

РАЗЛИЧНОЕ ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И НЕПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Лаханов А.О.¹

Ташкенбаева Э.Н.²

Абдиева Г.А.³

**1-2-3 Самаркандский государственный медицинский университет,
Региональный Самаркандский филиал Республиканского
специализированного кардиологического научно-практического
медицинского центра**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7185946>

Тромбоэмболические явления являются основными осложнениями фибрилляции предсердий (ФП). Застой крови в левом предсердии (ЛП) и ушке ЛП (УЛП) вследствие быстрого и дезорганизованного сокращения считается основным механизмом образования тромба и последующей эмболизации.

Последние исследования показывают, что радиочастотная катетерная абляция (РЧКА) у пациентов с ФП, которая может вылечить ФП или, по крайней мере, снизить нагрузку, связана со значительным снижением кумулятивной частоты ишемического инсульта. Статус ритма не может объяснить основную причину тромбоэмболических осложнений при определенных обстоятельствах, и, согласно теории субстрата, фиброз предсердий, также известный как предсердная миопатия, является основной причиной образования тромба и последующих неблагоприятных клинических событий. Пароксизмальная и непароксизмальная ФП различаются в различных клинических и сердечных гемодинамических аспектах. Примечательно, что фиброз предсердий является отличительной чертой непароксизмальной ФП, и предыдущие исследования показывают, что повышенная нагрузка фиброза предсердий явно связана с повышенным риском ишемического инсульта. Поэтому основной механизм тромбоэмболических событий при пароксизмальной и непароксизмальной ФП может быть различным.

Целью этого исследования было изучение основного механизма образования тромба и следующих тромбоэмболических событий в двух различных типах ФП: пароксизмальной и непароксизмальной ФП.

Результаты: Всего было проанализировано 296 пациент, впервые проходящий РЧКА. Средний возраст составлял $55,58 \pm 10,97$ и $79,2$ %

составляли мужчины. Средний диаметр ЛП составлял $41,16 \pm 6,06$ мм, и у 40,9% пациентов была непароксизмальная ФП. Оценки CHA2DS2-VASc и mCHA2DS2-VASc составили $1,25 \pm 1,26$ и $1,08 \pm 1,10$ соответственно.

Пациенты с непароксизмальной ФП показали значительно более высокую частоту предыдущих тромбоэмболических событий (6,5% против 10,7%; $p < 0,001$), несмотря на аналогичный показатель mCHA2DS2-VASc. Клиническая сердечная недостаточность была более распространена при непароксизмальной ФП (3,1% против 7,6%; $p < 0,001$).

Оценка CHA2DS2-VASc была выше, а продолжительность ФП была больше у пациентов с непароксизмальной ФП. Сердечная гемодинамика, включая диаметр ЛП, объем ЛП, фракцию выброса ЛЖ, скорость потока УЛП была хуже у пациентов с непароксизмальной ФП. При пароксизмальной ФП пациенты, у которых были предыдущие тромбоэмболические события, показали значительно больший диаметр ЛП ($38,90 \pm 5,25$ против $40,44 \pm 5,27$, $p = 0,004$); фракция выброса ($56,15 \pm 4,87$ против $54,65 \pm 6,32$, $p = 0,018$); более высокий E/e' ($8,59 \pm 3,14$ против $9,91 \pm 3,83$, $p = 0,001$;) и более низкая скорость потока LAA ($57,98 \pm 19,55$ против $47,67 \pm 17,17$, $p < 0,001$;) у пациентов с непароксизмальной ФП, однако, не было выявлено существенных различий в диаметре ЛА ($44,24 \pm 5,89$ против $43,88 \pm 4,94$, $p = 0,508$); фракция выброса ($52,86 \pm 7,05$ против $53,06 \pm 6,84$, $p = 0,883$;) и скорость потока УЛП ($36,89 \pm 17,34$ против $39,82 \pm 20,23$, $p = 0,133$;) между пациентами с и без предшествующих в анамнезе тромбоэмболических событий. Однако E/e' был достоверно выше у пациентов с предыдущими тромбоэмболическими событиями ($8,81 \pm 3,46$ против $10,11 \pm 4,49$, $p = 0,005$;)).

Гемодинамические параметры ЛП и УЛП по-разному влияли на тромбоэмболические события между пациентами с пароксизмальной и непароксизмальной ФП. Это исследование предполагает, что механизмы образования тромба и более поздних тромбоэмболических событий в двух различных типах ФП могут быть разными.