

Рубрика: клиническая электрофизиология

© В.В. БАЗЫЛЕВ, А.В. КОЗЛОВ, С.С. ДУРМАНОВ, В.А. КАРНАХИН, 2021

© АННАЛЫ АРИТМОЛОГИИ, 2021

УДК [616.12-005.4+616.12-008.313.2]:616.124.2-089.168

DOI: 10.15275/annaritm.2021.1.6

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ЭТАПНОГО ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ИЛИ ОДНОМОМЕНТНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА*Тип статьи: оригинальная статья***В.В. Базылев, А.В. Козлов, С.С. Дурманов, В.А. Карнахин**

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пенза), ул. Стасова, 6, Пенза, 440071, Российская Федерация

Базылев Владлен Владленович, доктор мед. наук, гл. врач, orcid.org/0000-0001-6089-9722Козлов Александр Викторович, врач сердечно-сосудистый хирург, orcid.org/0000-0002-0529-0081,
E-mail: kozlov3619@yandex.ruДурманов Сергей Семенович, канд. мед. наук, заведующий отделением хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, orcid.org/0000-0002-4973-510XКарнахин Вадим Александрович, врач сердечно-сосудистый хирург, orcid.org/0000-0002-1815-7116

Качество жизни (КЖ) является важным критерием клинического исхода при лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Сочетание фибрилляции предсердий (ФП) и ишемической болезни сердца (ИБС) ухудшает КЖ. Коррекция ИБС и ФП может быть выполнена как одномоментно при открытой хирургической операции, так и с помощью этапного интервенционного лечения — чрескожной коронароангиопластики (ЧКА) и радиочастотной катетерной абляции (РЧА).

Цель: сравнить КЖ пациентов с пароксизмальной формой ФП и ИБС после этапного интервенционного и одномоментного хирургического лечения.

Материал и методы. Исследование было одноцентровым ретроспективным. С 2017 по 2019 гг. выполнено 1212 РЧА устьев легочных вен (УЛВ) и 1558 операций коронарного шунтирования (КШ). Отобраны больные, имеющие пароксизмальную форму ФП и ИБС, перенесшие ЧКА и РЧА УЛВ (1-я группа — 24 пациента) и больные после КШ и изоляции УЛВ аппаратом AtriCure (2-я группа — 23 пациента). Клинико-демографические характеристики между группами не различались. В 1-й группе выполнялась РЧА УЛВ по стандартной методике, если отпадала необходимость в тройной антикоагулянтной терапии. Время от ЧКА до РЧА составило 319,5 [238,5; 689,5] сут. Во 2-й группе всем пациентам была выполнена операция КШ и РЧА устьев ЛВ аппаратом AtriCure. Ушко левого предсердия резецировали. Для оценки КЖ использовался опросник SF-36. Повторное анкетирование выполнялось путем телефонного опроса.

Результаты. Средний срок наблюдения составил 856 [597; 1127] сут. Исходно КЖ в обеих группах было ниже средних значений по популяции. В группе хирургического лечения КЖ исходно было достоверно ниже, чем в 1-й группе, по шкалам, связанным с физическим компонентом здоровья, нормированным для американской популяции: физическое функционирование (PF: $p=0,001$), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP: $p=0,006$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE: $p=0,000$), физический компонент в целом (PCS: $p=0,015$). При сравнении КЖ после проведенного лечения статистически значимых различий между группами не выявлено.

Внутри групп отмечалось статистически значимое повышение КЖ после лечения (по всем шкалам в группе хирургического лечения и по шкалам, связанным как с физическим — PF ($p=0,02$), BP ($p=0,022$), GH ($p=0,014$), так и с ментальным компонентом здоровья: VT ($p=0,001$), RE ($p=0,005$), MF ($p=0,046$) в группе интервенционного лечения; все шкалы нормированы для американской популяции).

Заключение. Качество жизни пациентов, страдающих пароксизмальной формой ФП и ИБС, исходно было ниже средних значений по популяции. Оба способа лечения позволили достоверно улучшить качество жизни пациентов, в то же время статистически значимых различий между группами этапного интервенционного и одномоментного хирургического лечения не выявлено.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий; ишемическая болезнь сердца; качество жизни; хирургическое лечение; интервенционное лечение.

