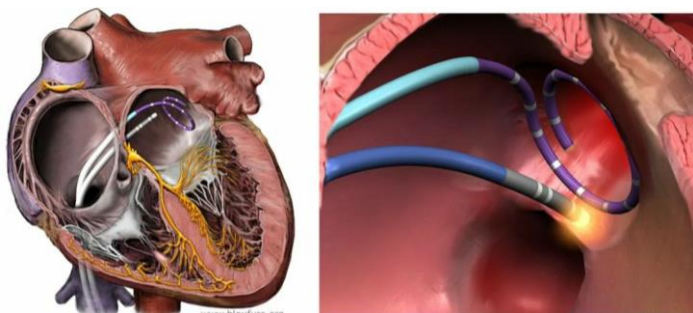


# РОЛЬ ТІРЕОТРОПНОГО ГОРМОНУ У ПРОГНОЗІ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Богун Н.Ю., Бринза М.С.

ХНУ імені В.Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра пропедевтики  
внутрішньої медицини і фізичної реабілітації

«Щорічне терапевтичне  
читання. Неінфекційні  
захворювання:  
профілактика  
та зміцнення здоров'я в  
Україні»



## Вступ

Фібриляція передсердь (ФП) є актуальною проблемою кардіології та аритмології й пов'язана з підвищеним ризик смертності, госпіталізацій і погіршенням якості життя. Радіочастотна абляція (РЧА) активно використовується для лікування пароксизмальної й персистуючої форм ФП. Перш за все це досягається за допомогою ізоляції легеневих вен (ЛВ), які є тригером виникнення пароксизмів. Також відомо, що дисфункція щитовидної залози (ЩЗ) має проаритмогенний ефект і підвищує ризик виникнення серцево-судинних подій. Однак, в літературі вкрай мало даних про вплив рівня гормонів ЩЗ на ефективність РЧА.

## Абстракт

У даному клінічному випадку продемонстрований зв'язок між високим нормальним рівнем тиреотропного гормону та рецидивом надшлуночкової аритмії після радіочастотної катетерної абляції з приводу фібриляції передсердь.

## Клінічний випадок

42-річна пацієнтка була госпіталізована в лікарню зі скаргами на втому, епізоди нерегулярного серцебиття протягом 6 тижнів, незважаючи на прийом бісопрололу, що відповідає персистуючій формі ФП. Вона звернулася в лікарню з метою діагностики і лікування. Додаткові дослідження показали нормальні лабораторні результати (включаючи функцію ЩЗ), крім ЕКГ, ехокардіографії й 24-годинного холтерівського моніторингу. Тест функції ЩЗ показав наступні результати: значення ТТГ 3,89 мМО/л (нормальні значення: 0,4 - 4,0 мМО / л), з нормальним вмістом трийодтироніну 1,53 нг / мл (нормальні значення: 0,56- 1,56 нг / мл) і вільного (Т4) 1,12 нг / дл (нормальні значення: 0,6-1,37 нг / дл). На ЕКГ і 24-годинному холтерівському моніторингу зафіксована ФП. На ехокардіограмі відзначається збільшення лівого передсердя до 4,1 см, решта камер і фракція викиду ЛШ були нормальними. Пацієнтка отримувала медикаменти пропafenон всередину й аміодарон внутрішньовенно, але без ефекту. Оцінку ризику для прогнозування ішемічного інсульту оцінювали за допомогою шкали CHA2DS2 - VASc. У пацієнтки було 0 балів. Тим не менш, вона отримувала антикоагулянти за 3 тижні до РЧА, незалежно від CHA2DS2-VASc. Була обрана процедура РЧА і здійснена повна ізоляція ЛВ. Однак через неконтрольовані симптоми надшлуночкової аритмії після початкового сеансу пацієнтка повторно пройшла РЧА, яка була ефективною.

## Висновок

Таким чином, даний клінічний випадок демонструє, що високий нормальний рівень ТТГ може несприятливо вплинути на результат хірургічного лікування ФП і, можливо, є незалежним предиктором рецидиву надшлуночкової аритмії після РЧА. Ці результати підкреслюють взаємозв'язок між високим нормальним рівнем ТТГ і рецидивом надшлуночкової аритмій, а також можливість рецидиву у пацієнтів після РЧА, виходячи з рівнів ТТГ. Слід зазначити, що розширене розуміння модифікуючих факторів ризику може надати можливості для майбутньої профілактики. Отже, рівень ТТГ слід визначати у пацієнтів, які перенесли РЧА з приводу ФП.

## Перспективи майбутнього дослідження

Це питання є актуальною темою для подальшого дослідження: вивчення нових додаткових факторів ризику виникнення рецидивів ФП, що можуть виступати предикторами успішності абляції при відборі пацієнтів до процедури. Подальше дослідження дало б можливість відповісти на питання чи є високий нормальний рівень ТТГ незалежним предиктором рецидиву надшлуночкової аритмії після РЧА.