

Європейське оглядове дослідження фібриляції передсердь: результати, отримані в Україні (клініко-демографічні показники)

О.С. Сичов, Г.М. Солов'ян, О.В. Срібна, О.М. Романова, О.В. Левчук

Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України, м. Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *фібриляція передсердь, фактори ризику, клініко-діагностичні дослідження, тактика ведення хворих*

Вагомим стимулом для розробки нових терапевтичних підходів при фібриляції передсердь (ФП) є величезні витрати на ведення хворих з цим порушенням ритму, передусім зумовлені частими госпіталізаціями. З огляду на те, що за наявності ФП погіршується прогноз виживання хворих [6], доцільність лікування її безперечна. Водночас можливості радикальної корекції ФП, на відміну від інших суправентрикулярних тахіаритмій, дуже обмежені. Більшість пацієнтів з ФП – особи літнього віку та хворі з персистуючою або постійною формою ФП, у яких ефективність радіочастотної катетерної абляції вогнищ патологічного автоматизму та шляхів зворотної циркуляції збудження дуже низька [3, 5]. Тому, вдосконалення методів лікування ФП передусім пов'язують з медикаментозною терапією, яка лежить в основі лікування ФП та запобігання виникненню ускладнень [1, 2, 4, 7].

Стратегія і тактика ведення хворих з ФП визначаються наявністю та особливостями клінічної симптоматики, тривалістю захворювання, частотою виникнення та можливостями припинення пароксизмів [1, 8]. Тому необхідно створювати нові підходи до стратегії і тактики ведення хворих з ФП. З цією метою було систематизовано клінічні варіанти, розроблено критерії класифікації ФП, оптимальний обсяг обстеження хворих, тактику диференційованої антиаритмічної та антитромботичної терапії, що було викладено у спільних рекомендаціях Американського коледжу кардіологів, Американської кардіологічної асоціації та Європейського товариства кардіологів, оприлюднених у вересні 2001 р. на 23-му конгресі Європейського товариства кардіологів у Стокгольмі (ACC/AHA/ESC, 2001) [4].

Матеріал і методи

З метою вивчення відповідності клініко-діагностичних досліджень та обґрунтованості лікування хво-

рих з ФП відповідно до рекомендацій (ACC/AHA/ESC, 2001) [4] у 2003 р. було розпочато дослідження «Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation» (EHS-AF). Це дослідження було проведено у 35 країнах Європи на базі 182 клінік і включало 5334 пацієнта. В Україні у дослідженні брали участь три центри: відділ аритмій серця Інституту кардіології АМН України (м. Київ), клінічна лікарня № 5 (м. Харків) та обласна клінічна лікарня (м. Івано-Франківськ). Загалом в Україні у рамках цього дослідження було обстежено 187 пацієнтів з різними формами ФП. З них 76 пацієнтів проходили лікування у відділенні аритмій серця Інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска.

У дослідження включали пацієнтів з ФП, зареєстрованою протягом одного року до включення в обстеження, незалежно від віку, статі, форми ФП, супутньої патології.

Результати та їх обговорення

Серед обстежених переважали чоловіки: за даними EHS-AF їх кількість становила 58,8 %, за результатами проведеного дослідження у відділі аритмій серця – 63,2 %. Лише у пацієнтів віком понад 75 років, за даними Європейського дослідження, переважали жінки, що насамперед, напевно, пов'язано з більшою тривалістю життя жінок у європейських країнах. За даними нашого дослідження, 67 % хворих з ФП були віком 45–64 років, тоді як згідно з даними EHS-AF 55 % пацієнтів з ФП були віком 55–74 роки (рис. 1).

Розподіл пацієнтів проводили відповідно до рекомендацій V. Fuster, L. Ryden, R.W. Asinger та співавторів [4], окремо виділяли пацієнтів з уперше зареєстрованим пароксизмом ФП (рис. 2).

На момент включення у дослідження згідно з даними Європейського дослідження у більшості пацієнтів діагностовано пароксизмальну і постійну (перманентну) форми ФП (відповідно у 28,4 і 28,9 %

хворих), за даними Інституту кардіології, у більшості пацієнтів при включенні у дослідження виявляли пароксизмальну і персистуючу форми ФП (відповідно у 32 і 33 %) (рис. 3).

