

Качество жизни у пациентов с синдромом Вольфа—Паркинсона—Уайта до и в течение года после радиочастотной катетерной абляции дополнительного атриовентрикулярного соединения

А.В. АРДАШЕВ, М.С. РЫБАЧЕНКО, Е.Г. ЖЕЛЯКОВ, А.А. ШАВАРОВ, С.В. ВОЛОШКО, А.В. КОНЕВ, М.В. КРЮЧКО, Э.Н. ЛИВЕНЦЕВА

Рентгенохирургический центр интервенционной кардиологии, Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко, 105229 Москва, Госпитальная пл., 3

Quality of Life of Patients With Wolff-Parkinson-White Syndrome Before and During a Year After Radiofrequency Catheter Ablation of Accessory Atrioventricular Junction

A.V. ARDASHEV, M.S. RYBATCHENKO, E.G. ZHELYAKOV, A.A. SHAVAROV, S.V. VOLOSHKO, A.V. KONEV, M.V. KRYUCHKO, E.N. LIVENTSEVA

N.N. Burdenko Central Military Hospital, Gospitalnaya pi. 3, 105229 Moscow, Russia

В статье представлен комплексный анализ качества жизни (КЖ), основанный на использовании неспецифического и специфического опросников, 140 больных с синдромом Вольфа—Паркинсона—Уайта (WPW) до операции катетерной радиочастотной абляции (РЧА) дополнительного атриовентрикулярного соединения и в течение одного года после нее. Проанализированы параметры КЖ у пациентов с синдромом WPW в зависимости от локализации дополнительного атриовентрикулярного соединения и его электрофизиологических свойств (скрытый, манифестирующий). Показано, что исходно у пациентов с синдромом WPW до хирургического вмешательства изучаемые параметры КЖ были достоверно ниже по сравнению с группой сравнения (практически здоровые лица). Комплексное изучение критериев КЖ позволяет утверждать, что уже через 2 мес после РЧА происходит значительное улучшение общего состояния больных с синдромом WPW. Через 6 и 12 мес после операции отмечается полное восстановление как физической, так и умственной работоспособности пациентов, что подтверждается отсутствием значимых различий между критериями КЖ у больных с синдромом WPW и группы здоровых добровольцев.

Ключевые слова: синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта, качество жизни, радиочастотная абляция.

The paper contains presentation of complex analysis of quality of life (QL) of 140 patients with Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome before and during a year after radiofrequency catheter ablation (RFCA) of accessory atrioventricular junction. Assessment of QL was based on the use of non specific and specific questionnaires. Parameters of QL were analyzed in dependence on localization of accessory atrioventricular junction and its electrophysiological properties (concealed, manifested). It was shown that before intervention parameters of QL in patients with WPW syndrome were significantly lower than in the group of clinical comparison (practically healthy persons). Complex study of criteria of QL allows to assert that just after 2 months after RFCA there occurs considerable improvement of the general condition of patients with WPW syndrome. In 6 and 12 months after operation complete restoration of both physical and mental working capacity is noted. This is confirmed by absence of significant differences of between QL criteria in patients with WPW syndrome and in the group of healthy volunteers.

Key words: Wolff-Parkinson-White Syndrome; quality of life; radiofrequency ablation.

Своевременная диагностика и лечение синдрома Вольфа—Паркинсона—Уайта (WPW) являются актуальной проблемой отечественной медицины, так как в большинстве случаев заболевание развивается в трудоспособном возрасте — первые клинические проявления приходится на возраст 32 ± 18 лет. Первичная эффективность радиочастотной катетерной абляции (РЧА) дополнительного атриовентрикулярного соединения (ДАВС) при синдроме WPW составляет 95%. Повторные сессии РЧА, как правило, позволяют достигнуть абсолютной эффективности при лечении этого заболевания [1—3].

Традиционная оценка эффективности лечения методом РЧА осуществляется по таким критериям, как частота положительных результатов, число рецидивов и характер осложнений от выполненной операции. Эти показатели в настоящее время считаются малоинформативными, так как не учитывают влияние метода лечения на качество жизни (КЖ) пациента [4—7]. Общеизвестно, что КЖ является многомерным понятием и отражает влияние заболевания и лечения на благополу-

чие больного. Поэтому в настоящее время эффективность и экономичность разных методов лечения целесообразно оценивать не только по широко применяющимся критериям выживаемости и продолжительности жизни, но и по специальным показателям КЖ. Всесторонняя оценка показателей КЖ в динамике помогает определить адекватность терапии и оценить ее эффективность [5, 8].

В этой связи нам представляется актуальной оценка влияния метода РЧА на КЖ у больных с синдромом WPW [1].

Цель исследования — изучить КЖ у пациентов с синдромом WPW до РЧА ДАВС и после нее.

Материал и методы

Характеристика пациентов. В исследование включены 140 больных с синдромом WPW (средний возраст $39,5 \pm 15,3$ года, 26 женщин), которые составили основную группу. Длительность аритмического анамнеза в среднем достигала $10,0 \pm 9,8$ года.

До выполнения исследования всем пациентам за 6 периодов полувыведения отменялись антиаритмические препараты. После получения письменного согласия больным были выпол-

© Коллектив авторов, 2009

© Кардиология, 2009

Kardiologiya 2009; 6:4—10

нены эндокардиальное электрофизиологическое исследование (эндоЭФИ) и РЧА ДАВС. В послеоперационном периоде антиаритмическую терапию не назначали. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых лиц (5 женщин) в возрасте $41,9 \pm 5,3$ года без хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы и нарушений ритма сердца.

Методика оценки КЖ. Для комплексного изучения КЖ пациентов в обеих группах применяли русифицированные версии общего опросника SF-36 и специфического опросника «Жизнь больного с аритмией» до РЧА ДАВС и через 2, 6 и 12 мес после нее.

Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов и позволяет оценить параметры КЖ, отражающие как состояние физического здоровья пациента — физическую активность (ФА), роль физических нагрузок в ограничении жизнедеятельности (РФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), так и состояние эмоционального здоровья — жизнеспособность (ЖС), социальную активность (СА), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психическое здоровье (ПЗ) [4, 9].

