайт

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ
СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

ВБД 616.12-005.4-073.756.8-089.168

Бо ҳуқуқи дастнавис



ФАЙЗАЛИЕВ РАҲИМ ҲАСАНОВИЧ

**МУНОСИБКУНОНИИ ТАШХИС ВА АРЗЁБИИ НАТИҶАҲОИ
БАРТАРАФСОЗИИ ИНТЕРВЕНСИОНИИ ПАЙВАСТҲОИ ИЛОВАГИИ
ДАҲЛЕЗӢ-МЕЪДАЧАВИИ СЕРШУМОР**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии

номзади илмҳои тиббӣ

аз рӯи ихтисоси 3.1.5. Кардиология

Душанбе-2026

Диссертатсия дар кафедраи бемориҳои дарунӣ ва кардиоревматологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро шудааст.

Рохбари илмӣ: **Шукурова Сурайё Мақсудовна** – узви вобастаи АМИТ, д.и.т, профессор, мудири кафедраи бемориҳои дарунӣ ва кардиоревматологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон».

Муқарризони расмӣ: **Тулабоева Гавҳар Мирокборовна** – д.и.т., профессор, мудири кафедраи кардиология ва геронтология бо курси кардиологияи интервенсионӣ ва аритмологияи Маркази рушди таҳассуси касбии кормандони тибби Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Ўзбекистон.

Рофизода Ҳалима Шариф – н.и.т., мудири кафедраи бемориҳои дарунӣ бо курси кардиологияи клиникии МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-иҷтимоии Тоҷикистон».

Муассисаи тақриздиханда: Донишгоҳи давлатии тиббии Самарканд (ш. Самарканд, Ҷумҳурии Ўзбекистон)

Ҳимояи рисола рӯзи «10» июни соли 2026 соати «14⁰⁰» дап чаласаи Шурои диссертатсионии 6D.KOA-111 дар назди МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» баргузор мегардад.

Суроға: Ҷумҳурии Тоҷикистон, 734026, ш. Душанбе, хиёбони И. Сомонӣ 59, www.ipovszrt.tj +9923722503101.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Институти таҳсилоти баъдидипломии соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат « » _____ соли 2026 ирсол гардид.

Котиби илмӣ

Шурои диссертатсионӣ,

номзади илмҳои тиб, дотсент

 **Нарзуллаева А.Р.**

МУҚАДДИМА

Мубрамияти мавзуи таҳқиқот. Тахикардияҳои болоимеъдачагӣ (ТБМ) тақрибан 80%-и ҳамаи аритмияҳоро ташкил дода, дар ҳудуди 1%-и беморони дар шубҳаҳои кардиологӣ бистаришуда воমেҳӯранд [10, с. 54-62; 17, с. 655-720]. Дар ин гурӯҳ тахикардияҳои ресипрокии атриовентрикулярӣ (ТРАВ) аҳамияти махсус доранд, ки аз ҷиҳати этиологӣ бо мавҷудияти пайвастиҳои иловагии даҳлезӣ-меъдачавӣ (ПИДМ) алоқаманданд. Ин роҳҳои гузаронандаи ғайримуқаррарӣ масири алтернативии гузариши импульси электрикиро байни даҳлезҳо ва меъдачаҳо, бо давр задани гиреҳи физиологии атриовентрикулярӣ (АВ), таъмин менамоянд [11, с. 59-66; 18, с. 1387-1399; 30, с. 296].

Алоими Волф–Паркинсон–Уайт (WPW) яке аз пажӯҳишшудатарин ва ҳамзамон «мушкилоти то охир ҳалнашудаи аритмология» боқӣ мемонад. Чуноне ки С.С. Зағлиева ва ҳаммуаллифон (2021) қайд мекунанд: «Асоси анатомии ин алоим мавҷудияти пайвастиҳои иловагии ғайримуқаррарии даҳлезу меъдачаҳо ҳисобида мешавад, ки тавассути онҳо импульсҳо аз даҳлезҳо ба меъдачаҳо ҳам тавассути гиреҳи атриовентрикулярӣ ва ҳам тавассути роҳи иловагӣ ворид мешаванд» [5, с. 55-62]. Мувофиқи ақидаи Л.А. Бокерия ва Н.Э. Алиева (2020): «Алоими Волф–Паркинсон–Уайт (ВПУ) – ин ҳалалдоршавии ритми дил мебошад, ки субстрати анатомию морфологии он нуқсонҳои модарзодии ҳалқаҳои фиброзии дарғотҳои митралӣ ва трикуспидалӣ (КТ) ба шумор меравад, ки дар натиҷаи он байни даҳлезҳо ва меъдачаҳо иртиботи миокардиалӣ – пайвастиҳои иловагии даҳлезу меъдачаҳо (ПИДМ) боқӣ мемонанд» [2, с. 12-23]. А.А. Чернова ва ҳаммуаллифон (2017) таъкид мекунанд, ки «Алоими Волф–Паркинсон–Уайт яке аз мушкилоти бештар омӯхташуда ва дар айни замон то охир ҳалнашудаи аритмология мебошад» [13, с. 269-272]. Худи ҳамин тафсири нишон медиҳад, ки «алоими WPW дар 0,1-3,1% аз 1000 СБД воমেҳӯрад... Таносуби байни мардон ва занон 3:2-ро ташкил медиҳад», дар ҳоле ки «дар синни кӯдакӣ алоими WPW нисбат ба калонсолон бештар (7-10% дар муқоиса бо 3-6%) ба мушоҳида мерасад» [13, с. 269-272].

Чанбаи калидии алоими WPW хавфи пайдоиши аритмияҳои ба ҳаёт таҳдидунонда ва марги ногаҳонии дил ба шумор меравад. Чуноне ки С.Е. Мамчур ва А.В. Ардашев (2014) таъкид менамоянд, «дар шахсони дорои презбитатсияи бенишона, МНД метавонад аввалин зухуроти клиникий беморӣ гардад» [8, с. 60-72]. Тибқи маълумоти А.А. Чернова ва ҳаммуаллифон (2017): «эҳтимолияти инкишофи марги ногаҳонӣ (МНД) дар давоми 10 сол аз 0,15 то 0,39%-ро ташкил медиҳад, ки ин аз хавфи умумичаҳонии МНД (камтар аз 0,1%) баландтар аст», ва «фавт аз аритмия ҳангоми алоими WPW 1,5%-ро ташкил медиҳад» [13, с. 269-272]. С.С. Заглиева ва ҳаммуаллифон (2021) қайд мекунанд: «агар дар СБД ҳангоми хуруҷи (пароксизми) ларзиши даҳлезҳо сабтшуда, кӯтоҳтарин фосилаи R-R 250 мс ва камтар бошад, пас хавфи марги ногаҳонӣ зиёд аст ва табобати профилактикий алоими WPW ҳатмист» [5, с. 55-62]. Дар сохтори аритмияҳо ҳангоми алоими WPW ҷои асосиро ТРАВ ишғол мекунанд. Мувофиқи маълумоти А.А. Чернова ва ҳаммуаллифон (2017): «ТРАВ ҳангоми алоими зоҳиршудаи WPW 39,4%-ро ва ТРАВ бо роҳҳои пинҳонии ПИДМ ретроградӣ 24,1%-ро ташкил медиҳанд» [13, с. 269-272].

Тавсияҳои клиникий байналмилалӣ ва ватанӣ нақши пешбари аблатсияи катетериро дар тактикаи пешбурди беморони дорои алоими WPW таъкид мекунанд. Дар дастури ACC/AHA/HRS (2015) нишон дода шудааст, ки дар беморони дорои алоими аломатии WPW «аблатсияи катетерии роҳи иловагӣ дорои дараҷаи I-и нишондодҳо буда, ҳамчун табобати хатти аввал баррасӣ мешавад [27, с. e471-e550]. Тавсияҳои аврупоии ESC (2019) низ ба ҳамин монанд қайд мекунанд, ки «аблатсияи катетерӣ ба беморони дорои алоими Волф–Паркинсон–Уайт ва тахиаритмияҳои хуччатшуда тавсия дода мешавад (дараҷаи I)» [17 с. 655-720]. С.С. Заглиева ва ҳаммуаллифон (2021) таъкид менамоянд, ки «барои пешгирии пароксизмҳои такрорӣ тахиаритмияҳо аблатсияи радиобасомадии катетерии роҳҳои гузаронандаи иловагӣ тавсия дода мешавад, ки самаранокии он тақрибан 95%-ро ташкил медиҳад» [5, с. 55-62].

Дар таҷрибаи клиникӣ ҳолатҳои дорои ПИДМ-и сершумор, ки дар 15%-и беморони дорои барангезиши пешвақтии меъдачаҳо вохӯранд, душвориҳои

бештарро ба вучуд меоранд [1, с. 223-268; 4, с. 157-162]. Е.В. Пеняева қайд мекунад, ки ҳангоми аномалияи Эбштейн «басомади ошкоршавии пайвастиҳои иловагии даҳлезӣ-меъдачавии сершумор нисбат ба аҳолии умумии беморони дорои алоими Волф–Паркинсон–Уайт ба таври назаррас баландтар аст», ки ин «чараёни клиникӣ ва табобати интервентсиониро мушкил месозад» [9, с. 67-74]. Данилова Л.А. ва ҳаммуаллифон (2018) таъкид мекунанд: «Ҳангоми мавҷудияти ПИДМ-и сершумор дар гузаронидани ташҳиси СБД ва ТЭФ, инчунин, ҳангоми иҷрои АРБ мушкилиҳо ба миён меоянд. Маҳз бо ҳамин афзоиши давомнокии ҷарроҳӣ ва миқдори таъсиррасониҳои иҷрошуда, инчунин, зарурати гузаронидани АРБ-и такрорӣ ҳангоми пайдо шудани ретсидиви ВПУ шарҳ дода мешавад» [4, с. 157-162]. С.С. Зағлиева ва ҳаммуаллифон (2021) дар байни нишондодҳо ба аблатсияи катетерӣ «мавҷудияти чанд роҳи иловагиро, ки бо ёрии ТЭФ исбот шудааст», номбар мекунанд [5, с. 55-62]. Л.А. Бокерия ва Н.Э. Алиева (2020) ишора мекунанд, ки «то 15%-и беморони дорои алоими барангезиши пешвақтии меъдачаҳо ПИДМ-и сершумор доранд» ва «...ҳангоми аномалияи Эбштейн басомади ошкорсозии ПИДМ-и сершумор нисбат ба аҳолии умумӣ ба таври назаррас баландтар аст» [2, с. 12-23].

Саҳми назаррасро дар дарки алоими WPW таҳқиқотҳои генетикӣ ва молекулавӣ мегузоранд. Дар кори Ю.А. Толстокорова ва ҳаммуаллифон (2024) нишон дода шудааст, ки «ба ғайр аз пешгӯикунандаҳои генетикӣ, ҳангоми алоими ВПУ инчунин, нишонаҳои фенотипӣ ошкор шуда метавонанд, ки дар якҷоягӣ бо ҳамдигар маълумоти мукамалро барои пешгирии намуди зоҳиршудаи халалдоршавии ритм фароҳам меоранд» [12, с. 90-94]. Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти соматометрӣ, муаллифон муайян карданд, ки «дар гурӯҳи умумии шахсони гирифтори алоими ВПУ мезоморфҳо (57%) бартарӣ доштанд», ва аз рӯи индекси Rees-Eysenck – «нормостеникҳо (37%) ва пикникҳо (38%)», дар ин сурат «...дар гурӯҳи занон робитаи қуввааш миёнаи алоими ВПУ бо қабати ҷарбии рон (0,52) ва дар гурӯҳи мардон бо қабати ҷарбии шикам (0,56) коррелятсия дошт» [12, с. 90-94].

