

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРИТМИЙ СЕРДЦА И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

*Сергей Анатольевич Юзвинкевич, Дмитрий Вячеславович Крыжановский,
Алексей Николаевич Хотунцов, Елена Анатольевна Курникова*

Городская больница № 26. 196247, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, д. 2

E-mail: syuzvinkevich@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: новая коронавирусная инфекция; нарушения ритма сердца и проводимости; хирургическое лечение аритмий.

Введение. В настоящее время проводится активное изучение влияния новой коронавирусной инфекции COVID-19 (НКИ) на развитие и течение нарушений ритма и проводимости сердца.

Цель исследования: изучение особенностей течения нарушений ритма и проводимости сердца (НРПС) у больных НКИ и постковидным синдромом, оптимизация организационных и противоэпидемических мероприятий при оказании хирургической аритмологической помощи в условиях пандемии НКИ.

Материалы и методы. 2902 больных НРПС, которым в 2020 и 2022 годах была оказана аритмологическая помощь в СПб ГБУЗ «Городская больница № 26». В 1832 случаях пациентам были имплантированы кардиостимуляторы и ИКД, 318 больным была проведена РЧА аритмогенных очагов сердца, в 47 случаях были выполнены корригирующие операции на системах ритмовождения. Остальным пациентам была проведена консервативная антиаритмическая терапия.

Результаты. Отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение порогов стимуляции в сроки 3 месяца после имплантации кардиостимуляторов у больных, оперированных на фоне НКИ, по сравнению с группой неинфицированных пациентов. Течение фибрилляции и трепетания предсердий, а также желудочковых аритмий у больных, перенесших НКИ, характеризуется более агрессивным течением, устойчивостью к купирующей и профилактической антиаритмической терапии, а также к ЭИТ. Вероятно, на фоне острого течения НКИ и при развитии постковидного синдрома нередко развивается токсическое поражение миокарда с формированием микрососудистых тромбозов, очагов некроза, воспалительных изменений миокарда. Эти поражения сердечной мышцы, усугубляемые фиброзом, формируют в дальнейшем развитие, в том числе и у пациентов молодого возраста, АВ-блокад высокой степени и дисфункции синусового узла, требующих в ряде случаев имплантации кардиостимуляторов, а также фибрилляции и трепетания предсердий, желудочковых нарушений ритма сердца и приобретенного синдрома удлиненного интервала $Q-T$.

Обсуждение. Для обеспечения бесперебойного оказания аритмологической помощи в условиях пандемии НКИ необходимо разделение потока плановых и экстренных больных. Требуется выделение отдельных помещений приемного отделения с отдельным входом, отдельных блоков палат больничного пребывания, отдельных бригад медицинских работников. При поступлении в стационар всем больным при их нахождении в палате-обсерваторе должен быть выполнен ПЦР или иммунохроматографический тест на наличие РНК или антигена коронавируса COVID-19. Плановым больным ПЦР-тест может быть проведен на амбулаторном этапе не позднее 48 часов до даты госпитализации. Количество свободных коек планового и экстренного блоков не должно быть менее 50% от общего количества коек отделения, что позволяет пациентам соблюдать социальную дистанцию. При невозможности маршрутизации больных НКИ, требующих хирургической аритмологической помощи, в инфекционный стационар, такие пациенты размещаются в палату-изолятор экстренного блока, операция проводится в последнюю очередь со строгим использованием операционной бригадой СИЗ, после перевода больного в инфекционный стационар производится заключительная дезинфекция палаты-изолятора. При отсутствии экстренных жизненных показаний к имплантации антиаритмического устройства или РЧА, хирургическое пособие целесообразно выполнять после нормализации лабораторных показателей, в особенности СРБ, на фоне проводимой терапии НКИ. В период подъема заболеваемости НКИ необходима оптимизация сроков пребывания больных в стационаре, ориентировочно при имплантации антиаритмических устройств до 3–5 койко-дней, при проведении РЧА — до 2 койко-дней.