

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ТА/АБО ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ ПІСЛЯ РА-ДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДО-СТАТНОСТІ

Золотарьова Т.В., Бринза М.С., Яблучанський М. І.

¹ Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна

Мета роботи: Оцінити клінічні особливості пацієнтів з фібриляцією та/або тріпотінням після РЧА в залежності від функціонального класу ХСН.

Матеріали та методи:

Обстежено 70 пацієнтів у віці 61±8 (р (M±sd)) (44 чоловіка та 26 жінок). Пацієнти були розподілені на групи в залежності від функціонального класу (ФК) хронічної серцевої недостатності (ХСН) (згідно з Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів (NYHA)): 22 пацієнта з ХСН І ФК, 29 – ІІ ФК, 19 – ІІІ ФК. Пацієнти ІV ФК ХСН були відсутні.

Оцінювалися стать та вік пацієнтів, типи ішемічної хвороби серця (ІХС) (стабільна стенокардія (ССт) та фу-нкціональні класи (ФК) (I-IV) за класифікацією Канадсь-кої асоціації кардіологів (CCS), постінфарктний кардіос-клероз) [7, 8], стадії ХСН (I-III) згідно з класифікацією Стражеско М. Д. та Василенко В. Х. [9], ступені АГ (1-3) [10, 11], форма фібриляції (ФП) та тріпотіння (ТП) пе-редсердь (пароксизмальна, персистуюча, тривало персис-туюча, постійна); клас EHRA (I - IV) за класифікацією Європейської асоціації з питань серцевого ритму [6, 12, 13]; наявність цукрового діабету (ЦД) 1 чи 2 типу.

Вищезазначені показники оцінювалися на 5-7 добу після оперативного втручання.

Результати та обговорення

У таблиці 1 представлені дані основних клінічних ознак пацієнтів з ФП/ПТ після абляції в залежності від ФК ХСН.

Таблиця 1						
Клінічні ознаки пацієнтів з ФП/ПТ після абляції в залежності від ФК ХСН						
Клінічні дані			Усього	ФК ХСН		
Кількість			70	I ФК	II ФК	III ФК
Вік, роки (M±sd)			61±8	56±8	62±8	65±8
Стать (n (% ±sP))	Чоловіки		44 (62,8±5,8) •	14 (31,8±7,1)	16 (36,4 ±7,3)	14 (31,8±7,1)
	Жінки		26 (37±6) •	8 (30,7±7,2)	13 (50±10) **	5 (19,2±7,5) **
ІХС (n (% ±sP))	Усього		26 (100)	4 (15,4 ± 7,2)	5 (19,2 ± 7,9)	17 (65,4 ± 9,5) *
	ССт		22,	4 (18,2 ± 8,4)	6 (27,3 ± 9,7)	12 (54,5 ± 10,9) **
	ФК ССт	I	1 (5±3)	1 (25±5)	-	-
		II	9 (43±6)	3 (75±5)	2 (33±6)	4 (33±6)
		III	11 (52±6)	-	4, 67±6	8, 67±6
		IV	-	-	-	-
Постінфарктний кардіосклероз		5 (19±5)	-	-	5 (29±5)	
Стадії ХСН ((n (%±sP))	I		29 (41±6)	22 (100)	7 (24±5)	-
	II A		34 (49±6)	-	22 (76±5)	12 (63±6) ^
	II B		7 (10±4)	-	-	7 (37±6)
	III		-	-	-	-
Артеріальна гіпертензія (n (%±sP))	Усього		41 (59±6)	9 (21,9±6,5)**	18 (43,9±7,8) **	14 (34,1±7)
	Ступені	I	2 (5±3)	-	2 (11±4)	0
		II	16 (39±6) •	6 (67±6)	7 (39±6)	3 (21±5) •
		III	23 (56±6) •	3 (33±6)	9 (50±6)	11 (79±5) •
Фібриляція передсердь (n (%±sP))	Усього		51 (72,8 ± 5,3)	16 (31,4±6,5)	21 (41,2±6,9)	14 (27,4 ±6,3) ^
	Пароксизмальна		15 (29,4 ± 6,4)	6 (38,0 ± 12,5)	5 (23,8 ± 9,5) ••	4 (28,6 ± 12,5)
	Персистируюча		31 (60,8 ± 6,9) ••	10 (63±12,5)	15 (71,4±10,1) •	6 (42,9±13,7)
	Тривало персистуюча		-	-	-	-
	Постійна		5 (10±4)	-	1 (5±3)	4 (29±5)
	Тріпотіння передсердь (n (%±sP))	Усього		44 (63±6)	15 (34,1±7,2)	18 (40,9±7,5)
Пароксизмальна		7 (16 ± 5,5) ••	3 (20±10,7) ••	3 (16,7 ± 9) ••	1 (9±9) ••	
Персистируюча		35 (80±6,2) ••	11 (73,3±11,8) •	15 (83,3±9) •• ^	9 (81,9 ±12,2) •• ^	
Тривало персистуюче		2 (5±2)	1 (7±3)	-	1 (9±9)	
Постійна		-	-	-	-	
Клас EHRA (n (% ±sP))		I		-	-	-
	II		4 (6±3)*	3 (14±4) •	1 (3±2) •	-
	III		61 (87±4) •	19 (86±4) • ^	27 (93±3) • ^	15 (79±5) • ^
	IV		5 (7±3) *	-	1 (3±2)	4 (21±5) •
ЦД (n (% ±sP))	Тип	I	-	-	-	-
		II	4 (6±3)	-	-	4 (21±5)