Мубрамияти масъалаи ПИДМ-и сершумор дар адабиёти ҷаҳонӣ мунтазам меафзояд. Сарфи назар аз пешравиҳои бадастомада, вазифаҳои марбут ба муайянсозии хусусиятҳои ҷойгиршавии анатомии роҳҳои иловагии гузаронанда ва ошкор намудани ПИДМ-и «пинҳонии» бештар маъмул, ки ба минтақаи муайяни анатомӣ майл доранд, боқӣ мемонанд [4, с. 157-162; 25, с. 43-48; 26, с. 404-409; 31, с. 87-92]. Ин масъала дар шароити маҳдудияти дастрасӣ ба усулҳои ташхиси дорой технологияҳои баланд аҳамияти махсус пайдо мекунад, ки дар он пешбурди беморон таҳияи равишҳои оқилонаро дар асоси усулҳои дастраси ғайриинвазивӣ ва муносибқунонии табобати доруворӣ талаб менамояд [3, с. 71-78; 20, с. 1729-1737; 22, с. 855-859]. Дар айни замон, таҳлили натиҷаҳои табобати интервентсионӣ дар марказҳои махсусгардонидашуда имкон медиҳад, ки омилҳои калидии ба самаранокии аблатсияи радиобасомадӣ (АРБ) ҳангоми ПИДМ-и сершумор таъсиркунанда муайян карда шуда, тавсияҳои амалӣ таҳия гарданд.

Ҷамаи гуфтаҳои боло мубрамияти таҳқиқоти мазкурро, ки ба муносибқунонии ташхис ва арзёбии натиҷаҳои табобати интервентсионии беморони дорой алоими WPW тавассути таҳлили маҷмуии хусусиятҳои клиникаю инструменталӣ ва омӯзиши муқоисавии самаранокии АРБ ҳангоми ПИДМ-и сершумор ва танҳо нигаронида шудааст, муайян менамояд.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. Сарфи назар аз пешравиҳои бадастомада дар ташхис ва табобати бемориҳои дилу раг (БДР), ТБМ, мувофиқи маълумоти А.А. Чернова ва ҳаммуаллифон (2017), ҳамчун «сценарияи мураккаби клиникӣ» боқӣ мемонанд [13, с. 269-272]. Чуноне ки С.С. Заглиева ва ҳаммуаллифон қайд мекунанд, «дар асоси ҳалалдоршавии пароксизмалии ритми дил ҳангоми алоими барангезиши пешвақтии меъдаҷаҳо механизми re-entry меистад» [5, с. 55-62]. Бо назардошти таҳаввули эҳтимолии аритмияҳо ба ҳодисаҳои барои ҳаёт хавфнок, шинохти дурусти СБД аҳамияти калидӣ дорад [11, с. 59-66; 19, с. 519-525; 30, с. 296].

Таҳияи барномаҳои таълимӣ барои пизишкони ёрии таъҷилӣ ба шинохти бармаҳали WPW ва стратификатсияи саривақтии хавф мусоидат менамояд [1, с.

223-268; 6, с. 1128-1136; 15, с. 119-127; 23, с. 389-395]. Чуноне ки С.С. Заглиева ва ҳаммуаллифон (2021) қайд мекунад: «Вазифаи муҳимтарини кардиологияи клиникӣ ошкорсозии бармаҳал ва табобати беморони дорои хавфи баланди инкишофи марги ногаҳонии дил мебошад» [5, с. 55-62]. Пас аз тасдиқи ташхис, арзёбии омилҳои ҳамроҳе, ки аритмияро ба вучуд меоранд, зарур аст [5, с. 55-62; 7, с. 64-72; 31, с. 87-92]. Дар ҳолатҳои мураккаби аритмияи аз ҷиҳати гемодинамикӣ ноустувор, ки ба табобати доруворӣ тобовар аст, аблатсияи таъҷилии катетерӣ варианти самараноки табобат ба шумор меравад. Л.А. Бокерия ва Н.Э. Алиева (2020) таъкид менамоянд, ки дар таҷрибаи клиникӣ муосир «аблатсияи радиобасомадӣ усули асосии интервенсионӣ табобати беморони дорои алоими Волф–Паркинсон–Уайт мебошад». Бо вучуди ин, муаллифон диққатро ба мушкилоти техникӣ ҷарроҳӣ равона карда, қайд мекунад, ки «ҳангоми ошкор шудани ПИДМ-и эпикардиялӣ ва интрамиокардиялӣ дар беморон, истифодаи усули АРБ-и эндокардиялӣ бинобар душвории дастрасии катетери аблатсионӣ ба минтақаҳои таъсири радиобасомадӣ бесамар мебошад» [2, с. 12-23].

Стратификацияи хавфи марги ногаҳонӣ усулҳои инвазивӣ ва ғайринвазивиро дар бар мегирад, ки имкон медиҳанд давраи рефрактерии антероградии роҳи иловагӣ арзёбӣ карда шавад [14, с. 1-5; 19, с. 519-525; 28, с. 282-286]. Аблатсияи роҳи иловагӣ ягона усуле боқӣ мемонад, ки омили хавфи марги ногаҳониро баргараф месозад. Бо вучуди ин, таҳлили таҳқиқотҳои параметрҳои аблатсия якхела нестанд [16, с. 106-112; 21, с. 420-426; 24, с. 463-468]. Чуноне ки Л.А. Данилова ва ҳаммуаллифон (2018) қайд мекунад, «ҳангоми мавҷудияти ПИДМ-и сершумор дар гузаронидани ташхиси СБД ва ТЭФ, инчунин, ҳангоми иҷрои АРБ мушкилиҳо ба миён меоянд», ки ин вобастагии муваффақияти аблатсияро аз топографияи роҳ ва мавҷудияти ПИДМ-и сершумор тасдиқ менамояд [4, с. 157-162]. С.М. Teixeira ва ҳаммуаллифон (2016) нишон доданд, ки алгоритмҳои мавҷуда «дақиқии ҷойгиршавии роҳи иловагиро аз 27 то 47% ҳангоми мувофиқати комил таъмин мекунад, ки дар

сурати ба назар гирифтани чойгиршавии ба ҳам наздик то 40-76% меафзояд» [29, с. 331-338].

Ҳамин тариқ, ҳангоми дараҷаи баланди коркарди илмӣи ҷанбаҳои калидии WPW як қатор масъалаҳои ҳалнашуда боқӣ мемонанд, ки ба ҷараёни клиникаию морфофункционалӣ ҳангоми ПИДМ-и сершумор, фарқиятҳои гендерӣ, муносибкунонии фармакотерапия ва интихоби тактика ҳангоми чойгиршавии мураккаби роҳҳо дахл доранд. Ин зарурати таҳқиқотҳои минбаъдаро, ки ба муносибкунонии алгоритмҳои ташҳис ва табобати интервенсионӣ нигаронида шудаанд, асоснок мекунад [2, с. 12-23; 5, с. 55-62; 21, с. 420-426; 24, с. 463-468].

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ қисми таркибии барномаи мақсадноки илмӣ-таҳқиқотии «Ташҳиси топикӣ ва табобати ғайридорувории шаклҳои гуногуни тахикардияҳо пас аз гузаронидани даҳолатҳои ҷарроҳӣ дар дили кушода» (рақами қайди давлатӣ №АААА-А20-120032390075-2) маҳсуб меёбад. Он натиҷаи таҳқиқотҳо дар соҳаи ташҳис ва табобати ҷарроҳии алоими WPW бо мавҷудияти ПИДМ-и сершумор аз ҷониби мутахассисони шуъбаи табобати ҷарроҳии тахикардияҳо (роҳбар – д.и.т. Сергуладзе С.Ю.) мебошад.

Ҳуҷҷати дигари илмӣ қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3-юми декабри соли 2012, №676 мебошад, ки лоиҳаи «Дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва осеббардорӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи солҳои 2012-2023»-ро тасдиқ намудааст. Дар доираи ин ҳуҷҷат лоиҳаи илмӣ-таҳқиқотии кафедраи бемориҳои дарунӣ ва кардиоревматологияи МДТ «Институти таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» дар мавзӯи «Бемориҳои ревматикӣ ва кардиоваскулярӣ: паҳншавӣ, алоқамандии этиопатогенетикӣ, предикторҳои пешгӯйии номатлуб, ташҳис ва оптимизатсияи табобат» барои давраи солҳои 2024-2028 (роҳбар – д.и.т., проф. Шукурова С.М.) тасдиқ карда шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Муносибкунонии ташҳис ва арзёбии натиҷаҳои табобати интервенсионии беморони гирифтори алоими Волф–Паркинсон–Уайт

дар асоси таҳлили маҷмуии тавсифоти клиникӣ-инструменталӣ ва омӯзиши муқоисавии самаранокии аблатсияи радиобасомадӣ ҳангоми мавҷудияти пайвастиҳои иловагии даҳлезӣ-меъдачавии сершумор ва танҳо.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Арзёбии басомади ошкоршавӣ, профили клиникӣ-демографӣ ва хусусиятҳои сохторӣ-функционалии дил дар беморони беморхонавии гирифтори алоими Волф–Паркинсон–Уайт;
2. Гузаронидани таҳлили стратегияи маҷмуии ғайриинвазивии пешбурди беморони гирифтори алоими Волф–Паркинсон–Уайт дар шароити маҳдудияти дастрасӣ ба таҳқиқоти инвазивии электрофизиологӣ ва аблатсияи радиобасомадӣ, ки арзёбии аҳамияти пешгӯйии санҷиши сарбории ҷисмониро барои стратификатсияи хатари аритмияҳои ба ҳаёт таҳдидкунанда, инчунин, муайян намудани сохтор ва асоснокии клиникии табобати доруғии истифодашавандаро дар бар мегирад;
3. Муқоисаи натиҷаҳои бевосита ва миёнамуҳлати аблатсияи радиобасомадӣ, инчунин, нишондиҳандаҳои ҳангоми амалиёти он дар беморони дорои пайвастиҳои иловагии даҳлезӣ-меъдачавии сершумор ва танҳо;
4. Дар асоси маълумоти бадастомада муайян намудани омилҳои калидӣ, ки ба самаранокии бартарифсозии интервенсионии пайвастиҳои иловагии даҳлезӣ-меъдачавии сершумор таъсир мерасонанд ва таҳияи тавсияҳои амалӣ оид ба муносибкунони ташхис ва тактикаи гузаронидани даҳлат.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот ҳуҷҷатҳои тиббӣ ва таърихи бемории 42 нафар беморон (26 мард ва 16 зан) бо алоими WPW, ки дар шӯъбаҳои кардиологии МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол» дар давраи солҳои 2018-2022 вобаста ба патологияҳои гуногуни дилу раг бистарӣ ва табобат шудаанд, инчунин, 70 нафар беморон (35 нафар бо ПИДМ-и сершумор ва 35 нафар бо ПИДМ-и танҳо), ки дар шӯъбаи табобати ҷарроҳии тахиаритмияҳои МДФБ «ММИТ ҚДР ба номи А.Н. Бакулев»-и Вазорати тандурустии Русия дар давраи аз соли 2015 то 2021 муоина ва табобат гирифтаанд, буданд. Ҷамаи беморони

муоинашуда бо алоими WPW мувофиқи тарҳи таҳқиқот аз муоинаи маҷмуии клиникӣ, биохимиявӣ, инструменталӣ ва таҳлили статистикӣ гузаштанд.

Мавзуи таҳқиқот. Мавзуи таҳқиқотро хусусиятҳои ташҳиси алоими WPW дар сохтори ТБМ дар бемороне, ки дар клиникаҳои махсусгардонидашудаи шаҳрҳои Москва ва Душанбе табобати беморхонагӣ гирифтаанд, ташкил дод. Таҳқиқот арзёбии маҷмуии омилҳои этиологӣ, тавсифоти электрофизиологию инструменталӣ, механизмҳои триггерӣ, сохтори патологияи ҳамроҳ ва нишондодҳо барои гузаронидани АРБ, инчунин, таҳлили натиҷаҳои бевосита ва миёнамуҳлати даҳолати интервенсиониро дар бар гирифт.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Дар таҳқиқот бори аввал паҳншавӣ ва профили клиникии алоими WPW дар байни беморони сатҳи беморхонавии шӯъбаҳои кардиологии ҷумҳурӣ ба таври муфассал тавсиф карда шудааст. Муайян карда шуд, ки дар шароити маҳдудияти дастрасӣ ба усулҳои баланди технологӣ, алоим асосан дар марҳилаҳои дер дарёфт шуда, дар қисми зиёди ҳолатҳо на ҳамчун бозёфти ҷудогонаи электрофизиологӣ, балки ҳамчун ҷузъи патологияи ҳамроҳи дилу раг зоҳир мегардад.

