

ТРАНСВЕНОЗНАЯ КАТЕТЕРНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ.

Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет имени акад. И.П.Павлова,¹
НИИ Кардиологии МЗ РФ²

Авторами представлен случай успешной трансвенозной катетерной радиочастотной абляции при желудочковой экстрасистолии, источником которой является выходной тракт правого желудочка.

Ключевые слова: выходной тракт правого желудочка, правожелудочковая экстрасистолия, катетерная абляция.

The authors present a case of successful transvenous catheter radiofrequency ablation in the ventricular extrasystoles, whose origin is the right ventricle outflow tract.

Key words: right ventricle outflow tract, right-ventricular extrasystoles, catheter ablation

Катетерная трансвенозная радиочастотная абляция приобретает все более важное значение в лечении аритмий. Хорошо известны успехи метода при лечении разнообразных наджелудочковых тахикардий [2, 3, 10]. Большое число публикаций последних лет посвящено возможностям катетерной абляции при коронарогенной и некоронарогенной пароксизмальной желудочковой тахикардии (ЖТ) [1, 4, 8]. Особенно значимы успехи при идиопатической пароксизмальной ЖТ, связанной с цАМФ – зависимой триггерной активностью из области выходного тракта (ВТ) правого желудочка (ПЖ) [7].

Однако непароксизмальным идиопатическим желудочковым аритмиям уделяется существенно меньшее внимание, что обусловлено, видимо, тем, что они редко ассоциируются с риском внезапной смерти. В немногочисленных публикациях сообщается об успешном лечении неустойчивой идиопатической ЖТ [6]. Опыт катетерного лечения симптоматичной идиопатической желудочковой экстрасистолии (ЖЭ), источником которой является ВТ ПЖ, представлен лишь в единичных работах [5, 9]. В то же время совершенно очевидно, что пациентов с клинически значимой, субъективно плохо переносимой, существенно снижающей качество жизни ЖЭ существенно больше, чем больных с ЖТ. Хорошо известно также о весьма невысокой эффективности антиаритмической терапии при этом виде аритмий. Поэтому поиск новых путей лечения такой ЖЭ представляется весьма важной и своевременной задачей.

В качестве демонстрации возможностей катетерной трансвенозной радиочастотной абляции в лечении идиопатической ЖЭ из ВТ ПЖ приводим собственное наблюдение.

Больной А., 17 лет, поступил в клинику с жалобами на перебои в работе сердца. Из анамнеза известно, что с возраста 5 лет при регистрации ЭКГ выявляется частая ЖЭ, по поводу чего многократно обследовался в педиатрических стационарах, как правило, с диагнозом «миокардитический кардиосклероз». Принимал продолжительными курсами в адекватных дозах ряд антиаритмических препаратов (амиодарон, соталол, метопролол, пропафенон и др.) без эффекта.

При неинвазивном инструментальном обследовании: ЭКГ – ритм синусовый, 76 в 1 минуту. Частая ЖЭ с формой QRS-комплексов по типу блокады левой ножки пучка Гиса, с переходной зоной V4. По контуру – без особенностей.

Сигнал-усреднённая ЭКГ: поздние потенциалы желудочков не выявлены.

Эхокардиография: размеры сердца, клапанный аппарат – без патологии. Сократительная способность миокарда в пределах нормы.

Суточное мониторирование ЭКГ (выполнено на системе «Кардиотехника» фирмы «ИНКАРТ» г. Санкт-Петербург) (рис. 1): регистрируется частая одиночная правожелудочковая экстрасистолия (в среднем более 2000 в 1 час, как правило, аллоритмия – би- и тригеминии), единичная одиночная левожелудочковая экстрасистолия (всего три ЖЭ), а также редкая парная правожелудочковая экстрасистолия.

На основании полученных данных было высказано предположение о наличии у пациента идиопатической, обусловленной триггерной активностью ЖЭ, источником которой является ВТ ПЖ.

На втором, инвазивном этапе в условиях рентгеновизионной операционной была произведена катетеризация правой бедренной вены. Выполнено контрастирование ПЖ, включая ВТ. Признаков аритмогенной дисплазии не выявлено. Диагностический катетер был заменен на управляемый лечебный. В ходе последующего эндокардиального стимуляционного картирования (рис. 2) полная идентичность экстрасистолических и

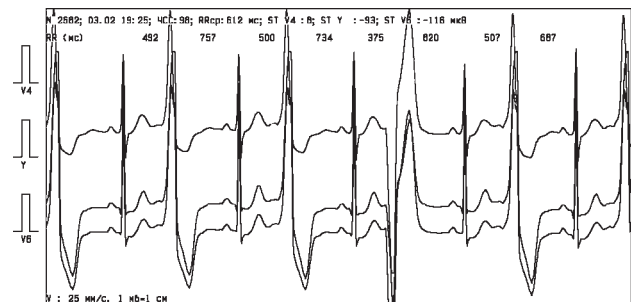


Рис. 1. Исходные данные суточного мониторирования ЭКГ. Пояснения в тексте.

