ТАХИСИСТОЛИЧЕСКАЯ ФОРМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Жилкибаева А.Б.[1], Секенова Р.К.[2], Абдрахманов А.С.[3]

[1]Жилкибаева Арай Бейсеновна - магистр медицинских наук, PhD докторант, менеджер по стратегическому планированию;
[2]Секенова Раушан Козганбаевна - кандидат медицинских наук;
[3]Абдрахманов Аян Сулейменович - доктор медицинских наук, врач-кардиолог,
факультет общественного здравоохранения,
АО Национальный научный кардиохирургический центр,
г. Астана, Республика Казахстан

Аннотация: *нарушения сердечного ритма относятся к числу наиболее значимых факторов снижения качества жизни в кардиологической практике. При этом в структуре нарушений качества жизни (КЖ) преобладают обычно психологические компоненты. Фибрилляция предсердий (ФП) – не только одна из наиболее распространенных форм аритмии, но и относится к числу в наибольшей степени снижающих КЖ [1]. Один из самых распространенных видов наджелудочковых тахиаритмий – фибрилляция предсердий (ФП). Фибрилляцией называют быстрое нерегулярное сокращение предсердий, при этом частота их сокращений превышает 350 в минуту [2]. Появление ФП характеризуется нерегулярным сокращением желудочков. На долю ФП приходится более 80% всех пароксизмальных суправентрикулярных тахиаритмий. Фибрилляция предсердий возможна у пациентов всех возрастных категорий, однако у больных пожилого возраста распространенность синдрома увеличивается, что связано с учащением органической патологии сердца. По последним данным, пациенты с мерцательной аритмией попадают в группу риска не только по развитию тромбоэмболического инсульта, но и инфаркта миокарда [3]. Механизмы поражения таковы: при фибрилляции предсердий невозможно полноценное сокращение предсердий, поэтому кровь в них застаивается и в пристеночном пространстве предсердий образуются тромбы [4]. Если такой тромб с током крови попадает в аорту и в менее крупные артерии, то возникает тромбоэмболия артерии, питающей какой-либо орган: головной мозг, сердце, почки, кишечник, нижние конечности.*

Ключевые слова: *тахисистолическая форма фибрилляции предсердий, качество жизни кардиологических больных.*

Цель исследования: Изучить влияние тахисистолической формы фибрилляции предсердий на качество жизни больных с различными патологиями сердца.

Материалы и методы: Обследовано 267 пациентов, находившихся на лечении в условиях АО «Национальный научный кардиохирургический центр», г. Астана в период 2015-2017 гг. Среди обследованных пациентов было 149 мужчин (55,8%) и 118 женщин (44,2%). Все больные находились в возрасте от 50 до 78 лет (средний возраст – 69,3±4,1 года). У всех пациентов с ФП имели место ее пароксизмальная и персистирующая формы. Критерием исключения являлось наличие осложнений, связанных с ФП, отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

В зависимости от состояния сердечно-сосудистой системы и генеза ФП больные были распределены на следующие группы: первичная ФП (n=25), ФП на фоне хронических форм ИБС (n=36), перенесенные острые формы ИБС с впервые возникшим нарушением ритма (n=34), ФП при ХСН, не связанной с перенесенными острыми формами ИБС (n=41). Для каждой из вышеуказанных групп была сформирована группа сравнения, включавшие пациентов с хронической ИБС (n=42), недавно перенесенные острые формы ИБС не осложненные нарушениями ритма (n=42) и ХСН без нарушений ритма (n=47). Возрастно-половой состав и клинические показатели в сформированных группах больных (основная-сравнения) не имели существенных различий.

Для группы с первичной ФП группой сравнения служила общая контрольная группа, включавшая 40 клинически здоровых лиц (25 мужчин и 15 женщин, средний возраст 65,3±2,6 года).

Исследование КЖ проводилось путем проведения анкетирования опросником SF-36 (русифицированная адаптированная форма). Статистический анализ полученных данных проведен непараметрическим методом (Манна-Уитни). Для опровержения нулевой гипотезы граничным уровнем значимости принимали $p<0,05$.

Результаты исследования: ФП являлась причиной значимого снижения КЖ во всех выделенных группах больных. В частности, средние значения по показателю физического компонента здоровья в группе первичной ФП были ниже, чем в контрольной, на 29,1% (54,2 против 76,4, $p<0,05$). Аналогичные различия по показателю психологического компонента здоровья составили 35,7% (49,6 против 77,1, $p<0,01$).

В сравнении с контрольной группой у всех обследованных больных с сердечно-сосудистой патологией отмечалось снижение КЖ различной степени. Однако больший интерес представляло сравнение подгрупп, выделенных в зависимости от наличия ФП [5]. Так, различия между подгруппами с хроническими формами ИБС составили по показателю физического компонента здоровья 23,5% (46,5 против 60,8, $p<0,05$), психологического компонента здоровья – 33,5% (42,2 против 63,5, $p<0,05$).

Соответствующие различия между группами пациентов с недавно перенесенными острыми формами ИБС составили 22,2% (40,7 против 52,3, $p<0,05$) и 16,4% (36,7 против 43,9, $p>0,05$). В категории больных с ХСН различия между группой ФП и отсутствием аритмических состояний достигали 23,8% (39,8 против 52,2, $p<0,05$) по показателю физического компонента здоровья и 35,0% (35,7 против 54,9, $p<0,01$).

Заключение: Наличие ФП давало снижение качества жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями вне зависимости от характеристик основного заболевания в качественном отношении. При количественном анализе наиболее существенные различия были зарегистрированы у пациентов с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и по показателю психологического компонента здоровья.

Список литературы

1. *Гуревич М.А.* Нарушения сердечного ритма и их коррекция при хронической сердечной недостаточности // Рос. кардиолог. журн., 2005. № 3. С. 5-10.
2. *Коц Я.И., Либис Р.А.* Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология, 1993. Т. 33. № 5. С. 66-71.
3. *Сулимов В.А., Недоступ А.В., Благова О.В.* Фибрилляция предсердий // Кардиология: национальное руководство; под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 746-763.
4. *Эллис К., Дресинг Т.* Тахиаритмии // Кардиология: пер. с англ.; под ред. Б. Гриффина, Э. Тополя. М.: Практика, 2008. С. 429-474.
5. *Kirch W.* Health-related quality of life of patients with atrial fibrillation managed by cardiologists: MOVE study / W. Kirch, D. Pittrow, R.F. Bosch et al. // Dtsch. Med. Wochenschr., 2010. Vol. 135. Suppl. 2. P. 26-32.
6. *McDonald A.J.* Increasing US emergency department visit rates and subsequent hospital admissions for atrial fibrillation from 1993 to 2004 / A.J. McDonald, A.J. Pelletier, P.T. Ellinor et al. // Ann. Emerg. Med., 2008. Vol. 51. № 1. P. 58-65.