

На правах рукописи

Юркулиева

Гюлсуна Абдулвагабовна

**«Сравнительный анализ качества жизни
пациентов после хирургического и
интервенционного лечения фибрилляции
предсердий»**

3.1.20 - Кардиология

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва 2021

Диссертационная работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Член-корр. РАН, профессор

Бокерия О.Л.

Официальные оппоненты:

Гиляревский Сергей Руджерович - доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии и терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России;

Посненкова Ольга Михайловна - доктор медицинских наук, заведующая отделом атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца НИИ кардиологии, ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «17» сентября 2021г. в 15:00 часов на заседании диссертационного совета 21.1.038.01 при ФБГУ «НМИЦ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России по адресу: 121552, г. Москва, Рублевское шоссе, д. 135, конференц-зал №2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФБГУ «НМИЦ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России и на сайтах www.bakulev.ru и Высшей Аттестационной Комиссии (ВАК) <https://vak.minobrnauki.gov.ru>.

Автореферат разослан «09» августа 2021 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета 21.1.038.01,
доктор медицинских наук

Д.Ш. Газизова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность.

Своевременная диагностика нарушений ритма сердца позволяет предупредить развитие неблагоприятных событий и определить наиболее оптимальную стратегию лечения данной патологии.

Однако после того или иного вида оказанного лечения врачу сложно оценить психоэмоциональное состояние человека, его физическое и психологическое благополучие, его социальное положение в обществе. Именно эти характеристики, основанные на субъективном анализе самого пациента, определяют результативность выполненного лечения.

Трудности в лечебном процессе и устойчивость к проводимой терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) определяются развитием в сердечной мышце анатомических и морфофункциональных изменений вследствие длительного воздействия аритмии на кардиомиоциты. Ввиду этого, ведущей задачей при лечении больных с ФП становится восстановление и поддержание правильного ритма сердца, что нередко составляет большую сложность. Успешное достижение данной задачи позволит значительно снизить функциональный класс сердечной недостаточности (СН) данной категории пациентов. При исследовании качества жизни (КЖ) пациентов с ФП Jenkins LS. и соавт. по данным многоцентрового исследования AFFIRM, а также Hohnloser S. H. и соавт. по данным исследования PIAF установили, что КЖ больных с ФП значительно хуже, чем у пациентов, не страдающих ФП. Создавались новые критерии, охватывающие все необходимые показатели для определения эффективности терапии. Одним из таких критериев явилась оценка качества жизни больного, которая позволяет выявить наличие преимуществ и недостатков лечения.

При этом в мировой литературе описано малое число исследований, посвященных оценке КЖ пациентов с различными нарушениями ритма сердца, в частности с фибрилляцией предсердий. Впервые описания показателей КЖ у больных, страдающих ФП, приведены в конце XX столетия. На сегодняшний день ФП является одной из наиболее часто встречающихся в клинической практике наджелудочковых тахиаритмий, которая приобретает все большую медико-социальную значимость, поскольку способна ухудшить КЖ.

Основные жалобы, сопровождающие течение ФП, такие как, сердцебиение, головокружение, снижение толерантности к физическим нагрузкам, одышка, чувство страха и ожидания очередного приступа, во многом определяют переносимость заболевания. Единственным объективным способом для оценки выраженности симптомов и эффективности проводимой терапии являются определение и оценка уровня качества жизни пациентов. ФП ассоциируется со многими неблагоприятными исходами, включая инсульт, деменцию, СН, нарушение КЖ, увеличение медицинских расходов и смертность. Понимание влияния методов лечения ФП на эти исходы имеет важное значение в общей оценке роли проводимой терапии в долгосрочном ведении пациентов с ФП. Следовательно, у такой категории пациентов тактика лечения должна быть направлена на улучшение КЖ наряду со снижением летальности и риска развития осложнений. В нашей стране представлено малое количество трудов, посвященных оценке КЖ больных с нарушениями ритма сердца.

Несмотря на наличие большого количества доступных для использования средств, проблема оценки КЖ больных ФП изучена в настоящее время недостаточно, а интерес к данной проблеме растет с каждым годом. Взаимосвязи интервенционных и хирургических методов лечения больных ФП с их КЖ в настоящее время не исследованы.

Сложности в прогнозировании действенности интервенционных и хирургических методов лечения у категории пациентов с ФП диктуют необходимость продолжения исследований.

Вопрос изучения КЖ пациентов с ФП после интервенционного и хирургического пособий, а также сравнительный анализ полученных результатов остается неизученным, в связи с этим представляется весьма актуальным и вызывающим большой интерес в настоящее время.

Приведенные выше данные подтверждают надобность более детального изучения проблемы оценки КЖ больных с ФП после хирургических и интервенционных пособий, направленных на вылечивание от аритмии и выбора наиболее оптимальных методов лечения. Все вышеизложенное и явилось основанием для проведения данного исследования.

