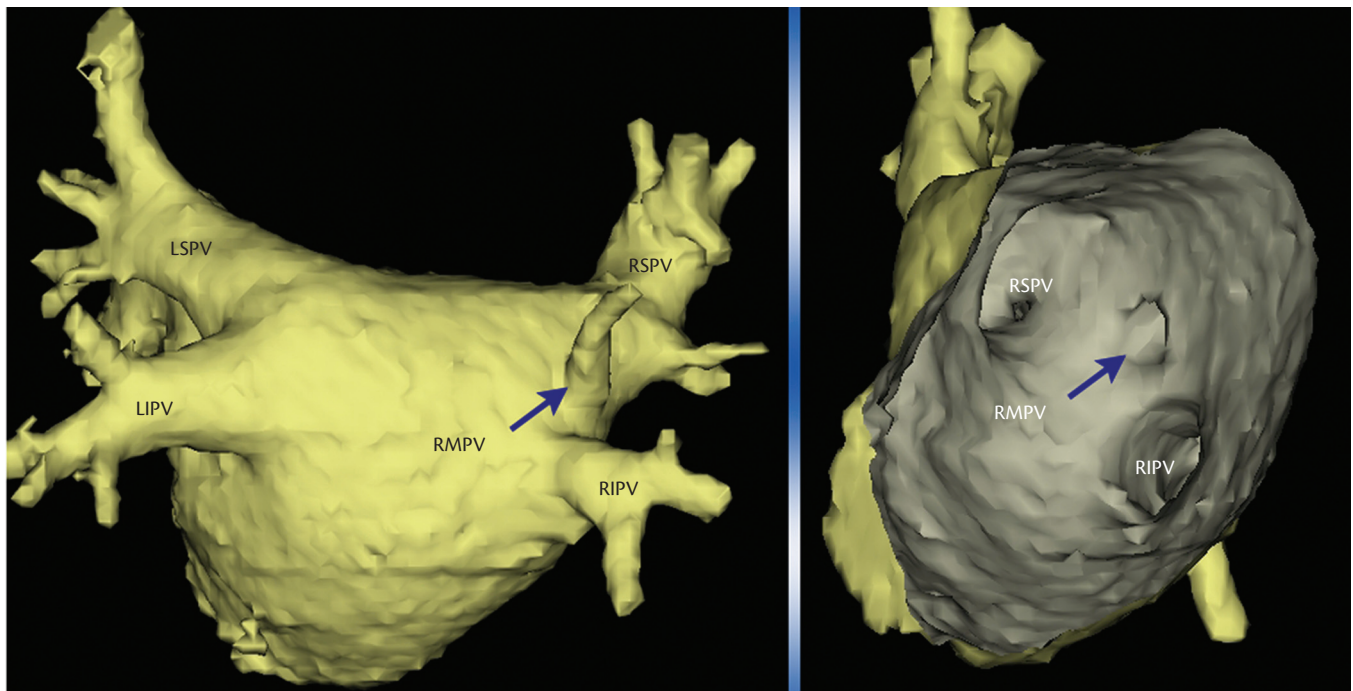


RYCINA 11-3 Angiogram CT serca (projekcje tylna-przednia i kardioskopowa) przedstawia wspólne ujście lewych żył płucnych (PV). LAA – uszko LA; RIPV – prawa dolna PV; RSPV – prawa górna PV.



RYCINA 11-4 Angiogram TK serca (projekcje tylna-przednia i kardioskopowa) przedstawia prawą środkową PV (RMPV). LIPV – lewa dolna PV; LSPV – lewa górna PV; RIPV – prawa dolna PV; RSPV – prawa górna PV.

jest zgodne z właściwościami anizotropowymi, które mogą być przypisywane złożonemu rozkładowi wiązek mięśniowych w pochwach mięśniowych⁷.

Z kilku badań wynika sugestia, że nieprawidłowy automatyzm lub wyzwolona aktywność, samodzielnie albo w połączeniu z opisanym powyżej mechanizmem reentry, mogą odgrywać rolę w rozpoczęciu AF. Sugerowałoby to, że skłonność PV do wykazywania aktywności ogniskowej lub wyzwolonej jest podwyższana przez stany patologiczne^{5,6}. Kolejna praca również wiąże tył LA z genezą AF. Istotne znaczenie PV wraz z tyłem LA w przetrwałej postaci AF wynika także z ostatnio przeprowadzonych badań. Jednak natura tej relacji między arytmogennym re-

gionem i patologicznymi stanami, które dostarczają podłoża dla AF, nie została wyjaśniona. Toczy się dyskusja, czy zasadniczym regionem jest tył LA, PV czy jedno i drugie⁸.

Istnieją pewne dowody z badań doświadczalnych, które sugerują, że elektryczne właściwości PV mogą być modulowane przez zmiany w napięciu układu autonomicznego. W badaniach anatomicznych ujawniono, że LA i PV są unerwione przez nerwowe włókna adrenergiczne i cholinergiczne. Rola tego unerwienia została następnie podkreślona w badaniu klinicznym, w którym sugerowano, że ryzyko nawrotu AF po okrężającej ablacji PV zostaje bardziej obniżone, gdy ablacja znosi wszystkie odruchy nerwu błędnego wokół ujść PV.