Муайян карда шуд, ки алоими барангезиши пешвақтии меъдачаҳо дар беморони синни ҷавон бо бартарии ҷинси мард ва басомади баланди патологияи сохтории миокард, аз ҷумла аномалияҳои модарзодӣ ва КМПГ ташҳис карда мешавад. Нишонаҳои алоими WPW аз ҷараёни беаломатӣ то зухуроти шадид, ба монанди дилзанӣ, беҳолӣ ва аз ҳуш рафтани тағйир меёбанд. Зуд-зуд вохӯрандатарин зухуроти СБД алоими зоҳиршудаи WPW ва ТРАВ мебошанд, ки тавассути мониторинги Холтерӣ тасдиқ шудаанд; мониторинги мазкур инчунин, басомади баланди экстрасистолияи меъдачавию даҳлезиро ба қайд гирифт. Бори аввал дар асоси СБД ва мониторинги шабонарӯзии Холтерӣ навъҳои гоҳ-гоҳ пайдошаванда ва пинҳонии алоими WPW ташҳис карда шуданд. Таҳлили хусусияти табобати беморони дорои алоими WPW дар марҳилаи беморхонавӣ гузаронида шуд.

Бори аввал арзёбии аҳамияти пешгӯиҳои санҷиши сарбории ҷисмонӣ (ССЧ) аз рӯи протоколи Брюс дар беморони беморхонавии дорои алоими WPW иҷро

карда шуд. Фенемени «хатари паст» (гум шудани делта-мавч) танҳо дар 29,2%-и ҳолатҳо мушоҳида шуд, дар ҳоле ки дар 16,7%-и беморон сарбории ҷисмонӣ боиси хуруҷи аритмия гардид. Муайян карда шуд, ки натиҷаи манфии санҷиши сарбории ҷисмонӣ наметавонад асоси ҳулосаи кофӣ дар бораи беҳатарии ҳолати бемор бошад, махсусан ҳангоми мавҷудияти патологияи сохтори миокард.

Дар таҳқиқоти параллелӣ, ки дар заминаи МДФБ «ММИТ ҚДР ба номи А.Н. Бакулев» гузаронида шуд, аз рӯйи маълумоти таҳқиқоти электрофизиолгӣ (ТЭФ) бори аввал ҷойгиршавии бештар ҳоси ПИДМ-и сершумор муайян карда шуд. Дар беморони дорои роҳҳои сершумор асосан ҷойгиршавии пас ва поёнии парасепталӣ ошкор гардид. Муайян карда шуд, ки пайвастиҳои иловагии сершумор намуди мураккабтари алоими WPW мебошанд, ки барои таъбири муваффақи онҳо истифодаи ҳатмии системаҳои навигатсионии сеандоза зарур аст, ки имкон медиҳанд хатари ретсидив кам карда шавад.

Бори аввал арзёбии муқоисавии натиҷаҳои АРБ-и ПИДМ-и сершумор гузаронида шуд. Самаранокии даҳлат бидуни истифодаи системаҳои мавқеъгузори катетерҳо 66,7% ва ҳангоми истифодаи навигатсияи сеандоза – 100%-ро ташкил дод; самаранокии умумии миёнамуҳлат ба 88,6% расид. Бартари катетерҳои дорои қачии идорашаванда муайян карда шуд, ки имкон медиҳанд электроди аблатсионӣ дар мавқеи лозима дақиқтар гузошта шавад.

Таҳлили муқоисавии ду маркази клиникӣ самти рушди ёрии махсусгардонидашудаи аритмологиро дар шароити маҳдудияти захираҳо муайян намуд, ки марҳила ба марҳила ҷорӣ кардани технологияҳои муосири навигатсионӣ, оморасозии кадрҳо ва таъсиси марказҳои референсиро дар бар мегирад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Аҳамияти назариявии таҳқиқот бо равиши маҷмӯӣ ба омӯзиши алоими WPW дар ду шароити гуногуни клиникӣ – дар муассисаи дорои захираҳои маҳдуд ва дар маркази махсусгардонидашудаи технологияҳои баланд муайян карда мешавад. Маълумоти бадастомада тасаввуроти мавҷударо дар бораи тавсифоти клиникаию эпидемиологии алоим, хусусиятҳои ҷараёни он ҳангоми мавҷудияти ПИДМ-и

сершумор, инчунин, дар бораи аҳамияти пешгӯйии усулҳои ғайриинвазивии ташхис, аз ҷумла ССЧ, васеъ менамоянд.

Аҳамияти илмӣ-амалии таҳқиқот аз таҳияи дастурамали ҷустуҷӯи ташхисӣ иборат аст, ки ба шароити маҳдудияти захираҳо мутобиқ карда шудааст. Ба он усулҳои клиникӣ ва инструменталӣ (СБД, ЭхоКГ, ССЧ) ва ҳангоми мавҷудияти имконият – ТЭФ ва таҳқиқотҳои интервенсионӣ дохил карда шудаанд. Унсурҳои калидии равиши пешниҳодшуда ташхиси навъҳои гуногуни алоими WPW (зохиршуда, гоҳ-гоҳ пайдошаванда, пинҳонӣ), арзёбии патологияи сохтории дил, гузаронидани стратификатсияи хатар бо назардошти арзиши маҳдуди пешгӯйии санчиши сарборӣ ва интихоби тафриқавии тактикаи пешбурди беморон вобаста ба навъи барангезиши пешвақтии меъдачаҳо мебошанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот дар кори клиникӣ шуъбаи кардиология ва шуъбаи ҷарроҳии рентгенэндоваскулярии МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол» ҷорӣ карда шудаанд. Маводҳои кор дар раванди таълим дар кафедраи бемориҳои дарунӣ ва кардиоревматологияи МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» истифода мешаванд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Муайян карда шуд, ки полиморфизми клиникӣ алоими WPW бо басомади баланди патологияи ҳамроҳи сохтории дил вобастагӣ дорад, ки ин арзиши ташхисии меъёрҳои анъанавӣ ғайриинвазивӣ стратификатсияи хавфро коҳиш медиҳад; дар ин замина, аҳамияти пешгуикунандаи ССЧ дар арзёбии «хавфи паст» (нопадид шудани мавҷи делта) маҳдуд мебошад, вале санчиши сарборӣ аҳамияти худро ҳамчун усули барангезиши ҳодисаҳои аритмикӣ нигоҳ медорад.

2. Исбот карда шуд, ки АРБ-и ПИДМ-и сершумор бо давомнокии зиёд ва сарфи бештари захираҳо фарқ мекунад ва истифодаи системаҳои навигатсияи электромагнитӣ сеандоза имкон медиҳад, ки самаранокии баланди бевосита ба даст оварда шуда, хавфи баланди ретсидив бартараф гардад ва зиндамонии бе ретсидив дар давраи дурдаст, ки ба натиҷаҳои табобати беморони дорои роҳҳои танҳо мувофиқат мекунад, таъмин карда шавад

3. Ошкор гардид, ки ПИДМ-и сершумор дар мукоиса бо роҳҳои танҳо бо оғози дертари зухуроти клиникӣ ва тақсимои махсуси субстрати аритмогенӣ бо бартарияти ҷойгиршавиҳои аз ҷиҳати табобати интервентсионӣ мураккаб (септалӣ, пеш ва қафо) тавсиф меёбанд, ки ин мураккабии баланди даҳолати интервентсиониро пешгӯӣ менамояд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии натиҷаҳои бадастомада бо репрезентативӣ будани интиҳоб ва ҳаҷми кофии маводи клиникӣ таъмин карда шудааст. Пойгоҳи иттилоотӣ таҳлили ҳуҷҷатҳои аввалияи тиббӣ (картаҳои тиббӣ, иқтибосҳо аз таърихи беморӣ, ризоияти оғохон), инчунин, дастурамалҳои таҳқиқотҳои инструменталӣ ва лабораториро, ки дар дафтарҳои қайд ва пойгоҳҳои электронии маълумот сабт шудаанд, дар бар мегирад. Тамоми маводҳо бо истифода аз усулҳои муосири таҳлил мавриди коркарди дақиқи методологӣ ва статистикӣ қарор гирифтаанд. Нишондодҳои илмӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ дар асоси дизайни асоснокӣ таҳқиқот, фарогирии васеи маводи аввалия ва таҳлили маҷмуии миқдорию сифатии натиҷаҳо асос ёфтаанд. Натиҷаҳои асосии диссертатсия дар нашрияҳои илмӣ тақризшаванда, ки барои пешниҳоди маводҳои таҳқиқотҳои диссертатсионӣ тавсия шудаанд, ба ҷоп расидаанд.

Мутобиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳаи таҳқиқот). Диссертатсияи мазкур ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии (КОА) назди Президенти ҶТ аз рӯи ихтисоси 3.1.5. Кардиология мутобиқат мекунад: зербанди 3.1. Этиология ва патогенези бемориҳои системаи дилу раг; зербанди 3.2. Зухуроти клиникӣ бемориҳои дилу раг; зербанди 3.3. Ташҳис ва ташҳиси тафриқавии бемориҳои дилу раг; зербанди 3.4. Табобати илман асоснокӣ бемориҳои дилу раг; 3.5. Пешгирӣ, ошкор намудани омилҳои хатар ва хусусиятҳои эпидемиологии бемориҳои дилу раг.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот. Саҳми шахсии муаллиф аз интиҳоби мустақилонаи самти илмӣ ва гузаронидани таҳлили маълумоти адабиёти ба масъалаи мавриди таҳқиқот бахшидашуда иборат мебошад. Яқоя бо роҳбари илмӣ мақсади кор, вазифаҳо ва роҳҳои ноил

шудан ба онҳо муайян карда шудаанд. Муоинаҳои клиникӣ ва инструменталии беморон, пур кардани варақаҳои баҳисобгирӣ ва кортҳои клиникии барои ин таҳқиқот махсус таҳияшуда аз ҷониби муаллиф мустақилона иҷро гардиданд. Тафсири натиҷаҳои бадастомада, тавсифи хулосаҳо ва тавсияҳо якҷоя бо роҳбари илмӣ сураат гирифтанд.

Тасвир ва амалсозии натиҷаҳои диссертатсия. Маводҳои кори диссертатсионӣ дар анҷуманҳои XXV, XXVI, XXVII ва XXIX умумирусиягии ҷарроҳони дилу раг (солҳои 2019, 2020, 2021, 2023), дар иҷлосияи солонаи XXIV-уми ММИТ ҚДР ба номи А.Н. Бакулев (соли 2023), дар конфронси илмии солонаи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (Душанбе, солҳои 2024–2025), дар Кардиотурнири байнидавлатии СҶШ (Тошканд, соли 2025), дар конфронси байналмилалии «Масъалаҳои баҳснок ва ҳалталаби кардиология» (онлайн, соли 2025), инчунин, дар конфронси илмию амалии ҷумҳуриявии (солонаи VI) бахшида ба Рӯзи Президент ва Парчами давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Данғара, соли 2025) гузориш ва муҳокима карда шудаанд.

Апробатсияи диссертатсия дар ҷаласаи шурои экспертии байникафедравии фанҳои терапевтӣ ва ҷамъиятии МДТ «ДТБКСТ ҚТ» (протоколи № 1/2 аз 17.06.2025 сол) гузаронида шуд.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Оид ба мавзӯи таҳқиқоти диссертатсионӣ 11 кори илмӣ ба ҷоп расидааст, аз ҷумла 6 мақола дар маҷаллаҳои, ки аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Федератсияи Русия барои нашри натиҷаҳои асосии корҳои диссертатсионӣ тавсия шудаанд.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Соҳтори диссертатсия бо услуби анъанавӣ таҳия шуда, дар 151 саҳифаи матни компютерӣ таълиф гардидааст. Он аз муқаддима, тавсифи умумии кор, 5 боб (баррасии адабиёт, мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 боби бахшида ба натиҷаҳои таҳқиқотҳои шахсӣ ва боби баррасии натиҷаҳои таҳқиқот), хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёти истифодашуда иборат мебошад. Ба рӯйхати адабиёти истифодашуда 152

сарчашма дохил карда шудааст, ки аз онҳо 30-тоаш бо забони русӣ ва 122-тоаш бо забонҳои дигари хориҷӣ мебошанд. Дар рисола 31 расм ва 13 чадвал оварда шудааст.