Цель работы:

Оценить качество жизни пациентов после интервенционного и хирургического лечения ФП через год после вмешательства.

Задачи.

1. Оценить качество жизни пациентов с фибрилляцией предсердий до и после вмешательства в общей группе пациентов.
2. Оценить качество жизни пациентов с фибрилляцией предсердий до хирургического лечения ФП (операция «Лабиринт 3Б»).
3. Изучить динамику качества жизни пациентов через 12 месяцев после хирургического лечения фибрилляции предсердий.
4. Оценить качество жизни пациентов с фибрилляцией предсердий до интервенционного лечения ФП (радиочастотная абляция легочных вен (РЧА ЛВ)).
5. Изучить динамику качества жизни пациентов через 12 месяцев после интервенционного лечения фибрилляции предсердий.

Научная новизна.

В данной работе акцентируется внимание на составляющих качество жизни показателях, их сравнительном анализе.

Анализ эффективности хирургического и интервенционного лечения фибрилляции предсердий и корреляция данных с показателями качества жизни позволяет принципиально изменить медицинские подходы в реабилитации больных кардиохирургического профиля и наметить новые стратегии в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

В рамках этого исследования впервые в отечественной практике была проведена сравнительная оценка качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий в послеоперационном периоде и выявлены сопутствующие факторы, влияющие на результативность используемых лечебных пособий, что в дальнейшем позволит разработать комплексную лечебно-реабилитационную тактику и будет способствовать повышению эффективности радикального лечения ФП.

Практическая значимость.

Предложен алгоритм обследования и оценки качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий. Для выбора оптимальной тактики и сроков хирургического лечения оценка качества жизни и уровня тревоги и депрессии с помощью опросников Short-Form-36, HADS и MLHFQ позволяет проанализировать исходный статус пациент, оценить эффективность проведенного хирургического лечения и спрогнозировать дальнейшее течение заболевания. Внедрение в клиническую практику опросников Short-Form-36, HADS и MLHFQ позволит своевременно оценить психический портрет пациента, выбрать оптимальный метод его лечения и спрогнозировать дальнейшее течение заболевания.

Положения, выносимые на защиту.

1. При анализе компонентов КЖ на догоспитальном этапе выявлено, что в общей группе пациентов на фоне болезни повседневная деятельность ограничивалась сниженной физической активностью и трудностями в общении, что впоследствии привело к развитию тревожно-депрессивных состояний.
2. В группе пациентов, подвергнутых хирургическому лечению («Лабиринт 3Б»), отмечались исходно низкие показатели КЖ ввиду наличия у пациентов первой группы таких сопутствующих состояний, как недостаточность атриовентрикулярных клапанов 2 степени, больших объемов левого предсердия и диаметров устьев ЛВ, высокого давления в правом желудочке.
3. В группе пациентов после операции «Лабиринт 3Б» выявлено статистически значимое улучшение всех показателей КЖ в сравнении с исходными данными согласно опроснику SF-36, Миннесотскому опроснику КЖ при хронической СН (ХСН) и шкале тревоги и депрессии HADS.
4. В группе пациентов, которым была выполнена операция РЧА ЛВ, выявлено умеренное снижение качества жизни в дооперационном периоде в связи с тем, что пациенты второй группы имели менее выраженную сопутствующую патологию (недостаточность атриовентрикулярных клапанов до второй степени, нормальные объемы левого предсердия и диаметры устьев ЛВ, умеренную легочную гипертензию).
5. Оценка показателей КЖ по данным опросника SF-36 после процедуры РЧА ЛВ указывает на статистически значимое улучшение всех показателей, кроме физического функционирования, жизненной активности и психического здоровья. Статистически значимое улучшение у пациентов этой группы выявлено также по данным Миннесотского опросника КЖ при хронической СН и по шкале тревоги и депрессии HADS.

Реализация результатов исследования.

Полученные нами алгоритмы дооперационного обследования и результаты хирургического лечения внедрены в клиническую практику НМИЦ ССХ им. А. Н. Бакулева МЗ России.

Представленный алгоритм, а также итоги исследования могут использоваться в клинической практике других кардиохирургических центров и представлять интерес для кардиологов, терапевтов, врачей общей практики и функциональной диагностики.

Апробация работы.

Материалы проведенного нами исследования были представлены на XXIII Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва, ноябрь 2017 г.); XIV Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва, ноябрь 2018 г.); The 26th Annual Meeting of The Asian Society For Cardiovascular and Thoracic Surgery (Москва, май 2018); XXIII Ежегодной сессии «Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» с Всероссийской конференцией молодых ученых (Москва, май 2019 г.); на XXV Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва, ноябрь 2019 г.); XXVI Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва, декабрь 2020 г.)

Диссертация апробирована на объединенной научной конференции отделения хирургического лечения интерактивной патологии, лаборатории интраоперационной диагностики и лечения аритмий. (Москва).