QUALITY OF LIFE AFTER STAGED INTERVENTIONAL OR ONE-STAGE SURGICAL TREATMENT OF PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION AND CORONARY ARTERY DISEASE

V.V. Bazylev, A.V. Kozlov, S.S. Durmanov, V.A. Karnakhin

Federal Center for Cardiovascular Surgery, Penza, 440071, Russian Federation

Vladlen V. Bazylev, Dr. Med. Sc., Chief Physician, orcid.org/0000-0001-6089-9722

Aleksandr V. Kozlov, Cardiovascular Surgeon, orcid.org/0000-0002-0529-0081, E-mail: kozlov3619@yandex.ru

Sergey S. Durmanov, Cand. Med. Sc., Head of Department, orcid.org/0000-0002-4973-510X

Vadim A. Karnakhin, Cardiovascular Surgeon, orcid.org/0000-0002-1815-7116

Quality of life (QoL) is an important clinical outcome criterion in the treatment of cardiovascular diseases. The combination of atrial fibrillation (AF) and coronary artery disease (CAD) impairs QoL. Correction of CAD and AF can be performed both simultaneously with open surgery and with the help of staged interventional treatment – percutaneous coronary interventional (PCI) and radiofrequency catheter ablation (RFA). Aim: to compare the QoL of patients with paroxysmal AF and CAD after staged interventional or single-stage surgical treatment.

Material and methods. Single-center retrospective study was conducted From 2017 to 2019, 1212 pulmonary vein RFA (RFA PV) and 1558 coronary artery bypass grafting (CABG) operations were performed. From this number, patients with paroxysmal AF and CAD were selected, underwent PCI and RFA PV (first group – 24 patients) and patients with CABG and PV isolation by the AtriCure apparatus (second group – 23 patients). Clinical and demographic characteristics did not differ between groups. In the first group, RFA PV was performed according to the standard technique, when there was no need for triple anticoagulant therapy. The time from PCI to RFA was Me 319.5 [238.5; 689.5] days. In the second group, all patients underwent CABG and RFA PV using the AtriCure apparatus. The left atrial appendage was resected. To assess the quality of life, the SF-36 questionnaire was used. The repeated questioning was carried out by means of a telephone survey.

Results. The mean follow-up was Me 856 [597; 1127] days. Initially, QoL in both groups was below the population mean. In the surgical treatment group, QoL was initially significantly lower than in the interventional treatment group on the scales associated with the physical component of health – PFnbs ($p=0,001$), RPNbs ($p=0,006$), RENbs ($p=0,000$), PCSnbs ($p=0,015$). When comparing QoL after treatment, no statistically significant differences were found between the groups. Within the groups, there was a statistically significant improvement in QoL after treatment (on all scales in the surgical treatment group and on scales associated with both physical treatment – PF nbs ($p=0,02$), BP nbs ($p=0,022$), GH nbs ($p=0,014$), and with the mental health component – VT nbs ($p=0,001$), RE nbs ($p=0,005$), MF nbs ($p=0,046$) in the interventional treatment group).

Conclusions. The quality of life of patients with paroxysmal AF and coronary artery disease was initially below the population average. Both methods of treatment significantly improved the quality of life of patients, at the same time, no statistically significant difference between the groups of staged interventional and single-stage surgical treatment was found.

Keywords: atrial fibrillation; coronary artery disease; quality of life; surgical treatment; interventional treatment.

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее часто встречаемой аритмией в клинической практике. Этим заболеванием страдает 1–2% населения, число пациентов с течением времени возрастает, что связано со старением населения [1, 2]. Ишемическая болезнь сердца

(ИБС) также является одной из наиболее часто встречающихся патологий сердечно-сосудистой системы [3]. Прямая связь между ИБС и ФП не установлена, тем не менее почти 20% больных ИБС страдают ФП [4]. Сочетание ФП и ИБС у одного пациента повышает риск развития тяжелых осложнений и смертности, а также сни-

жает качество жизни (КЖ) – интегральные характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанные на его субъективном восприятии [5]. Действующие рекомендации по лечению ФП в основном основаны на КЖ и улучшении симптомов [6]. Таким образом, качество жизни все чаще признается важным критерием клинического исхода при лечении ФП.

По действующим рекомендациям пациентам, имеющим сочетание ИБС и ФП и нуждающимся в хирургической коррекции ИБС, необходимо провести также одномоментное лечение ФП [6]. Классическая операция «Лабиринт», выполняемая по методике «cut and sew», обладает высокой эффективностью в сохранении синусового ритма, но технически сложна и сопровождается достаточно высоким процентом осложнений [6]. Современная модификация операции Cox–Maze IV выполняется с использованием систем биполярной аблации во время открытой операции, ее эффективность достигает, по различным данным, от 71 до 94%. В то же время ряд пациентов, особенно с пароксизмальной формой ФП, не требует выполнения полного объема операции, им проводится только изоляция устьев легочных вен. Пароксизмальная форма ФП определяется как ФП, прекращающаяся спонтанно или после вмешательства в срок менее 7 сут от начала [6].

Коррекция ИБС и изоляция УЛВ может быть выполнена с помощью эндоваскулярных вмешательств – чрескожной коронароангиопластики (ЧКА) и радиочастотной катетерной аблации (РЧА). Малоинвазивные вмешательства обладают рядом преимуществ перед открытыми операциями при сопоставимой эффективности, но имеют и свои недостатки.