МУНДАРИҶАИ КОР

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Кор дар дизайни таҳқиқоти ретроспективӣ-проспективӣ иҷро шуда, ду таҳқиқоти мустақилро дар бар мегирад, ки дар заминаи ду маркази клиникӣ гузаронида шудаанд: МД «Мачмааи тандурустии Истиқлол» (ш. Душанбе, Тоҷикистон) ва МДФБ «ММИТ ҚДР ба номи А.Н. Бакулев» (ш. Москва, Русия).

Таҳқиқоти I: (МД «Мачмааи тандурустии Истиқлол»). Таҳлили ретроспективии 3000 электрокардиограммаи бемороне, ки вобаста ба патологияҳои гуногуни дилу раг дар давраи солҳои 2018-2022 бистарӣ шудаанд, гузаронида шуд. Меъёрҳои интиҳоб инҳо буданд: мавҷудияти барангезиши пешвақтии меъдачаҳо дар СБД-и стандартии 12-канала, ки бо ҳуччатҳо тасдиқ шудааст (фосилаи PR <120 мс, мавҷудияти делта-мавҷ, паҳнои QRS >120 мс) ва набудани нишондодҳои зидди гузаронидани санҷиши сарбории ҷисмонӣ. Гурӯҳи иборат аз 42 бемор бо алоими WPW-и тасдиқшуда ташаккул дода шуд. Маълумоти демографӣ, этиология, тавсифоти СБД ва Холтер, нишондодҳои ЭхоКГ, мавҷудияти аномалияҳои сохтории дил, зухуроти клиникӣ, усулҳои қатъ намудани ТРАВ, натиҷаҳои ССҚ, инчунин, хусусияти табобати гузаронидашуда таҳлил карда шуданд. Барои арзёбии ҷойгиршавии роҳи иловагӣ дар беморони марҳилаи аввал нух алгоритми гуногуни нашршуда, ки барои калонсолон таҳия шудаанд, истифода гардиданд. ССҚ дар велоэргометри беморхона аз рӯйи протоколи Bruce гузаронида шуд. Бемороне, ки дар ибтидо делта-мавҷ надоштанд ва ё он ҳангоми сарборӣ ногаҳон аз байн рафт, ҳамчун шахсони дорои хатари паст арзёбӣ шуданд.

Таҳқиқоти II (МДФБ «ММИТ ҚДР ба номи А.Н. Бакулев») омӯзиши муқоисавии ретроспективӣ-проспективӣ ва таҳлили натиҷаҳои табобати интервенсиониро дар давраи солҳои 2015–2021 дар бар гирифт. Ба таҳқиқот 70 бемори дорои алоими WPW дохил карда шуда, ба ду гурӯҳ тақсим шуданд:

- **Гурӯҳи I (асосӣ):** 35 бемор бо ПИДМ-и сершумор.
- **Гурӯҳи II (муқоисавӣ):** 35 бемор бо ПИДМ-и танҳо.

Меъёрҳои дохилкунӣ (ТБМ-и хуручкунандаи аломатӣ, нишондодҳо ба АРБ) ва истиснокунӣ (нуқсонҳои ҳамроҳи дил, ки ислохро талаб мекунад, мавҷудияти тромбҳои дохилидилӣ, раванди сироятии фаъол) барои ҳарду гурӯҳ яқхела буданд. Ба ҳамаи беморон СБД, мониторинги шабонарӯзии Холтер, ЭхоКГ, ТЭФ-и инвазивӣ ва АРБ гузаронида шуд. Барои муайян кардани локализатсияи ПИДМ алгоритми ташхисии M. Arruda истифода шуд. ТЭФ-и инвазивӣ дар утоқи махсуси чарроҳии рентгенӣ иҷро карда шуд. Пеш аз амалиёт истифодаи доруҳои зиддиаритмикӣ қатъ карда шуд. АРБ бо истифода аз генератори энергияи радиобасомадии «Stockert» (ИМА) ва катетерҳои бисёрэлектродии «Marinr» ва «Celsius Thermocool» (Biosense Webster) амалӣ гардид.

Арзёбии натиҷаҳои миёнамуҳлат тавассути таҳлили маълумоте, ки ҳангоми муоинаҳои назоратӣ пас аз 3, 6 ва 12 моҳи даҳлат ба даст омадаанд, гузаронида шуд. Протоколи муоина СБД-и стандартии 12-расонагӣ, мониторинги Холтерии СБД ва ЭхоКГ-ро дар бар мегирифт.

Коркарди маълумоти оморӣ. Таҳлили натиҷаҳо бо истифода аз барномаҳои Microsoft Excel, IBM SPSS ва STATA иҷро карда шуд. Меъёрҳои Стюдент, χ^2 (бо ислоҳи Йетс) ва меъёри дақиқи Фишер истифода шуданд. Фарқиятҳо ҳангоми $p < 0,05$ аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуданд. Барои таҳлили зиндамонии бидуни ретсидив усули Каплан–Майер истифода гардид.

НАТИҶАҶОИ ТАҲҚИҚОТ

Мувофиқи вазифаҳои таҳқиқот, таҳлили ретроспективии 42 бемори дорои алоими тасдиқшудаи WPW, ки дар солҳои 2018–2022 дар МД «Маҷмааи саломатии Истиқлол» (ш. Душанбе) муоина шудаанд, гузаронида шуд. Дар байни онҳо мардон 26 нафар (61,9%) ва занон 16 нафарро (38,1%) ташкил доданд. Синну соли миёнаи беморон $31,0 \pm 13,5$ сол буд. Шумораи бештари беморон ба гурӯҳи синнусолии 21–30-сола рост омад (38,1%, $n=16$). Дар аксарияти кулли беморон (38 нафар; 90,5%) алоими WPW бо патологияи сохтории дил вобастагӣ

дошт. Бештар аномалияҳои модарзодӣ – дар 28 нафар (66,7%) ошкор карда шуданд. КМПГ дар 6 нафар (14,3%) ва бемории музмини тарбодии дил дар 4 нафар (9,5%) ташхис карда шуд. Танҳо дар 4 бемор (9,5%) патологияи аёни дилу раг муайян нагардид. Анамнези оилавӣ дар як бемор (2,4%) қайд карда шуд

Тибқи маълумоти СБД-и стандартӣ, шакли зоҳиршудаи барангезиши пешвақтӣ дар 80,9% (n=34) бемор, гоҳ-гоҳ пайдошаванда – дар 16,7% (n=7) ва пинҳонӣ – дар 2,4% (n=1) ба қайд гирифта шуд. Пароксизми ТРАВ ҳангоми таҳқиқот дар 35,7% (n=15) бемор сабт гардид. Майл намудани тири барқии дил ба чап дар 40,5% (n=17) ҳолатҳо мушоҳида шуд. Ҳангоми мониторинги шабонарӯзии Холтери СБД бештар экстрасистолияҳои меъдачагӣ ва даҳлезӣ (мутаносибан 33,3%, n=14 барои ҳар кадоме) ба қайд гирифта шуданд. Эпизодҳои ТРАВ дар 4,8% (n=2) бемор сабт гардиданд. Дар асоси таҳлили маҷмуии маълумоти СБД ва мониторинги Холтер, тақсимооти беморон аз рӯйи намудҳои алоими WPW ба таври зерин буд: шакли зоҳиршуда дар 34 бемор (80,9%), гоҳ-гоҳ пайдошаванда – дар 7 (16,7%) ва пинҳонӣ – дар 1 (2,4%).

Ҳангоми таҳқиқоти ЭхоКГ дар 4 бемор (9,5%) нуқсонҳои сохтории дил ташхис карда шуданд: НДБД дар 2 (4,8%) ва НДБМ дар 2 (4,8%) нафар. Нишондодҳои миёнаи функсияи систоликии глобалӣ ва андозаҳои дил дар беморони муоинашуда дар ҳудуди меъёр қарор доштанд: ФП МЧ $57,1 \pm 6,1\%$, АНД МЧ – $42,9 \pm 4,9$ мм, андозаи ДЧ – $36,1 \pm 4,2$ мм -ро ташкил дод.

Бештарин аломати маъмул таппиши дили тезшуда буд, ки дар 27 бемор (64,3%) ба қайд гирифта шуд. Беҳолӣ дар 26 бемор (61,9%) ва ҳолатҳои синкопалӣ (беҳушшавӣ) дар анамнез дар 5 нафар (11,9%) мушоҳида гардиданд. Бо шикоятҳо аз дард дар қафаси сина ба шуъбаи кумаки таъҷилӣ 4 бемор (9,5%) мурочиат карданд, нафастангӣ дар 5 нафар (11,9%) қайд карда шуд. Чараёни беаломати беморӣ дар 14 бемор (33,3%) ошкор карда шуд; ташхис дар онҳо ҳангоми сабти тасодуфии электрокардиограмма муайян гардид. Дар 11 бемор (26,2%) нахустин зухуроти клиникии алоими WPW пароксизми ТРАВ буд, ки дар СБД-и стандартӣ сабт карда шуд. Давомнокии миёнаи давра аз пайдоиши аломатҳои аввал то муайян кардани ташхис 4,5 солро ташкил дод.

Дар шароити дастрасии маҳдуд ба АРБ дар ҚТ, асоси пешбурди беморонро таъботати консервативӣ ташкил дод. Доруҳои бештар таъиншаванда β-адреноблокаторҳо (45,2%) буданд, ки барои назорати басомади тапиши дил ва пешгирии тахикардияи ортодромӣ дар сурати мавҷуд набудани гузариши зуд тавассути роҳҳои иловагӣ истифода мешуданд. Амиодарон (14,3%) ҳамчун воситаи захиравӣ ҳангоми бори зиёди аритмогенӣ ё самарабахш набудани таъботати хати аввал истифода бурда шуд. Антагонистҳои калсийдори ғайридигидропиридинӣ (9,5%) танҳо пас аз тасдиқи хусусияти пинҳонӣ ё гоҳ-гоҳ пайдошавандаи алоими WPW, аксар вақт дар якҷоягӣ бо таъботати БДР-и ҳамроҳ, таъин карда шуданд. Дигар доруҳои зиддиаритмикӣ, аз ҷумла воситаҳои синфи I ва нақшаҳои омехтара 11,9%-и беморон қабул мекарданд.

Дар идомаи таҳқиқот аз ҷониби мо таҳлили самаранокии ССҚ дар стратификасияи хатари рӯйдодҳои номатлуби аритмогенӣ дар беморони калонсол бо барангезиши пешвақтии беаломат ва аломатдори меъдачаҳо омӯхта шуд. ССҚ дар 24 бемор (57,1%-и гурӯҳи умумӣ) гузаронида шуд, ки онҳо вобаста ба мавҷудияти аломатҳо ба ду зергурӯҳ тақсим карда шуданд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Таъсироти заминавии бемороне, ки санҷиши сарбории ҷисмониро гузаштаанд

Нишондод	Беморони беаломати дорои алоими WPW (n=9)	Беморони аломатдори дорои алоими WPW (n=15)	p
Синну сол ($M \pm \sigma$)	26,3 ± 12,1	35,8 ± 13,5	0,08*
Ҷинси зан, n (%)	3 (33,3%)	6 (40,0%)	0,99**
Шакли зоҳиршудаи WPW, n (%)	6 (66,7%)	13 (86,7%)	0,33**
Патологияи ҳамроҳи дилу раг, n (%)	2 (22,2%)	10 (66,7%)	0,09**

Эзоҳ: * – фарқияти байни гурӯҳҳо бо ёрии t-меъёри Студент арзёбӣ шудааст; ** – бо ёрии меъёри дақиқи Фишер.