Анкета «Жизнь больного с аритмией» состоит из 29 вопросов, на каждый из них предлагается пять вариантов ответов (0—5 баллов), отражающих степень влияния аритмии на качество жизни респондентов. Суммарная оценка КЖ более 40 баллов соответствует низкому КЖ, 0 баллов — максимально высокому [4, 8].

Пациенты основной группы заполняли опросник SF-36 и анкету «Жизнь больного с аритмией» за сутки до операции эндоЭФИ и РЧА ДАВС и через 2, 6 и 12 мес после них, а пациенты контрольной группы — однократно.

Методика эндоЭФИ и катетерной РЧА. Под местной анестезией Sol. Novocaini 0,5% 60 мл по методике Сельдингера выполняли пункцию левой подключичной вены, правой и левой общей бедренной вен. Правая бедренная артерия была пунктирована при левосторонней локализации добавочных атриовентрикулярных соединений в 91,4% случаев. В левую общую бедренную вену устанавливался интродьюсер трипорт диаметром 12Fr. В правую общую бедренную вену, в левую подключичную вену устанавливались интродьюсеры диаметром 8Fr, в правой бедренной артерии — 8Fr (при левосторонней локализации добавочных атриовентрикулярных соединений). Через трипорт вводили три диагностических электрода, которые устанавливали в верхнелатеральном отделе правого предсердия (HRA), области пучка Гиса (His) и верхушке правого желудочка (RVA). Через подключичный интродьюсер вводили диагностический электрод, который устанавливали в коронарном синусе (10-полюсный электрод CS).

Протокол эндоЭФИ у пациентов с атриовентрикулярной реципрокной тахикардией (АВРТ) включал определение значений anterogradного и retrogradного эффективного рефрактерного периода атриовентрикулярного соединения и ДАВС, точки Венкебаха, режима индукции и купирования тахикардии, методику введения синхронизированного желудочкового экстрасимула из RVA, парагисальную стимуляцию для верификации и дифференциальной диагностики с другими видами тахикардии. В отсутствие индукции АВРТ протокол эндоЭФИ повторяли после внутривенного введения атропина сульфата в дозе $0,02-0,04$ мг/кг массы тела больного.

После установления диагноза синдрома WPW и уточнения локализации ДАВС переходили к следующему этапу операции — РЧА ДАВС.

Области интереса для нанесения эффективной радиочастотной аппликации определяли на основании данных активационного картирования на фоне синусового ритма и/или АВРТ. При достижении оптимального позиционирования и стабилизации абляционного электрода осуществляли радиочастотное воздействие.

При использовании конвенционного абляционного электрода у 110 (78,6%) больных применяли следующие параметры РЧА: средняя мощность 45 ± 5 Вт, средняя температура 50 ± 5 °С. У 30 (21,4%) пациентов указанные действия не приводили к эффективной РЧА ДАВС. В этих случаях дополнительно использовали орошаемые абляционные электроды с предустановленным лимитом по мощности и температуре 40 Вт и 43 °С соответственно.

Для проведения РЧА левосторонних ДАВС применяли трансортальный ретроградный доступ у 128 (91,4%) пациентов и трансептальный доступ у 12 (8,6%).

Методы статистической обработки данных. Расчет выполняли на персональном компьютере с использованием приложения пакета статистического анализа данных Statistica 6.0 for Windows. Для оценки количественных показателей применяли непараметрические критерии (Вилкоксона, Ньюмена—Кейлса). Данные представлены в виде среднего значения \pm стандартное отклонение вычисленных величин. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Проведен комплексный анализ ближайших и отдаленных результатов РЧА ДАВС у 140 больного с синдромом WPW. У 101 (72,1%) пациента синдром WPW был манифестирующим, у 39 (27,9%) — скрытым. В группе с манифестирующим синдромом WPW левосторонняя локализация ДАВС была верифицирована у 54 (38,6%) пациентов, правосторонняя локализация ДАВС — у 9 (6,4%), в области межпредсердной перегородки (МПП) у 38 (27,1%).

Распределение пациентов со скрытым синдромом WPW по локализации ДАВС было следующим: левосторонняя — у 22 (15,7%) больных, септальная — у 7 (5%), правосторонняя — у 10 (7,1%) (табл. 1).

У 79 (56,4%) пациентов синдром WPW сочетался с другими нарушениями ритма, такими как фибрилляция предсердий — у 33 (23,6%) пациентов, трепетание предсердий — у 3 (2,1%), атрио-

Таблица 1. Локализация дополнительного АВС у обследованных пациентов (n=140)

Локализация дополнительного АВС	Средний возраст, годы	Пол м/ж	Число больных	
			абс.	%
Манифестирующий синдром WPW:	$38,9 \pm 10,3$	82/19	101	72,1
левая свободная стенка	$39,4 \pm 14,2$	44/10	54	38,6
МПП	$38,7 \pm 9,9$	31/7	38	27,1
правая свободная стенка	$37,1 \pm 3,7$	7/2	9	6,4
Скрытый синдром WPW:	$39,1 \pm 5,2$	32/7	39	27,9
левая свободная стенка	$42,3 \pm 7,8$	18/4	22	15,7
МПП	$36,4 \pm 3,3$	6/1	7	5
правая свободная стенка	$38,5 \pm 3,9$	8/2	10	7,1

Примечание. По возрасту и полу группы (манифестирующий и скрытый синдром WPW) и подгруппы в этих группах (локализация ДАВС) были сопоставимы. АВС — атриовентрикулярное соединение; МПП — межпредсердная перегородка.