Большинство исследований по сравнению эффективности различных методов лечения ФП и ИБС ориентированы на клинические показатели, а качество жизни оценено лишь в некоторых. Среди инструментов оценки КЖ общеприняты и распространены опросники, заполняемые больными. Среди шкал общего назначения чаще всего используют SF-36 – опросник для изучения исходов заболевания, проверенный универсальный инструмент для оценки качества жизни. Качество жизни все чаще признается важным критерием клинического исхода при лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: сравнить качество жизни пациентов, страдающих пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в сочетании с ИБС, после этапного интервенционного или одномоментного хирургического лечения.

Материал и методы

Исследование – одноцентровое ретроспективное. С 2017 по 2019 гг. выполнено 1212 РЧА УЛВ и 1558 операций коронарного шунтирования (КШ). Отобраны больные, перенесшие ЧКА и РЧА УЛВ (группа интервенционного лечения), и больные, которым во время операции КШ выполнялась изоляция УЛВ с помощью аппарата AtriCure (группа хирургического лечения).

Критерии включения:

- 1) возраст от 45 до 70 лет на момент операции;
- 2) сочетание ИБС, требующей реваскуляризации, и ФП;
- 3) пароксизмальная форма ФП;
- 4) отсутствие патологии со стороны клапанов сердца;
- 5) отсутствие серьезной сопутствующей патологии;
- 6) выполнение только КШ и изоляции УЛВ в момент операции.

Критерии исключения:

- 1) персистирующая форма ФП;
- 2) наличие типичного или атипичного трепетания предсердий;
- 3) фракция выброса по Симпсону менее 45%;
- 4) диаметр левого предсердия более 55 мм;
- 5) процедуры РЧА в анамнезе;
- 6) обратимые причины ФП (нарушения электролитного баланса, заболевания щитовидной железы, дыхательная недостаточность на фоне хронической обструктивной болезни легких);
- 7) любые открытые кардиохирургические вмешательства в течение последних 3 мес;
- 8) тромбоз ушка левого предсердия, подтвержденный данными чреспищеводной эхокардиографии;
- 9) беременность или грудное вскармливание;
- 10) септические состояния;
- 11) нестабильная стенокардия;
- 12) инфаркт миокарда в течение предыдущих 2 мес.

В группу интервенционного лечения включены 24 пациента, в группу хирургического лече-

ния – 23 пациента. Клинико-демографические характеристики больных представлены в таблице 1. Статистически значимых различий между группами не выявлено. Сроки наблюдения составили от 10 до 46 мес.

Все пациенты из группы интервенционного лечения перенесли операцию ЧКА в анамнезе. РЧА выполнялась, если отпадала необходимость в тройной антикоагулянтной терапии. Длительность тройной антикоагулянтной терапии у пациентов, перенесших коронароангиопластику, определялась в каждом случае индивидуально и зависела от типа стента (голометаллический или с лекарственным покрытием) и риска кровотечения. Операции проводились под внутривенной седацией дексметомидином и фентанилом. Пункция межпредсердной перегородки выполнялась под флюороскопическим контролем дважды, использовались два неуправляемых интродьюсера. Время активированного свертывания поддерживалось выше 300 с внутривенным введением гепарина на протяжении всей процедуры. После ангиографии легочных вен строили анатомическую карту левого предсердия с использованием системы трехмерного картирования CARTO 3 (Biosense Webster Johnson & Johnson, США). РЧА проводилась с использованием бидиректоральных орошаемых электродов EZ Steer Nav и EZ Steer Nav SF (Biosense Webster Johnson & Johnson,

США). Использовался генератор РЧ-энергии Stockert (Biosense Webster Johnson & Johnson, США) в режиме контроля по мощности. Применялись следующие параметры: для EZ SteerNav скорость орошения была 20 мл/мин, мощность 40 Вт, при появлении жалоб пациента на боль в грудной клетке мощность снижали до 30 Вт. Для EZ Steer Nav SF скорость орошения была 15 мл/мин, мощность – 35 Вт со снижением до 25 Вт в случае необходимости. Для визуализации точек приложения РЧ-энергии применялся модуль Visitag системы Carto 3 (Biosense Webster Johnson & Johnson, США) со следующими параметрами: время нахождения в одной точке 20 с, уровень смещения 2 мм. Расстояние между точками РЧА не должно было превышать 6 мм. Блокада входа определялась по исчезновению спайков ЛВ, блокада выхода верифицировалась для каждой легочной вены путем стимуляции с силой тока 10 мА и длительностью импульса 1 мс с катетера Lasso (Biosense Webster Johnson & Johnson, США) [8].