Натиҷаҳои санҷиши сарборӣ дар ҷадвали 2 оварда шудаанд.

Чадвали 2. Натиҷаҳои санҷиши сарбории ҷисмонӣ (n=24)

Натиҷаи ССЧ	Ҳамагӣ (n=24)	Беморони беаломати дорои алоими WPW (n=9)	Беморони аломатдори дорои алоими WPW (n=15)	p*
Аз байн рафтани делта-мавҷ (хатари паст), n (%)	7 (29,2%)	3 (33,3%)	4 (26,7%)	0,55
Боқӣ мондани делта-мавҷ, n (%)	13 (54,2%)	5 (55,6%)	8 (53,3%)	0,63
Барангезиши аритмия**, n (%)	4 (16,7%)	1 (11,1%)	3 (20,0%)	0,51

Эзоҳ: * – фарқияти байни гурӯҳҳо бо ёрии меёри дақиқи Фишер арзёбӣ шудааст; ** – таҳти мафҳуми барангехтани аритмия пайдо шудани халалдоршавии пароксизмалии ритми болоимеъдачагӣ фаҳмида мешавад, ки қатъ намудани санҷишро талаб намуд.

Чуноне ки аз маълумоти чадвал бармеояд, нишонаи классикии хавфи паст танҳо дар 29,2%-и беморон ба қайд гирифта шуд. Дар 54,2% ин нишона мушоҳида нагардид. Дар 16,7%-и беморон сарбории ҷисмонӣ боиси пайдоиши аритмияҳои аз ҷиҳати клиникӣ муҳим гардид, ки ин натиҷаи муҳимтарини ССЧ ба шумор рафта, ҳамчун нишондод барои гузаронидани ТЭФ ва АРБ хизмат мекунад. Тафовутҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим байни беморони бенишона ва аломатӣ ба даст наомадаанд. Ҳамин тариқ, истифодаи алоҳидаи ССЧ барои стратификатсияи хавф ҳангоми алоими WPW, махсусан дар беморони дорои нишонаҳо ва патологияи ҳамроҳи дил, дорои аҳамияти маҳдуд мебошад.

Дар идомаи таҳқиқот аз ҷониби мо таҳлили натиҷаҳои табобати 70 бемори дорои алоими тасдиқшудаи WPW ва тахикардияи пароксизмалии ҳуччатшуда, ки дар солҳои 2015-2021 дар МДФБ «ММИТ ҚДР ба номи А.Н. Бакулев» ҷарроҳӣ шудаанд, гузаронида шуд. Ду гурӯҳи аз рӯи чинс ва синну сол мувофиқ ташкил карда шуд: гурӯҳи асосӣ (n=35, ПИДМ-и сершумор) ва гурӯҳи муқоисавӣ (n=35, ПИДМ-и танҳо). Оғози хуруҷҳои тахикардия ба ҳисоби миёна дар синни $19,1 \pm 20,4$ солагӣ қайд карда шуд. Эпизодҳои ҳаррӯзаи аритмия дар 64,2%-и беморон, ҳарҳафтаина – дар 28,5% қайд гардиданд; 14,3%-и боқимонда дар муайян кардани басомади хуруҷҳо душворӣ кашиданд. Дар ҳамаи муоинашудагон ТРАВ бо басомади миёнаи тапиши дил $150,4 \pm 18,2$ зарба/дақ ташхис карда шуд.

Шикоятҳои бештар паҳншуда дилзанӣ (97,1%) ва беҳолии намоён (94,2%) буданд; ҳолатҳои синкопалӣ (азхушравӣ) дар 8,5%-и беморон ба қайд гирифта шуданд. Бартарафсозии тахикардия дар 52,8%-и ҳолатҳо бо усулҳои вагусӣ, дар 34,2% бо истифодаи доруҳои зиддиаритмикӣ ва дар 8,5% бо қатъшавии худ аз худ (дар се бемор нишонаҳо хусусияти суст ифодаёфта мушоҳида шуд) ба даст омад.

Таҳлили СБД дар беморони дорои алоими WPW натиҷаҳои зеринро нишон дод: дар расиши яқум делта-мавҷ амплитудайи мусбат дошт, дар ҳоле ки дар расиши дуюм он манфӣ буд. Дар 14 ҳолат дар расиши V1 делта-мавҷ дар шакли комплекси дуфазагӣ (+/-) мушоҳида шуд ва дар ду ҳолат он ҳамчун манфӣ зоҳир гардид. Дар 14 ҳолат дар расиши сеюм амплитудайи R-мавҷ аз амплитудайи S-мавҷ бештар буд, дар ҳоле ки дар ду ҳолат онҳо баробар буданд.

Дар 15 бемор (21,4%) ФШ ба қайд гирифта шуд. Тафовутҳои боэътимоди параметрҳои ЭхоКГ байни гурӯҳҳо ошкор карда нашуданд, вале дар беморони дорои ПИДМ-и сершумор тамоюл ба нишондиҳандаҳои баланди АНД МЧ ($5,1 \pm 0,44$ см нисбат ба $4,6 \pm 0,48$ см; $p=0,12$) ва қоҳиши ФП ($62,0 \pm 3,9\%$ нисбат ба $66,1 \pm 3,7\%$; $p=0,08$) мушоҳида гардид.

Барои барангезиши тахикардия аз ҳавасмандкунии барномарезишудаи даҳлезҳо ва меъдачаҳо (фосилаи асосӣ 550-440 мс, фосилаи пайвасти экстрастимул 390-210 мс бо қадами 20 мс) истифода бурда шуд. Давомнокии миёнаи сикли тахикардия 400 ± 58 мс-ро ташкил дод. Пешравии эндограммаи мавқеӣ нисбат ба делта-мавҷ $31 \pm 4,5$ мс-ро ташкил дод. Қойгиршавӣ аз рӯйи нақшаи F.G. Cosio тасниф карда шуд. Натиҷаҳо нишон доданд, ки ПИДМ-и сершумор фенотипи анатомии аз ҷиҳати сифат дигарро муаррифӣ намуда, бо ҷалби боэътимоди бештари минтақаҳои аз ҷиҳати техникӣ душвор тавсиф меёбанд. Қойгиршавии септалӣ 13,8 маротиба бештар ($40,0\%$ нисбат ба $2,9\%$; $p<0,001$), пеш – 11,8 маротиба бештар ($34,3\%$ нисбат ба $2,9\%$; $p<0,01$) ва қафо – 3,6 маротиба бештар ($51,4\%$ нисбат ба $14,3\%$; $p<0,05$) вохӯрданд (ҷадвали 3). Омезиши маъмултарин мавҷудияти роҳи септалии ошкоршуда ва роҳи пеши пинҳонӣ (72%-и ҳолатҳо) буданд.

Чадвали 3. Таксимои ҷойгиршавиҳои пайвастиҳои иловагии дахлезу меъдачағӣ мувофиқи маълумоти харитасозии электрофизиологӣ

Ҷойгиршавӣ мувофиқи F.G. Cosio	Гурӯҳи I (ПИДМ-и сершумор) (n=35), n (%)	Гурӯҳи II (ПИДМ-и танҳо) (n=35), n (%)	p
Септалӣ (деворӣ)	14 (40,0%)	1 (2,9%)	<0,001
Пеш	12 (34,3%)	1 (2,9%)	<0,01
Қафо	18 (51,4%)	5 (14,3%)	<0,05
Поёни парасепталӣ	16 (45,7%)	7 (20,0%)	0,41
Қафои болоғӣ	14 (40,0%)	7 (20,0%)	0,67
Болои парасепталӣ	8 (22,9%)	2 (5,7%)	0,32
Қафои поёнӣ	10 (28,6%)	3 (8,6%)	0,23
Пеши болоғӣ	4 (11,4%)	1 (2,9%)	0,36
Пеши поёнӣ	2 (5,7%)	1 (2,9%)	0,82
Қафои паҳлӯӣ	12 (34,3%)	5 (14,3%)	0,45
Пеши паҳлӯӣ	6 (17,1%)	2 (5,7%)	0,31

Эзоҳ: p – муҳимияти оморӣ фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи меъёри дақиқи Фишер, *меъёри χ^2 бо ислоҳи Йетс). Дар гурӯҳи I ҷамъи фоизҳо аз 100% зиёд аст, зеро дар як бемор якчанд ПИДМ дар ҷойгиршавиҳои гуногун мавҷуд буда метавонист.

Тавре ки аз маълумоти ҷадвал бармеояд, ПИДМ-и сершумор фенотипи анатомии аз ҷиҳати сифат дигарро муаррифӣ намуда, бо ҷалби боэътимоди бештари минтақаҳои аз ҷиҳати техникӣ душвор тавсиф меёбанд. Ҷойгиршавии септалӣ 13,8 маротиба бештар (40,0% нисбат ба 2,9%; $p < 0,001$), пеш – 11,8 маротиба бештар (34,3% нисбат ба 2,9%; $p < 0,01$) ва қафо – 3,6 маротиба бештар (51,4% нисбат ба 14,3%; $p < 0,05$) вохӯрданд. Омезиши маъмултарин мавҷудияти роҳи септалии ошкоршуда ва роҳи пеши пинҳонӣ (72%-и ҳолатҳо) буданд.

Дар ҳамаи беморони дорои алоими WPW аблатсияи радиобасомадӣ имкон дод, ки феномени барангезиши пешвақтии меъдачаҳо бомуваффақият бартараф карда шавад. Дар гурӯҳи I (ПИДМ-и сершумор) вақти рентгеноскопия, давомнокии умумии ҷарроҳӣ ва вақти таъсири радиобасомадӣ нисбат ба гурӯҳи II ба таври боэътимод баландтар буданд ($35,2 \pm 9,2$ нисбат ба $18,7 \pm 6,8$ дак; $67,0 \pm 49,3$ нисбат ба $35,0 \pm 37,7$ дак; $8,0 \pm 4,1$ нисбат ба $5,7 \pm 2,5$ дак; $p < 0,05$). Дар гурӯҳи I системаҳои навигатсияи сеандоза дар 65,7%-и беморон истифода шуданд; зергурӯҳҳои бо навигатсия ва бидуни он аз рӯи ҷойгиршавии ПИДМ муқоисапазир буданд. Пас аз аблатсия барангезиши аритмия дар ягон ҳолат ба

кайд гирифта нашуд. Оризаҳои чарроҳӣ мушоҳида нагардиданд. Ҳангоми рухсатшавӣ нишонаҳои клиникии аритмия дар ҳамаи беморон мавҷуд набуданд.

