

ВПЛИВ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШЛУНОЧКОВОЮ ЕКСТРАСИСТОЛІЄЮ

Б.Б. КРАВЧУК, Р.Г. МАЛЯРЧУК, О.З. ПАРАЦІЙ,
А.В. ЯКУШЕВ

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», м. Київ

***Conflict of Interest Statement (We declare that we have no conflict of interest).**

*Заява про конфлікт інтересів (Ми заявляємо, що у нас немає ніякого конфлікту інтересів).

*Заявление о конфликте интересов (Мы заявляем, что у нас нет никакого конфликта интересов).

***No human/animal subjects policy requirements or funding disclosures.**

*Жодний із об'єктів дослідження (людина/тварина) не підпадає під вимоги політики щодо розкриття інформації фінансування.

*Ни один из объектов исследования не подпадает под политику раскрытия информации финансирования.

***Date of submission — 13.01.20**

*Дата подачі рукопису — 13.01.20

*Дата подачі рукописи — 13.01.20

***Date of acceptance — 12.02.20**

*Дата ухвалення — 12.02.20

*Дата одобрения к печати — 12.02.20

***Мета роботи** – визначити вплив радіочастотної абляції (РЧА) на якість життя (ЯЖ) пацієнтів із шлуночковою екстрасистолією (ШЕ).*

***Матеріали та методи.** Проаналізовано 53 випадки лікування пацієнтів із моно-морфною ШЕ. Явних структурних захворювань серця у них не виявлено. Вік пацієнтів становив від 16 до 57 років (середній – $(35,3 \pm 12,4)$ року). Серед пацієнтів переважали жінки – 37 (69,8 %). Усім пацієнтам проводили РЧА для видалення аритмогенного субстрату ШЕ. Показанням до проведення втручань була симптоматична ШЕ, рефрактерна до медикаментозного лікування. В усіх пацієнтів проводили оцінку ЯЖ за допомогою опитувальника SF-36 до процедури та через 2, 6 і 12 міс. Також оцінювали ЯЖ у 18 здорових осіб групи порівняння.*

***Результати.** Оцінку ЯЖ проводили за 8 шкалами: фізична активність (ФА), роль фізичних навантажень в обмеженні життєдіяльності (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальне здоров'я (ЗЗ), життєздатність (ЖЗ), соціальна активність (СА), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ), психічне здоров'я (ПЗ).*

Суттєвий приріст відзначили за шкалами, які відповідають за фізичний компонент здоров'я, вже через 2 міс. Ця тенденція зберігалася через 6 і 12 міс: ФА (до РЧА – $70,24 \pm 26,10$, через 2 міс – $80,32 \pm 22,02$, через 6 міс – $88,58 \pm 24,84$, через 12 міс – $87,38 \pm 17,07$, у групі порівняння – $88,32 \pm 4,51$), РФ (відповідно $47,43 \pm 38,95$; $70,11 \pm 28,83$; $71,28 \pm 29,51$; $69,17 \pm 24,12$ і $70,03 \pm 16,34$), ІБ ($68,84 \pm 23,91$; $67,12 \pm 16,37$; $69,83 \pm 17,63$; $69,03 \pm 28,58$ та $71,83 \pm 7,35$); ЗЗ ($61,88 \pm 21,48$; $66,05 \pm 14,03$; $68,59 \pm 19,27$; $70,23 \pm 20,30$ і $69,04 \pm 7,48$). Показники за шкалами, які відповідають за психічний компонент здоров'я, почали збільшуватися лише через 6 міс: ЖЗ (до РЧА – $56,68 \pm 34,46$, через 2 міс – $62,72 \pm 17,54$, через

6 міс – $61,83 \pm 20,15$, через 12 міс – $63,28 \pm 18,08$, у групі порівняння – $61,34 \pm 8,03$), СА (відповідно $67,31 \pm 28,01$; $71,37 \pm 16,84$; $72,54 \pm 24,41$; $75,54 \pm 17,03$ і $74,35 \pm 8,59$), РЕ ($58,41 \pm 34,08$; $66,73 \pm 27,63$; $67,70 \pm 34,05$; $68,36 \pm 15,03$ та $69,45 \pm 18,07$), ПЗ ($59,03 \pm 19,81$; $64,18 \pm 19,58$; $61,45 \pm 25,21$; $61,73 \pm 16,70$ і $59,78 \pm 5,01$). Через 2–12 міс після оперативного лікування зареєстровано статистичне значуще підвищення показників ФА та РФ порівняно з вихідним станом. Решта показників ЯЖ хоча і збільшилася, але статистично значущо не відрізнялася від таких до РЧА.