Публикации.

По материалам диссертации опубликовано 14 печатных работ (9 тезисов и 5 статей) в рецензируемых научных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией для публикации

основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Структура диссертации.

Диссертация состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Работа изложена на 115 страницах машинописного текста, иллюстрирована 13 рисунками и 17 таблицами. Указатель литературы включает 132 источников, из них 19 работ отечественных авторов и 113 – иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Представленная работа являлась ретроспективной и проводилась в отделении хирургического лечения интерактивной патологии (ОХЛИП) Федерального государственное бюджетное учреждение «НМИЦССХ имени А.Н. Бакулева» Минздрава России, г. Москва. Объектом исследования стали истории болезни 163 пациентов с ФП и митральной недостаточностью, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургического лечения интерактивной патологии с 2015 по 2018 гг. Согласно критериям включения из общего количества отобрано 97 пациентов с персистирующей формой ФП и митральной недостаточностью, которые впоследствии разделены на две группы: 1-я группа - 40 пациентов, которым выполнена операция «Лабиринт 3Б», 2-я группа – 57 пациентов, которым выполнена операция радиочастотная абляция легочных вен.

Критерии включения:

1. мужчины и женщины (возраст от 30 до 75 лет)
2. пациенты с ФВ ЛЖ более 50%
3. пациенты с резистентной к антиаритмической терапии персистирующей и длительно персистирующей формой ФП
4. пациенты с митральной недостаточностью 2 степени и более

Критерии исключения:

1. пациенты младше 30 лет и старше 75 лет
2. пациенты с фракцией выброса левого желудочка ниже 50%
3. пациенты с желудочковой тахикардией в анамнезе
4. ранее выполненные вмешательства на «открытом» сердце
5. наличие в анамнезе острых нарушений мозгового кровообращения или транзиторных ишемических атак
6. пациенты с пороками сердца, кардиомиопатиями
7. пациенты с тромбозом левого предсердия и ушка левого предсердия.

Для оценки качества жизни нами использовался опросник Short Form-36 (SF-36), который наглядно отображает уровень благополучия человека, а также его удовлетворённость различными составляющими своей жизнедеятельности, на которые может влиять состояние здоровья. Опросник SF-36 составлен из 36 вопросов, образующих восемь шкал: физическое функционирование, телесная боль, ролевая деятельность, общее здоровье, социальное функционирование, жизнеспособность, психическое здоровье и эмоциональное состояние. Во всех шкалах вопросы расположены так, чтобы больший показатель (от 0 до 100) отражал высший балл по избранной шкале. В результате анализа и оценки данных шкал формируются два основных параметра: психологический и физический компоненты здоровья. Миннесотский опросник КЖ больных с хронической сердечной недостаточностью (MLHFQ) предложен в 1987 году, после чего широко использоваться в клинической практике, став одной из наиболее «болезнь-чувствительных» анкет в оценке КЖ. Результаты данного опросника достаточно хорошо соотносятся с результатами общего опросника КЖ

(SF-36), а также с такими клиническими данными, как симптоматика пациента, функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA (Нью-Йоркской классификации сердечной недостаточности), максимальное потребление кислорода у пациентов с сердечной недостаточностью различной этиологии. Шкала HADS применялась для первичного определения депрессии и тревоги в клинической практике и обладает высокой валидностью, а симптомы депрессии и тревоги, которые могли являться проявлениями соматической болезни (головокружение, головная боль) не были использованы при разработке данной шкалы.

Качество жизни пациентов с ФП исследовалось на различных этапах интервенционного и хирургического лечения.

Из 97 пациентов 57 (58,7%) выполнена РЧА ЛВ, 40 (41,3%) больным проведено хирургическое лечение в объеме операции «Лабиринт 3Б». Среди всех пациентов, вошедших в исследование, 48 – мужчин, 49 – женщин. Средний возраст составил 58 (54;63) лет, средняя масса тела - $84,7 \pm 15,5$ килограмм при среднем росте – $170,7 \pm 9,6$ сантиметров, индекс массы тела (ИМТ) составил 28 (26;31). Длительность анамнеза ФП до оперативного лечения – 4 (2;5) лет.

При обследовании пациентов выявлено, что в структуре сопутствующей патологии ишемическая болезнь сердца (ИБС) имела место в 12,3 % случаев у 12 пациентов, сахарный диабет (СД) в 1% у 1 пациента, у большинства функциональный класс (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) по NYHA соответствовал II (II; III) классу. МР оценивалась согласно стандартам эхокардиографии.

При оценке данных, полученных с помощью трансторакального ЭХОКГ, выявлено, что средний диаметр ЛП составил 4,5 (4,2;4,8) см, ФВ ЛЖ - $61,1 \pm 6,0$ %, КДР - $4,9 \pm 0,4$ см, КСР - 3,3 (3,0;3,5) сантиметров, КДО - $116,7 \pm 24,4$ мл, КСО - 44 (34;51) мл, ФК МК 35,3

$\pm 4,0$ мм, ФК ТК 35 (32;37) мм, расчетное систолическое давление в ПЖ - 32 (28;36) мм рт.ст.