В группе хирургического лечения всем пациентам была выполнена операция коронарного шунтирования и РЧА устьев ЛВ аппаратом AtriCure (AtriCure, США). Показатель EuroScore составил $2,97 \pm 2,08$, EuroScore II $1,71 \pm 1,09$. Операции проводились в условиях искусственного кровообращения и нормотермии. В качестве кардиopleгического раствора использовался Кустодиол R. После вскрытия перикарда, подключения искусственного кровообращения на работающем сердце и при параллельном кровообращении осуществлялась абляция устьев легочных вен. Каждое воздействие длилось от 10 до 30 с до сигнала о трансуральности повреждения и повторялось не менее 5–6 раз. Ушко левого предсердия резецировали. Далее выполнялся основной этап операции [9].

Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study) Перед операцией пациенты заполняли анкеты самостоятельно. В группе интервенционного лечения опросник заполняли перед РЧА, данные о качестве жизни до ЧКА недоступны, так как большинство пациентов оперированы в других лечебных учреждениях. Анализ качества жизни проводился по восьми шкалам состояния здоровья: физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP), интенсивность боли (Bodily pain – BP), общее

Таблица 1

Клинико-демографические характеристики пациентов

Показатель	Группа интервенционного лечения (n=24)	Группа хирургического лечения (n=23)	P
Возраст, лет	62,0±6,7	62,1±5,9	0,96
Индекс массы тела	29,0±3,5	28,9±2,8	0,87
Число пациентов мужского пола, n (%)	17 (70,8)	19 (82,6)	0,35
Длительность ФП, мес	62,0±21,0	59,8±40,8	0,82
Фракция выброса, %	61,1±7,2	59,5±8,6	0,50
Размер ЛП, мм	38,3±4,1	38,9±3,2	0,54
Объем ЛП, мм ³	73,5±17,9	65,4±16,4	0,11
Артериальная гипертензия, n (%)	21 (87,5)	22 (95)	0,32
Сахарный диабет, n (%)	3 (12,5)	4 (17,4)	0,64
ИМ в анамнезе, n (%)	3 (12,5)	6 (26,1)	0,24

Примечание. ФП – фибрилляция предсердий; ЛП – левое предсердие; ИМ – инфаркт миокарда.

состояние здоровья (General Health – GH), жизненная активность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role Emotional – RE), психическое здоровье (Mental Health – MH). Показатели каждой шкалы занимают диапазон от 0 до 100, где 100 означает полное здоровье. Шкалы группируются в два показателя – физический и психологический компоненты здоровья. Для каждого респондента по всем шкалам рассчитывался Z показатель по отношению разницы трансформированного значения каждой шкалы и его среднего значения в популяции к стандартному отклонению. Для стандартизации значений каждой шкалы были выбраны 50% уровень от «идеального» здоровья и одинаковое стандартное отклонение, равное 10 баллам. Шкалы нормированы для популяции США 1998 г. и России по данным исследования МИРАЖ [10].

К сожалению, из-за пандемии COVID-19 не удалось в полной мере получить объективные данные (холтеровское мониторирование ЭКГ) у всех пациентов, в связи с чем этот параметр не оценивали. Симптомы, связанные с ФП, количественно оценивали с использованием шкалы Европейской ассоциации сердечного ритма (EHRA). Классификация EHRA включает четыре категории, основанные на влиянии симптомов, связанных с ФП, на повседневную активность; I – отсутствие симптомов, II – легкие симптомы, III – тяжелые симптомы и IV – симптомы инвалидности.

Повторное анкетирование выполнялось путем телефонного опроса.

Данные пациентов, а также результаты опроса были подвергнуты статистической обработке с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics (Version 21, США). Если распределение являлось симметричным, результаты выражены как арифметическое среднее и стандартное отклонение ($M \pm SD$). Для оценки использовался однофакторный дисперсионный анализ. При несимметричном распределении значения представлены медианой (Me) и интерквартильным размахом в виде 25-го и 75-го процентилей (Q25; 75%). Для анализа использовали критерий Манна–Уитни. Для описания качественных данных применяли частоты и доли (в процентах), рассчитанные по методу Уилсона. Для выявления корреляционных связей использовался критерий Пирсона. Уровень значимости принят равным 0,05.

Ограничением данного исследования является его ретроспективный характер, а также невозможность оценить исходное качество жизни у пациентов из группы интервенционного лечения до реваскуляризации.

Результаты

Средний срок наблюдения составил 856 [597; 1127] сут. За время наблюдения в группе интервенционного лечения зафиксирован один летальный исход (причина смерти – онкология), в группе хирургического лечения летальных исходов не было. Длительность операции в группе интервенционного лечения составила $116,5 \pm 35,1$ мин, время флюороскопии – $254,6 \pm 163,1$ с. Время от ЧКА до РЧА составило 319,5 [238,5; 689,5] сут. Количество стентов от 1 до 3, среднее – 1,7. В группе хирургического лечения длительность операции составила $194,9 \pm 55,9$ мин, время искусственного кровообращения $71,2 \pm 29,3$ мин. Осложнения зафиксированы в обеих группах – одно артериовенозное соустье, не потребовавшее оперативного лечения, в группе интервенционного лечения, и один случай диафрагмальной дисфункции, потребовавший продленной искусственной вентиляции легких в группе хирургического лечения. Средний и послеоперационный койко-день был достоверно меньше в группе интервенционного лечения – $3,2 \pm 1,1$ против $11,2 \pm 4,5$ ($p=0,000$) и $2,0 \pm 0,9$ против $8,1 \pm 3,7$ ($p=0,000$). Повторные РЧА в группе интервенционного лечения потребовались 6 пациентам, повторная ЧКА – 1 больному. Случаев инфаркта миокарда и инсульта в обеих группах за время наблюдения не зафиксировано.