Таблица 2. Характеристики КЖ больных с синдромом WPW и группы клинического сравнения

Критерии КЖ		Пациенты с синдромом WPW до РЧА (n=140)	Группа клинического сравнения (n=20)
Физическое здоровье	ФА	70,2±11,3	89,4±3,7*
	РФ	49,6±41,4	88,1±9,5*
	Б	70,4±28,0	72,9±9,1
	ОЗ	59,4±17,7	78,1±6,2*
Эмоциональное здоровье	ЖС	44,6±12,9	69,0±7,2*
	СА	60,7±13,2	88,2±10,2*
	РЭ	57,4±20,9	87,4±12,7*
	ПЗ	59,7±7,4	80,8±4,3*

Примечание. КЖ — качество жизни; синдром WPW — синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта; РЧА — радиочастотная абляция; ФА — физическая активность; РФ — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; Б — боль; ОЗ — общее здоровье; ЖС — жизнеспособность; СА — социальная активность; РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ — психическое здоровье. * — статистически значимые различия по сравнению с группой клинического сравнения (p<0,05).

вентрикулярная узловая реципрокная тахикардия — у 7 (4,9%), суправентрикулярная экстрасистолия — у 18 (12,9%) [10].

Одна процедура РЧА ДАВС выполнялась в 120 (85,7%) случаях. Рецидив АВРТ в течение 1 года наблюдения отмечался у 20 (14,3%) больных. Выполнение этим больным повторной РЧА

ДАВС позволило добиться стойкой элиминации проведения по ДАВС во всех случаях.

Оценка параметров КЖ по опроснику SF-36 у больных с синдромом WPW до РЧА и через 2, 6 и 12 мес после нее. Данные, полученные при изучении КЖ с помощью опросника SF-36 в группе пациентов с синдромом WPW до проведения хирургического вмешательства, свидетельствуют, что изучаемые параметры КЖ были достоверно ниже, чем в контрольной группе. Статистически значимые различия были получены по шкалам, оценивающим как физические (ФА, РФ, ОЗ), так и эмоциональные (ЖС, СА и РЭ) компоненты здоровья КЖ (табл. 2).

Пароксизмы АВРТ не позволяли этим больным вести полноценный образ жизни, что негативно сказывалось как на физической, так и эмоциональной составляющих КЖ.

Согласно данным, представленным в табл. 2, через 2 мес после операции РЧА ДАВС отмечалось значительное улучшение всех параметров КЖ по сравнению с дооперационным периодом. Тем не менее, по сравнению с лицами контрольной группы у пациентов основной группы сохранялось статистически значимое снижение физической и социальной активности.

Через 6 мес после РЧА ДАВС (табл. 3) мы наблюдали дальнейшее улучшение показателей КЖ в основной группе, при этом статистически значимые различия параметров КЖ у больных с синдромом WPW и группы практически здоровых лиц не выявлялись (рис. 1).

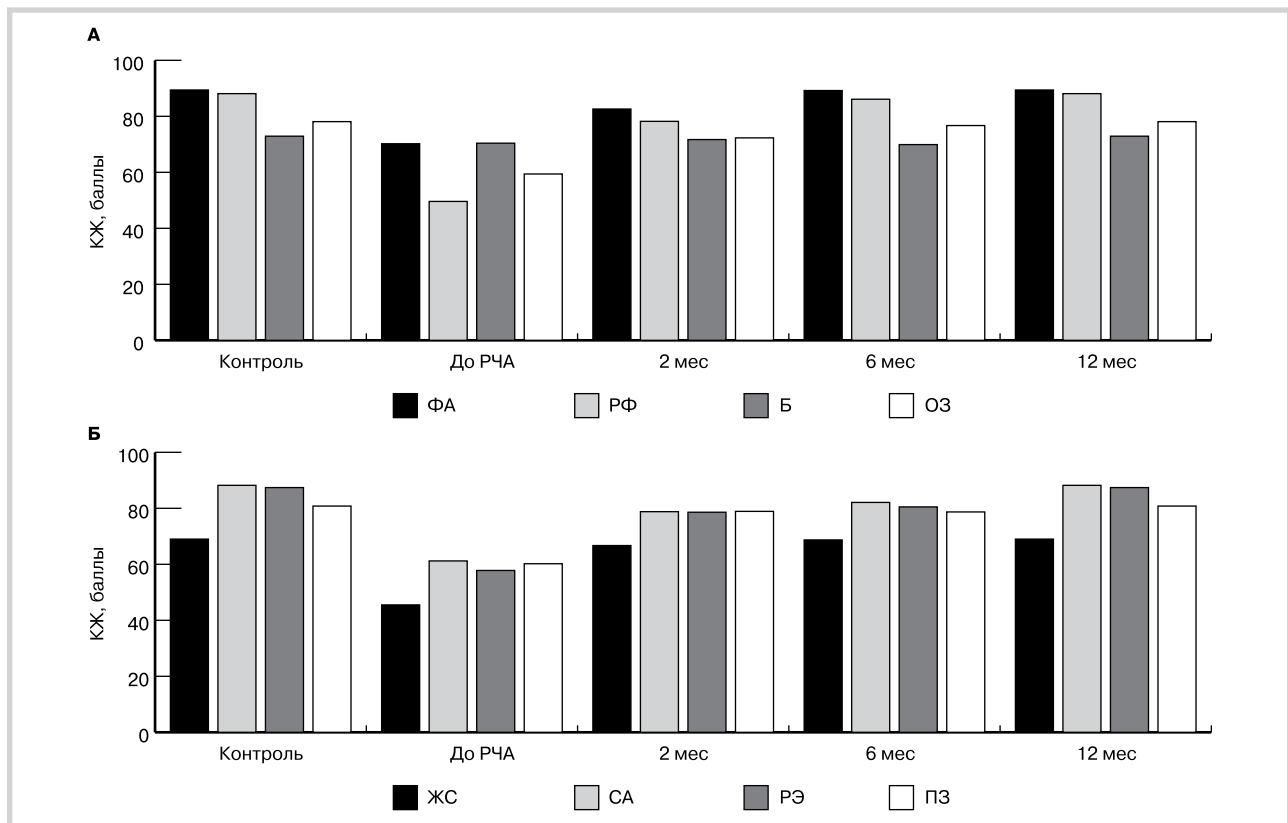


Рис. 1. Изменения параметров КЖ у пациентов с синдромом WPW до РЧА ДАВС и в течение 1 года после нее.

