

VII. Streszczenie

Praca we wstępie opisuje najważniejsze zagadnienia dotyczące epidemiologii, patofizjologii oraz etiologii migotania przedsionków, a także przedstawia zalecenia międzynarodowych towarzystw w zakresie farmakoterapii i elektroterapii tej arytmii. Opisuje ponadto zmiany i aktualizacje w tych wytycznych na przestrzeni ostatnich lat.

W części badawczej pracy omówiono projekt, który autor zrealizował na Oddziałach: Ratunkowym, Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Wielospecjalistycznego Szpitala w Nowej Soli. Do badania włączono 263 pacjentów, u których wykonano zabieg kardiowersji elektrycznej celem umiarowienia migotania przedsionków.

Kryterium włączenia było stosowanie przez pacjenta co najmniej przez trzy tygodnie przed zabiegiem jednego lub kombinacji dwóch leków antyarytmicznych w prewencji wtórnej migotania przedsionków. Tych chorych podzielono na 5 grup w zależności od rodzaju zażywanego leku antyarytmicznego. Do badania włączono też pacjentów umiarawianych elektrycznie, którzy nie stosowali żadnych leków antyarytmicznych, jako grupę kontrolną.

Kryteriami wyłączającymi z badania były: wada serca (z wyjątkiem małej i umiarkowanej niedomykalności mitralnej), nadczynność tarczycy, każda postać kardiomiopatii oraz powiększenie lewego przedsionka powyżej 45 mm niezależnie od przyczyny.

W opracowanym protokole badawczym oprócz rodzaju i dawki leku antyarytmicznego zamieszczono dane demograficzne: wiek, płeć, wagę, wzrost; informacje z wywiadu chorobowego dotyczące występowania: cukrzycy (z informacją o sposobie leczenia - insuliną czy lekami doustnymi), choroby niedokrwiennej serca (w tym wystąpienie lub nie zawału mięśnia sercowego) i nadciśnienia tętniczego (w tym obecność lub nie cech przerostu lewej komory w ekg); rodzaj objawów

towarzyszących napadowi AF, czas jaki minął od początku napadu (z informacją czy chory był sinptomowany), wartość energii, jaka skutecznie przywróciła rytm zatokowy oraz opis ekg sprzed i po zabiegu kardiowersji.

Wszyscy pacjenci badanej populacji byli poddani kardiowersji elektrycznej w takim samym rodzaju ogólnego znieczulenia dożylnego, przy zastosowaniu tego samego rodzaju defibrylatora/kardiowertera i miękkich samoprzylepnych łyżek/elektrod.

Zebrane dane poddane zostały analizie statystycznej. W wyniku opracowania statystycznego z analizą wariancji w grupach autor pracy doszedł do wniosku, że średnie wartości energii elektrycznej, jaka przywróciła rytm zatokowy były najniższe w grupie pacjentów stosujących przed kardiowersją amiodaron, co dało odpowiedź na problem zawarty w tytule pracy.

Analiza pozostałych wyników i przegląd korelacji zmiennych zależnych doprowadziły do wniosku, że w badanej populacji płeć, wiek, wzrost, wskaźnik BMI, wielkość lewego przedsionka (LA), grubość przegrody międzykomorowej (IVS), wartość frakcji wyrzutowej lewej komory (%EF), a także obecność małej i umiarkowanej niedomykalności mitralnej (MI), oraz cukrzyca (DM), nadciśnienie tętnicze (HA), choroba niedokrwienna serca (IHD) oraz wartości średniego ciśnienia tętniczego (MBP) i średniej częstości serca (MHR) sprzed kardiowersji nie wykazały istotnych statystycznie zależności z wielkością energii, jaka przywróciła rytm zatokowy.

W wyniku przeglądu objawów towarzyszących początkowi napadu migotania przedsionków wykazano, że lęk i niepokój były najczęściej zgłaszanymi przez chorych odczuciami, oraz że blisko 60% pacjentów miało świadomość istoty arytmii, tj. zupełnej niemiaryowości rytmu serca odbieranej jako nierówne tętno, czy nierówna praca serca.