

**ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАЛИЧИЯ РАННИХ
РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН**

Корнелюк О.М., Мрочек А.Г., Гончарик Д.Б., Часнойть А.Р.,

Корнелюк И.В., Рабцевич В.А.

ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,

ГУ «Белорусский государственный экономический университет»,

Минск

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из наиболее часто встречающихся видов тахикардий.

Сохранение синусового ритма снижает смертность, количество инсультов и госпитализаций в связи с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН) [1]. Недавно закончившееся исследование ATHENA подтвердило мнение о том, что успешное удержание синусового ритма может оказывать влияние на кардиоваскулярные осложнения [2].

Однако медикаментозные методы часто не дают желаемого эффекта, а наличие рецидивов нивелирует все преимущества стратегии контроля ритма над стратегией контроля частоты.

В связи с этим все большее распространение получают хирургические методы лечения ФП с использованием эндоваскулярных технологий, направленные на устранение субстрата аритмии и поддержание синусового ритма.

Современные эндоваскулярные технологии позволяют устранить катетерным методом радиочастотной абляции (РЧА) пароксизмальную форму ФП у 80-90%, а хроническую ФП - у 40-85% больных. Однако следует отметить, что такие высокие результаты наблюдаются после повторных сессий процедуры РЧА. Эффективность первичной процедуры составляет около 50%. Нельзя оставить без внимания тот факт, что после РЧА значительно увеличивается количество бессимптомных пароксизмов ФП, а отсутствие субъективных ощущений аритмии не исключает риск тромбоэмболических (ТЭ) осложнений.

Операции, направленные на поддержание синусового ритма (СР), могут потенциально снижать риск ТЭ. В связи с этим были инициированы исследования (CABANA, EAST), по изучению эффективности ранней РЧА, в том числе предупреждающие развитие ТЭ [4]. Эффективность РЧА в поддержании СР и снижении риска ТЭ может уменьшить число пациентов, требующих длительного приема антикоагулянтов. При этом возрастает актуальность исследований, направленных на определение риска рецидива ФП после РЧА. Кроме того, относительно пациентов с количеством баллов по

шкале CHA2DS2-VASc 0-1, не существует четких рекомендаций о длительности антикоагулянтного сопровождения после аблации.

Рекомендованная длительность ААТ после РЧА, составляет от 1 до 3 месяцев [3; 5]. Однако в исследовании EAST было установлено, что 90-дневное назначение препаратов I и III классов после РЧА уменьшает количество пароксизмов только в текущем периоде, однако не влияет на наличие отдаленных рецидивов [4]. Поэтому решение о дальнейшем приеме ААТ должно быть принято на основании оценки риска рецидива в отдаленном периоде. Определение критериев повышенной вероятности возврата ФП в отдаленные сроки позволит выявить пациентов с повышенным риском рецидива, которым необходимо назначение более длительной антиаритмической терапии. Это особенно важно в связи с увеличением доли бессимптомных пароксизмов ФП после РЧА легочных вен (ЛВ), которые затрудняют субъективную оценку пациентом эффекта операции.

В связи с этим актуальным является выявление категории пациентов с прогнозируемым риском рецидива ФП после РЧА с целью назначения им более длительной антикоагулянтной терапии и антиаритмической поддержки.

Целью исследования являлось установление наличия взаимосвязи рецидивов ФП в течение «слепого периода» с точки зрения возможности прогнозирования возврата ФП в отдаленном послеоперационном периоде.

Материал и методы. В исследование было включено 40 человек с фибрилляцией предсердий. У 36 была диагностирована пароксизмальная форма, у 4 – персистирующая. В зависимости от наличия рецидива через 6 месяцев после операции пациенты разделены на 2 группы: 1-я с наличием рецидива, 2-я – без рецидива. Группу с рецидивом составили 17 пациентов, группу без рецидива – 23 человека.