А — изменения параметров КЖ, отражающих состояние физического здоровья пациентов с синдромом WPW до и через 2,6 и 12 мес после РЧА аритмии; Б — изменения параметров КЖ, отражающих состояние эмоционального здоровья с синдромом WPW до и через 2, 6 и 12 мес после РЧА аритмии. Контроль — группа клинического сравнения; ФА — физическая активность; РФ — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; Б — боль; ОЗ — общее здоровье; ЖС — жизнеспособность; СА — социальная активность; РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ — психическое здоровье; КЖ — качество жизни; синдром WPW — синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта; РЧА — радиочастотная абляция; ДАВС — дополнительное атриовентрикулярное соединение.

Таблица 3. Характеристики КЖ больных с синдромом WPW до РЧА и через 6 мес после нее

Критерии КЖ	Пациенты с синдромом WPW до РЧА (n=140)	Пациенты с синдромом WPW через 2 мес после РЧА (n=118)	Пациенты с синдромом WPW через 6 мес после РЧА (n=99)	Пациенты с синдромом WPW через 12 мес после РЧА (n=76)	Группа клинического сравнения (n=20)	p
	I	II	III	IV	V	
ФА	70,2±11,3	82,6±12,0	89,2±14,2	94,1±9,5	89,4±3,7	pI,II>0,05 pI,III<0,05 pI,IV<0,05 pI,V<0,05
РФ	49,6±41,4	78,2±22,6	86,1±18,4	88,8±9,7	88,1±9,5	pI,II>0,05 pI,III<0,05 pI,IV<0,05 pI,V<0,05
Б	70,4±28,0	71,7±27,7	69,9±11,0	67,5±11,4	72,9±9,1	pI,II>0,05, pI,III>0,05, pI,IV>0,05 pI,V>0,05
ОЗ	59,4±17,7	72,3±5,6	76,7±12,2	77,6±5,3	78,1±6,2	pI,II<0,05 pI,III<0,05 pI,IV<0,05 pI,V<0,05
ЖС	44,6±12,9	66,7±15,4	68,7±12,1	70,9±12,4	69,0±7,2	pI,II<0,05, pI,III<0,05, pI,IV<0,05, pI,V<0,05
СА	60,7±13,2	78,8±15,2	82,1±12,9	86,0±11,1	88,2±10,2	pI,II>0,05 pI,III<0,05 pI,IV<0,05 pI,V<0,05
РЭ	57,4±20,9	78,6±14,7	80,5±17,2	86,9±7,8	87,4±12,7	pI,II<0,05 pI,III<0,05 pI,IV<0,05 pI,V<0,05
ПЗ	59,7±7,4	78,9±12,2	78,7±11,3	80,4±7,7	80,8±4,3	pI,II<0,05 pI,III<0,05 pI,IV<0,05 pI,V<0,05

Примечание. КЖ — качество жизни; синдром WPW — синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта; РЧА — радиочастотная абляция; ФА — физическая активность; РФ — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; Б — боль; ОЗ — общее здоровье; ЖС — жизнеспособность; СА — социальная активность; РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ — психическое здоровье.

Через 12 мес после РЧА результаты изучаемых параметров КЖ у пациентов с синдромом WPW были достоверно выше по сравнению с их же аналогичными параметрами до операции и не отличались от таковых группы клинического сравнения. Исключение составил такой параметр физического здоровья как «Боль», который через 12 мес после РЧА ДАВС не претерпел существенных изменений. Это мы связываем с тем, что болевой синдром отмечался только у тех пациентов с синдромом WPW, у которых помимо аритмического синдрома были отмечены такие сопутствующие заболевания, как ИБС, артериальная гипертензия, остеохондроз позвоночника с корешковым синдромом. Этот параметр КЖ не являлся специфичным для данной группы больных.

Сравнение параметров КЖ у больных со скрытым и манифестирующим синдромом WPW. Проанализированы результаты изучения параметров КЖ у больных с синдромом WPW, полученные с помощью опросника SF-36, в зависимости от локализации ДАВС и его электрофизиологических характеристик (скрытый, манифестирующий).

При анализе параметров КЖ у пациентов с манифестирующим и скрытым синдромом WPW нами была выявлена следующая закономерность: до операции РЧА и после нее показатели, характеризующие физическое здоровье пациента

(ФА, РФ, Б, ОЗ) статистически значимо не различались. В то же время шкалы оценки роли эмоционального здоровья (ЖС, РЭ и ПЗ) имели значимые различия по этим показателям — у пациентов с манифестирующим синдромом WPW они были ниже до операции РЧА ДАВС, чем у пациентов со скрытым синдромом WPW (табл. 4).

У больных с манифестирующим синдромом WPW отмечались более низкие параметры по шкале «Жизнеспособность», что было связано с более выраженной утомляемостью и более низкой работоспособностью в этой группе.

Параметры шкалы «Роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» свидетельствовали о том, что проблемы, обусловленные эмоциональным статусом, у пациентов с манифестирующим синдромом WPW были более выражены, чем у пациентов со скрытым синдромом WPW: отрицательные эмоции, возникавшие во время приступов, негативно влияли на повседневные занятия и общение с окружающими, вследствие чего у развивались признаки невротического состояния. Все это привело к значимому снижению психического здоровья, причем склонность к депрессивным состояниям отмечалась исключительно при манифестирующем синдроме WPW. Для этих пациентов были нехарактерны ощущения счастья, умиротворенности, вероятно в связи

Таблица 4. Характеристика КЖ больных с манифестирующим и скрытым синдромом WPW до РЧА ДАВС

