

ЛЕЧЕНИЕ СССУ, АВ-БЛОКАД ОТДЕЛЬНО ИЛИ В СОСТАВЕ СИНДРОМА БИНОДАЛЬНОЙ СЛАБОСТИ ПОСРЕДСТВОМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Двали М.Л., Сургуладзе С.Ю.

ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ
Российская Федерация, г. Москва

Введение. Ежегодно в мире имплантируются более миллиона электрокардиостимуляторов (ЭКС) по причине брадиаритмий. Параллельно с экономическим развитием развивающихся стран и расширением показаний в развитых странах число имплантаций будет расти. Синдром слабости синусового узла (СССУ) и атриовентрикулярная блокада (АВБ), как отдельно, так и в составе синдрома бинодальной слабости (СБС), являются ведущими причинами симптомных брадиаритмий, приводящих к снижению сердечного выброса, синкопальным состояниям и повышению риска внезапной сердечной смерти. Однако этиологически органические изменения не всегда выступают причиной; у определенной группы больных являясь функциональным нарушением. Выполнение в данной когорте радиочастотной абляции (РЧА) способно привести к разрешению состояния и снятию необходимости имплантации ЭКС.

Цель. Описать физиологическую основу эффективности абляции, а также описать опыт успешного лечения СССУ, АВБ и СБС посредством РЧА, приводящий к исчезновению синкопальных приступов, повышению толерантности к физической нагрузке и избавлению от необходимости имплантации ЭКС в отделении хирургического лечения тахикардий (ОТА) центра НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева.

Материал и методы. За 2023 год в отделении ОТА были разработаны протоколы определения целевой группы, проведения ЭФИ и РЧА, успешно проведено 7 операций по лечению брадиаритмий, а также разработаны и запатентованы методы изолированной депарасимпатизации как синусового, так и атриовентрикулярного узлов.

Результаты. С целью определения эффективности будущей РЧА следует зарегистрировать состояние пациента во время транзитной депарасимпатизации для создания «референта эффективности» (электрофизиологические параметры на фоне депарасимпатизации, которых возможно достигнуть интраоперационно). Данные могут быть получены в результате проведенной атропиновой пробы (в/в атропина в дозировке 0,02 мг/кг под контролем ЭКГ-монитора), однако, по причине стресса пациента, проба не всегда приводит к электрофизиологическим изменениям. Суточное холтеровское мониторирование также может предоставить необходимую информацию для формирования «референта эффективности». Проба считается положительной при разрешении брадикардии в случае СССУ, а в случае АВБ на фоне увеличения ЧСС - уменьшение и/или исчезновение выпадений комплексов, на основании чего можно предположить о снижении антеградной точки Венкебаха. Доступ в левые отделы сердца проводится в соответствии со стандартным протоколом. Поиск зон интереса выполнялся в анатомических областях, как посредством интерпретации записи эндокардиальной фрагментированной активности, так и посредством сверхчастотной стимуляции. При проведении аппликаций в выявленных зонах отмечается акселерация синусового ритма, уменьшение времени атриовентрикулярного проведения (А-Н компонента), снижение антеградной точки Венкебаха. Через 10 месяцев после первой проведенной операции эффекты операции сохранены.

Выводы. Симптоматические брадиаритмии - это серьезное состояние, требующее немедленного лечения, однако, имплантация стимулятора сопряжена с высокими рисками, рентген-нагрузкой, со снижением качества жизни. Модуляция ганглионарных сплетений, как альтернатива ЭКС у пациентов с функциональными нарушениями функций СУ и АВ-проведения, может привести к разрешению заболевания и повышению качества жизни.