Второй функциональный класс (ФК) стенокардии до операции отмечался у 15 (65,2%) пациентов, III ФК – у 8 (34,8%) пациентов в группе хирургического лечения, в группе интервенционного лечения пациенты не имели клинических проявлений стенокардии напряжения на момент проведения РЧА.

После операции в группе интервенционного лечения 3 (12,5%) пациента при опросе описывали клинические проявления стенокардии напряжения II функционального класса, в группе хирургического лечения – 2 (8,7%) пациента.

В группе интервенционного лечения исходно 13 (54,2%) пациентов имели легкие симптомы, 10 (41,7%) больных – тяжелые симптомы и один (4,1%) пациент – инвалидизирующие симптомы ФП. В группе хирургического лечения легкие

симптомы отмечались у 10 (43,5%) пациентов, тяжелые у 13 (56,5%) больных. После проведенного лечения в 1-й группе отсутствие симптомов наблюдалось у 17 (70,8%) пациентов, легкие симптомы – у 4 (16,7%), тяжелые – у 3 (12,5%) больных. Во 2-й группе отсутствие симптомов после лечения отметили 14 (60,9%) пациентов, легкие симптомы – 7 (30,4%), тяжелые – 2 (8,7%) больных. Тяжесть симптомов ФП по шкале EHRA статистически достоверно коррелировала с показателями качества жизни по всем шкалам, исключая нормированный для американской популяции MCS до операции ($p=0,326$) и BP ($p=0,066$) после операции, нормированным как для американской, так и для российской популяций.

Качество жизни у пациентов в группе хирургического лечения исходно было достоверно ниже по шкалам, связанным с физическим компонентом здоровья, нормированным для популяции США (nbs) – PF ($p=0,001$), RP ($p=0,006$),

RE ($p=0,000$), физический компонент в целом PCS ($p=0,015$), а также по шкалам, нормированным для российской популяции (sbs) – PF ($p=0,001$), RP ($p=0,006$), RE ($p=0,000$) (табл. 2).

При сравнении качества жизни пациентов после проведенного лечения статистически значимых различий не выявлено по всем шкалам, нормированным для американской и российской популяций (табл. 3).

Сравнивая показатели внутри групп, можно отметить статистически значимое повышение качества жизни в группе интервенционного лечения после проведенной РЧА по шкалам, связанным как с физическим – PF ($p=0,02$), BP ($p=0,022$), GH ($p=0,014$), так и с ментальным компонентом здоровья – VT ($p=0,001$), RE ($p=0,005$), MF ($p=0,046$), нормированным для американской популяции.

По остальным позициям также отмечался рост показателей, но различия не достигли статистической значимости. По шкалам, нормированным для российской популяции, отмечается

Таблица 2

Сравнение уровня качества жизни между группами до операции по шкалам, нормированным для американской и российской популяций

Показатель	Группа интервенционного лечения (n=24)	Группа хирургического лечения (n=23)	P
<i>Для американской популяции (nbs)</i>			
PF	45,3±10,6	34,1±12,6	0,001
RP	42,0±14,3	31,7±9,6	0,006
BP	41,5±22,0	33,1±20,2	0,176
GH	38,6±5,7	39,8±4,5	0,430
VT	47,5±6,3	48,8±3,8	0,403
SF	36,3±10,6	31,3±9,6	0,099
RE	40,6±8,5	32,7±4,6	0,000
MF	27,8±7,2	29,0±6,0	0,550
PCS	46,5±14,5	36,9±11,0	0,015
MCS	33,9±6,2	34,5±4,7	0,677
<i>Для российской популяции (sbs)</i>			
PF	48,0±9,4	37,3±11,9	0,001
RP	49,0±12,3	40,1±8,3	0,006
BP	48,0±12,3	43,3±11,3	0,179
GH	45,7±5,6	46,9±4,3	0,396
VT	46,8±6,6	48,0±4,1	0,491
SF	42,3±10,6	37,3±9,7	0,100
RE	47,0±10,5	37,2±5,7	0,000
MF	39,4±6,6	40,2±5,4	0,635

Примечание. MCS – психологический компонент здоровья в целом.