До выполнения процедуры РЧА ЛВ пациенты обследовались согласно следующему протоколу: ЭКГ-12, ЭхоКГ, включая тканевой доплер, суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ), биохимический анализ крови (опреде-

ление липидного спектра, СРБ, гомоцистеина, интерлейкина-6, pro-BNP), ведение дневников-хронокарт (ДХК).

Для выявления рецидива в вышеуказанные сроки мы использовали анализ ДХК, ЭКГ и СМ ЭКГ.

Оценка достоверности различий показателей в группах производилась с использованием критерия Манна-Уитни. Вероятность развития рецидива через 6 месяцев в зависимости от его наличия на сроках 1 и 3 месяца рассчитывалась при помощи составления таблиц сопряженности и установления отношения шансов (ОШ).

Результаты. При анализе клиническо-anamnestических данных (пол, возраст, длительность аритмического анамнеза, количество пароксизмов и нагрузка ФП за месяц до РЧА, наличие сопутствующей патологии) достоверных различий между группами с и без рецидива не выявили. Данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Клинико-anamnestическая характеристика обследуемых лиц

Характеристика пациентов		Первая группа, рецидив (n = 16), Me [LQ/UQ]	Вторая группа, без рецидива (n = 20), Me [LQ/UQ]	p*
Средний возраст		49[39;53]	54 [46;59]	0,11
Пол	муж.	14	16	0,27
	жен.	3	7	0,52
Анамнез ФП до операции (мес.)		36[23;108]	41[24;84]	0,91
Количество пароксизмов в течение месяца перед операцией		8[5;20]	6[4;13]	0,29
Нагрузка ФП за месяц до РЧА (час)		34[18;54]	26[6;100]	0,58
Сопутствующее заболевание	АГ 1-2	41,2%	78,2%	0,76
	Дислипидемия	76,5%	82,6%	0,12

*оценка сопоставимости групп производилась и использованием критерия χ^2 и критерия Манна-Уитни

Группы оказались сопоставимы по эхокардиографическим параметрам и показателям липидного спектра через 1 месяц после РЧА ЛВ.

При анализе показателей СМ ЭКГ через 1 месяц после РЧА было установлено, что общая длительность ФП в группе рецидива достоверно выше, чем в группе пациентов, свободных от ФП ($p=0,0047$).

При изучении показателей СМ ЭКГ через 3 месяца после операции выявлены достоверные различия в группах по таким показателям как максимальная суточная ЧСС ($p=0,027$) и общая длительность ФП ($p=0,0036$), которые в группе рецидива были более высокими.

При обработке данных ДХК нами были выявлены достоверные различия в группах по таким показателям как количество пароксизмов и нагрузка ФП в обеих точках наблюдения. В связи с этим был проведен дополнительный анализ с использованием таблиц сопряженности и выявлением отношения шансов развития рецидива ФП в отдаленном периоде в зависимости от его наличия в сроках 3 и 6 месяцев после РЧА ФП. (рис. 1)