Було проаналізовано поширеність чинників розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) у хворих з різними формами ФП (рис. 4).

Найбільш вагомими факторами ризику розвитку ССЗ у обстежених хворих були цукровий діабет, спадковість, гіперліпідемія (рівень загального холестерину більше 5,2 ммоль/л) та індекс маси тіла більше 30 (див. рис. 4). За даними Європейського дослідження, цукровий діабет діагностували у 17,7 % пацієнтів, гіперліпідемію – у 34,3 % хворих. Згідно з даними, отриманими при обстеженні пацієнтів у Інституті кардіології, цукровий діабет відзначали лише у 3 % хворих з ФП ($P < 0,0001$), гіперліпідемію – у 43 % пацієнтів ($P > 0,05$).

За даними EHS-AF, у кожного четвертого пацієнта (25,3 %) незалежно від форми ФП діагностовано ожиріння (індекс маси тіла (ІМТ) більший 30 кг/м²); згідно з результатами обстеження пацієнтів, включених у дослідження у відділі аритмії серця Інституту кардіології, у 41 % хворих відзначали ІМТ більше 30 кг/м² ($P < 0,01$). Обтяжену спадковість відзначали відповідно у 19,8 і у 4 % пацієнтів з різними формами ФП ($P < 0,0001$).

ФП діагностували на основі таких захворювань, як ішемічна хвороба серця (ІХС), гіпертонічна хвороба (ГХ) та ІХС у поєднанні з ГХ (слід зазначити, що тільки у нашому дослідженні була виділена група пацієнтів з ІХС у поєднанні з ГХ, що зумовлено особливостями класифікації та діагностики в нашій країні). За даними Європейського дослідження, у більшості пацієнтів незалежно від форми ФП ГХ діагностовано у 59,8 % хворих, ІХС – у 32,4 %, за ре-

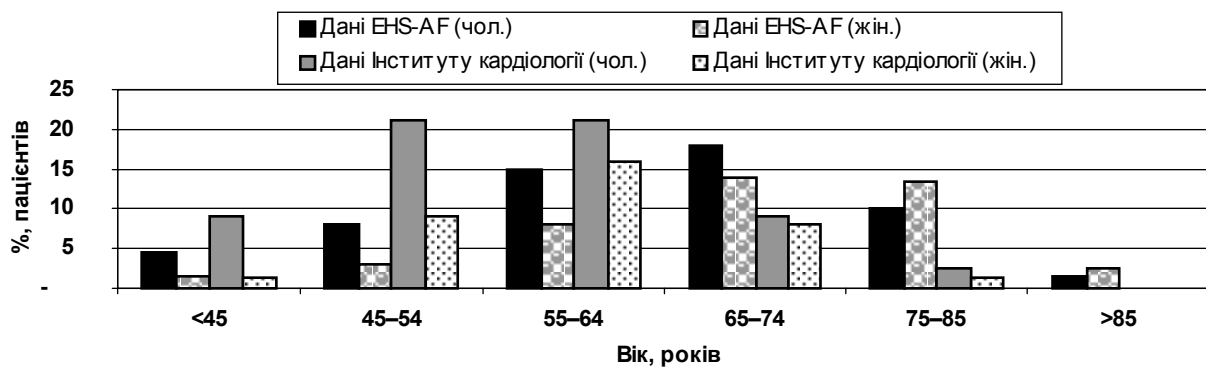


Рис. 1. Демографічні показники.

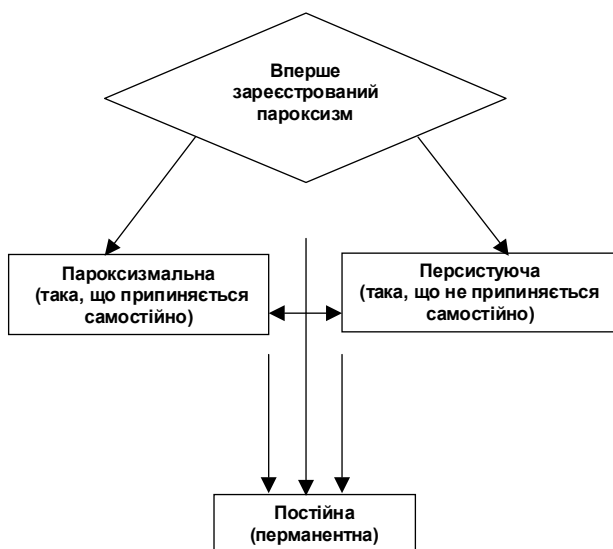


Рис. 2. Класифікація фібриляції передсердь за V. Fuster, L. Ryden, R.W. Asinger та співавторами (2001).