Таблица 3

Сравнение уровня качества жизни между группами после операции по шкалам, нормированным для американской и российской популяций

Показатель	Группа интервенционного лечения (n=24)	Группа хирургического лечения (n=23)	P
<i>Для американской популяции (nbs)</i>			
PF	49,8±7,9	51,1±6,2	0,530
RP	45,5±13,8	48,7±12,6	0,412
сBP	50,5±20,0	57,4±14,8	0,185
GH	43,5±7,9	46,4±7,6	0,208
VT	54,1±8,4	57,6±7	0,104
SF	35,1±10,3	38,6±9,0	0,217
RE	46,5±9,4	48,3±7,9	0,481
MF	32,2±8,3	32,6±7,2	0,861
PCS	51,7±11,7	56,0±10,2	0,190
MCS	37,5±8,0	38,8±6,6	0,536
<i>Для российской популяции (sbs)</i>			
PF	52,2±7,5	53,4±5,9	0,530
RP	52,0±11,9	54,7±10,8	0,412
BP	53,0±11,1	56,9±8,3	0,185
GH	50,4±7,7	53,1±7,3	0,217
VT	53,7±8,9	57,4±5,9	0,094
SF	41,4±10,3	44,8±8,9	0,231
RE	54,5±11,6	56,7±9,9	0,489
MF	43,4±7,6	43,7±6,6	0,862

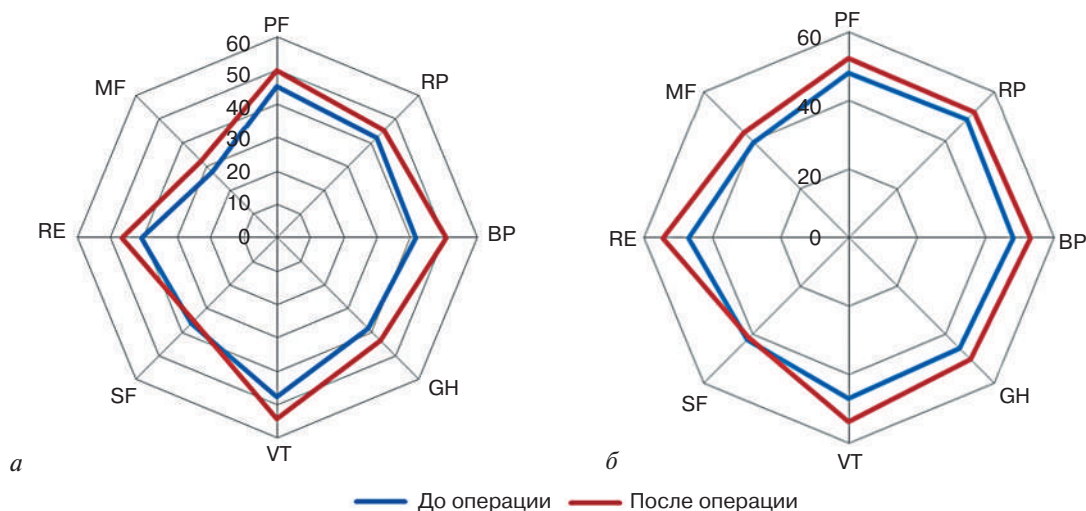


Рис. 1. Качество жизни в группе интервенционного лечения до и после операции по шкалам, нормированным для американской (а) и российской (б) популяции

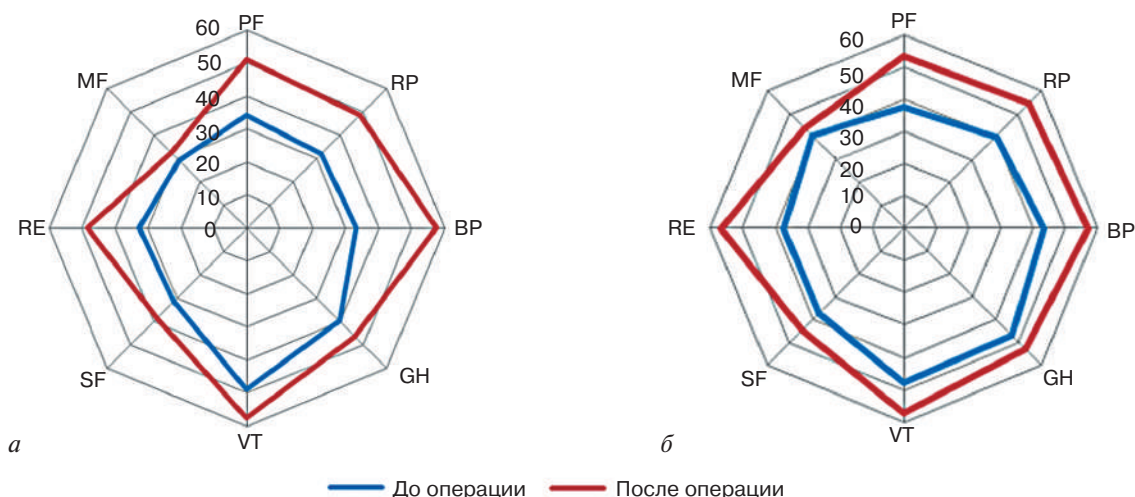


Рис. 2. Качество жизни в группе хирургического лечения до и после операции по шкалам, нормированным для американской (а) и российской (б) популяции

достоверное улучшение по тем же позициям (рис. 1).