Висновки. Показники ЯЖ, які характеризують фізичне здоров'я, у пацієнтів із ШЕ до проведення інтервенційного лікування статистично значущо були нижчими порівняно з такими у практично здорових осіб. Через 2 міс після успішної РЧА аритмогенного вогнища у пацієнтів із ШЕ параметри ЯЖ статистично значущо поліпилися порівняно із практично здоровими особами. Повне відновлення фізичного і психічного здоров'я спостерігали через 6–12 міс після інтервенційного лікування аритмії.

Ключові слова: радіочастотна абляція; шлуночкова екстрасистолія; якість життя.

Перелік скорочень

ЖЗ	Життєздатність
ЗЗ	Загальне здоров'я
ІБ	Інтенсивність болю
ПЗ	Психічне здоров'я
РЕ	Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності
РФ	Роль фізичних навантажень в обмеженні життєдіяльності
РЧА	Радіочастотна абляція
СА	Соціальна активність
ФА	Фізична активність
ШЕ	Шлуночкова екстрасистолія
ЯЖ	Якість життя

Шлуночкові екстрасистоли (рання деполаризація міокарда шлуночків) часто пов'язують із структурним захворюванням серця і підвищеним ризиком раптової смерті [1, 2]. Шлуночкова екстрасистолія (ШЕ) може бути асимптомною, а також причиною таких симптомів, як серцебиття, диспное, відчуття тривоги [3]. Протягом останнього десятиліття ШЕ за відсутності структурних захворювань серця вважали доброякісною аритмією, тому основною стратегією її лікування традиційно було спостереження [4, 5]. На думку деяких ав-

торів, ШЕ може бути причиною дисфункції лівого шлуночка. Це потребує зміни підходу до лікування. Ефективність медикаментозної терапії становить 10–15 %, інколи – така сама, як і плацебо [6]. Радіочастотна абляція (РЧА) стала рутинним методом лікування низки аритмій, що зумовлено її високою ефективністю і невеликим ризиком ускладнень порівняно із низькою ефективністю та значною кількістю побічних ефектів більшості протиаритмічних препаратів [7]. Віддаленим результатам РЧА (зокрема зміні якості життя (ЯЖ)) у пацієнтів із ШЕ присвячено мало публікацій. Більшість досліджень якості життя проведено понад 20 років тому, коли методику РЧА у хворих із ШЕ не було розроблено, а методи оцінки ЯЖ – не уніфіковано [5, 6].

Мета роботи – визначити вплив радіочастотної абляції на якість життя пацієнтів із шлуночковою екстрасистолією.

КРАВЧУК Борис Богданович
канд. мед. наук., серцево-судинний хірург
завідувач відділення порушень серцевого ритму
ДУ «Національний Інститут серцево-судинної хірургії
імені М.М. Амосова»
Адреса: 03038, м. Київ, вул. Амосова, 6
Тел. роб.: +38 044 333-84-08
E-mail: officeamosov@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-4535-7797

Матеріали та методи

Проаналізовано 53 випадки лікування пацієнтів із мономорфною ШЕ. Середній вік пацієнтів становив $(35,3 \pm 12,4)$ року (від 16 до 57 років). Серед пацієнтів переважали жінки – 37 (69,8 %). Супутніх захворювань серця в групі спостереження не виявлено. Для порівняння використано результати обстеження 18 здорових осіб аналогічної вікової групи.

Усім пацієнтам основної групи проводили РЧА, метою якої було вилучення аритмогенного субстрату ШЕ. Показанням до проведення втручання була симптоматична ШЕ, рефрактерна до медикаментозного лікування.

У всіх пацієнтів проводили оцінку ЯЖ за допомогою опитувальника The Short Form-36 (SF-36) до процедури і через 2, 6 та 12 міс. Також ЯЖ оцінювали в осіб групи порівняння. Оцінку ЯЖ здійснювали за 8 шкалами: фізична активність (ФА), роль фізичних навантажень в обмеженні життєдіяльності (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальне здоров'я (ЗЗ), життєздатність (ЖЗ), соціальна активність (СА), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ), психічне здоров'я (ПЗ).