Критерии КЖ	Пациенты с манифестирующим синдромом WPW до РЧА (n=101)	Пациенты со скрытым синдромом WPW до РЧА (n=39)	Группа клинического сравнения (n=20)	p
	I	II	III	
ФА	69,4±12,7	71,0±9,3	89,4±3,7	pI-II > 0,05 pI-III < 0,05 pII-III < 0,05
РФ	48,4±39,3	49,7±31,5	88,1±9,5	pI-II > 0,05 pI-III < 0,05 pII-III < 0,05
Б	69,7±25,7	71,4±23,4	72,9±9,1	pI-II > 0,05 pI-III > 0,05 pII-III > 0,05
ОЗ	59,1±16,7	59,7±15,7	78,1±6,2	pI-II > 0,05 pI-III < 0,05 pII-III < 0,05
ЖС	35,4±11,9	47,9±12,7	69,0±7,2	pI-II < 0,05 pI-III < 0,05 pII-III < 0,05
СА	59,9±13,6	62,1±12,9	88,2±10,2	pI-II > 0,05 pI-III < 0,05 pII-III < 0,05
РЭ	50,3±20,4	64,4±19,2	87,4±12,7	pI-II < 0,05 pI-III < 0,05 pII-III < 0,05
ПЗ	54,5±12,9	65,9±10,4	80,8±4,3	pI-II < 0,05 pI-III < 0,05 pII-III < 0,05

Примечание. КЖ — качество жизни; синдром WPW — синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта; РЧА — радиочастотная абляция; ДАВС — дополнительное атриовентрикулярное соединение; ФА — физическая активность; РФ — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; Б — боль; ОЗ — общее здоровье; ЖС — жизнеспособность; СА — социальная активность; РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ — психическое здоровье.

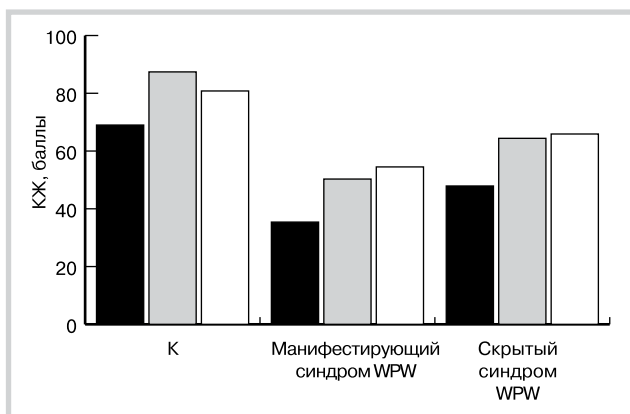


Рис. 2. Параметры КЖ, отражающие состояние эмоционального здоровья у больных с манифестирующим и скрытым синдромом WPW до РЧА ДАВС.

К — группа клинического сравнения; ЖС — жизнеспособность; РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ — психическое здоровье; КЖ — качество жизни; синдром WPW — синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта; РЧА — радиочастотная абляция; ДАВС — дополнительное атриовентрикулярное соединение.

с тем, что фармакологическая антиаритмическая терапия, как правило, была неэффективной (рис. 2).

Уже через 2 мес после операции РЧА ДАВС различия по шкалам оценки КЖ у больных с манифестирующим и скрытым синдромом WPW исчезли. По сравнению с дооперационным периодом отмечалось значительное улучшение всех параметров. Через 6 и 12 мес после РЧА ДАВС все параметры КЖ были сопоставимы с аналогичными характеристиками группы клинического сравнения.

Параметры КЖ у больных с синдромом WPW в зависимости от локализации ДАВС. В ходе анализа полученных данных было установлено, что у больных с ДАВС локализованных в МПП, КЖ было достоверно лучше, чем у пациентов с локализацией ДАВС в свободной стенке. При локализации ДАВС в правой свободной стенке параметры КЖ были сопоставимы с аналогичными параметрами КЖ у больных с локализацией ДАВС в левой свободной стенке (табл. 5).

Уже через 2 мес после успешно выполненной РЧА ДАВС единственным достоверным различием в этих группах было низкое психическое здоровье у больных с локализацией ДАВС в свободной стенке (рис. 3).

Через 6 и 12 мес эти различия исчезли, и характеристики КЖ в трех группах больных были сопоставимы между собой и характеристиками КЖ группы практически здоровых лиц.

Таким образом, согласно результатам, полученным нами при использовании опросника SF-36, наиболее низкие показатели КЖ отмечались у пациентов с синдромом WPW при локализации ДАВС в левой и в правой свободных стенках.

Тем не менее независимо от локализации ДАВС уже через 6 мес после операции показатели КЖ были сопоставимы с аналогичными характеристиками группы клинического сравнения.

Оценка параметров КЖ по анкете «Жизнь больного с аритмией» у больных с синдромом WPW до РЧА и через 2, 6 и 12 мес после нее. Полученные результаты анкетного опроса «Жизнь больного с аритмией» у больных с синдромом WPW до хирургического лечения позволили утверждать, что основными причинами снижения КЖ были приступы сердцебиения, общей слабости, чувство беспокойства, тревоги за свое здоровье у всех пациентов (100%); снижение настроения, чувство подавленности — у 66,4%; фиксация внимания на работе сердца, ожидание приступов — у 122

Таблица 5. Характеристики КЖ больных с синдромом WPW до РЧА в зависимости от локализации ДАВС