Барои арзёбии самаранокии табобат, беморони ҳарду гурӯҳ дар давоми як сол таҳти назорат қарор доштанд ва пас аз 3, 6 ва 12 моҳи амалиёт аз муоинаҳои назоратӣ гузаштанд. Давомнокии миёнаи мушоҳида $10,0 \pm 2,3$ моҳро (аз 8 то 14 моҳ) ташкил дод, ки имкон медиҳад натиҷаҳои миёнамуҳлати табобат арзёбӣ гардида, ретсидивҳои эҳтимолии аритмия ё дигар оризаҳо ошкор карда шаванд. Тавсифи заминавии гурӯҳҳои таҳти назорат буда, дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

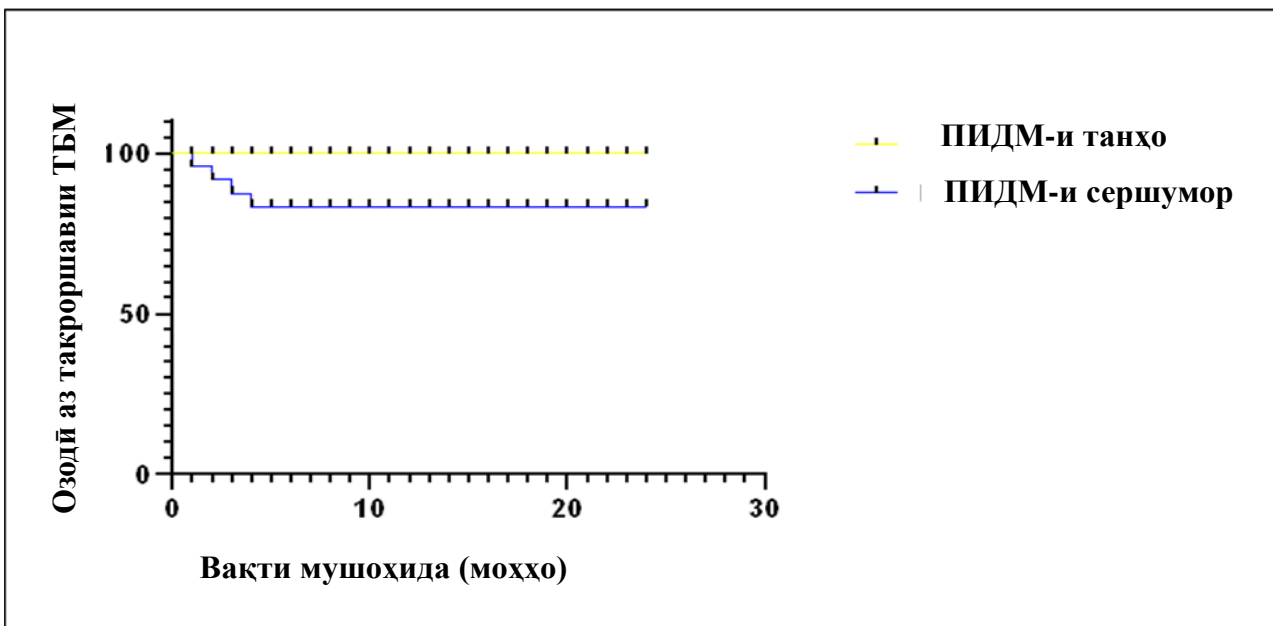
Ҷадвали 4. Тавсифоти заминавии гурӯҳҳои мушоҳидашаванда

Нишондод	Гурӯҳи I (ПИДМ-и сершумор, n=35)	Гурӯҳи II (ПИДМ-и танҳо, n=35)	P
Синну сол ($M \pm SD$)	49,8 ($\pm 18,7$)	34,2 ($\pm 15,5$)	<0,05
Ҷинс, n (%)	M – 20 (57,1%) З – 15 (42,9 %)	M – 17 (48,6%) З – 18 (51,4%)	>0,05*
Давомнокии чарроҳӣ, дақ ($M \pm SD$)	67,0 \pm 49,3	35,0 \pm 37,7	<0,05
Давомнокии флюороскопия, дақ ($M \pm SD$)	35,2 \pm 9,2	18,7 \pm 6,8	<0,05
Давомнокии АРБ (бо системаи интиқол ва бидуни он), дақ ($M \pm SD$)	8 \pm 4,1	5,7 \pm 2,5	>0,05
Тавоноии АРБ, Вт ($M \pm SD$)	27 \pm 5,2	25,7 \pm 7,5	>0,05
Ҳарорати таъсир, °C ($M \pm SD$)	41 \pm 2,9	40,3 \pm 2,5	>0,05
Импеданс, Ом ($M \pm SD$)	129 \pm 7,6	114 \pm 7,9	>0,05
Ҳарорати таъсир, n (%)	4 (11,6%)	1 (2,9%)	>0,05**

Эзоҳ: муҳимияти статистикуи фарқият байни гурӯҳҳо (аз рӯи t-меъёри Студент, * аз рӯи меъёри χ^2 , ** меъёри дақиқи Фишер).

Чуноне ки аз маълумоти ҷадвал бармеояд, дар гурӯҳи I дар давраи миёнамуҳлат 4 ретсидив (самаранокӣ 88,6%) ва дар гурӯҳи II — 1 ретсидив (97,1%) ба қайд гирифта шуд. Системаҳои навигатсионӣ бештар ҳангоми ҷойгиршавии пеш ва пешу болои ПИДМ (95%), камтар ҳангоми ҷойгиршавии септалӣ (60%) ва қафову қафои боло (20%) истифода шуданд. Ҳамаи ретсидивҳо пас аз амалиётҳо мушоҳида гардида, бидуни навигатсия иҷро шуда буданд.

Дар асоси таҳлили омории гузаронидашуда қачи актуарии Каплан-Мейер ташақкул дода шуд, ки дар расми 1 инъикос ёфтааст.



Расми 1. Қачи актуарии озодӣ аз ретсидивҳои тахиаритмияҳои болоимеъдачагӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар беморони ду гурӯҳ (усули Каплан–Мейер, таъминоти барномавии GraphPad Prism, ИМА). Хатти зард ба беморони дорои ПИДМ-и танҳо ва хатти кабуд ба беморони дорои ПИДМ-и сершумор мувофиқат мекунад.

Ҳамин тариқ, дар рафти харитасозии инвазивӣ ҷойгиршавиҳои бештари ПИДМ-и манифестӣ дар беморони дорои пайвастиҳои сершумор (мувофиқи таснифи F.G. Cosio) қафо (51,4%) ва поёни парасепталӣ (45,7%) буданд. Омезишҳои бештар – септалии ошкоршуда бо пеши пинҳонӣ ва пеши поёнии ошкоршаванда бо пеши болоии пинҳонӣ; нодиртарин – пеш ва қафо ба қайд гирифта шуданд. Самаранокии бевоситаи АРБ бидуни навигатсия 66,7%-ро ташкил дод, дар ҳоле ки ҳангоми истифодаи он ин нишондиҳанда ба 100% расид. Самаранокии умумии миёнамуҳлати аблатсияи ПИДМ-и сершумор 88,6%-ро ташкил медиҳад. Барои ҷойгиркунии катетери аблатсионӣ интродюсерҳои идорашаванда нисбат ба идоранашаванда аҳамияти амалии бештар нишон доданд.

ХУЛОСАҲО

1. Дар 42 бемори дорои алоими WPW басомади баланди патологияи коморбидии кардиалӣ (90,5%) ошкор карда шуд, ки асосан аз аномалияҳои модарзодӣ (66,7%) ва ГКМП (кардиомиопатияи гипертрофӣ) (14,3%) иборат буданд. Шакли манифестшаванда дар 80,9%, интермиттиршаванда – дар

16,7% ва латентӣ – дар 2,4%-и ҳолатҳо таъхир гардид. ЭхоКГ дар меъёр будан (ФП $57,1 \pm 6,1\%$, АНД $42,9 \pm 4,9$ мм) ва набудани дилататсияи камераҳои дилро нишон дод [1-М, 4-М, 5-М, 6-М, 8-М, 11-М].

2. ССЧ дар беморони бистаришудаи WPW дорои арзиши маҳдуди пешгӯикунонда барои стратификатсияи хавф мебошад: феномени ногаҳон нопадид шудани мавҷи делта танҳо дар 29,2%-и беморон, бидуни тафовут байни шахсони дорои аломат ва бенишона, ба қайд гирифта шуд. Дар 16,7%-и ҳолатҳо сарборӣ боиси пайдоиши аритмияҳои аз ҷиҳати клиникӣ муҳим гардид, ки истифодаи ССЧ-ро ҳамчун санҷиши барангезишкунонанда асоснок мекунад. Дар шароити дастнорасии маҳдуди ТЭФ-и инвазивӣ ва АРБ, асоси идоракунии фармакотерапия боқӣ мемонад, ки ҳангоми таъйини доруҳои блоккунондаи гиреҳи АВ эҳтиёткорӣ ниҳоиро талаб мекунад, зеро хатари тезонидани гузариш тавассути роҳҳои иловагӣ вучуд дорад [4-М, 6-М, 9-М, 10-М, 11-М]
3. Беморони дорои ПИДМ-и сершумор ($n=35$) бо синну соли ба таври боэътимод калонтар ($49,8 \pm 18,7$ сол нисбат ба $34,2 \pm 15,5$ сол; $p < 0,05$) ва тақсимои комилан дигари субстрати аритмогенӣ нисбат ба беморони дорои ПИДМ-и танҳо ($n=35$) тавсиф мешаванд. ПИДМ-и сершумор ба таври боэътимод бештар дар минтақаҳои аз ҷиҳати техникӣ душвор ҷойгир мешаванд: септалӣ (40,0% нисбат ба 2,9%; $p < 0,001$), пеш (34,3% нисбат ба 2,9%; $p < 0,01$) ва қафо (51,4% нисбат ба 14,3%; $p < 0,05$). Омезиши бештарин комбинатсияи роҳҳои септалии манифестӣ ва пеши пинҳонӣ мебошад [1-М, 3-М, 4-М, 6-М, 7-М].
4. Сарфи назар аз самаранокии бевоситаи 100%-а, АРБ-и ПИДМ-и сершумор бо давомнокии зиёд ва сарфи бештари захираҳо тавсиф меёбад, ки ин бо анатомияи мураккаби субстрати аритмогенӣ вобаста аст. Афзоиши боэътимоди вақти умумии ҷарроҳӣ ба андозаи 91% ($67,0 \pm 49,3$ дақиқа нисбат ба $35,0 \pm 37,7$ дақиқа; $p < 0,01$) ва вақти рентгеноскопия ба андозаи 88% ($35,2 \pm 9,2$ дақиқа нисбат ба $18,7 \pm 6,8$ дақиқа; $p < 0,001$) нисбат ба аблатсияи роҳҳои танҳо исбот карда шуд. Дар давраи миёнамуҳлати дури мушоҳида

(10,0±2,3 мох) басомади ретсидивҳо дар гурӯҳи ПИДМ-и сершумор 11,4%-ро (4/35) ва дар гурӯҳи ПИДМ-и танҳо – 2,9%-ро (1/35) ташкил дод; фарқиятҳо аз ҷиҳати омӯри муҳим набуданд ($p=0,36$), ки ин эҳтимол бо ҳаҷми маҳдуди интихоби беморон вобаста буд [1-М, 2-М, 3-М, 4-М, 7-М].

5. Истифодаи системаҳои навигатсияи электромагнитии сеандоза бо набудани ретсидивҳо дар давраи миёнамуҳлат алоқамандии зиёд дорад. Дар гурӯҳи ПИДМ-и сершумор ҳамаи 4 ретсидив (100%) пас аз даҳлатҳое ба қайд гирифта шуданд, ки бидуни харитасозии сеандоза иҷро гардида буданд, дар ҳоле ки ҳангоми истифодаи он ретсидивҳо мушоҳида нашуданд ($p<0,01$). Навигатсияи сеандоза имкон медиҳад, ки ҳавфи баланди ретсидившавии хос барои ПИДМ-и сершумор баргараф гардида, зиндамони бе ретсидив дар давраи дурдаст (88,6%) ба даст оварда шавад, ки ин ба натиҷаҳои аблатсияи роҳҳои танҳо (97,1%) мувофиқат мекунад [2-М, 3-М, 4-М, 6-М, 7-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Ба ҳамаи беморони дорои нишонаҳои бори аввал ошкоршудаи СБД-и алоими WPW гузаронидани ЭхоКГ-и васеъ барои истисно кардани патологияи ҳамроҳи сохтории дил (махсусан аномалияи Эбштейн ва ГКМП) тавсия дода мешавад, ки ин пешгӯӣ ва зарурати фиристодани беморро ба маркази махсусгардонидашуда барои муоинаи амиқ, аз ҷумла машварати генетикӣ, муайян менамояд.
2. Дар беморони гирифтори алоими WPW истифодаи ССЧ бештар ҳамчун санҷиши барангезишқунонада мақсаднок аст. Барангезиши тахикардияи аз ҷиҳати клиникӣ муҳим ҳангоми санҷиши сарборӣ нишондоди мустақим барои фиристодани бемор ба маркази иҷрокунандаи ТЭФ мебошад, то масъалаи АРБ новобаста аз мавҷудияти нишонаҳо дар ҳолати оромӣ ҳал карда шавад.
3. Ҳангоми интихоби табобати доругӣ дар беморони шакли зоҳиршудаи алоими WPW, таъини доруҳои блоккунандаи гиреҳи АВ (антагонистҳои калсийдори ғайридигидропиридинӣ, гликозидҳои дил, аденозин) манъ аст, зеро ҳавфи

тезонидани гузариш тавассути роҳи иловагӣ ва барангезиши аритмияҳои ба ҳаёт таҳдидунанда, пеш аз ҳама ФД, мавҷуд мебошад.