Статистичну обробку даних проведено з використанням статистичної програми SPSS. Для порівняння категорійних змінних застосовували критерій Стьюдента. Відмінності між значеннями показників вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати

У пацієнтів із ШЕ до РЧА статистично значущо нижчі параметри ЯЖ виявлено за

шкалами ФА і РФ, показники решти шкал були нижчими, ніж у пацієнтів контрольної групи, але різниця не була статистично значущою (табл. 1).

При аналізі результатів анкетування встановлено, що, незважаючи на молодий вік, 17 (32,1%) пацієнтів із ШЕ не могли виконувати високоінтенсивні фізичні навантаження (біг, підняття важких предметів, силові види спорту, плавання на тривалі дистанції, тощо). Звичайне фізичне навантаження без будь-яких обмежень (домашнє прибирання, підйом по сходах, щоденні прогулянки пішки) виконували 67,9 % пацієнтів. Жодних обмежень у виконанні звичайних професійних обов'язків не відзначили 35,8 % пацієнтів, але професійна діяльність, пов'язана із високим фізичним чи емоційним навантаженням, спричинила труднощі у більшості (64,2 %) пацієнтів. Фізичний біль знизив ЯЖ у 39,6 % пацієнтів. Незважаючи на результати за окремими шкалами, близько половини пацієнтів оцінювали стан ЗЗ як «добрий», суттєвої динаміки протягом останнього року не спостерігали і визначали його як «не гірше, ніж у інших». На можливе погіршення ЗЗ звернули увагу менше ніж третина (26,0 %) пацієнтів. Збережений життєвий тонус констатували більше половини (52,3 %) пацієнтів. У більшості (77,4 %) пацієнтів не була суттєво змінена СА: вони продовжували безперешкодно спілкуватись із родичами, друзями, колегами.

Суттєві зміни в емоційному статусі у вигляді депресивних і тривожних станів заперечували 71,7 % пацієнтів.

Таблиця 1. Параметри якості життя пацієнтів до проведення радіочастотної абляції

Шкала ЯЖ	Пацієнти із ШЕ (n = 53)	Група порівняння (n = 18)	p
ФА	70,24 ± 26,10	88,32 ± 4,51	<0,05
РФ	47,43 ± 38,95	70,03 ± 16,34	<0,05
ІБ	68,84 ± 23,91	71,83 ± 7,35	>0,05
ЗЗ	61,88 ± 21,48	69,04 ± 7,48	>0,05
ЖЗ	56,68 ± 34,46	61,34 ± 8,03	>0,05
СА	67,31 ± 28,01	74,35 ± 8,59	>0,05
РЕ	58,41 ± 34,08	69,45 ± 18,07	>0,05
ПЗ	59,03 ± 19,81	59,78 ± 5,01	>0,05

Таблиця 2. Параметри якості життя пацієнтів із шлуночковою екстрасистолією до і через 2, 6 та 12 міс після проведення радіочастотної абляції, бал (n=53)

Шкала якості життя	До процедури	Через 2 міс	Через 6 міс	Через 12 міс
ФА	70,24 ± 26,10	80,32 ± 22,02	88,58 ± 24,84*	87,38 ± 17,07 *
РФ	47,43 ± 38,95	70,11 ± 28,83 *	71,28 ± 29,51*	69,17 ± 24,12 *
ІБ	68,84 ± 23,91	67,12 ± 16,37	69,83 ± 17,63	69,03 ± 28,58
ЗЗ	61,88 ± 21,48	66,05 ± 14,03	68,59 ± 19,27	70,23 ± 20,30
ЖЗ	56,68 ± 34,46	62,72 ± 17,54	61,83 ± 20,15	63,28 ± 18,08
СА	67,31 ± 28,01	71,37 ± 16,84	72,54 ± 24,41	75,54 ± 17,03
РЕ	58,41 ± 34,08	66,73 ± 27,63	67,70 ± 34,05	68,36 ± 15,03
ПЗ	59,03 ± 19,81	64,18 ± 19,58	61,45 ± 25,21	61,73 ± 16,70

Примітка: * – різниця з показником до проведення радіочастотної абляції є статистично значущою (p < 0,05).