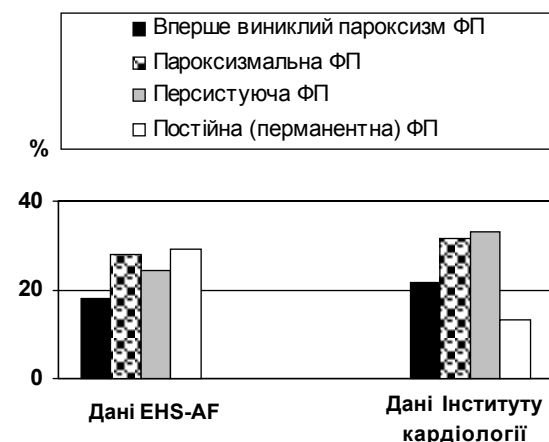


Рис. 3. Розподіл пацієнтів залежно від форми фібриляції передсердь на момент включення в дослідження.

зультатами ж дослідження, проведеного в Інституті кардіології, у більшості хворих (51 %) з різними формами ФП реєстрували ІХС у поєднанні з ГХ. При цьому більш ніж у половини хворих виявляли пароксизмальну і постійну форми ФП (відповідно у 71 і 70 %). Ревматичну хворобу відзначали у 9,8 % пацієнтів (EHS-AF) і лише у 4 % хворих, обстежених у відділі аритмій серця, причому тільки у пацієнтів з персистою формою ФП, кардіоміопатію (КМП) – відповідно у 12,9 та 5 %, гіпертиреозидизм – у 10 та 5 % хворих, хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) – відповідно у 4,2 і 0 % (рис. 5).

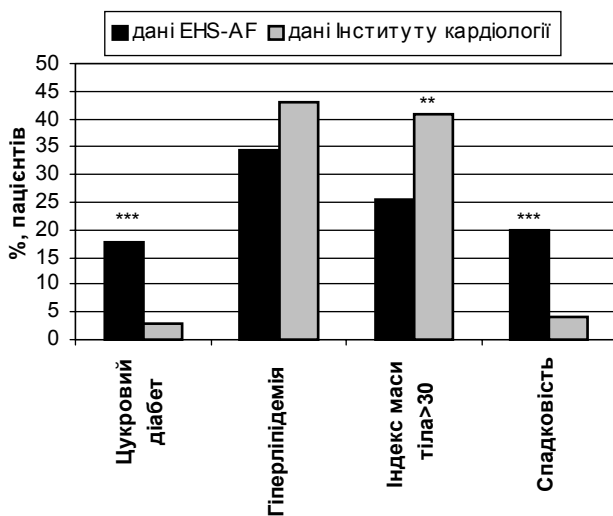


Рис. 4. Чинники розвитку серцево-судинних захворювань у обстежених хворих. ** – $P < 0,01$, *** – $P < 0,0001$.