Методы

В качестве предоперационной подготовки пациентам была выполнен следующий объем обследований: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), чреспищеводная ЭхоКГ, мультиспиральная компьютерная томография левого предсердия и легочных вен с контрастным усилением, электрофизиологическое исследование, коронароангиография, оценка качества жизни по данным опросника Short-Form-36, Миннесотского опросника и шкалы тревоги и депрессии HADS.

Статистическая обработка.

При статистической обработке проводился анализ исходных качественных и количественных данных на нормальность распределения. При этом использовался W критерий Шапиро-Уилка. При нормальном распределении данных полученные результаты представлены в виде $M \pm SD$, при ненормальном распределении данных в виде $Me (Q1; Q3)$. Проводился статистический анализ данных как параметрическим, так и непараметрическим методами. В случае нормального распределения использовался параметрический t-критерий Стьюдента, а при сравнении двух зависимых выборок данных при ненормальном распределении использовался непараметрический критерий Вилкоксона. Надежность статистических результатов принималась не менее чем 95%. Использовались программные пакеты Microsoft Office Excel 2007, STATISTICA 10.0 (Statsoft, USA).

Результаты.

Статистически значимые отличия в группах выявлены при анализе функционального класса (ФК) ХСН, составил III (II;III) и II (II;II) после каждой процедуры соответственно при $p < 0,001$. В отношении размеров фиброзного кольца (ФК) митрального клапана (МК), ФК трикуспидального клапана (ТК) и расчетного систолического давления в правом желудочке (ПЖ) выявлены достоверные отличия между двумя группами-28 (25,5;30) и 36 (35;39) при $p < 0,001$, 28 (27;30) и 36 (35;38) при $p < 0,001$, 23,5 (20;28) и 35 (30;40) при $p < 0,001$ соответственно.

В 1-й группе все пациенты (100% случаев) принимали препарат варфарин с достижением целевых значений международного нормализованного отношения (МНО). Во второй группе 38% пациентов получали варфарин, 26% - ривароксабан, 26%-дабигатран, 10% - апиксабан.

Госпитальная летальность в обеих группах составила 0%. У 5 из 40 пациентов (2%) в 1-й группе по данным трансторакальной ЭХОКГ выявлено наличие перикардального выпота, не потребовавшее инвазивных манипуляций, во 2-й группе подобных случаев не зарегистрировано.

В период наблюдения 12.27 ± 1.66 месяцев случаев тромбоэмболических осложнений не выявлено. В первой группе исследуемых выполнено в 12% в 5 случаях выполнены повторные вмешательства (РЧА правого перешейка) по поводу трепетания предсердий, в то время как во второй группе исследуемых РЧА правого перешейка и легочных вен проведена в 24 случаях (43,2%).

Свобода от левопредсердной аритмии спустя 12 месяцев после хирургического пособия составила 68% (27 человек) в 1-й группе и 49% (28 человек) во 2-й группе ($p = 0,125$). В первой группе пациентов в 13

случаях (32%) выявлен синдром слабости синусового узла (СССУ) с последующей имплантацией постоянного водителя ритма в режиме VVI. Так, у 3 (23%) из них имплантирован однокамерный ЭКС, у 10 (77%) - двухкамерный. Во второй группе пациентов СССУ зарегистрирован в 3 случаях (5,4%), имплантации однокамерного электрокардиостимулятора (ЭКС) не потребовалось, трем пациентам имплантирован двухкамерный ЭКС.

На догоспитальном этапе проводилась анкетирование пациентов. При оценке КЖ пациентов с помощью опросника SF-36, среднее значение физического функционирования (PF) до операции составило $39,1 \pm 20,0$ баллов, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) - 25 (25;50), интенсивность боли (BP) - 41 (22;62), общее состояние здоровья (GH) - 40 (30;45), жизненная активность (VT) - 45 (40;50), социальное функционирование (SF) - 38 (25;50), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) - 33(33;67), психическое здоровье (MH) - 46 (40;52), физический компонент здоровья - 34 (30;39), психологический компонент здоровья - 38 (34;41) баллов. При оценке Миннесотского опросника КЖ при ХСН - 39 (33;45). По шкале тревоги HADS-A средний балл составил - 18 (15;21) и 17 (13;20) по шкале депрессии HADS-D.

Сравнительная характеристика КЖ у пациентов 1-й группы до и после хирургического вмешательства (операция «Лабиринт 3Б»).

Проведена сравнительная оценка показателей КЖ в каждой группе пациентов. В представленной подглаве приведена сравнительная характеристика показателей КЖ пациентов до и после хирургической коррекции ФП.