Критерии КЖ	Пациенты с левосторонней локализацией ДАВС до РЧА (n=76)	Пациенты с септальной локализацией ДАВС до РЧА (n=45)	Пациенты с правосторонней локализацией ДАВС до РЧА (n=19)	Группа клинического сравнения (n=20)	p
	1	2	3		
ФА	64,9±10,1	73,1±9,5	65,8±6,2	89,4±3,7	p1-4<0,05 p2-4<0,05 p3-4<0,05 p1-2<0,05 p3-2<0,05
РФ	47,8±35,2	49,4±29,8	50,4±30,0	88,1±9,5	p1-4<0,05 p2-4<0,05 p3-4<0,05 p1-2,>0,05 p3-2>0,05
Б	72,0±22,7	71,9±19,6	70,7±10,6	72,9±9,1	p1-4>0,05 p2-4>0,05 p3-4>0,05 p1-2>0,05 p3-2>0,05
ОЗ	58,9±17,9	60,7±14,6	59,3±6,2	78,1±6,2	p1-4<0,05 p2-4<0,05 p3-4<0,05 p1-2>0,05 p3-2>0,05
ЖС	42,1±13,3	48,9±8,8	43,0±7,4	69,0±7,2	p1-4<0,05 p2-4<0,05 p3-4<0,05 p1-2>0,05 p3-2>0,05
СА	52,4±16,6	65,1±15,3	56,8±10,4	88,2±10,2	p1-4<0,05 p2-4<0,05 p3-4<0,05 p1-2<0,05 p3-2<0,05
РЭ	53,1±23,1	67,6±22,1	59,9±12,3	87,4±12,7	p1-4<0,05 p2-4<0,05 p3-4<0,05 p1-2<0,05 p3-2<0,05
ПЗ	52,0±18,6	68,3±14,1	59,8±4,1	80,8±4,3	p1-4<0,05 p2-4<0,05 p3-4<0,05 p1-2<0,05 p3-2<0,05

Примечание. КЖ — качество жизни; синдром WPW — синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта; РЧА — радиочастотная абляция; ДАВС — дополнительное атриовентрикулярное соединение; ФА — физическая активность; РФ — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; Б — боль; ОЗ — общее здоровье; ЖС — жизнеспособность; СА — социальная активность; РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ — психическое здоровье.

(87,1%); затруднения в профессиональной сфере — у 133 (95%); необходимость самоограничения в употреблении алкоголя, кофе, крепкого чая, в курении — у 95,7%; необходимость ограничивать себя в еде — у 85,7%; затруднения в реализации привычного отдыха, работы по дому, в занятиях спортом, хобби — у 73,6%.

Средняя оценка КЖ до хирургического лечения у больных с синдромом WPW составила 46,0±8,7 балла, что соответствует низкому уровню КЖ (рис. 4). Через 2 мес после операции РЧА средняя оценка КЖ больных с синдромом WPW составила 26,0±7,3 балла ($p<0,01$), что достоверно лучше, чем исходные характеристики (см. рис. 4). Однако у этих пациентов сохранялись некоторые ограничения в повседневной жизнедеятельности (ожидание приступов, ограничение физических нагрузок, быстрая утомляемость). Через 6 и 12 мес после РЧА средняя оценка КЖ составила 4,2±1,1 и 2,8±1,2 балла соответственно, при этом пациенты не ограничивали себя ни в физических, ни в эмоциональных нагрузках.

Исходные характеристики КЖ у пациентов с манифестирующим синдромом WPW были хуже, чем у больных со скрытым синдромом WPW (рис. 5, 6). Параметры КЖ у больных с локализацией ДАВС в МПП (скрытые и манифестирующие) между собой статистически значимо не различались. При локализации ДАВС в правой свободной стенке параметры КЖ у больных со скрытыми пучками были лучше, чем у больных с признаками манифестирующего предвозбуждения желудочков и у больных с локализацией ДАВС в левой свободной стенке. КЖ у больных с локализацией ДАВС в левой свободной стенке (скрытые и манифестирующие) статистически значимо не различалось и было сопоставимо с параметрами КЖ у больных с манифестирующими ДАВС в правой свободной стенке (см. рис. 6).

Анализ средней оценки КЖ по анкете «Жизнь больного с аритмией» позволил выявить, что улучшение КЖ отмечается уже через 2 мес после РЧА с тенденцией к дальнейшему улучшению через 6 и 12 мес.

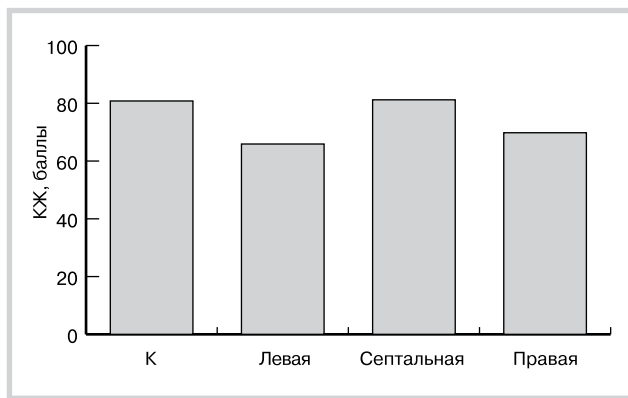


Рис. 3. Параметры КЖ, отражающих состояние психического здоровья у больных с синдромом WPW через 2 мес после РЧА ДАВС.

К — группа клинического сравнения; левая — локализация ДАВС в левой свободной стенке; септальная — локализация ДАВС в МПП; правая — локализация ДАВС в правой свободной стенке; ПЗ — психическое здоровье; КЖ — качество жизни; синдром WPW — синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта; РЧА — радиочастотная абляция; ДАВС — дополнительное атриовентрикулярное соединение; МПП — межпредсердная перегородка.

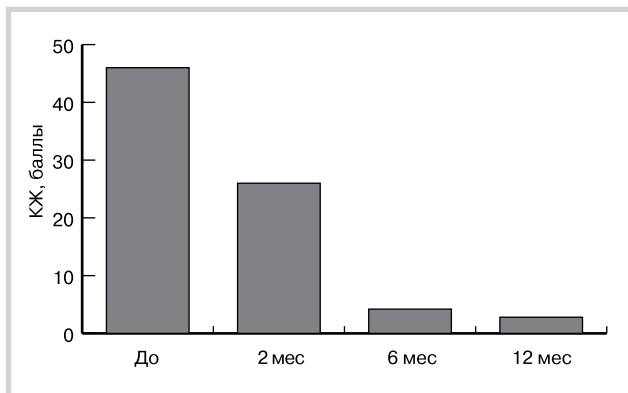


Рис. 4. Оценка КЖ больных с синдромом WPW по анкете «Жизнь больного с аритмией» до РЧА и через 2, 6 и 12 мес после нее. КЖ — качество жизни; синдром WPW — синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта; РЧА — радиочастотная абляция.

