

А.В.Ардашев, А.В.Конеv, Е.А.Горбатов, С.В.Волошко, Т.Д.Бутаев

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ УЗЛОВЫМИ РЕЦИПРОКНЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ ДО И ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ МЕДЛЕННОЙ ЧАСТИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ

Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва

С целью оценки динамики качества жизни после выполнения радиочастотной катетерной аблации медленной части атриовентрикулярного соединения у больных с пароксизмальными атриовентрикулярными узловыми тахикардиями с помощью опросников «Short Form Health Survey» (SF-36) и «Жизнь больного с аритмией» обследован 61 больной с тахикардиями и 20 пациентов контрольной группы.

Ключевые слова: качество жизни, радиочастотная катетерная аблация, атриовентрикулярное соединение, пароксизмальная атриовентрикулярная узловaя тахикардия, опросник «Short Form Health Survey» (SF-36)

To assess the dynamics of the quality of life after the radiofrequency ablation of the slow pathway of atrioventricular junction in the patients with paroxysmal atrioventricular nodal reciprocal tachycardia, 61 patients with tachycardias and 20 healthy persons were examined using the questionnaires «Short Form Health Survey» (SF-36) and «Life of Patient with Arrhythmia».

Key words: quality of life, radiofrequency catheter ablation, atrioventricular junction, paroxysmal atrioventricular nodal reciprocal tachycardia, questionnaire «Short Form Health Survey» (SF-36).

Атриовентрикулярная узловaя реципрокная тахикардия (АВУРТ) относится к числу часто встречающихся нарушений ритма сердца. Среди всех наджелудочковых тахикардий, за исключением мерцательной аритмии, на долю пароксизмальных атриовентрикулярных реципрокных тахикардий приходится около 85%, из них 35-40% составляют АВУРТ [1, 6].

Возникнув однажды, АВУРТ в большинстве случаев протекает прогредиентно, что приводит к значительному снижению трудоспособности, ухудшает качество жизни (КЖ) пациентов. Своевременная диагностика и лечение АВУРТ является актуальной проблемой клинической кардиологии, так как в подавляющем большинстве случаев аритмия развивается в трудоспособном возрасте.

Препаратами выбора для купирования АВУРТ являются верапамил и аденозинтрифосфат (АТФ), эффективность которых достигает 90-95% [1, 6]. Однако эффективность антиаритмической терапии (ААТ), направленной на предупреждение приступов АВУРТ, низкая и составляет всего 30-50% [1, 4, 5, 6].

Методика катетерной радиочастотной аблации (РЧА) медленных путей атриовентрикулярного соединения (АВС) получила широкое распространение благодаря своей безопасности и высокой эффективности при лечении пациентов с АВУРТ [1, 3]. Однако в раннем послеоперационном периоде у пациентов нередко сохраняются перебои в работе сердца, ощущения неритмичного сердцебиения. Некоторые исследователи связывают это с нарушением автономной регуляции сердца после РЧА медленного канала АВС [9, 10, 11].

Для оценки эффективности лечения пациентов с АВУРТ методом РЧА используют такие критерии, как частота положительных результатов, количество рецидивов, характер осложнений от выполненной операции. Однако характеристики параметров КЖ у пациентов с АВУРТ в период до и после лечения аритмии методом РЧА на сегодняшний день изучены недостаточно.

В настоящее время эффективность метода РЧА в лечении тахикардий целесообразно оценивать не только по широко применяющимся критериям выживаемости и продолжительности жизни, но и по показателям, характеризующим качество жизни пациентов [2, 7, 8], особенно когда речь идет о таком распространенном и социально значимом заболевании, как АВУРТ.

Цель исследования: изучить параметры качества жизни у больных с атриовентрикулярной узловoй реципрокной тахикардией до и после операции катетерной радиочастотной аблации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Контингент обследованных лиц

В наше исследование был включен 81 пациент. Все пациенты были разделены на две группы: основную и группу клинического сравнения. Основную группу составил 61 (75,3%) пациент с АВУРТ в варианте типичного течения (slow-fast). Средний возраст - 45,3±15,1 лет, мужчин - 44 (72%), женщин - 17 (28%). Аритмический анамнез составил 10,7±8,5 лет.