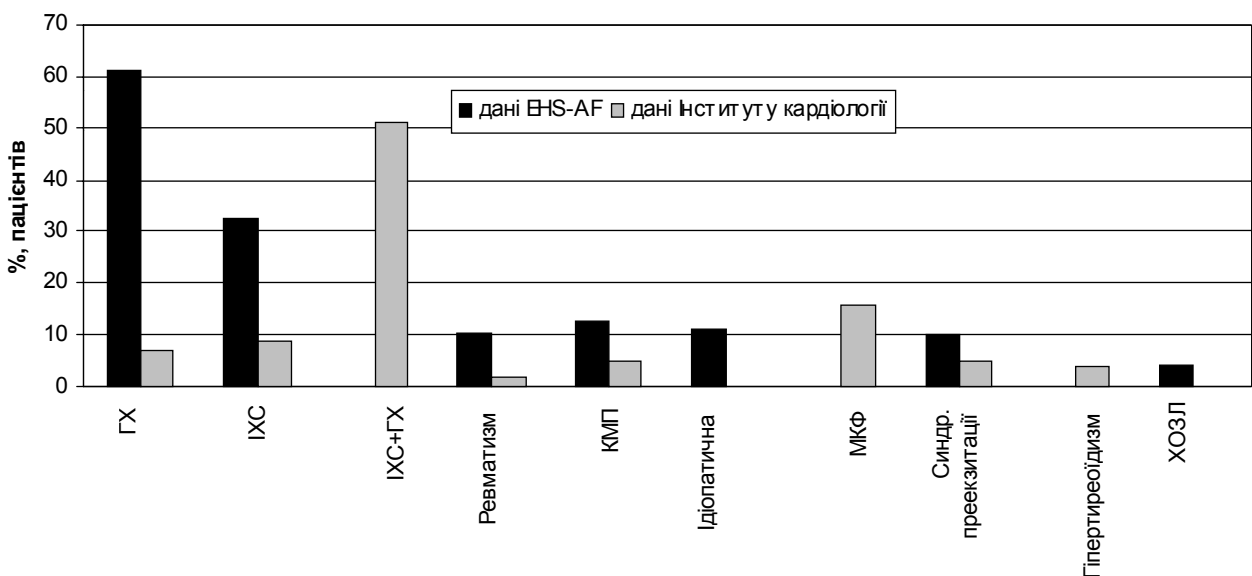


Рис. 5. Розподіл пацієнтів з різними формами фібриляції передсердь залежно від основного захворювання. МКФ – міокардіофіброз.

Слід підкреслити, що, за даними Європейського дослідження, ідіопатичну ФП реєстрували у 11,3 %, у нашому дослідженні такі хворі представлені в нозологічній характеристиці «Міокардіофіброз» (16,0 %).

При ФП спостерігають виникнення і/або посилення ознак (симптомів) серцевої недостатності (СН) [3]. Прояви СН відзначено у 30 % пацієнтів у дослідженні EHS-AF і у 93 % хворих у відділі аритмій серця ($P < 0,0001$) (рис. 6).

З метою вивчення відповідності клініко-діагностичних досліджень і обґрунтованості тактики ведення хворих з ФП згідно з рекомендаціями ACC/AHA/ESC (2001) був проведений аналіз використаних діагностичних досліджень у хворих з різними формами ФП під час їх перебування у відділенні аритмій серця (рис. 7).

Найбільш використовуваним діагностичним методом дослідження у хворих з ФП було ультразвукове дослідження серця. Ехокардіографію проводили у 81 % хворих у дослідженні EHS-AF та у всіх пацієнтів Інституту кардіології незалежно від форми ФП ($P < 0,0001$). За даними Європейського дослідження у 78,6 % пацієнтів друге місце серед діагностичних досліджень посідала рентгенографія органів грудної порожнини (ОГП), згідно з результатами нашого дослідження рентгенографія ОГП здійснена лише у 7,9 % хворих ($P < 0,0001$). Холтеровське моніторування ЕКГ (ХМ ЕКГ) проводили у 45 % пацієнтів, що перебували у клініці Інституту кардіології ($P < 0,01$), переважно метод використовувався у хворих з пароксизмальною і персистою фор-

мами ФП (на синусовому ритмі). За даними EHS-AF, ХМ ЕКГ використовували у 29 % обстежених. У частини хворих (за показаннями) проводили тест з дозованим фізичним навантаженням (велоергометрію) і неінвазивне електрофізіологічне дослідження (черезстравохідну електрокардіостимуляцію). При публікації даних EHS-AF не вказаний відсоток пацієнтів, яким проводили лабораторні обстеження з метою визначення рівнів гормонів щитовидної залози, при обстеженні ж пацієнтів у відділі аритмій серця це дослідження проводили у 1/4 від загальної кількості обстежених (рис. 7).

