Доц. др Небојша Мујовић

Клиника за кардиологију, Универзитетски клинички центар Србрије

Медицински факултет Универзитета у Београду

**Аблација преткоморских поремећаја срчаног ритма**

 Атријална фибрилација је најчешћа аритмија у одраслој популацији са преваленцом 1-2%. Инциденца и преваленца атријалне фибрилације се прогресивно повећавају са старењем популације, и кумулацијом кардиоваскуларних и кардиометаболичких коморбидитета, као што су хипертензија, коронарна болест, срчана слабост, шећерна болест, гојазност и др. Присуство атријалне фибрилације је повезано са два пута већим морталитетом, два пута вишим ризиком за развој срчане слабости и пет пута вишим ризиком од можданог удара услед тромбоемболизма.

 Основни циљеви лечења атријалне фибрилације су превенција потенцијалних компликација као што су срчана слабост и мождани удар, и унапређење лимитирајућих симптома у вези с аритмијом. Због тога је терапија усмерена у четири правца, а то су антикоагулантна терапија, оптимална контрола срчане фреквенце, контрола синусног ритма и модификација (кардиометаболичких) фактора ризика.

 За контролу синусног ритма примарно се примењују антиаритмијски лекови. Нажалост, антиаритмици имају лимитирану ефикасност од око 35-40% у превенцији рекурентних епизода аритмије. Осим тога, око 10-20% болесника не толерише антиаритмике због споредних или нежељених ефеката, потенцијалне токсичности или ризика од проаритмије или брадикардије.

 Катетерска аблација атријалне фибрилације развијена је пре две деценије, и заснива се на електричној изолацији плућних вена. Наиме, код 90% болесника покретачи аритмије налазе се у завршним сегментима плућних вена на месту уливања у леву преткомору. Перкутаним ендоваскуларним приступом, након транссепталне пункције и приступа левој преткомори, могуће је катетером за радиофреквентну аблацију креирати кружне некротичне лезије око ушћа све четири плућне вене у циљу електричне изолације покретача атријалне фибрилације. Оваквим приступом постиже се дугорочна контрола синусног ритма код 70-80% болесника са пароксизмалном и код 50-70% болесника са перзистентном атријалном фибрилацијом. Код око 20-30% болесника неопходно је поновити аблацију да би се постигао коначан ефекат. Компликације процедуре су ретке и јављају се код око 1-2% болесника у виду перфорације срца с тампонадом, атрио-езофагеалне фистуле, стенозе плућне вене и васкуларних лезија у препони. Рандомизоване студије су показале да је аблација супериорна у односу на антиаритмијску терапију у контроли синусног ритма. Катетерска аблација је индикована код болесника са рекурентним епизодама атријалне фибрилације уколико претходна терапија барем једним антиаритмиком није била ефикасна. У одобраним случајевима, међутим, аблација може бити и прва терапијска опција за контролу ритма. Савремена истраживања су показала да аблација атријалне фибрилације код болесника са срчаном инсуфицијенцијом значајно побољшава укупно и кардиоваскуларно преживљавање и успорава прогресију срчане слабости.