В группу клинического сравнения вошли 20 практически здоровых лиц в возрасте 41,9±5,3 лет, у которых в результате проведенных исследований не было выявлено структурной патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Среди них мужчин было 15 (75%), женщин - 5 (25%). Группы обследованных лиц по возрасту и полу были сопоставимы.

На основании анализа жалоб больных и изучения анамнеза заболевания выявлено, что у 11 (18%) пациентов с АВУРТ провоцирующим фактором аритмии являлось физическое либо эмоциональное перенапряжение, у одного пациента выявлена четкая связь с употреблением алкоголя. У большинства пациентов не удалось установить факторы, провоцирующие возникновение аритмии.

Каждый второй пациент помимо АВУРТ страдал хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой си-

стемы: ишемическая болезнь сердца (ИБС) и постмиокардитический кардиосклероз были верифицированы у 12 (20%) больных, гипертоническая болезнь - у 17 (26%) (табл. 1).

Таблица 1.

Частота выявляемости структурной патологии миокарда у больных с типичной АВУРТ

	n	%
Стенокардия напряжения 1 ФК	1	3,4
Стенокардия напряжения 2 ФК	4	13,8
Перенесенные инфаркты миокарда	1	3,4
Постмиокардитический кардиосклероз	6	20,7
Гипертоническая болезнь 1-2 стадии	17	58,6

Методика проведения эндокардиального электрофизиологического исследования и РЧА АВУРТ

Протокол катетерной РЧА у больных с АВУРТ состоял из трех этапов. На первом этапе выполняли эндокардиальное электрофизиологическое исследование (эндо-ЭФИ), на втором - собственно РЧА - модификацию медленной части АВС и на третьем - повторное контрольное эндо-ЭФИ для подтверждения эффективности РЧА. Все три процедуры выполнялись последовательно в ходе одной операционной сессии с использованием электрофизиологической станции PRUCKA фирмы «General Electric», станции RECOR-EPCOR или AXIOM Sensis фирмы «Siemens».

На первом этапе операции под местной анестезией Sol. Novocaini 0,5%-60 мл по методике Сельдингера выполнялась катетеризация правой и левой общей бедренных вен. Через доставочные системы вводились четыре диагностических электрода, которые устанавливались в верхне-латеральном отделе правого предсердия (HRA), области близкой к компактной части пучка Гиса (His), верхушке правого желудочка (RVA) и коронарном синусе (Cs).

Протокол эндо-ЭФИ включал в себя определение значений антероградного эффективного рефрактерного периода (ЭРП) быстрой и медленной частей АВ-соединения, точки Венкебаха, режима индукции и купирования тахикардии, методику введения синхронизированного желудочкового экстрасистола из верхушки правого желудочка и парасистоальную стимуляцию (para-Hisian pacing) для верификации АВУРТ.

После установления диагноза АВУРТ переходили к следующему этапу операции - РЧА модификации медленной части АВС. Использовались стандартные деструктурирующие электроды с возможностью температурного контроля и величиной деструктурирующего наконечника 4 мм. Оптимальными точками для радиочастотной аппликации явились классические потенциалы Джекмана и/или Эсагера [12, 13].

Для подтверждения эффективной модификации медленной части АВС переходили к третьему этапу операции, в ходе которого выполняли контрольное стандартизированное эндо-ЭФИ.

Оценка качества жизни

Для изучения качества жизни пациентов применялись русифицированные версии общего опросника

«Short Form Health Survey» (SF-36) и специфический опросник «Жизнь больного с аритмией».

Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов и позволяет оценить следующие параметры КЖ: физическую активность (ФА), роль физических нагрузок в ограничении жизнедеятельности (РФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (ЖС), социальную активность (СА), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психическое здоровье (ПЗ). Критерии ФА, РФ, Б, ОЗ характеризуют состояние физического здоровья, остальные отражают состояние эмоционального здоровья пациента.