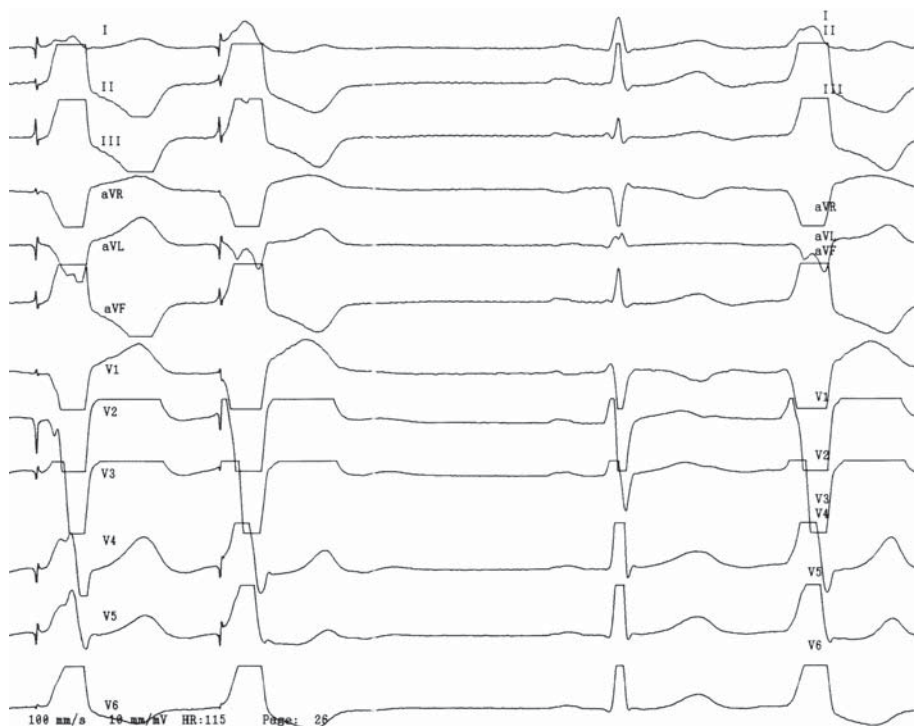


Рис.2. Данные эндокардиального стимуляционного картирования.
Пояснения в тексте.

стимуляционных QRS-комплексов во всех 12-ти отведениях была получена в передне-септальной области ВТ ПЖ, что подтвердило высказанное перед операцией предположение.

В зоне, определенной с помощью эндокардиального

идиопатических нарушений ритма из ВТ ПЖ, обусловленных триггерной активностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Calkins H., Epstein A., Packer D. et al. Catheter ablation of ventricular tachycardia in patients with structural heart disease using cooled radiofrequency energy: results of a prospective multicenter study. Cooled RF Multi Center Investigators Group. JACC, 2000; 35 (7): 1905-1914.
2. Connors S.P., Vora A., Green M.S., Tang A.S. Radiofrequency ablation of atrial tachycardia originating from the triangle of Koch. Can. J. Cardiol., 2000; 16 (1): 39-43.
3. Iturralde P., Colin L., Kershenovich S. et al. Radiofrequency catheter ablation for the treatment of supraventricular tachycardias in children and adolescents. Cardiol. Yung, 2000; 10 (4): 376-383.
4. Kamakura S., Shimizu W., Matsuo K. et al. Localization of optimal ablation site of idiopathic ventricular tachycardia from right and left ventricular outflow tract by body surface ECG. Circulation, 1998; 13; 98 (15): 1525-1533.

стимуляционного картирования, было нанесено 5 аппликаций тока высокой частоты с полным прекращением спонтанной эктопической активности.

Пациент был выписан из стационара на следующий день после операции. Жалоб при выписке не предъявлял, перебои в работе сердца его не беспокоили.

Контрольное суточное мониторирование ЭКГ, проведенное через полтора месяца после вмешательства, показало полное отсутствие правожелудочковых экстрасистол. За сутки наблюдения была выявлена лишь единичная левожелудочковая экстрасистолия, имевшаяся у больного и ранее.

В течение последующего года наблюдения суточное мониторирование ЭКГ было выполнено еще дважды; результа-

ты были аналогичны. Самочувствие все это время было хорошим, перебои в работе сердца больного не беспокоили.

Таким образом, трансвенозную катетерную радиочастотную абляцию можно считать эффективным и безопасным методом лечения непароксизмальных

5. Lauck G., Burkhardt D., Manz M. Radiofrequency catheter ablation of symptomatic ventricular ectopic beats originating in the right outflow tract. Pacing Clin. Electrophysiol., 1999; 22 (Pt 1): 5-16.
6. Lerman B.B., Stein K.M., Engelstein E.D. et al. Mechanism of repetitive monomorphic ventricular tachycardia. Circulation, 1995; 1; 92 (3): 421-429.
7. Lerman B.B., Stein K.M., Markowitz S.M. et al. Ventricular arrhythmias in normal hearts. Cardiol. Clin., 2000; 18 (2): 265-291.
8. Richardson A.W., Josephson M.E. Ablation of Ventricular Tachycardia in the Setting of Coronary Artery Disease. Curr. Cardiol. Rep., 1999; 1 (2): 157-164.
9. Seidl K., Schumacher B., Hauer B. et al. Radiofrequency catheter ablation of frequent monomorphic ventricular ectopic activity. J Cardiovasc. Electrophysiol., 1999; 10 (7): 924-934.
10. Wu M.H., Lin J.L., Lai L.P. et al. Radiofrequency catheter ablation of tachycardia in children with and without congenital heart disease: indications and limitations. Int. J. Cardiol., 2000; 15; 72 (3): 221-227.