

Lekarz Michał M. Farkowski

**Objawy towarzyszące arytmii, jakość życia oraz koszty opieki zdrowotnej
wśród kobiet i mężczyzn z częstoskurczami nadkomorowymi,
kierowanych do ablacji przeczyniowej**

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych

Promotor pracy

Dr hab. n. med. Mariusz Pytkowski, prof. nadzw. Instytutu Kardiologii

II Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii w Warszawie

Promotor pomocniczy

Dr n. med. Aleksander Maciąg

II Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii w Warszawie

II Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Hanna Szwed

Warszawa 2014

STRESZCZENIE

Wstęp

Częstoskurcz nawrotny przedsionkowo-komorowy z udziałem drogi dodatkowej (AVRT, *atrioventricular reciprocating tachycardia*) oraz częstoskurcz nawrotny z węzła przedsionkowo-komorowego (AVNRT, *atrioventricular nodal reentrant tachycardia*) należą do częstoskurczów nadkomorowych (SVT, *supraventricular tachycardia*) spotykanych u względnie młodych pacjentów, najczęściej bez strukturalnej choroby serca. Poza wybranymi przypadkami zwykle nie stanowią realnego zagrożenia dla życia pacjenta, ale istotnie obniżają jakość życia (QoL, *quality of life*). Wyniki badań wskazują na różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami dotyczące przebiegu arytmii, efektywności zabiegu i dostępu do leczenia. Nie ma natomiast badań bezpośrednio porównujących QoL, objawy towarzyszące arytmii, dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej i koszt leczenia zachowawczego pacjentów i pacjentek z SVT.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena jakości życia, objawów towarzyszących arytmii, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz kosztów leczenia zachowawczego kobiet i mężczyzn z AVRT i AVNRT kierowanych do leczenia z zastosowaniem przezskórnej ablacji prądem o częstotliwości radiowej (RFA, *radiofrequency ablation*).

Metody

Niniejsze badanie było jednośrodkowym, prospektywnym badaniem kohortowym, do przeprowadzenia którego posłużono się kwestionariuszami wypełnianymi przez pacjentów poddawanych ablacji z powodu AVNRT lub AVRT. W trakcie hospitalizacji związanej z RFA kwalifikujący się do badania pacjenci wypełniali kwestionariusze: demograficzny, jakości życia (EQ-5D-3L), dotyczący objawów towarzyszących arytmii (przetłumaczony i zwalidowany na potrzeby badania kwestionariusz *Patients' Perception of Arrhythmia Questionnaire* — PPAQ) oraz ekonomiczny. Ponadto zbierano dane kliniczne dotyczące chorób i arytmii współistniejących oraz wyników i powikłań związanych z zabiegiem. Po dwóch miesiącach od RFA oceniano efektywność zabiegu, a pacjenci ponownie wypełniali

kwestionariusze EQ-5D-3L i PPAQ. Dane kosztowe do analiz ekonomicznych zaczerpnięto ze stron internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz Ministerstwa Zdrowia.

Wyniki

Do badania włączono 82 pacjentów, z czego do ostatecznej analizy włączono dane 64 chorych, którzy ukończyli dwumiesięczny okres obserwacji i zwrócili kompletne ankiety: mediana wieku wyniosła 47 lat, przeważały kobiety (64%) nad mężczyznami (36%), częściej diagnozowano AVNRT (62,5%) niż AVRT (35,5%), mediana czasu trwania arytmii wyniosła 10 lat, a mediana czasu oczekiwania na RFA 2 miesiące. Charakterystyki podstawowe kobiet i mężczyzn były porównywalne, ale wśród kobiet częściej diagnozowano AVNRT (78%), a wśród mężczyzn AVRT (65%). W trakcie obserwacji stwierdzono sześć (9%) przypadków nawrotu arytmii.

W populacji ogólnej QoL przed RFA była obniżona i istotnie poprawiła się po zabiegu ablacji: EQ-5D-3L 0,86 vs. 1 ($p < 0,001$).

Nie wykazano istotnych różnic w jakości życia kobiet i mężczyzn przed RFA, a w obu grupach jakość życia istotnie poprawiła się po ablacji arytmii, odpowiednio: EQ-5D-3L 0,82 vs. 0,92 i 0,88 vs. 0,94 (dla obu porównań $p = 0,01$).

W populacji ogólnej ablacja przyczyniła się do istotnego spadku częstości i czasu trwania napadu arytmii, zmniejszenia liczby (8 vs. 3, $p < 0,0001$) i natężenia ($-1,2 \pm 1,3$ pkt, $p < 0,0001$) odczuwanych objawów oraz poprawy codziennego funkcjonowania. Pomimo istotnej redukcji zgłaszanych dolegliwości część pacjentów nadal odczuwała objawy podobne do tych z okresu przed RFA, na przykład kołatania (19%) i nierówną pracę serca (39%).

Kobiety zgłaszały zarówno przed, jak i po RFA wyższe natężenie objawów arytmii niż mężczyźni (dla obu porównań $p = 0,02$) oraz brak poprawy w zakresie częstotliwości napadów arytmii; w obu grupach zanotowano natomiast podobne, istotne skrócenie czasu trwania pojedynczych napadów arytmii oraz ich wpływu na codzienne funkcjonowanie. Po zabiegu pacjenci z obu grup nadal odczuwali niektóre objawy arytmii, ale kobiety nie uzyskały żadnej poprawy w zakresie odczuwania nierównego bicia serca (56% vs. 54%, $p = 0,82$) w przeciwieństwie do mężczyzn, u których uczucie nierównej pracy serca niemal zanikło po RFA (74% vs. 13%, $p < 0,0001$).

Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie korzystania ze świadczeń ambulatoryjnych lub pomocy doraźnej. Natomiast kobietom istotnie częściej niż mężczyznom przepisywano leki antyarytmiczne (propafenon, sotalol, amiodaron): 29% vs. 8% ($p = 0,02$).

Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie kosztów leczenia zachowawczego w ciągu roku poprzedzającego ablację arytmii: 1602 vs. 1781 złotych ($p = 0,91$) z perspektywy NFZ i 1839 vs. 1996 złotych ($p = 0,65$) z perspektywy wspólnej NFZ i pacjenta. Najwyższym kosztem składowym wyniku był koszt hospitalizacji związanej z arytmia, który wyniósł 988 złotych w obu grupach. Koszty leczenia farmakologicznego kobiet były istotnie wyższe niż mężczyzn, ale nie wpłynęły istotnie na sumaryczny wynik analizy.

Wnioski

Kobiety i mężczyźni kierowani do ablacji z powodu AVRT lub AVNRT podobnie oceniają QoL przed zabiegiem i uzyskują po nim podobną poprawę. Jednakże po ablacji kobiety zgłaszają wyższe niż mężczyźni natężenie objawów arytmii i częstsze epizody nierównej pracy serca — fakty te należy uwzględnić w trakcie rozmowy z pacjentami przed planowanym zabiegiem ablacji arytmii. Nie znaleziono dowodów na różnice w dostępie do świadczeń opieki medycznej pomiędzy kobietami i mężczyznami. Roczne koszty leczenia zachowawczego AVRT i AVNRT dla kobiet i mężczyzn są porównywalne.

(Rejestracja badania: www.clinicaltrials.gov: NCT01594814)

M. Forkancki

dr hab. n. med. M. Forkancki
IOWA
2213914

Prof. nadzw. dr hab. med. MARIUSZ PYTKOWSKI
Specjalista chorób wewnętrznych
KARDIOLOG
7623524