M – середнє значення
n – кількість
sd - стандартне відхилення
sP - середня помилка відсотка

^ - p > 0,05 різниця між ФК
• p < 0,05 різниця всередині групи, ФК
** p = 0,001 різниця всередині, ФК
** p < 0,05 між ФК
* p = 0,001 між ФК

Виходячи з результатів, пацієнтам чоловічої статі частіше проводяться втручання з приводу ФП/ТП, але це не залежить від ФК ХСН. У дослідженні Schnabel R.B. та інших [14] було показано, що жінки були більш симптоматичними, але меншою вірогідністю отримували інвазивні методи відно-влення ритму, як електрична кардіоверсія або абляція. Потрібні подальші дослідження, щоб підтве-рдити, що ці розбіжності не перешкоджають жінкам з ФП/ТП.

Серед жінок, яким була проведена абляція, переважав ІІ ФК ХСН. Ця особливість не знайдена у літературі, тому потребує подальшого дослідження.

ССт переважала у пацієнтів ІІІ ФК ХСН. ФК ХСН та ФК ССт мали пряму залежність: зі зростан-ням ФК ССт зростав ФК ХСН. Цей факт можна пояснити тим [15], що ФП/ТП пов'язані з більш ви-соким ступенем тяжкості ІХС, що може призводити до ХСН шляхом прогресування ІХС та змінами функції лівого шлуночку. У свій час Davies M. J. та Pomerance A. [16] у своєму дослідженні на по-мерлих пацієнтах з ФП припустили, що у пацієнтів з ІХС первинним є ризик розвитку ФП/ТП ніж ХСН, що також знайшло відображення у дослідженні Motloch J. та інших [15].

В нашому дослідженні показано, що пацієнти з ІІ та ІІІ ФК ХСН частіше мали АГ ІІІ ступеню і, як показано у дослідженні Sahle B.W. та інших [17], ці пацієнти мають несприятливий прогноз, особ-ливо чоловічої статі.

Нами було виявлено переважання персистуючої форми ФП/ТП над іншими в усіх групах ФК ХСН, що асоціюється, як показано у дослідженні Mittal S. та інших [18], з більш поганим контролем ритму при цій формі за допомогою медикаментозної терапії.

Виявлено, що у пацієнтів з ІІІ ФК ХСН по даним EHRA клінічно аритмія має більш тяжкий пе-ребіг, що ще не було достатньо вивчено.

Висновки

- Пацієнтам чоловічої статі незалежно від ФК ХСН частіше, ніж жіночої, проводяться інвазивні методи лікування з приводу ФП/ТП та це не залежить від ФК ХСН.
- ССт частіше спостерігається у пацієнтів ІІІ ФК ХСН; зі зростанням ФК ССт зростає ФК ХСН.
- Серед пацієнтів ІІ та ІІІ ФК ХСН переважає АГ ІІІ ступеню, що може бути пре диктором неспри-ятливого прогнозу.
- Не залежно від ФК ХСН персистуюча форма ФП/ТП переважає над іншими формами, що обумо-влене більш поганим контролем ритму за допомогою медикаментозної терапії.
- У ІІІ ФК ХСН по даним EHRA клінічно аритмія має більш тяжкий перебіг.