Після РЧА аритмогенного вогнища зареєстровано суттєвий приріст за шкалою ФА (табл. 2). Більшість (73,5 %) пацієнтів відзначали, що здатні виконувати звичайне фізичне навантаження без будь-яких обмежень (домашнє прибирання, підйом по сходах, прогулянки пішки на довгі дистанції), але високоінтенсивне фізичне навантаження спричиняло труднощі у 26,4 % пацієнтів. Показник за шкалою РФ в основній групі через 2 міс статистично значущо (p < 0,05) поліпшився. Кількість пацієнтів, які не відзначали жодних обмежень при виконанні звичайних професійних обов'язків, збільшилася до 39 (73,6 %). Високоінтенсивна професійна діяльність спричиняла утруднення лише у 14 (26,4 %) осіб працездатного віку. Суттєвих змін за шкалою ІБ не виявлено. Більшість (79,2 %) пацієнтів оцінили стан ЗЗ як «добрий». На можливе погіршення ЗЗ, пов'язане із серцебиттям при фізичному навантаженні, звернули увагу 11 (20,8 %) пацієнтів. Незважаючи на те, що більшість пацієнтів не скаржились на зниження життєвого тону і СА до РЧА, відзначено поліпшення цих параметрів ЯЖ через 2 міс після операції. Так, 44 (83,0 %) пацієнти могли безперешкодно спілкуватись із родичами та колегами. Бадьорість, приплив життєвих сил та енергії зазначили 39 (73,6 %) осіб. До РЧА виражені зміни в ПЗ та емоційному статусі заперечували понад 50,0 % пацієнтів, через 2 міс після операції 37 (69,8 %) осіб констатували поліпшення емоцій-

ного статусу, зниження рівня тривоги за стан свого здоров'я.

Через 6 міс спостерігали подальший ріст показника ФА: середнє значення становило 88,58 бала (див. табл. 2). Після оперативного втручання щоденна і професійна діяльність пацієнтів була меншою мірою обмежена проблемами зі здоров'ям та настановами лікарів, ніж у попередній період, про що свідчило зростання показника РФ. Показники обох шкал, які характеризують фізичне здоров'я, через 6 міс після РЧА фактично не відрізнялися від таких у групі порівняння (див. табл. 1 і 2), що свідчить про повне відновлення фізичного здоров'я і відсутність обмежень при виконанні щоденних і професійних навантажень. Зареєстровано приріст за шкалою, яка оцінює біль, що пов'язано зі зменшенням негативного впливу кардіалгії на щоденну діяльність респондентів. Показник ЗЗ збільшився порівняно із попереднім періодом і наблизився до аналогічного показника здорових осіб. Відсутність постійних перебоїв у роботі серця у більшості пацієнтів в основній групі сприяло поліпшенню психічної складової здоров'я, про що свідчило збільшення оцінки за шкалами ЖЗ, СА і РЕ. Показник ПЗ суттєво не змінився порівняно із попереднім періодом.

Через 12 міс після РЧА суттєвої динаміки за шкалами ФА, РФ і ЗЗ, які характеризують загальне фізичне здоров'я, порівняно із попереднім періодом не виявлено (див. табл. 2). Відзначено незначний приріст за шкалами ЖЗ, СА, РЕ та ПЗ, які ві-

дображують психоемоційний компонент здоров'я. Значення цих показників незначно перевищили такі в групі порівняння.

Таким чином, аналіз динаміки параметрів ЯЖ підтвердив, що вже через 2 міс після РЧА збільшується величина показників, які характеризують як фізичне, так і психоемоційне здоров'я. Через 6 міс спостерігали повне відновлення фізичного здоров'я (відсутність обмежень щодо високоінтенсивної професійної фізичної діяльності в осіб молодого та працездатного віку). Через 6–12 міс після РЧА відзначено позитивні зміни в психоемоційному статусі, які не мали статистично значущих відмінностей порівняно з вихідним станом.