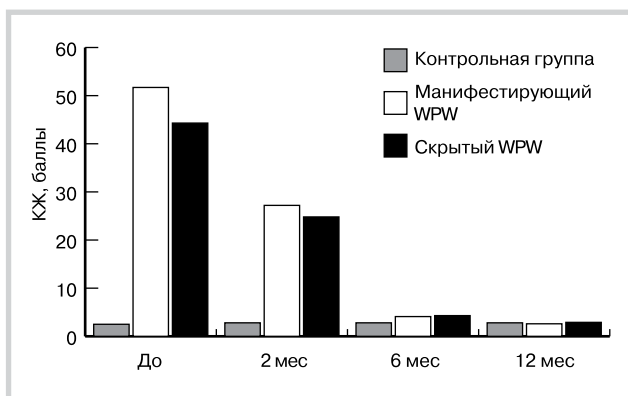


Рис. 5. Оценка КЖ больных с манифестирующим и скрытым синдромом WPW по анкете «Жизнь больного с аритмией» до РЧА и через 2, 6 и 12 мес после нее. КЖ — качество жизни; синдром WPW — синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта; РЧА — радиочастотная абляция.

Таким образом, результаты комплексного изучения критериев КЖ с помощью как общего опросника SF-36, так и специ-

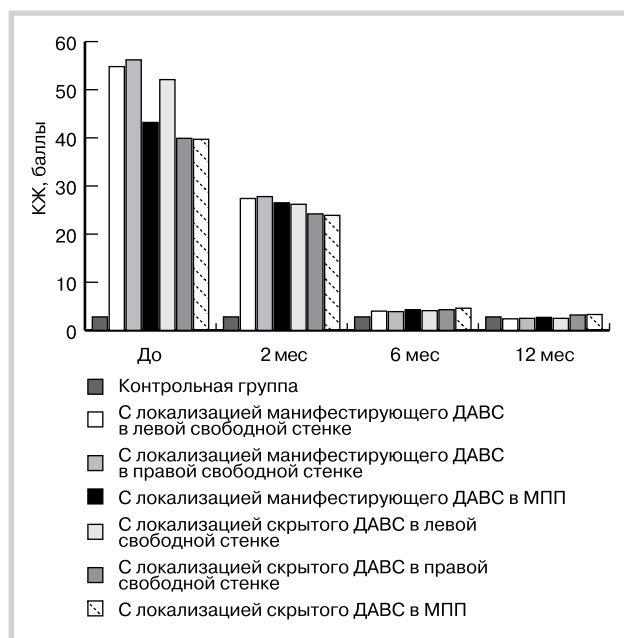


Рис. 6. Оценка КЖ больных с манифестирующим и скрытым синдромом WPW в зависимости от локализации ДАВС по анкете «Жизнь больного с аритмией» до РЧА и через 2, 6 и 12 мес после нее.

КЖ — качество жизни; синдром WPW — синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта; РЧА — радиочастотная абляция; ДАВС — дополнительное атриовентрикулярное соединение.

фической анкеты «Жизнь больного с аритмией» позволяют утверждать, что уже через 2 мес после РЧА происходит значительное улучшение общего состояния больных с синдромом WPW. Через 6 и 12 мес после операции отмечается полное восстановление как физической, так и умственной работоспособности пациентов, что подтверждается отсутствием значимых различий между КЖ у больных с синдромом WPW и группы здоровых добровольцев.

Обсуждение

Нами были изучены характеристики КЖ как до РЧА, так и в течение одного года клинического наблюдения после нее.

В настоящее время в медицинской литературе имеются результаты исследований КЖ у больных с различными нарушениями ритма сердца, в том числе у пациентов с синдромом WPW [1, 8, 11]. В 1997 г. Р.А. Либис и соавт. с помощью специфического опросника «Жизнь больного с аритмией» установили, что у больных, страдающих суправентрикулярной тахикардией, регулярная антиаритмическая терапия существенно улучшает КЖ [2, 6].

Немногочисленны также исследования, посвященные изучению КЖ у больных с суправентрикулярной тахикардией, которым выполнялась РЧА. Полученные результаты свидетельствуют, что после эффективной РЧА параметры КЖ значительно улучшались по сравнению с исходными и достоверно не отличались у пациентов с суправентрикулярной тахикардией по сравнению с таковыми в здоровой популяции [3, 6].

Изучение с помощью опросника SF-36 КЖ у больных с АВРТ до и через 1 и 3 мес после РЧА, показало, что параметры, характеризующие состояние физического и эмоционального здоровья, существенно улучшаются уже через месяц после РЧА [3].

Динамические изменения параметров КЖ у пациентов с синдромом WPW до РЧА ДАВС и после нее в течение относительно продолжительного наблюдения (12 мес) не подвергались комплексному изучению. Нами также был проведен сравнительный анализ КЖ пациентов с синдромом WPW в зависимости от электрофизиологических характеристик ДАВС (скрытый, манифестирующий) и его локализации.

При оценке КЖ у больных с синдромом WPW до РЧА ДАВС нами выявлено значительное снижение его по всем шкалам по сравнению с показателями КЖ у практически здоровых добровольцев. При этом не отмечено существенного изменения такого физического компонента КЖ как «Боль» на протяжении всего периода клинического наблюдения. Это позволило нам сделать вывод об отсутствии взаимосвязи боли с синдромом WPW. Было установлено, что болевой синдром имелся у относительно немногочисленной группы пациентов с синдромом WPW (25,7%), у которых помимо аритмического синдрома были верифицированы сопутствующие заболевания — ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и остеохондроз шейного отдела позвоночника с корешковым синдромом.

В ходе исследования КЖ выявлено, что наиболее существенный вклад в снижение КЖ у больных с синдромом WPW вносит ограничение физической и психической активности, обусловленное как самим приступом тахикардии, так и постоянным ожиданием его появления [12].