В группе хирургического лечения показатели качества жизни после операции статистически значимо возросли по всем шкалам, нормированным для американской и российской популяций (рис. 2).

Обсуждение

С 1995 г. во Франции функционирует международная некоммерческая организация, изучающая КЖ – институт MAPI Research Institute – основной координатор всех исследований в области КЖ в мире. Институт ежегодно организует конгрессы по исследованию КЖ (International Society for Quality of Life Research – ISOQOL), проводя в жизнь тезис, что целью любого лече-

ния является повышение КЖ больных до уровня практически здоровых людей. Филиал ISOQOL в России функционирует с 1999 г., а с 2001 г. концепция исследования КЖ в медицине, предложенная Министерством здравоохранения РФ, объявлена приоритетной [11].

Таким образом, изучение влияния различных методов лечения на качество жизни пациентов, перенесших коррекцию ИБС и ФП, – важная задача. Проведя анализ полученных результатов, можно отметить, что исходно качество жизни в обеих группах было ниже средних показателей по популяции по всем шкалам, оценивающим физический и ментальный компоненты здоровья. В данном исследовании оба метода привели к статистически значимому повышению качества жизни по шкалам, отражающим

как физический компонент здоровья – PF, BR, GH, так и ментальный – VT, RE, MF в группе интервенционного лечения, и по всем шкалам в группе хирургического лечения. После лечения качество жизни в обеих группах не достигало средних значений по популяции только по шкалам SF и MF, относящимся к психологическому компоненту здоровья, в то время как показатели физического компонента несколько превышали средние значения по популяции.

Пациенты в группе хирургического лечения исходно имели статистически достоверно более низкие показатели по шкалам PF и RP, отвечающим за физический компонент здоровья, а также по шкале RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Данный факт можно объяснить тем, что больные в группе интервенционного лечения перенесли реваскуляризацию перед процедурой РЧА и не имели клиники стенокардии напряжения, в отличие от пациентов группы хирургического лечения.

При сравнении качества жизни между группами после проведенного лечения статистически значимой разницы не выявлено по всем шкалам.

В ранее проводимых исследованиях [12] различия в качестве жизни при различных методах лечения ФП отмечались через 3 мес после операции за счет более выраженного улучшения физического компонента здоровья у пациентов после лечения малоинвазивными методами. При дальнейшем наблюдении эти различия нивелировались. Данные результаты свидетельствуют о том, что хирургические методы лечения вызывают больший физический дискомфорт по сравнению с интервенционными методиками в течение 3 мес после операции. В нашем исследовании оценка качества жизни проводилась в среднеотдаленные и отдаленные сроки наблюдения, что позволило исключить влияние физического дискомфорта, связанного с послеоперационным периодом.

Появляется все больше доказательств, что инвазивное лечение ФП (катетерная абляция или хирургическое лечение) может повысить выживаемость пациентов, но пока это касается только определенных групп больных с ФП. Исследование CASTLE-AF, в котором сравнивали эффективность абляции и фармакологической терапии, показало хорошие результаты с сокращением количества госпитализаций и снижением смертности у пациентов с ФП и сердечной

недостаточностью, имеющих имплантированный кардиовертер-дефибриллятор [13].

В то же время результаты исследования SABANA не показали значительного преимущества катетерной абляции по сравнению с медикаментозной терапией в снижении комбинированной конечной точки летального исхода, инсульта, серьезного кровотечения или остановки сердца [14]. Но в этом исследовании катетерная абляция по сравнению с медикаментозной терапией привела к более значимому улучшению качества жизни через 12 мес.

Заключение

Качество жизни пациентов, страдающих пароксизмальной формой ФП и ИБС, исходно было ниже средних значений по популяции. Оба способа лечения позволили достоверно повысить качество жизни пациентов, в то же время статистически значимых различий между группами этапного интервенционного и одномоментного хирургического лечения не выявлено.

Конфликт интересов. Конфликт интересов не заявляется.