Анкета «Жизнь больного с аритмией» состоит из 29 вопросов, на каждый из которых предлагается пять вариантов ответов (0-5 баллов), отражающих степень влияния аритмии на КЖ респондентов. Суммарный показатель КЖ более 40 баллов соответствует низкому КЖ, «0» баллов - максимально высокому.

Указанные исследования проводились до операции, через 2, 6 и 12 мес после РЧА медленной части АВС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всего в нами с 1999 г. было выполнено 176 катетерных РЧА по поводу АВУРТ. В настоящем исследовании проведен комплексный анализ ближайших и отдаленных результатов РЧА у 61 больного с типичной АВУРТ. Эффектность РЧА за 1 год наблюдения составила 95,1%. Рецидив тахикардии в периоде наблюдения до 1 года возник у 3 (4,9%) больных. Повторная РЧА у всех обследованных была эффективной. В ближайшем послеоперационном периоде у 2 (3,3%) пациентов развились следующие осложнения: у одного больного (1,6%) - проксимальная полная АВ-блокада, потребовавшая имплантации постоянного водителя ритма; у одной пациентки (1,6%) - сформировалось артерио-венозное соустье между общей бедренной артерией и общей бедренной веной (в месте пункции), потребовавшее в последующем оперативного вмешательства - лигирования артерио-венозного шунта.

Оценка параметров качества жизни у больных с типичной АВУРТ

У больных с типичной АВУРТ до оперативного вмешательства параметры КЖ при использовании опросника SF-36 были достоверно ниже по сравнению с контрольной группой (практически здоровые лица). Необходимо отметить, что наиболее низкие параметры были выявлены по шкалам, оценивающим РФ, СА и РЭ (табл. 2).

Результаты, полученные нами через 2 мес после операции, показали значительное улучшение всех параметров КЖ по сравнению с дооперационным периодом у больных с типичной АВУРТ. Однако, у пациентов с типичной АВУРТ в отличие от здоровых добровольцев сохранялось незначительное снижение физической активности.

Через 6 мес после РЧА отсутствовали значимые различия между параметрами КЖ у больных с типичной АВУРТ и у практически здоровых лиц. Через 12 мес после РЧА полученные результаты изучаемых параметров КЖ показали, что физическая активность, роль физичес-

Таблица 2.

Сравнительный анализ качества жизни больных с типичной АВУРТ до РЧА (n=61) и группы клинического сравнения (n=20)

Критерии КЖ	Пациенты с АВУРТ	Группа сравнения	p
ФА	69,6±13,3	89,4±3,7	< 0,05
РФ	59,2±28,9	88,1±9,5	< 0,05
Б	62,4±10,8	72,9±9,1	> 0,05
ОЗ	55,6±17,4	78,1±6,2	< 0,05
ЖС	45,5±13,2	69,0±7,2	< 0,05
СА	61,2±13,5	88,2±10,2	< 0,05
РЭ	57,8±21,3	87,4±12,7	< 0,05
ПЗ	60,2±7,3	80,8±4,3	< 0,05

здесь и далее, 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.

ких проблем в ограничении жизнедеятельности, общее здоровье, жизнеспособность, социальная активность, роль эмоциональных проблем, психическое здоровье пациентов с типичной АВУРТ были достоверно выше по сравнению с их же аналогичными параметрами до операции и не отличались от характеристик группы клинического сравнения.

Исключение составил параметр физического здоровья - боль, который через 12 мес после РЧА не претерпел существенных изменений. Это, вероятно, связано с тем, что болевой синдром отмечался только у тех пациентов с типичной АВУРТ, у которых помимо аритмического синдрома были отмечены такие сопутствующие заболевания, как ИБС, гипертоническая болезнь и остеохондроз позвоночника с выраженным корешковым синдромом.

Таким образом, анализ динамики изменений параметров КЖ больных с типичной АВУРТ подтверждает, что показатели, характеризующие как физическое, так и эмоциональное здоровье пациентов, уже через 2 мес после РЧА приближаются к аналогичным характеристикам группы клинического сравнения, а через 6 мес не отличаются от таковых у лиц контрольной группы (рис. 1 и 2).