4. Ҳангоми банақшагирии АРБ дар беморони ПИДМ-и сершумор бояд ба назар гирифт, ки ҷарроҳӣ бо зиёдшавии давомнокии даҳолат ба ҳисоби миёна ба андозаи 91% ва баланд шудани бори нури ба андозаи 88% дар муқоиса бо аблатсияи роҳҳои танҳо ҳамроҳӣ мешавад, ки ин омодагии дастаи ҷарроҳикунандагон ва огоҳ кардани беморро талаб мекунад.
5. Ҳангоми ҷарроҳии АРБ дар беморони ПИДМ-и сершумор, истифодаи системаҳои навигатсияи электромагнитии сеандоза барои ба даст овардани натиҷаҳои оптималии дурдаст ҳатмӣ мебошад.

Рӯйхати адабиёт

1. Бокерия Л.А. Наджелудочковые тахикардии у взрослых. Клинические рекомендации 2020 [Текст] / Л.А. Бокерия, Е.З. Голухова, С.В. Попов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 5. – С. 223-268. DOI: 10.15829/1560-4071-2021-4484.
2. Бокерия Л.А. Эволюция хирургических методов лечения синдрома Вольфа - Паркинсона - Уайта [Текст] / Л.А. Бокерия, Н.Э. Алиева // Анналы аритмологии. – 2020. – Т. 17, № 1. – С. 12-23. DOI: 10.15275/annaritmol.2020.1.2.
3. Бунин Ю.А. Общие принципы лечения и дискуссионные вопросы фармакотерапии основных видов наджелудочковых тахикардий [Текст] / Ю.А. Бунин, С.В. Миклишанская // Consilium Medicum. – 2018. – Т. 20, № 1. – С. 71–78. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.1.71-78.
4. Данилова Л.А. Особенности электрофизиологической диагностики и радиочастотной абляции у больного с наличием множественных дополнительных предсердно-желудочковых соединений [Текст] / Л.А. Данилова, Е.В. Любкина, С.Ю. Сергуладзе [и др.] // Анналы аритмологии. – 2018. – Т. 15, № 3. – С. 157-162. DOI: 10.15275/annaritmol.2018.3.3.
5. Заглиева С.С. Особенности пароксизмальных нарушений ритма сердца при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) [Текст] / С.С. Заглиева, С.Н.

- Маммаев, С.Г. Заглиев // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2021. – № 1(38). – С. 55-62.
6. Засим Е.В. Прогностические факторы синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта в детском возрасте [Текст] / Е.В. Засим, В.В. Строгий // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2021. – Т. 5, № 1. – С. 1128-1136. DOI: 10.51922/2616633X.2021.5.2.1128.
 7. Кожанова Т.А. Синдром преждевременного возбуждения желудочков: современная тактика и особенности ведения пациента с коморбидными состояниями в клинической практике [Текст] / Т.А. Кожанова, И.Я. Горянская, Е.К. Зоркин [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2019. – Т. 22, № 2. – С. 64-72.
 8. Мамчур С.Е. Внезапная сердечная смерть и синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта [Текст] / С.Е. Мамчур, А.В. Ардашев // Клиническая практика. – 2014. – № 4 (20). – С. 60-72.
 9. Пеняева Е.В. Генетические аспекты аномалии Эбштейна и связанных с ней заболеваний сердца [Текст] / Е.В. Пеняева // Вестник РАМН. – 2021. – Т. 76, № 1. – С. 67-74. DOI: 10.15690/vramn1228.
 10. Саматкызы Д. Генетические аспекты нарушения ритма и проводимости сердца (обзор литературы) [Текст] / Д. Саматкызы, А.Р. Акильжанова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2020. – № 3. – С. 54-62.
 11. Толстокорова Ю.А. Клиническая, электрофизиологическая, молекулярно-генетическая характеристика пациентов с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта: обзор литературы [Текст] / Ю.А. Толстокорова, С.Ю. Никулина, А.А. Чернова // CardioСоматика. – 2023. – Т. 14, № 1. – С. 59-66. DOI: 10.17816/CS134114.
 12. Толстокорова Ю.А. Соматометрическая характеристика пациентов с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта [Текст] / Ю.А. Толстокорова, С.Ю. Никулина, А.А. Чернова // Российский кардиологический журнал. – 2024. – Т. 29, № 10. – С. 90-94. DOI: 10.15829/1560-4071-2024-6097.

13. Чернова А.А. Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта (литературный обзор) [Текст] / А.А. Чернова, Г.В. Матюшин, С.Ю. Никулина [и др.] // РМЖ. – 2017. – № 4. – С. 269-272.
14. Apfel G. Assessing the utility of atrial fibrillation induction to risk stratify children with Wolff-Parkinson-White syndrome [Text] / G. Apfel, N.H. Choi, E.S. Silver [et al.] // *Cardiol. Young.* – 2023. – Vol. 13. – P. 1–5. DOI: 10.1017/S1047951123001415.
15. Barat M. Wolff-Parkinson-White syndrome: Diagnostic and management strategies [Text] / M. Barat, D.T. Barba, G. Ho // *Cleve Clin J Med.* – 2025. – Vol. 92, No. 2. – P. 119-127. DOI: 10.3949/ccjm.92a.24059.
16. Brado J. Outcomes of ablation in Wolff-Parkinson-White syndrome: Data from the German Ablation Registry [Text] / J. Brado, M. Hochadel, J. Senges [et al.] // *Int J Cardiol.* – 2020. – Vol. 323. – P. 106–112. DOI: 10.1016/j.ijcard.2020.08.102.
17. Brugada J. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia [Text] / J. Brugada, D.G. Krittis, E. Arbelo [et al.] // *Eur Heart J.* – 2020. – Vol. 41. – P. 655-720. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz467.
18. Coban-Akdemir Z.H. Wolff–Parkinson–White syndrome: De novo variants and evidence for mutational burden in genes associated with atrial fibrillation [Text] / Z.H. Coban-Akdemir, W. Charng, M. Azamian [et al.] // *Am J Med Genet A.* – 2020. – Vol. 182. – P. 1387-1399. DOI: 10.1002/ajmg.a.61571.
19. Delise P. Sudden Cardiac Death in Patients with Ventricular Preexcitation [Text] / P. Delise, L. Sciarra // *Card Electrophysiol Clin.* – 2020. – Vol. 12. – P. 519-525. DOI: 10.1016/j.ccep.2020.08.002.
20. Escudero C.A. Loss of ventricular preexcitation during noninvasive testing does not exclude high-risk accessory pathways: A multicenter study of WPW in children [Text] / C.A. Escudero, S.R. Ceresnak, K.K. Collins [et al.] // *Heart Rhythm.* – 2020. – Vol. 17. – P. 1729-1737. DOI: 10.1016/j.hrthm.2020.05.035.
21. Fujino T. Clinical characteristics of challenging catheter ablation procedures in patients with WPW syndrome: A 10-year single-center experience [Text] / T.

- Fujino, E. De Ruvo, D. Grieco [et al.] // *J Cardiol.* – 2020. – Vol. 76, No. 4. – P. 420-426. DOI: 10.1016/j.jjcc.2020.05.003.
22. Książczyk T.M. Assessment of the physical performance in children with asymptomatic pre-excitation [Text] / T.M. Książczyk, A. Jaroń, R. Pietrzak [et al.] // *Europace.* – 2021. – Vol. 24. – P. 855-859. DOI: 10.1093/europace/euab171.
23. LaRocca T.J. Comparison of Electrophysiologic Profiles in Pediatric Patients with Incidentally Identified Pre-Excitation Compared with Wolff-Parkinson-White Syndrome [Text] / T.J. LaRocca, G.B. Beyersdorf, W. Li [et al.] // *Am J Cardiol.* – 2019. – Vol. 124, No. 3. – P. 389-395. DOI: 10.1016/j.amjcard.2019.04.053.
24. Meier K.N. Prevalence and incidence of adverse events with catheter ablation for adults with Wolff-Parkinson-White syndrome: a systematic review protocol [Text] / K.N. Meier, E.C. Tatum, R. Christian [et al.] // *JB I Evid Synth.* – 2021. – Vol. 19, No. 2. – P. 463-468. DOI: 10.11124/JBI ES-20-00155. 99
25. Nakano M. Estimation of the accessory pathway location of the manifest Wolf-Parkinson-White syndrome using synthesized right-sided chest leads [Text] / M. Nakano, Y. Kondo, T. Kajiyama [et al.] // *J Interv Card Electrophysiol.* – 2020. – Vol. 59, No. 1. – P. 43-48. DOI: 10.1007/s10840-019-00648-2.
26. Orczykowski M. Characteristic features of patients with multiple accessory pathways [Text] / M. Orczykowski, P. Derejko, P. Urbanek [et al.] // *Acta Cardiol.* – 2017. – Vol. 72, No. 4. – P. 404-409. DOI: 10.1080/00015385.2017.1307663.
27. Page R.L. 2015 ACC/AHA/HRS guideline for the management of adult patients with supraventricular tachycardia: Executive summary [Text] / R.L. Page, J.A. Joglar, M.A. Caldwell [et al.] // *Circulation.* – 2016. – Vol. 133. – P. e471–e505. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000310.
28. Shwayder M.H. Difficulties with invasive risk stratification performed under anesthesia in pediatric Wolff-Parkinson-White Syndrome [Text] / M.H. Shwayder, C.A. Escudero, S.P. Etheridge [et al.] // *Heart Rhythm.* – 2019. – Vol. 17. – P. 282-286. DOI: 10.1016/j.hrthm.2019.09.011.
29. Teixeira C.M. Accuracy of the Electrocardiogram in Localizing the Accessory Pathway in Patients with Wolff-Parkinson-White Pattern [Text] / C.M. Teixeira,

T.A. Pereira, A.M. Lebreiro [et al.] // Arq Bras Cardiol. – 2016. – Vol. 107, No. 4. – P. 331-338. DOI: 10.5935/abc.20160132.

30. Vătăşescu R.G. Wolf-Parkinson-White Syndrome: Diagnosis, Risk Assessment, and Therapy-An Update [Text] / R.G. Vătăşescu, C.S. Paja, I. Şuş [et al.] // Diagnostics (Basel). – 2024. – Vol. 14, No. 3. – P. 296. DOI: 10.3390/diagnostics14030296.

31. Zachariah J.P. Multiple accessory pathways in the young: the impact of structural heart disease [Text] / J.P. Zachariah, E.P. Walsh, J.K. Triedman [et al.] // Am Heart J. – 2013. – Vol. 165, No. 1. – P. 87-92. DOI: 10.1016/j.ahj.2012.10.025.

ИНТИШОРОТ АЗ РҶҶИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар мачаллаҳои тақризшаванда

[1-М]. Файзалиев Р.Х. Исторические аспекты развития теории синдрома предвозбуждения желудочков [Текст] / Г.Р. Мацонашвили, Т.Р. Мацонашвили, С.Ю. Сергуладзе, В.Г. Суладзе, Р.Х. Файзалиев // Вестник аритмологии. – 2021. – №4 (104). – С. 45-51.

[2-М]. Файзалиев Р.Х. Случай успешного устранения желудочковой эктопической активности с парагиссиальной локализацией субстрата доступом из правого коронарного синуса Вальсальвы [Текст] / Г.Р. Мацонашвили, С.Ю. Сергуладзе, Т.Р. Мацонашвили, В.Г. Суладзе, Г.Р. Кулумбегов, Р.Х. Файзалиев // Вестник аритмологии. – 2022. – №3 (109). – С. 37-43.