Обговорення

Параметри ЯЖ було вивчено за допомогою загального опитувальника SF-36, що дало змогу виявити складові, які спричинили зниження ЯЖ. При оцінці вихідних параметрів ЯЖ пацієнтів із ШЕ виявлено їх зниження за всіма шкалами порівняно з контрольною групою. Різниця між показниками була статистично значущою лише за шкалами ФА та РФ. Привертає увагу той факт, що, незважаючи на молодий вік, третина пацієнтів не могли виконувати високоінтенсивні фізичні навантаження (біг, підняття важких предметів, силові види спорту, плавання на довгі дистанції), а професійна діяльність, пов'язана із високим фізичним і/або емоційним навантаженням, спричиняла труднощі у більшості пацієнтів. Показники шкал, які характеризують емоційне здоров'я, у пацієнтів із ШЕ були нижчими, ніж в осіб контрольної групи.

За результатами анкетування, чинниками, які негативно впливали на ЯЖ пацієнтів із ШЕ, у нашому дослідженні були відчуття перебоїв у роботі серця, «зупинки серця», диспное. Більше половини пацієнтів відзначали появу пригнічення, хвилювання і три-

воги за стан здоров'я та життя, зниження настрою. Їх турбувала необхідність обмеження вживання алкоголю, кави, міцного чаю, тютюнокуріння, меншою мірою – загальна слабкість, втомлюваність, кардіалгія.

Через 2 міс після РЧА аритмогенного вогнища відзначено значне поліпшення параметрів ЯЖ за даними опитувальника SF-36. Найбільший приріст виявлено за шкалами, які характеризують фізичне здоров'я. Через 6 міс після РЧА зберігалася тенденція до поліпшення показників ЯЖ. Параметри ЯЖ, які характеризують фізичне здоров'я, були порівнянними з аналогічними показниками практично здорових осіб і значно не змінилися при повторних дослідженнях. Отримані дані свідчили про повне відновлення фізичного здоров'я, що виявлялося відсутністю обмежень щодо виконання високоінтенсивних фізичних навантажень в осіб молодого працездатного віку. Відсутність постійних перебоїв у роботі серця у більшості пацієнтів після оперативного втручання зумовило поліпшення психічної складової через 6–12 міс, показники якої не мали статистично значущих відмінностей від вихідних параметрів.

Висновки

1. Показники якості життя, які характеризують фізичне здоров'я, у пацієнтів із шлуночковою екстрасистолією до проведення інтервенційного лікування були статистично значущо нижчими порівняно з такими у практично здорових осіб.

2. Через 2 міс після успішної радіочастотної абляції аритмогенного вогнища у пацієнтів із шлуночковою екстрасистолією параметри якості життя статистично значущо поліпшилися порівняно з такими у практично здорових осіб. Повне відновлення фізичного і психічного здоров'я спостерігали в терміни від 6 до 12 міс після інтервенційного лікування аритмії.

References

1. Messineo FC. Ventricular ectopic activity: prevalence and risk. *Am J Cardiol.* 1989;64(20):53-6. PMID: 2480710. DOI: 10.1016/0002-9149(89)91200-9
2. Kostis JB, McCrone K, Moreyra AE et al. Premature ventricular complexes in the absence of identifiable

heart disease. *Circulation.* 1981;63:1351-6. PMID: 7226480. DOI: 10.1161/01.cir.63.6.1351

3. Sheldon SH, Gard JJ, Asirvatham SJ. Premature ventricular contractions and non-sustained ventricular tachycardia: association with sudden cardiac death, risk stratification, and management strategies. *Ind Pacing Electrophysiol*

- J. 2010;10:357-71. PMID: 20811538. PMCID: PMC2922873
4. Kennedy HL, Whitlock JA, Sprague MK et al. Long-term follow-up of asymptomatic healthy subjects with frequent and complex ventricular ectopy. *N Engl J Med.* 1985;312:193-7. PMID: 257821. DOI: 10.1056/NEJM198501243120401
 5. Gaita F, Giustetto C, Di Donna P et al. Long-term follow-up of right ventricular monomorphic extrasystoles. *Am Coll Cardiol.* 2001;38:364-70. PMID: 11499725. DOI: 10.1016/s0735-1097(01)01403-6
 6. Stec S, Sikorska A, Zaborska B, Krynski T, Szymot J, Kulakowski P. Benign symptomatic premature ventricular complexes: short- and long-term efficacy of antiarrhythmic drugs and radiofrequency ablation. *Kardiol. Pol.* 2012;70(4):351-8. PMID: 22528707
 7. Dixit S, Marchlinski FE. Clinical characteristics and catheter ablation of left ventricular outflow tract tachycardia. *Curr. Cardiol. Rep.* 2001;3(4):305-13. PMID: 11406089. DOI: 10.1007/s11886-001-0085-y

ВЛИЯНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Б.Б. КРАВЧУК, Р.Г. МАЛЯРЧУК, О.З. ПАРАЦИЙ, А.В. ЯКУШЕВ

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.Н. Амосова НАМН Украины», г. Киев

Цель работы – определить влияние радиочастотной абляции (РЧА) на качество жизни (КЖ) пациентов с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ).

Материалы и методы. Проанализированы 53 случая лечения пациентов с мономорфной ЖЭ. Явных структурных заболеваний сердца у них не обнаружено. Возраст пациентов составлял от 16 до 57 лет (средний – $(35,3 \pm 12,4)$ года). Среди пациентов преобладали женщины – 37 (69,8 %). Всем пациентам проводили РЧА для извлечения аритмогенного субстрата ЖЭ. Показанием к проведению вмешательств была симптоматическая ЖЭ, рефрактерная к медикаментозному лечению. У всех пациентов проводили оценку КЖ с помощью опросника SF-36 до процедуры и через 2, 6 и 12 мес. Также оценивали КЖ у 18 здоровых лиц группы сравнения.

Результаты. Оценка КЖ проводили по 8 шкалам: физическая активность (ФА), роль физических нагрузок в ограничении жизнедеятельности (РФ), интенсивность боли (ИБ), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (ЖС), социальная активность (СА), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психическое здоровье (ПЗ). Существенный прирост отметили по шкалам, которые отвечают за физический компонент здоровья, уже через 2 мес. Эта тенденция сохранялась через 6 и 12 мес: ФА (до РЧА – $70,24 \pm 26,10$, через 2 мес – $80,32 \pm 22,02$, через 6 мес – $88,58 \pm 24,84$, через 12 мес – $87,38 \pm 17,07$, в группе сравнения – $88,32 \pm 4,51$), РФ (соответственно $47,43 \pm 38,95$; $70,11 \pm 28,83$; $71,28 \pm 29,51$; $69,17 \pm 24,12$ и $70,03 \pm 16,34$), ИБ ($68,84 \pm 23,91$; $67,12 \pm 16,37$; $69,83 \pm 17,63$; $69,03 \pm 28,58$ и $71,83 \pm 7,35$), ОЗ ($61,88 \pm 21,48$; $66,05 \pm 14,03$; $68,59 \pm 19,27$; $70,23 \pm 20,30$ и $69,04 \pm 7,48$). Показатели по шкалам, которые отвечают за психический компонент здоровья, начали увеличиваться только через 6 мес: ЖС (до РЧА – $56,68 \pm 34,46$, через 2 мес – $62,72 \pm 17,54$, через 6 мес – $61,83 \pm 20,15$, через 12 мес – $63,28 \pm 18,08$, в группе сравнения – $61,34 \pm 8,03$), СА (соответственно $67,31 \pm 28,01$; $71,37 \pm 16,84$; $72,54 \pm 24,41$; $75,54 \pm 17,03$ и $74,35 \pm 8,59$), РЭ ($58,41 \pm 34,08$; $66,73 \pm 27,63$; $67,70 \pm 34,05$; $68,36 \pm 15,03$ и $69,45 \pm 18,07$), ПЗ ($59,03 \pm 19,81$; $64,18 \pm 19,58$; $61,45 \pm 25,21$; $61,73 \pm 16,70$ и $59,78 \pm 5,01$). Через 2–12 мес после оперативного лечения зарегистрировано статистически значимое повышение показателей ФА и РФ по сравнению с исходным состоянием. Остальные показатели КЖ хотя и увеличились, но статистически значимо не отличались от таковых до РЧА.

Выводы. Показатели КЖ, характеризующие физическое здоровье, у пациентов с ЖЭ до проведения интервенционного лечения статистически значимо были ниже по сравнению с таковыми у здоровых лиц. Через 2 мес после успешной РЧА аритмогенного очага у пациентов с ЖЭ параметры КЖ статистически значимо улучшились по сравнению с практически здоровыми лицами. Полное восстановление физического и психического здоровья наблюдали через 6–12 мес после интервенционного лечения аритмии.