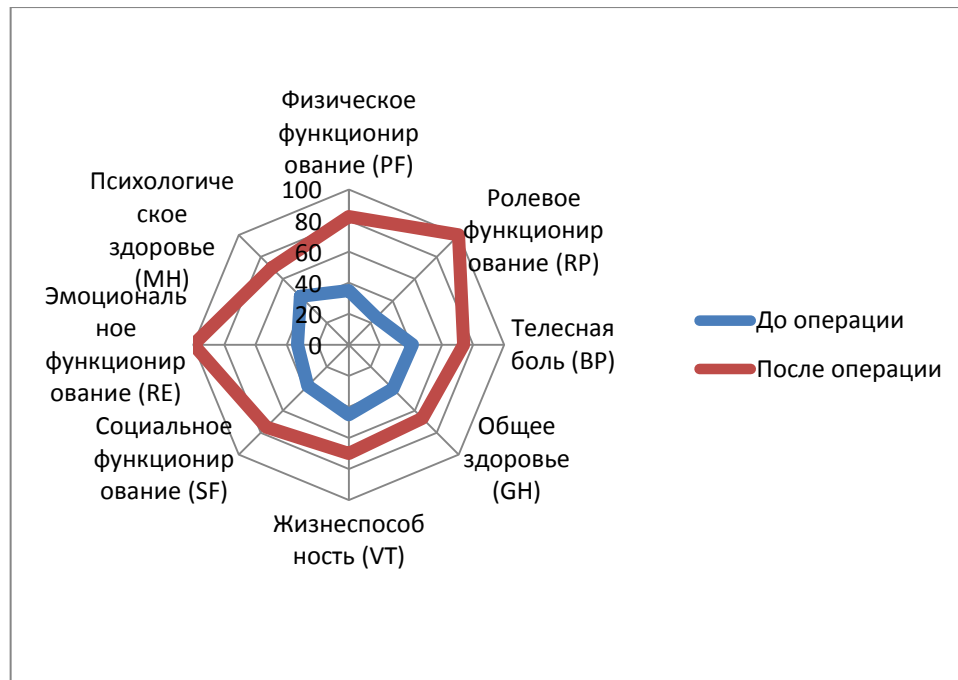


Рисунок 1. Сравнение КЖ у пациентов 1 группы.

По всем основным показателям КЖ прослеживается стойкое статистически значимое улучшение в сравнении с данными, полученными на дооперационном этапе. Так, показатель физического функционирования, который до операции составлял 35 (22;50) спустя год после операции составил 82,5 (75;90) при $p < 0,001$, показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием составил 25 (25;50) и 100 (75;100) баллов при $p < 0,001$, интенсивность боли 41 (22;51) и 74 (73;100) баллов при $p < 0,001$, показатель общего состояния здоровья перед операцией и после операции составил 40 (30;48,5) и 67 (57;74,5) при $p < 0,001$, жизненная активность 45 (37,5;50) и 70 (52,5;80) при $p < 0,001$, социальное функционирование - 37,5 (25;50) и 75 (75;87) при $p < 0,001$, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием - 33 (33;33) и 100 (67;100) при $p < 0,001$, психическое здоровье - 44 (36;52) и 70 (60;82) при $p < 0,001$, физический компонент здоровья - 33 (29;38,5) и 51 (46,5;53) при $p < 0,001$, Психологический компонент здоровья - 38 (35;41) и 50,5 (46,5;56) при $p < 0,001$ до и после операции соответственно. При оценке

результатов Миннессотского опросника КЖ при ХСН до операции получено 40 (26;47) и после операции 9 (5;12) при $p < 0,001$. По шкале тревоги HADS-A средний балл составил 18 (15;21) до операции и 4 (2;6) после при $p < 0,001$. По шкале депрессии HADS-D средний балл составил 16 (13;19) до операции и 4 (2;6) после при $p < 0,001$ (Рис.1).

Таким образом, в конечном итоге мы получили данные двух основных составляющих КЖ до и после хирургического лечения ФП, которые наглядно демонстрируют статистически значимое улучшение восприятия пациентом КЖ после операции в сравнении с самочувствием до проведения хирургической коррекции НРС в первой группе пациентов.

Сравнительная характеристика показателей КЖ у пациентов 2-й группы до и после РЧА ЛВ.