[3-М]. Файзалиев Р.Х. Оценка непосредственных и среднеотдаленных результатов интервенционного устранения множественных дополнительных предсердно-желудочковых соединений [Текст] / Р.Х. Файзалиев, С.Ю. Сергуладзе, В.Г. Суладзе, Г.Р. Мацонашвили, Т.Р. Мацонашвили // Анналы аритмологии. 2023. – Т. 20, №1. – С. 15-21.

[4-М]. Файзалиев Р.Х. Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта: диагностические критерии, оценка риска и терапия [Текст] / Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова, А.Д. Гулахмадов // Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2025. – №1. – Стр. 86-92.

[5-М]. Файзалиев Р.Х. Клинико-инструментальная характеристика больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта [Текст] /Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова, М.Ш. Ахмадзода// Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2025. – №2. – Стр. 63-68.

[6-М]. Файзалиев Р.Х. Современные подходы к диагностике, стратификации риска и лечению синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта [Текст] /Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова // Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». – 2026. – Т. 7, № 1. – С. 220-228.

Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маводҳои конференсияҳо

[7-М]. Файзалиев Р.Х. Радиочастотная абляция множественных дополнительных предсердно-желудочковых соединений: современные подходы и отдаленные результаты / Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова, С.Ю. Сергуладзе// Материалы ежегодной XXXI научно-практической конференции «Единство науки и образования как инструмент повышения качества медицинской помощи» с международным участием. – 2025. – С. 333-334.

[8-М]. Файзалиев Р.Х. Клинико-инструментальная характеристика синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта/ Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXXI научно-практической конференции «Единство науки и образования как инструмент повышения качества медицинской помощи» с международным участием. – 2025. – С. 334-335.

[9-М]. Файзалиев Р.Х. Оценка прогностического значения и нагрузочного тестирования в стратификации риска аритмических событий у пациентов с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта /С.М. Шукурова, Р.Х. Файзалиев// Материалы ежегодной XXXI научно-практической конференции «Единство науки и образования как инструмент повышения качества медицинской помощи» с международным участием. – 2025. – С. 343-344.

[10-М]. Файзалиев Р.Х. Клинико-диагностическое значение нагрузочного теста для стратификации риска у пациентов с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта/ Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова // Сборник тезисов международной

конференции «Спорные и нерешённые вопросы кардиологии 2025». – 2025. – С. 21-22.

[11-М]. Файзалиев Р.Х. Клинико-инструментальная диагностика и характеристика синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта: данные ретроспективного исследования /Р.Х. Файзалиев, С.М. Шукурова// Материалы республиканской научно-практической конференции (VI-годовая), посвящённой дню президента и государственному флагу Республики Таджикистан. – 2025. – С. 486.

ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО, АЛОМАТҲОИ ШАРТӢ

АРБ – аблатсияи радиобасомадӣ

АВ-гиреҳ – гиреҳи атриовентрикулярӣ

ТРАВ – тахикардияи ретсипрокии атриовентрикулярӣ

ВБФГС – вақти барқароршавии функсияи гиреҳи синусӣ

НМД – нуқсонҳои модарзодии дил

КМПГ – кардиомиопатияи гипертрофӣ

ПИДМ – пайвасти иловагии даҳлезӣ-меъдачавӣ

НДБД – нуқсонҳои девораи байнидаҳлезӣ

НДБМ – нуқсонҳои девораи байнимеъдачаҳо

ҲНД – ҳаҷми ниҳонии диастолӣ

АНД – андозаи ниҳонии диастолӣ

ҲНС – ҳаҷми ниҳонии систолӣ

АНС – андозаи ниҳонии систолӣ

МЧ – меъдачаи чап

ДЧ – даҳлезии чап

ТБМ – тахикардияи болоимеъдачагӣ

НСВ – синуси ғайрикоронарии Валсалва

МР – меъдачаи рост

БДР – бемориҳои дилу раг

ССЧ – санҷиши сарбории ҷисмонӣ

ФП – фраксияи партоиш

ФД – фибриллятсияи даҳлезҳо

СБД – санҷиши барқии дил

ТЭФ – Таҳқиқоти электрофизиологӣ

ЭхоКГ – Эхокардиография

Р-А, А-Н, Н-V – Интервалҳои электрограмма

WPW – Вольф-Паркинсон-Уайт

АННОТАЦИЯ
ФАЙЗАЛИЕВА РАХИМА ХАСАНОВИЧА
«ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ
ИНТЕРВЕНЦИОННОГО УСТРАНЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВЫХ
СОЕДИНЕНИЙ»

Ключевые слова: синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта, дополнительные предсердно-желудочковые соединения, электрокардиография, тест с физической нагрузкой, электрофизиологическое исследование, радиочастотная абляция.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и оценка результатов интервенционного лечения пациентов с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта на основании комплексного анализа клинико-инструментальных характеристик и сравнительного изучения эффективности радиочастотной абляции при множественных и одиночных дополнительных предсердно-желудочковых соединениях.

Методы исследования. Работа выполнена на базе двух центров: в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» (г. Душанбе) обследованы 42 пациента с синдромом WPW (ретроспективный анализ ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочные тесты); в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» (г. Москва) пролечены 70 пациентов (35 с множественными и 35 с одиночными ДПЖС), которым проведены ЭФИ и РЧА с оценкой ближайших и отдалённых результатов.

Полученные результаты и их новизна. Синдром WPW среди госпитализированных пациентов ассоциирован со структурной патологией сердца, а ТФН имеет ограниченную прогностическую ценность. У пациентов с множественными ДПЖС отмечается более старший возраст и преимущественная септальная, передняя и задняя локализация, что определяет повышенную техническую сложность РЧА. Радиочастотное вмешательство в этих случаях требует большего времени и сопровождается повышенной лучевой нагрузкой. Применение трёхмерной навигации обеспечивает высокую эффективность и устойчивость результатов, тогда как без неё отмечаются рецидивы.

Рекомендации по использованию. При впервые выявленных ЭКГ-признаках синдрома WPW показано проведение расширенной ЭхоКГ для исключения структурной патологии. ТФН целесообразен как провокационный метод для индукции аритмий. При выборе медикаментозной терапии противопоказаны препараты, блокирующие АВ-узел. При планировании РЧА у пациентов с множественными путями необходимо учитывать увеличение продолжительности вмешательства и лучевой нагрузки; обязательным условием является использование систем трёхмерной навигации.

Область применения: внутренние болезни, кардиология, сердечно-сосудистая хирургия (аритмология).

АННОТАТСИЯИ
ФАЙЗАЛИЕВ РАҲИМ ҲАСАНОВИЧ
«МУНОСИБКУНОНИИ ТАШХИС ВА АРЗЁБИИ НАТИЧАҲОИ
БАРТАРАФСОЗИИ ИНТЕРВЕНСИОНИИ ПАЙВАСТҲОИ ИЛОВАГИИ
ДАҲЛЕЗӢ-МЕЪДАЧАВИИ СЕРШУМОР»

Калимаҳои калидӣ: алоими Волф–Паркинсон–Уайт, пайвастиҳои иловагии даҳлезӣ-меъдачавӣ, сабти барқии дил, санчиши сарбории ҷисмонӣ, таҳқиқоти электрофизиологӣ, аблатсияи радиобасомадӣ.

Мақсади таҳқиқот. Муносибкунони ташхис ва арзёбии натиҷаҳои табобати интервенсионии беморони гирифтори алоими Волф–Паркинсон–Уайт дар асоси таҳлили маҷмуии тавсифоти клиникӣ-инструменталӣ ва омӯзиши муқоисавии самаранокии аблатсияи радиобасомадӣ ҳангоми мавҷудияти пайвастиҳои иловагии даҳлезӣ-меъдачавии сершумор ва танҳо.

Усулҳои таҳқиқот. Кор дар заминаи ду марказ иҷро шудааст: дар МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол» (ш. Душанбе) 42 бемори дорои алоими WPW (таҳлили ретроспективи СБД, ЭхоКГ, ССЧ) муоина шуданд; дар МДФР «ММИТ ЧДР ба номи А.Н. Бакулев» (ш. Москва) 70 бемор (35 нафар бо ПИДМ-и сершумор ва 35 нафар бо ПИДМ-и танҳо) табобат ёфтанд, ки ба онҳо ТЭФ ва АРБ бо арзёбии натиҷаҳои наздик ва дур гузаронида шуд.

Натиҷаҳои бадастомада ва навоари онҳо. Алоими WPW дар байни беморони беморхонавӣ бо патологияи сохтори дил вобастагӣ дорад, ва ССЧ арзиши маҳдуди пешгӯикунанда дорад. Дар беморони дорои ПИДМ-и сершумор синну соли калонтар ва асосан ҷойгиршавии септалӣ, пеш ва қафо мушоҳида мешавад, ки ин мушкилии баланди техникии АРБ-ро муайян мекунад. Мудохилаи радиобасомадӣ дар ин ҳолатҳо вақти бештарро талаб намуда, бо бори зиёди рентгенӣ ҳамроҳ мешавад. Истифодаи навигатсияи сеандоза самаранокии баланд ва устувории натиҷаҳо ро таъмин менамояд, дар ҳоле ки бидуни он ретсидивҳо ба қайд гирифта мешаванд.

Тавсияҳо барои истифода. Ҳангоми бори аввал ошкор шудани нишонаҳои СБД-и алоими WPW, гузаронидани ЭхоКГ-и васеъ барои истисно кардани патологияи сохторӣ нишон дода мешавад. ССЧ ҳамчун усули таҳриқкунанда барои ба вучуд овардани аритмияҳо мувофиқи мақсад аст. Ҳангоми интиҳоби табобати доруворӣ таъйини доруҳое, ки гиреҳи АВ-ро блок мекунад, манъ аст. Ҳангоми банақшагирии АРБ дар беморони дорои роҳҳои сершумор, афзоиши давомнокии мудохила ва бори рентгениро бояд ба назар гирифт; шартӣ ҳатмӣ истифодаи системаҳои навигатсияи сеандоза мебошад.

Соҳаи истифода: бемориҳои дарунӣ, кардиология, ҷарроҳии дилу раг (аритмология).

ABSTRACT

FAIZALIEV RAHIM HASANOVICH

«OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND EVALUATION OF INTERVENTIONAL TREATMENT RESULTS FOR MULTIPLE ACCESSORY ATRIOVENTRICULAR CONNECTIONS»

Keywords: Wolff–Parkinson–White syndrome, accessory atrioventricular pathways, electrocardiography, exercise stress test, electrophysiological study, radiofrequency ablation.

Objective of the study. To optimize diagnostics and evaluate the results of interventional treatment in patients with Wolff–Parkinson–White syndrome based on a comprehensive analysis of clinical and instrumental characteristics, and a comparative study of the effectiveness of radiofrequency ablation in multiple versus single accessory atrioventricular pathways.

Methods. The study was conducted at two centers: at the State Institution “Istiklol Health Complex” (Dushanbe), 42 patients with WPW syndrome were examined (retrospective analysis of ECG, echocardiography, stress tests); at the Federal State Budgetary Institution “A.N. Bakulev National Medical Research Center of Cardiovascular Surgery” (Moscow), 70 patients were treated (35 with multiple and 35 with single accessory pathways), who underwent electrophysiological studies and radiofrequency ablation with assessment of short- and long-term outcomes.

Results and scientific novelty. WPW syndrome among hospitalized patients is associated with structural heart pathology, while the exercise stress test has limited prognostic value. Patients with multiple accessory pathways tend to be older and show predominantly septal, anterior, and posterior localization, which increases the technical complexity of radiofrequency ablation. In such cases, the intervention requires longer duration and is accompanied by higher radiation exposure. The use of three-dimensional navigation systems ensures high efficacy and stability of results, whereas without them recurrences are observed.

Recommendations for use. In newly detected ECG signs of WPW syndrome, extended echocardiography is indicated to exclude structural pathology. The exercise stress test is advisable as a provocative method for arrhythmia induction. In pharmacological therapy, drugs blocking the AV node are contraindicated. When planning radiofrequency ablation in patients with multiple pathways, it is necessary to consider increased procedure duration and radiation exposure; the use of three-dimensional navigation systems is mandatory.

Field of application: internal medicine, cardiology, cardiovascular surgery (arrhythmology)