Полученные результаты анкетного опроса «Жизнь больного с аритмией» у больных с типичной АВУРТ до оперативного лечения позволили утверждать, что основными причинами снижения КЖ были:

- 1) приступы сердцебиения, общая слабость, чувство беспокойства, тревоги за свое здоровье у всех пациентов (100%);
- 2) снижение настроения, чувство подавленности у 96,3% пациентов;
- 3) фиксация внимания на работе сердца, ожидание приступов аритмии у 59 (97%) больных;
- 4) необходимость самоограничения в употреблении алкоголя, кофе, крепкого чая, курения, а также затруднения реализации привычного стереотипа отдыха, работы по дому, занятий спортом, хобби у 95,1% пациентов.

Среднее значение КЖ до оперативного лечения больных с АВУРТ составило 52,2±9,5 балла, что соответствует низкому КЖ. На рис. 3 продемонстрировано улучшение КЖ у больных с типичной АВУРТ через 2, 6 и 12 мес после РЧА.

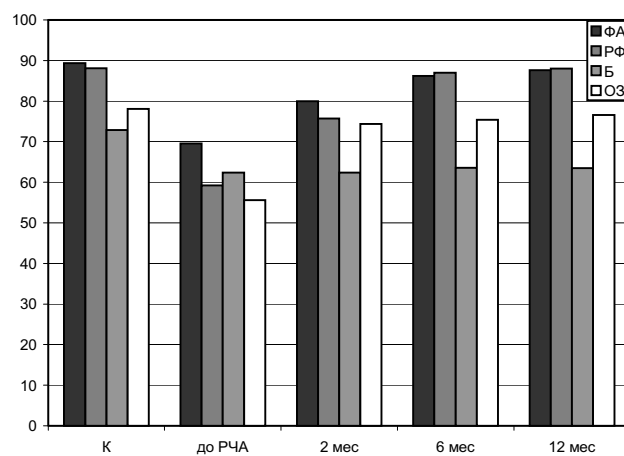


Рис. 1. Изменения параметров КЖ, отражающие состояние физического здоровья пациентов с типичной АВУРТ до и через 2, 6 и 12 мес после РЧА аритмии, где К - группа клинического сравнения.

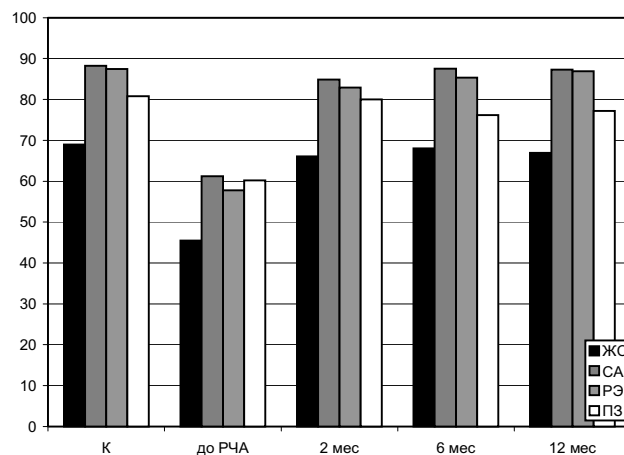


Рис. 2. Изменения параметров КЖ, отражающие состояние эмоционального здоровья пациентов с типичной АВУРТ до и через 2, 6 и 12 мес после РЧА аритмии, где К - группа клинического сравнения.

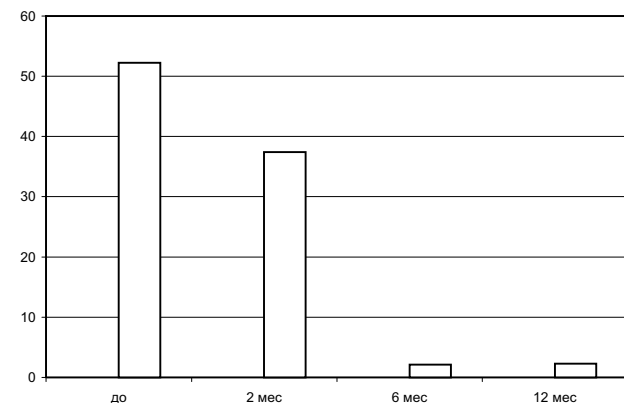


Рис. 3. Достоверное улучшение КЖ больных с типичной АВУРТ по анкете «Жизнь больного с аритмией» через 2, 6 и 12 мес после РЧА в сравнении с исходными данными (до).