Ключевые слова: радиочастотная абляция; желудочковая экстрасистолия; качество жизни.

THE INFLUENCE OF RADIOFREQUENCY ABLATION ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH VENTRICULAR PREMATURE BEATS

V.B. KRAVCHUK, R.G. MALYARCHUK, O.Z. PARATSII, A.V. YAKUSHEV
Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery NAMS of Ukraine, Kyiv

Objective – to determine the effect of radiofrequency ablation (RFA) on the quality of life (QOL) of patients with ventricular premature beats (VPB).

Materials and methods. We included 53 cases of treatment of patients with monomorphic VPB. There were no obvious structural diseases of the heart in them. The age of patients ranged from 16 to 57 years, and the median age was 35.3 ± 12.4 . Among patients 37 (69.8 %) were women. All patients underwent RFA aiming to remove the arrhythmogenic substrate of VPB. The indication for intervention was symptomatic VPB, refractory to drug treatment. All patients underwent QOL assessment using the SF-36 questionnaire prior to the procedure at 2, 6, and 12 months after it. QOL was also evaluated in 18 healthy subjects (group of comparison).

Results. Assessment of QOL was performed according to 8 criteria (scales): physical activity (PA), vital activity (VA), pain (P), general health (GH), viability (V), social activity (SA), the role of emotional problems in life-limiting (EP), mental health (MH). We noted a significant increase in indicators on the scales that are responsible for the physical component of health for 2 months and continued to increase further to the data of the comparison group: FA (before RFA – 70.24 ± 26.10 ; in 2 months – 80.32 ± 22.02 ; in 6 months – 88.58 ± 24.84 ; in 12 months – 87.38 ± 17.07 ; GP – 88.32 ± 4.51), RF (before RFA – 47.43 ± 38.95 ; in 2 months – 70.11 ± 28.83 ; in 6 months – 71.28 ± 29.51 ; in 12 months – 69.17 ± 24.12 ; GP – 70.03 ± 16.34). B (before RFA – 68.84 ± 23.91 ; in 2 months – 67.12 ± 16.37 ; in 6 months – 69.83 ± 17.63 ; in 12 months – 69.03 ± 28.58 ; GP – 71.83 ± 7.35), PZ (before RFA – 61.88 ± 21.48 ; in 2 months – 66.05 ± 14.03 ; in 6 months – 68.59 ± 19.27 ; in 12 months – 70.23 ± 20.3 ; GP – 69.04 ± 7.48). Scales responsible for the mental component of health began to respond only after 6 months: HR (before RFA – 56.68 ± 34.46 ; in 2 months – 62.72 ± 17.54 ; in 6 months – 61.83 ± 20.15 ; in 12 months – 63.28 ± 18.08 ; GP – 61.34 ± 8.03), CA (before RFA – 67.31 ± 28.01 ; in 2 months – 71.37 ± 16.84 ; in 6 months – 72.54 ± 24.41 ; in 12 months – 75.54 ± 17.03 ; GP – 74.35 ± 8.59), PE (before RFA – 58.41 ± 34.08 ; 2 months – 66.73 ± 27.63 ; in 6 months – 67.70 ± 34.05 ; in 12 months – 68.36 ± 15.03 ; GP – 69.45 ± 18.07), PZ (before RFA – 59.03 ± 19.81 , in 2 months – 64.18 ± 19.58 ; in 6 months – 61.45 ± 25.21 ; in 12 months – 61.73 ± 16.7 ; GP – 59.78 ± 5.01). In the period 2–12 months after surgical treatment, a statistically significant increase in FA and RF compared to the original condition was registered. For the remainder of the QOL components positive changes were recorded that had no statistically significant differences compared to the original condition.

Conclusions. The QOL indicators that characterize physical health in patients with VPB prior to interventional treatment are significantly lower than those of virtually healthy individuals. In 2 months after successful RFA of the arrhythmogenic focus in patients with VPB, the QOL parameters significantly improved compared to the comparison group. Complete recovery of physical and mental health occurs between 6 and 12 months after the intervention of arrhythmia.

Key words: radiofrequency ablation; ventricular premature beats; quality of life.