

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ SARS-CoV-2 ИНФЕКЦИЮ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО МНОГПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Андрей Михайлович Осадчий¹, Вячеслав Владимирович Семенюта², Александр Валентинович Каменев³, Дмитрий Сергеевич Лебедев³, Сергей Григорьевич Щербак⁴

¹ Городская больница № 40 Курортного района. 197706, Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, ул. Борисова, д. 9

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

³ Национальный медицинский научно-исследовательский центр имени В.А. Алмазова. 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

⁴ Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет. 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9

E-mail: an_osadchy@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: фибрилляция предсердий; радиочастотная абляция; коронавирусная инфекция; фиброз предсердий; амплитудное картирование.

Введение. У пациентов на фоне инфекции, вызванной коронавирусом-2 (SARS-CoV-2), значительно повышен уровень провоспалительных цитокинов, способствующих процессам фиброза и изменению электрофизиологических свойств в ткани предсердий. Учитывая это, необходимо выполнять амплитудное картирование перед радиочастотной абляцией пациентам после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), поскольку это может повлиять на тактику операции.

Цель исследования. Определить особенности электроанатомической структуры левого предсердия и субстрата аритмии у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших SARS-CoV-2 инфекцию, и определить оптимальную тактику интервенционного лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 30 пациентов с диагнозом «фибрилляция предсердий», которым выполнялась катетерная радиочастотная абляция в условиях многопрофильного стационара. Определение субстрата фибрилляции предсердий выполнялось методом анатомического и амплитудного картирования. Анализировались зоны с амплитудой $<0,25$ мВ, $<0,5$ мВ, от 0,5 до 0,75 мВ включительно, и $>0,75$ мВ. Объем левого предсердия определялся на основании анатомической карты.

Результаты исследования. Группы однородны по форме фибрилляции предсердий, количеству пациентов после выполненной ранее абляции и сердечному ритму во время картирования. В группе COVID-19 наблюдалась более высокая площадь фиброзных зон с амплитудой $<0,25$ мВ ($51,5 \pm 16,6\%$ против $29,1 \pm 16,1\%$ в контрольной группе, $p=0,007$), $<0,5$ мВ ($76,7 \pm 11,5\%$ против $45,6 \pm 22,7\%$ в контрольной группе, $p=0,001$) и более низкая площадь с амплитудой $>0,75$ мВ ($11,6 \pm 8,0\%$ против $45,0 \pm 25,0\%$ в контрольной группе, $p=0,001$). В группе COVID-19 в 7 случаях выполнена изоляция задней стенки из-за наличия низкоамплитудных зон. Трем пациентам операция выполнялась впервые. По результатам ROC-анализа у пациентов после COVID-19 фиброзная ткань ($<0,5$ мВ) занимает более половины площади, а нормальная ткань ($>0,75$ мВ) около 30% и менее.

Заключение. Данное исследование показывает, что следствием SARS-CoV-2 инфекции может быть ремоделирование миокарда левого предсердия в виде диффузного фиброза. Субстрат аритмии у пациентов, перенесших COVID-19, может локализоваться не только в устьях легочных вен, но и в других областях левого предсердия. Это необходимо учитывать перед выполнением абляции, даже если операция проводится впервые. Рекомендуется выполнять амплитудное картирование всем пациентам, перенесшим SARS-CoV-2 инфекцию, с целью выявления фиброзных зон и планирования объема операции.