Через 2 мес после операции РЧА КЖ больных с типичной АВУРТ составило $37,4 \pm 6,7$ балла, что было достоверно лучше по сравнению с исходными характеристиками до РЧА ($p < 0,01$). Однако сохранялись незначительные ограничения в жизнедеятельности (ожидание приступов, ограничение физических нагрузок, быстрая утомляемость). Через 6 и 12 мес после РЧА среднее значение КЖ составило $2,1 \pm 1,2$ балла при этом пациенты не ограничивали себя в физических и эмоциональных нагрузках. Лишь 12 (19,6%) больных с АВУРТ испытывали незначительные и умеренные ограничения, связанные с необходимостью принимать лекарства и периодически лечиться в стационаре. Данные ограничения наблюдались только у пациентов с ИБС и артериальной гипертензией.

При оценке КЖ у обследованных больных с АВУРТ до РЧА нами выявлено значительное снижение его по всем шкалам по сравнению с показателями КЖ у лиц группы клинического сравнения («практически здоровые» лица). При этом полученные нами данные, иллюстрирующие динамику изменения показателя боли, отличаются от результатов других исследований. Так, нами не отмечено существенного изменения этого показателя на протяжении всего исследования, что позволило сделать вывод об отсутствии взаимосвязи боли с АВУРТ. Болевой синдром отмечался только у тех пациентов с АВУРТ, у которых помимо аритмического синдрома были верифицированы сопутствующие заболевания, такие как: ИБС, гипертоническая болезнь и остеохондроз шейного отдела позвоночника с корешковым синдромом.

В ходе исследования нами выявлено, что наиболее существенный вклад в снижение КЖ у больных с АВУРТ вносит самоограничение физической и эмоциональной активности. Следствием этого, вероятно, и явилось выраженное ограничение социального функционирования. При анализе полученных результатов обнаружено, что чем старше больные с АВУРТ, тем ниже у них КЖ. Как и в нашем исследовании R. Bubiен с соавт. в 1996 г. изучив КЖ у больных с различными тахиаритмиями, выявил существенное снижение параметров КЖ до проведения РЧА. Однако недостатком этого исследования можно

считать тот факт, что конкретная причина, вызвавшая снижение КЖ, этими авторами не была определена.

Нами, в частности, было обнаружено, что более низким показателям КЖ пациента с АВУРТ по данным опросника SF-36, соответствовали более высокие оценочные характеристики по анкете «Жизнь больного с аритмией». По нашему мнению это может свидетельствовать о том, что эти два метода оценки качества жизни взаимно дополняют друг друга. Если опросник SF-36 позволил в целом оценивать степень ограничения физического и/или психического здоровья, то анкета «Жизнь больного с аритмией» позволила нам выявить конкретные факторы, которые способствовали снижению КЖ. В нашем исследовании такими факторами явились: приступы сердцебиения, сопровождавшиеся общей слабостью; чувство беспокойства и тревоги за свое здоровье; снижение настроения и чувство подавленности вследствие ожидания приступов аритмии.