Сравнительный анализ составляющих показателей КЖ до и после интервенционного пособия продемонстрировал статистически достоверную положительную динамику в отношении всех показателей. Так, при оценке КЖ пациентов с помощью опросника SF-36, среднее значение физического функционирования (PF) до операции составило 40 (25;55) и 80 (65;95) баллов при $p < 0,001$, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием - 25 (25;50) и 100 (75;100) при $p < 0,001$, интенсивность боли - 41 (31;71) и 74 (62;74) при $p < 0,001$, общее состояние здоровья - 40 (30;45) и 62 (45;70) при $p < 0,001$, жизненная активность - 45 (40;55) и 70 (55;80) при $p < 0,001$, социальное функционирование - 50 (25;62) и 75 (50;75) при $p < 0,001$, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием - 33 (33;67) и 100 (67;100) при $p < 0,001$, психическое здоровье - 48 (40;52) и 72 (56;84) при $p < 0,001$, физический компонент здоровья - 34 (31;40) и 48 (42;52) при $p < 0,001$, психологический компонент здоровья - 38 (34;41) и 50 (41;55) при $p < 0,001$ (Рис. 2). При

оценке Миннессотского опросника КЖ при ХСН показатель составил 39 (33;44) до операции и 10 (6;19) при $p<0,001$. По шкале тревоги HADS-A средний балл составил 17 (13;20) до операции и 5 (3;10) после при $p<0,001$. По шкале депрессии HADS-D средний балл составил 18 (14;21) до операции и 3 (1;5) после при $p<0,001$.

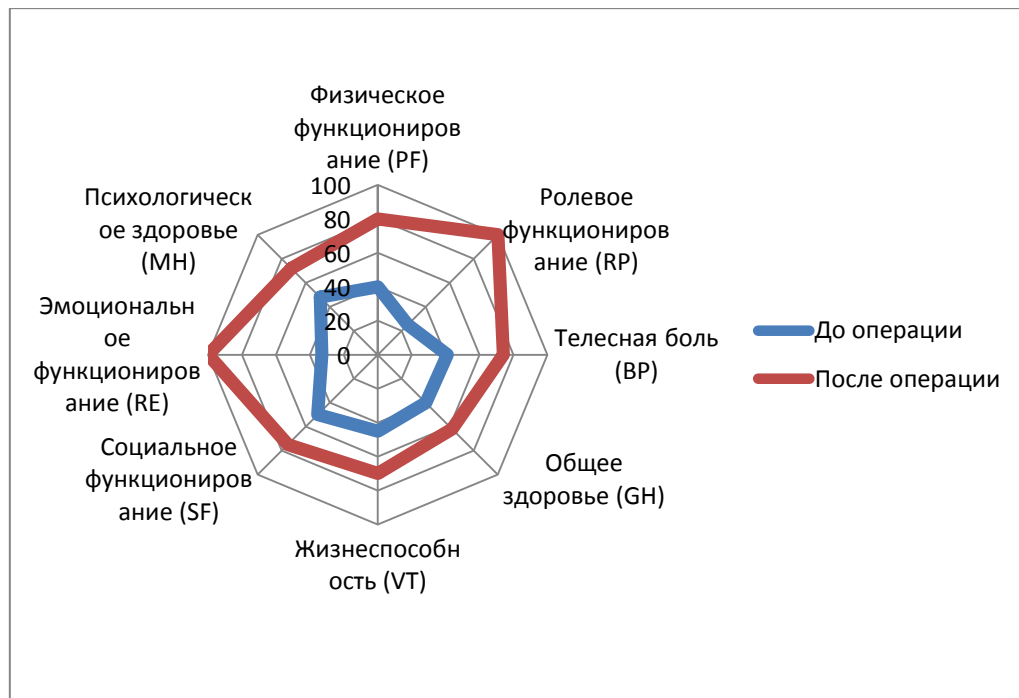


Рисунок 2. Сравнение КЖ у пациентов 2 группы

При сравнении показателей КЖ выявлены статистически значимые улучшения в интенсивности боли в первой и второй группе - 74 (73;100) и 74 (62;74) при $p=0,016$, в общем состоянии здоровья - 67 (57;74,5) и 62 (45;70) при $p=0,021$, социальном функционировании - 75 (75;87) и 75 (50;75) при $p=0,003$ в первой и второй группе соответственно. Подводя итоги анализа, в суммарных компонентах КЖ получены статистически значимые отличия в физическом компоненте здоровья. Анализируя данные показатели, необходимо отметить, что снижение показателя физического компонента чаще отмечается у пациентов с длительно-персистирующей формой ФП, тогда как снижение показателя психологического компонента при

пароксизмальной форме, что связывают с часто рецидивирующими приступами аритмии, которые весьма болезненно переносятся пациентами.

Сравнительная характеристика показателей КЖ у пациентов 1-й и 2-й групп.

В данном разделе описывается сравнительная характеристика показателей КЖ, полученных с использованием опросника MLHFQ, SF-36, шкалы тревоги и депрессии HADS у пациентов после хирургического и интервенционного методов устранения ФП.