Библиографический список [References]

1. Conen D. Epidemiology of atrial fibrillation. *Eur. Heart J.* 2018; 39 (16): 1323–4. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy171
2. Козлов А.В., Дурманов С.С. Роль различных стратегий катетерного лечения фибрилляции предсердий в улучшении клинических исходов. *Креативная кардиология.* 2017; 11 (4): 348–60. DOI: 10.24022/1997-3187-2017-11-4-348-360
3. Kozlov A.V., Durmanov S.S. The role of various catheter strategies for atrial fibrillation in improving clinical outcomes. *Kreativnaja kardiologija.* 2017; 11 (4): 348–60 (in Russ.). DOI: 10.24022/1997-3187-2017-11-4-348-360
4. Khan M.A.B., Hashim M.J., Mustafa H. et al. Global epidemiology of ischemic heart disease: Results from the global burden of disease study. *Cureus.* 2020; 12 (7): e9349. DOI: 10.7759/cureus.9349
5. Brandes A., Smit M.D., Nguyen B.O. risk factor management in atrial fibrillation. *Arrhythmia electrophysiol. Rev.* 2018; 7 (2): 118–27. DOI:10.15420/aer.2018.18.2
6. Youn-Jung Son, Kyoung-Hwa Baek, Suk Jeong Lee et al. Health-related quality of life and associated factors in patients with atrial fibrillation: An integrative literature review. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019; 16 (17): 3042. DOI: 10.3390/ijerph16173042
7. Calkins H., Hindricks G., Cappato R., Kim Y.-H., Saad E.B., Aguinaga L. et al. 2017 HRS/EHRA/ECAS/APHR/SOLAECE expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. *Europace.* 2018; 20 (1): 1–160. DOI: 10.1093/europace/eux274
8. Kik Ch., Bogers Ad.J.J.C. Maze procedures for atrial fibrillation, from history to practice. *Cardiol. Res.* 2011; 2 (5): 201–7. DOI: 10.4021/cr79w
9. Козлов А.В., Дурманов С.С., Базылев В.В. «Завершенные» и «незавершенные» линии абляции при радиочастотной

- изоляции устьев легочных вен — есть ли разница в частоте восстановления проведения возбуждения и клинической эффективности? *Вестник аритмологии*. 2020; 27 (1): 55–63. DOI: 10.35336/VA-2020-1-55-62
- [Kozlov A.V., Durmanov S.S., Bazylev V.V. "Completed" and "incomplete" ablation lines for radiofrequency isolation of the pulmonary veins — is there a difference in reconnection and clinical efficacy? *Journal of Arrhythmology*. 2020; 27 (1): 55–63 (in Russ.). DOI: 10.35336/VA-2020-1-55-62]
9. Базылев В.В., Немченко Е.В., Абрамова Г.Н., Карнахин В.А. Качество жизни у больных после хирургического лечения фибрилляции предсердий. *КардиоСоматика*. 2017; 8 (3): 22–8. DOI: 10.26442/2221-7185_8.3.22-28
- [Bazylev V.V., Nemchenko E.V., Abramova G.N., Karnakhin V.A. Quality of life in patients after surgical treatment of atrial fibrillation. *CardioSomatika*. 2017; 8 (3): 22–8 (in Russ.). DOI: 10.26442/2221-7185_8.3.22-28]
10. Трунова О.С., Дурманов С.С., Базылев В.В. Радиочастотная абляция частой желудочковой экстрасистолии улучшает качество жизни по результатам опросника SF-36, даже у асимптомных пациентов. *Вестник аритмологии*. 2020; 27 (2): 33–9. DOI: 10.35336/VA-2020-2-33-39
- [Trunova O.S., Durmanov S.S., Bazylev V.V. Radiofrequency ablation of frequent premature ventricular complexes improves the quality of life according to the results of the SF-36 questionnaire, even in asymptomatic patients. *Journal of Arrhythmology*. 2020; 27 (2): 33–9 (in Russ.). DOI: 10.35336/VA-2020-2-33-39]
11. Перельман Н.Л. История и методологические основания представлений о качестве жизни. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2019; (72): 112–9. DOI: 10.12737/article_5d0ad216a56793.64561711
- [Perel'man N.L. History and methodological foundations of ideas about the quality of life. *Bulletin of Physiology and Pathology of Respiration*. 2019; (72): 112–9 (in Russ.). DOI: 10.12737/article_5d0ad216a56793.64561711]
12. Buist Th.J., Adiyaman A., Beukema R.J. et al. Quality of life after catheter and minimally invasive surgical ablation of paroxysmal and early persistent atrial fibrillation: results from the SCALAF trial. *Clin. Res. Cardiol.* 2020; 109 (2): 215–24. DOI: 10.1007/s00392-019-01504-z
13. Marrouche N.F., Brachmann J., Andresen D., Siebels J., Boersma L., Jordaens L. et al. Catheter ablation for atrial fibrillation with heart failure. *N. Engl. J. Med.* 2018; 378 (5): 417–27. DOI: 10.1056/NEJMoa1707855
14. Packer D.L., Mark D.B., Robb R.A., Monahan K.H., Bahnson T.D., Poole J.E. et al. Effect of catheter ablation vs antiarrhythmic drug therapy on mortality, stroke, bleeding, and cardiac arrest among patients with atrial fibrillation: the CABANA Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019; 321 (13): 1261–74. DOI: 10.1001/jama.2019.0693

Поступила 26.01.2021

Принята к печати 09.02.2021