Неспецифический опросник SF-36 позволил в целом оценивать степень ограничения физического и психического здоровья пациентов с синдромом WPW. Преимущество общих опросников состоит в том, что их валидность является универсальной для различных нозологических форм и позволяет проводить сравнительную оценку влияния разнообразных медицинских программ на КЖ как отдельных субъектов, так и всей популяции. К недостаткам общих опросников следует отнести их не всегда адекватную чувствительность к изменениям состояния здоровья в рамках отдельного заболевания [4, 5]. Общие опросники целесообразно применять только для оценки тактики здравоохранения в целом и при проведении эпидемиологических исследований.

Специфический опросник — анкета «Жизнь больного с аритмией» — позволил нам выявить конкретные факторы, способствующие снижению КЖ. Было установлено, что снижение КЖ обусловлено приступами сердцебиения, чувством беспокойства и тревоги за свое здоровье, снижением настроения и чувством подавленности вследствие ожидания приступов. Специальные опросники сфокусированы на конкретной нозологии и оценке эффективности ее лечения [6, 8]. Они

позволяют уловить изменения КЖ пациентов, происходящие за относительно короткий промежуток времени, обычно за 2—4 нед. Специальные опросники применяются для оценки эффективности конкретного метода лечения определенного заболевания и оценивают какой-либо один компонент КЖ (например, физическое или эмоциональное состояние) [5].

Через 2 мес после операции РЧА было выявлено статистически значимое улучшение параметров КЖ по данным как общего опросника SF-36, так и анкеты «Жизнь больного с аритмией». При последующих контрольных исследованиях (через 6 и 12 мес) установлено, что параметры КЖ по всем шкалам опросника SF-36 у больных с синдромом WPW стали сопоставимы с таковыми в группе клинического сравнения. В результате лечения пациенты полностью отказались от постоянного приема антиаритмических средств и смогли вернуться к нормальной повседневной жизни.

Заключение

Анализ параметров качества жизни позволил нам установить, что наиболее низкое ее качество отмечается у пациентов с синдромом Вольфа—Паркинсона—Уайта при локализации дополнительного атриовентрикулярного соединения в свободной стенке. Несмотря на это, уже через 2 мес после эффективной радиочастотной абляции у пациентов этой группы отмечалось улучшение параметров качества жизни, которые были сопоставимы во всех подгруппах и достоверно не различались. Через 6 и 12 мес после операции параметры качества жизни по всем шкалам опросника SF-36 у больных с синдромом Вольфа—Паркинсона—Уайта стали сопоставимы с таковыми в группе клинического сравнения.

Комплексное изучение критериев качества жизни с помощью как общего опросника SF-36, так и специфического — анкеты «Жизнь больного с аритмией» — позволяют утверждать, что уже через 2 мес после радиочастотной абляции происходит значительное улучшение общего состояния больных с синдромом Вольфа—Паркинсона—Уайта. Через 6 и 12 мес после операции отмечается полное восстановление как физической, так и умственной работоспособности пациентов, что подтверждается отсутствием значимых различий между критериями качества жизни больных с синдромом Вольфа—Паркинсона—Уайта и группы здоровых добровольцев. В связи с этим, на наш взгляд, у больных с синдромом Вольфа—Паркинсона—Уайта операция радиочастотной абляции дополнительного атриовентрикулярного соединения является методом выбора.

Сведения об авторах:

Рентгенохирургический центр интервенционной кардиологии ФГУ Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко МО РФ, Москва.

Ардашев А.В. — д.м.н., проф., начальник Рентгенохирургического центра интервенционной кардиологии, главный аритмолог МО РФ.

Рыбаченко М.С. — к.м.н., ординатор отделения интервенционной кардиологии.

Желяков Е.Г. — к.м.н., ординатор отделения интервенционного лечения тахиаритмий.

Шаров А.А. — к.м.н., ординатор отделения интервенционной кардиологии, кардиологии ФГУ Волошко С.В. — к.м.н., начальник отделения клинической аритмологии.

Конев А.В. — к.м.н., начальник отделения интервенционного лечения тахиаритмий.

Крючко М.В. — к.м.н., ординатор отделения реанимации и интенсивной терапии.

Ливенцева Э.Н. — ординатор отделения реанимации и интенсивной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардашев А.В., Горбатов Е.А., Рыбаченко М.С. Качество жизни у больных с синдромом WPW до и после радиочастотной абляции дополнительного атриовентрикулярного соединения. Вестн аритмол 2006;321. Приложение А:117.
2. Голицын С.П., Малахов В.И., Бокалов С.А. и др. Диагностика и возможности противоритмического лечения злокачественных желудочковых нарушений ритма сердца. Тер арх 1991;9:38—44.
3. Zipes D.P., DiMarco J.P., Gillette P.C. et al. Guidelines for clinical intracardiac electrophysiological and catheter ablation procedures: a report of the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Clinical Intracardiac Electrophysiologic and Catheter Ablation Procedures), developed in collaboration with the North American Society of Pacing and Electrophysiology. J Am Coll Cardiol 1995;26:555-573.
4. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиология 2002;5:92—95.
5. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. Ст-Петербург: Элби 1999;140.
6. Шевченко Ю.А. Качество жизни в кардиологии. Вестн РВМА 2000;9:5—15.
7. Aaronson N., Cull A., Kaasa S. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology. Int J Ment Health 1994;23:75—96.
8. Aaronson N. Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. Control Clin Trials 1989;10:195—208.
9. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью. Кардиология 1993;2:85—88.
10. Голицын С.П., Соколов С.Ф. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца: выбор антиаритмической терапии и контроль ее эффективности. Кардиология 1983;11:5—8.
11. Barlow D. Survival, quality of life, and clinical aspects of pacing leads. In: Ellenbogen K., Kay G.N., Wilkoff B.L. editors. Clinical Cardiac Pacing and Defibrillation. Philadelphia (PA): WB Saunders 2000.
12. Доцицин В.Л. Купирование и предупреждение пароксизмальных аритмий сердца. РМЖ 2003;19:1083—1088.

Поступила 26.05.08