Компонент КЖ, балл, Ме (25%;75%)	Группа 1, после Лабиринт 3Б (N=40)	Группа 2, после РЧА ЛВ (N=57)	Значение р
PF, балл	82,5 (75;90)	80 (65;95)	0,03
RP, балл	100 (75;100)	100 (75;100)	0,11
BP, балл	74 (73;100)	74 (62;74)	0,02
GH, балл	67 (57;74,5)	62 (45;70)	0,01
VT, балл	70 (52,5;80)	70 (55;80)	0,86
SF, балл	75 (75;87)	75 (50;75)	0,31
RE, балл	100 (67;100)	100 (67;100)	0,15
MH, балл	70 (60;82)	72 (56;84)	0,04
Физический компонент здоровья	51 (46,5;53)	48 (42;52)	0,02
Психологический компонент здоровья	50,5 (46,5;56)	50 (41;55)	0,06
Минессотский опросник КЖ при ХСН	9 (5;12)	10 (6;19)	0,0001
Шкала тревоги HADS-A	4 (2;6)	5 (3;10)	0,11
Шкала депрессии HADS-D	4 (2;6)	3 (1;5)	0,09

При проведении сравнительного анализа данных, накопленных при заполнении общего опросника КЖ (SF-36), выявлены статистически значимые различия в КЖ у пациентов после интервенционного и хирургического методов лечения в отношении показателей физического функционирования, общего состояния здоровья, психического здоровья, физического компонента здоровья.

В настоящем одноцентровом, проспективном, когортном исследовании показано, что показатели КЖ улучшались как после операции «Лабиринт 3Б», так и после РЧА ЛВ, однако выявлено преобладание психологического и физического компонентов КЖ в группе пациентов после операции «Лабиринт 3Б». Необходимо дальнейшее динамическое наблюдение за этими группами, чтобы сделать окончательные выводы о КЖ и прогнозе в отдаленном периоде.

Выводы

1. При анализе компонентов КЖ на догоспитальном этапе выявлено, что в общей группе пациентов на фоне болезни повседневная деятельность ограничивалась сниженной физической активностью и трудностями в общении, что впоследствии привело к развитию тревожно-депрессивных состояний.
2. В группе пациентов, подвергнутых хирургическому лечению («Лабиринт 3Б»), отмечались исходно низкие показатели КЖ ввиду наличия у пациентов первой группы таких сопутствующих состояний, как недостаточность атриовентрикулярных клапанов 2 степени, больших объемов левого предсердия и диаметров устьев ЛВ, высокого давления в ПЖ.
3. В группе пациентов после операции «Лабиринт 3Б» выявлено статистически значимое улучшение всех показателей КЖ в сравнении с исходными данными согласно опроснику SF-36, Миннесотскому опроснику КЖ при ХСН и шкале тревоги и депрессии HADS.

4. В группе пациентов, которым была выполнена операция РЧА ЛВ, выявлено умеренное снижение качества жизни в дооперационном периоде в связи с тем, что пациенты второй группы имели менее выраженную сопутствующую патологию (недостаточность атриовентрикулярных клапанов до второй степени, нормальные объемы ЛП и диаметры устьев ЛВ, умеренную легочную гипертензию).

5. Оценка показателей КЖ по данным опросника SF-36 после процедуры РЧА ЛВ указывает на статистически значимое улучшение всех показателей, кроме физического функционирования, жизненной активности и психического здоровья. Статистически значимое улучшение у пациентов этой группы выявлено также по данным Миннесотского опросника КЖ при ХСН и по шкале тревоги и депрессии HADS.

Практические рекомендации

1. Учитывая исходно низкие показатели КЖ у пациентов с длительно-персистирующей формой ФП при выборе методов лечения, при отсутствии противопоказаний, рекомендовано проведение интервенционных и хирургических вмешательств, достоверно улучшающих КЖ пациентов.

2. Для оценки КЖ пациентов с фибрилляцией предсердий и их психоэмоционального статуса рекомендуется использовать опросник КЖ SF-36, шкалу тревоги и депрессии HADS до и после хирургического вмешательства.

3. Для пациентов с длительно-персистирующей формой фибрилляции предсердий и митральной недостаточностью 2 степени и более рекомендуется использовать Миннесотский опросник КЖ больных хронической сердечной недостаточностью (MLHFQ) до и после хирургического вмешательства.

4. При митральной и трикуспидальной регургитации 2 степени и более у пациентов с длительно-персистирующей формой ФП рекомендовано выполнение операции «Лабиринт 3Б», так как данное вмешательство приводит к уменьшению регургитации, ремоделированию клапанов сердца и снижению давления в легочной артерии, что возможно повлияет на отдаленный прогноз у этих больных.

5. Учитывая влияние на КЖ, как в до-, так и в послеоперационном периоде, выраженной недостаточности митрального клапана, умеренной недостаточности трикуспидального клапана, диаметра устьев ЛВ, пациентам с ФП необходимо проводить регулярное обследование (ЭКГ, ЭХОКГ, ХМЭКГ, по показаниям – компьютерная томография ангиография левого предсердия и легочных вен) для выбора оптимальной тактики и сроков проведения хирургического лечения.

6. Качество жизни пациентов с фибрилляцией предсердий напрямую зависит от клинических проявлений аритмии. Интервенционное и хирургическое лечение фибрилляции предсердий показало свою эффективность в лечении данной группы пациентов.