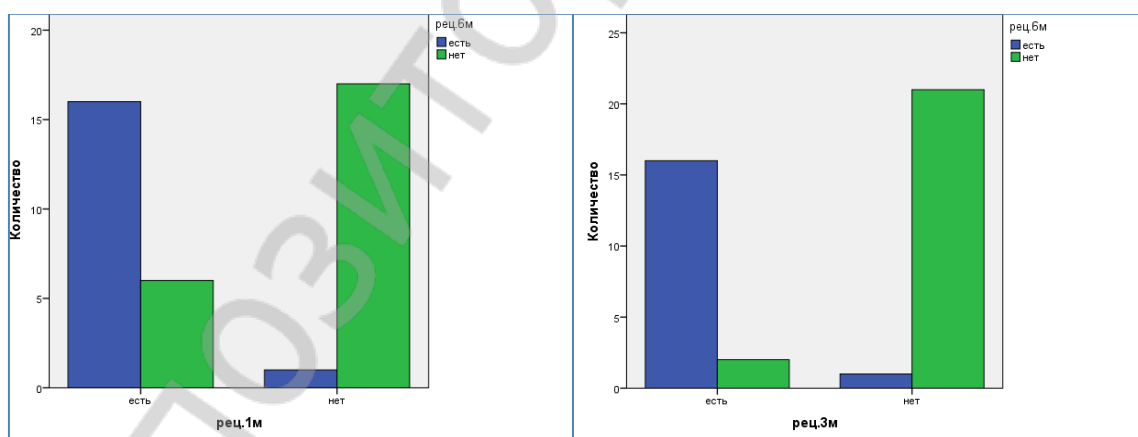


Рисунок 1 - Связь наличия рецидива ФП на сроках 1 и 3 месяца после РЧА ЛВ с наличием возврата ФП через 6 месяцев после РЧА

Согласно нашим данным, шанс рецидива через 6 месяцев в 45 [4,9; 419,2] раз выше у пациентов, имевших рецидив на сроке 1 месяц после РЧА, и в 168 [14; 2020] раз выше у пациентов, имевших рецидив со 2 по 3 месяц после манипуляции.

Обсуждение результатов. Вопрос о факторах, позволяющих прогнозировать эффективность проведения РЧА и риск рецидива ФП, остается предметом дискуссий. В частности, активно обсуждаются возможные клинико-anamnestические предикторы рецидива ФП. Так, например, J.Kornej et al. установил, что наличие персистирующей ФП является предиктором отдаленных рецидивов ФП после РЧА ЛВ [6]. Однако по нашим данным наличие у пациентов персистирующей ФП до операции не увеличивало достоверно риск ее возврата, по сравнению с пациентами у которых наблюдалась пароксизмальная форма. По нашим результатам следует, что не наблюдается достоверных различий по анамнестическим данным, длительности и нагрузке ФП, количеству и длительности пароксизмов аритмии.

В то же время, в нашем исследовании мы подтвердили существующее мнение Y.Ito et al. о том, что ранние рецидивы являются прогностически значимым критерием рецидива в отдаленном послеоперационном периоде [7].

Выводы. 1. Общая длительность ФП по данным СМ ЭКГ в срок 1 месяц после РЧА в группе рецидива достоверно выше, чем в группе пациентов, свободных от ФП ($p=0,0047$). 2. Наличие рецидива ФП в сроках 1 и 3 месяца после РЧА увеличивают риск отдаленного рецидива в 45 и 168 раз соответственно и требуют более длительной антиаритмической и антикоагулянтной поддержки в данной группе пациентов.

Литература

1. Hagens V.E. et al. Rate control versus rhythm control for patients with persistent atrial fibrillation with mild to moderate heart failure: results from the RAtE Control versus Electrical cardioversion (RACE) study. Am Heart J 2005; 149(6):1106-1111.
2. Hohnloser S.H. et al. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation. N Engl J Med 2009;360(7):668-678.
3. Camm A.J. et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines

for the management of atrial fibrillation Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J* 2012;33(21): 2719-2747.

4. Kaitani K. et al. Efficacy of Antiarrhythmic Drugs Short-Term Use After Catheter Ablation for Atrial Fibrillation (EAST-AF) trial. *Eur Heart J* 2016;37(7):610-618.

5. Calkins H. et al. 2012 HRS/EHRA/ECAS Expert Consensus Statement on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation: Recommendations for Patient Selection, Procedural Techniques, Patient Management and Follow-up, Definitions, Endpoints, and Research Trial Design. *Heart Rhythm* 2012;9(4):632-696.

6. Kornej J., Kosiuk C., Piorkowski A. et al. Predictors for late recurrences of atrial fibrillation after catheter ablation in patients with early recurrences. *Eur Heart J* 2013;34,supl.1:2324-2424.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/eh308.P2324>

7. Ito Y. et al. Early recurrence is a predictor of recurrence after catheter ablation in the patients with persistent atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2013;34 (suppl 1):540.