Через 2 мес после РЧА мы обнаружили статистически достоверное улучшение параметров КЖ как по результатам общего опросника SF-36, так и по результатам анкеты «Жизнь больного с аритмией». При последующих контрольных исследованиях (через 6 и 12 мес) мы выявили важные, по нашему мнению, для практической медицины данные: параметры КЖ по всем шкалам опросника SF-36 у больных с АВУРТ стали сопоставимы с группой клинического сравнения. Полученные нами результаты дают основание считать РЧА радикальным и безопасным методом лечения больных с АВУРТ, улучшающим КЖ и позволяющим пациентам полностью отказаться от приема антиаритмических средств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показатели качества жизни у больных с типичной атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией до проведения РЧА медленной части АВС по сравнению с практически здоровыми лицами значительно ниже. Существенное улучшение параметров качества жизни наблюдается уже через 2 месяца после успешной РЧА медленной части АВС, а через 6 и 12 месяцев эти показатели не отличаются от аналогичных характеристик группы клинического сравнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардашев В.Н., Ардашев А.В., Стеклов В.И. Лечение нарушений сердечного ритма. - М.: Медпрактика-М, 2005. - 227 с.
2. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. - 2002. - № 5. - С. 92-95.
3. Выговский А.Б., Корзун А., Ретнев С.В. и др. Экономическая эффективность немедикаментозного лечения пароксизмальной АВ-узловой тахикардии и фибрилляции предсердий // Вестник аритмологии. - 2000. - Т. 15. - С. 86.
4. Гросу А.А., Шевченко Н.М. Диагностика и лечение нарушений ритма сердца. - Кишинев, 1990. - 202 с.
5. Дощицин В.Л. Купирование и предупреждение пароксизмальных аритмий сердца // РМЖ. - 2003. - № 19. - С. 1083-1088.
6. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. - СПб.: «Фолиант», 1998. - 640 с.
7. Новик А.А., Матвеев С.А., ИONOва Т.И. Оценка качества жизни больного в медицине. Клиническая медицина. - 2. - С. 10-13
8. Шевченко Ю.А. Качество жизни в кардиологии // Вестник РВМА. - 2000. - Т. 9. - С. 5-15.
9. Kocovic D.Z., Harada T., Shea J.B. et al. Alterations of heart rate and of heart rate variability after radiofrequency catheter ablation of supraventricular tachycardia. Delineation of parasympathetic pathways in the human heart // Circulation. - 1993. - Vol. 88. - P. 1671-1681.
10. Verdino R.J., Tracy C.M., Solomon A.J. et al. Alterations in heart rate following radiofrequency ablation in the treatment of reentrant supraventricular arrhythmias: relation to alterations in autonomic tone // J. Interv. Card. Electrophysiol. - 1997. - Vol. 1. - P. 145-151.
11. Uchida F.; Kasai A.; Omichi C. et al. Effect of radiofrequency catheter ablation on parasympathetic denervation:

a comparison of three different ablation sites // Pacing Clin. Electrophysiol. - 1998. - Vol. 21. - P. 2517-2521.
 12. Jackman W.M., Beckman K.J., McClelland J.H., et al. Treatment of supraventricular tachycardia due to atrioventricular nodal reentry by radiofrequency catheter ablation of slow-pathway conduction // N. Engl. J. Med. - 1992. - Vol.

327. - P.313.

13. Haissaguerre M., Gaita F., Fischer B. et al. Elimination of the atrioventricular nodal reentrant tachycardia using discrete is slow potentials to guide application of radiofrequency energy // Circulation. - 1992. - Vol. 85. - P. 2162.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ УЗЛОВЫМИ РЕЦИПРОКНЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ ДО И ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ МЕДЛЕННОЙ ЧАСТИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ

А.В.Ардашев, А.В.Конев, Е.А.Горбатов, С.В.Волошко, Т.Д.Бутаев

С целью изучения параметров качества жизни (КЖ) у больных с атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ) до и после операции катетерной радиочастотной аблации (РЧА) обследован 81 пациент. Все пациенты были разделены на две группы: основную и группу клинического сравнения. Основную группу составил 61 (75,3%) пациент с АВУРТ в варианте типичного течения (slow-fast). Средний возраст - 45,3±15,1 лет, мужчин - 44 (72%), женщин - 17 (28%). Аритмический анамнез составил 10,7±8,5 лет. В группу клинического сравнения вошли 20 практически здоровых лиц в возрасте 41,9±5,3 лет, у которых в результате проведенных исследований не было выявлено структурной патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Среди них мужчин было 15 (75%), женщин - 5 (25%). Группы обследованных лиц по возрасту и полу были сопоставимы. Для изучения КЖ пациентов применялись русифицированная версия опросника SF-36 и специфический опросник «Жизнь больного с аритмией».