7. Для выбора оптимальной тактики и сроков хирургического лечения оценка качества жизни и уровня тревоги и депрессии опросники Short-Form-36, HADS и MLHFQ позволяют проанализировать исходный статус пациента, его психический портрет, оценить эффективность проведенного хирургического лечения и спрогнозировать дальнейшее течение заболевания.

8. Внедрение в клиническую практику опросников Short-Form-36, HADS и MLHFQ позволит своевременно оценить, выбрать оптимальный метод его лечения и спрогнозировать дальнейшее течение заболевания.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Бокерия О.Л., Юркулиева Г.А. Эффективность и влияние современных методов лечения на качество жизни пациентов с различными формами фибрилляции предсердий. *Анналы аритмологии*. 2017;14(4):211-220.
2. Бокерия О.Л., Биниашвили М.Б., Мищенко А.Б., Юркулиева Г.А. Хирургическая профилактика тромбозов при фибрилляции предсердий. Перспектива отечественных систем для хирургической изоляции ушка левого предсердия. *Анналы аритмологии*. 2017;14(3):142-149.
3. Бокерия О.Л., Биниашвили М.Б., Филатов А.Г., Юркулиева Г.А. Хирургическая абляция фибрилляции предсердий в сочетании с аортокоронарным шунтированием на работающем сердце. *Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания»*. 2017;18(6):84.
4. Бокерия О.Л., Биниашвили М.Б., Филатов А.Г., Юркулиева Г.А. Хирургическое лечение фибрилляции предсердий с использованием 3D электроанатомического картирования у пациентов с ИБС. *Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания»*. 2018;19(6):85.
5. Bokeriya O.L., Bokeriya L.A., Yurkulieva G.A., Satyukova A.S., Biniashvili M.B., Ispiryan A.Yu. Comparison of life quality in patients after interventional or surgical treatment of atrial fibrillation. The 26th Annual Meeting of the Asian Society for Cardiovascular and Thoracic Surgery: 24.05.2018. P.121.
6. Bokeriya O.L., Bokeriya L.A., Yurkulieva G.A., Satyukova A.S., Biniashvili M.B., Ispiryan A.Yu. Surgical and interventional ablation of atrial fibrillation: comparative analysis of efficacy. The 26th Annual Meeting

of the Asian Society for Cardiovascular and Thoracic Surgery: 24.05.2018. Москва. P.123.

7. Bokeriya L.A., Bokeriya O.L., Biniashvili M.B., Filatov A.G., Yurkulieva G.A. Map guided surgical ablation of atrial fibrillation in combination with coronary artery bypass grafting on beating heart. The 26th Annual Meeting of the Asian Society for Cardiovascular and Thoracic Surgery: 25.05.2018. Москва. P.115.

8. Bokeriya O.L., Bokeriya L.A., Klimchuk I.Ya., Mironenko M.Yu., Rubtsov P.P., Yurculiyeva G.A. Influence of the atrial fibrillation on the tricuspid annulus dynamics and geometry based on four - dimensional echocardiography valve evaluation. The 26th Annual Meeting of the Asian Society for Cardiovascular and Thoracic Surgery: 25.05.2018. Москва. P.119.

9. Бокерия О.Л., Биниашвили М.Б., Филатов А.Г., Юркулиева Г.А. Хирургическая абляция фибрилляции предсердий на работающем сердце в сочетании с аортокоронарным шунтированием. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». 2019;20(5):61

10. Бокерия О.Л., Биниашвили М.Б., Филатов А.Г., Юркулиева Г.А. Хирургическое лечение фибрилляций предсердий на работающем сердце в сочетании с аортокоронарным шунтированием. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». 2019;20(11):70.

11. Бокерия О.Л., Биниашвили М.Б., Мищенко А.Б., Юркулиева Г.А. Хирургическая изоляция ушка левого предсердия с помощью новой оригинальной клипсы "ЛП-ЭПИКЛИП" в хроническом эксперименте. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». 2019;20(11):217.

12. Бокерия Л.А., Фатулаев З.Ф., Санагоев М.К., Юркулиева Г.А., Айгумов Р.Н. Хирургическая коррекция дефекта межпредсердной перегородки и фибрилляции предсердий у пациента 66 лет. Анналы аритмологии 2020;17(1):24-29.
13. Юркулиева Г.А., Абдулкеримов Ш.М., Испирян А.Ю., Аверина И.И., Шварц В.А., Биниашвили М.Б., Бокерия О.Л., Бокерия Л.А. Сравнительная оценка качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий после хирургического и интервенционного методов лечения. Анналы аритмологии. 2020;17(2):84-96.
14. Бокерия Л.А., Бокерия О.Л., Биниашвили М.Б., Филатов А.Г., Юркулиева Г.А. «Грудная и сердечно-сосудистая хирургия». 2020;62(6):589-595.