На основании анализа жалоб больных и изучения анамнеза заболевания выявлено, что у 11 (18%) пациентов с АВУРТ провоцирующим фактором аритмии являлось физическое либо эмоциональное перенапряжение, у одного пациента выявлена четкая связь с употреблением алкоголя. У большинства пациентов не удалось установить факторы, провоцирующие возникновение аритмии. У больных с типичной АВУРТ до оперативного лечения основными причинами снижения КЖ были: 1) приступы сердцебиения, общая слабость, чувство беспокойства, тревоги за свое здоровье у всех пациентов (100%); 2) снижение настроения, чувство подавленности у 96,3% пациентов; 3) фиксация внимания на работе сердца, ожидание приступов аритмии у 59 (97%) больных; 4) необходимость самоограничения в употреблении алкоголя, кофе, крепкого чая, курения, а также затруднения реализации привычного стереотипа отдыха, работы по дому, занятий спортом, хобби у 95,1% пациентов.

Таким образом показатели КЖ у больных с типичной АВУРТ до проведения РЧА медленной части АВС по сравнению с практически здоровыми лицами значительно ниже. Анализ динамики параметров КЖ у больных с типичной АВУРТ подтверждает, что показатели, характеризующие как физическое, так и эмоциональное здоровье, уже через 2 мес после РЧА приближаются к аналогичным характеристикам группы клинического сравнения, а через 6 и 12 мес не отличаются от таковых у лиц контрольной группы.

QUALITY OF LIVE OF PATIENTS WITH ATRIOVENTRICULAR NODAL RECIPROCAL TACHYCARDIAS BEFORE AND AFTER ABLATION OF THE SLOW PATHWAY OF ATROVENTRICULAR JUNCTION

A. V. Ardashev, A. V. Konev, E. A. Gorbatov, S. V. Voloshko, T. D. Butaev

To study the parameters the quality of life in patients with atrioventricular nodal reciprocal tachycardia (AVNRT) before and after the catheter ablation procedure, 81 patients were examined. All patients were divided into study and control groups. The study group consisted of 61 patients (75.3%) with the typical AVNRT ("slow-fast" type) aged 45.3±15.1 years and included 44 men (72%) and 19 women (28%). The duration of arrhythmia was 10.7±8.5 years. The control group included 20 healthy persons aged 41.9±5.3 years without cardiovascular alterations/abnormalities according to the data of examination. This group included 15 men (75%) and 5 women (25%). Both studied groups did not significantly differ by age and gender. To study the quality of life of patients, the Russian version of the SF-36 questionnaire and the specific questionnaire "Life of Patient with Arrhythmia" were applied.

Analysis of the patient complaints and the arrhythmic history showed that physical or emotional stress was a promoter of AVNRT in 11 patients (18%); a strong correlation with alcohol intake revealed in one patient. In most patients, the factors initiating the arrhythmia were not found. The main causes of a reduced quality of life in patients with typical AVNRT before the ablative procedures were the following ones: 1. palpitations, general weakness, anxiety for health in all patients (100%); 2. depression, melancholy in 96.3% of patients; 3. fixation of attention on heart beating, expectation of arrhythmia in 59 patients (97%); 4. need in self-restrain of smoking, alcohol, coffee, and strong tea intake as well as difficulties in realization of stereotype of leisure, homework, sporting activities, and hobbies in 95.1% of patients.

Thus, the parameters of the quality of life in patients with the typical AVNRT before the radiofrequency ablation of the slow pathway of atrioventricular junction are significantly lower in comparison with healthy persons. The analysis of the dynamics of the quality of life in the patients with typical AVNRT confirms that the parameters characterizing both the physical and emotional health come close to those of the control group as early as 2 months after radiofrequency ablation procedure. In 6 and 12 months following the procedure, these parameters did not differ in the study and control groups.