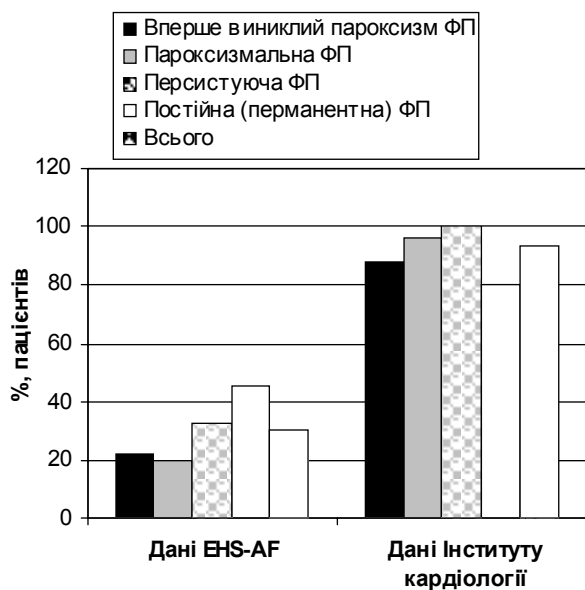


Рис. 6. Серцева недостатність у пацієнтів з різними формами фібриляції передсердь.

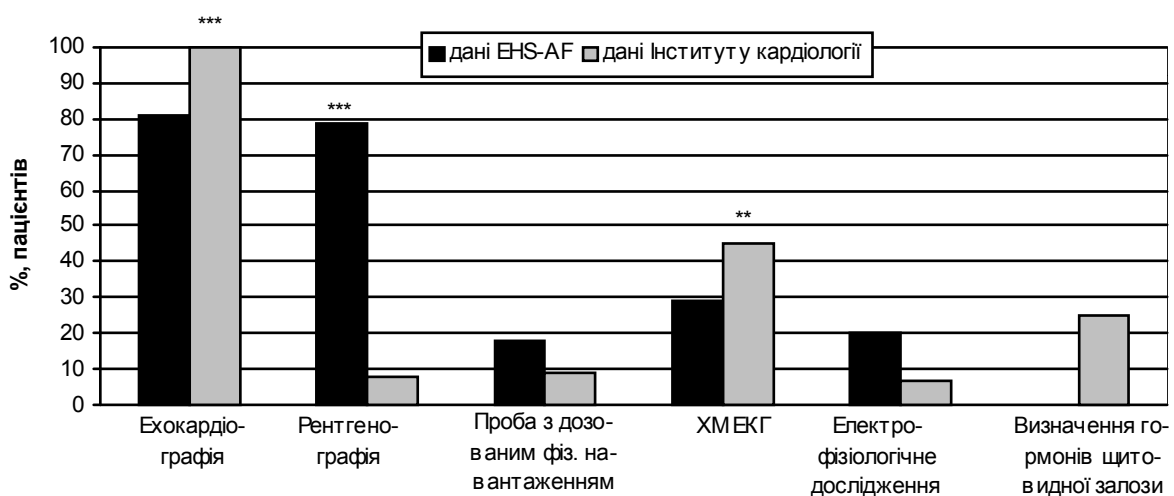


Рис. 7. Обсяг проведених діагностичних досліджень у хворих з різними формами фібриляції передсердь. ** – $P < 0,01$, *** – $P < 0,0001$.

Для порівняння наводимо дані проведених раніше клінічних досліджень, в яких обстежували пацієнтів з ФП (таблиця). Вік пацієнтів з ФП зменшився, значна частка пацієнтів з ФП – чоловіки, збільшився відсоток ускладнень, які супроводжують ФП, зокрема інсультів і/або транзиторних ішемічних атак, відсоток хворих з ФП, у яких проявляються/прогресують симптоми серцевої недостатності. За результатами дослідження EHS-AF, артеріальна гіпертензія є найбільш асоційованим з ФП захворюванням.

Висновки

1. Найбільш частими факторами ризику розвитку серцево-судинної патології у хворих з фібриляцією передсердь є гіперліпідемія та ожиріння (індекс маси тіла більше 30 кг/м^2). Серед пацієнтів, які проходили обстеження у відділі аритмій серця, частка хворих з ожирінням була достовірно більшою, ніж у дослідженні EHS-AF.

2. Артеріальна гіпертензія та ішемічна хвороба серця – основні захворювання, асоційовані з фібриляцією передсердь, особливо у хворих з пароксизмальною і персистуючою формами фібриляції передсердь.

3. У більшості пацієнтів фібриляція передсердь є симптоматичною аритмією. Відсоток хворих з клінічними ознаками серцевої недостатності достовірно більший в Інституті кардіології, ніж у дослідженні EHS-AF.

4. Найбільш використовуваний діагностичний метод у хворих з фібриляцією передсердь – ехо-

Таблиця
Клінічна характеристика пацієнтів (за даними досліджень EHS-AF, ALFA, ATRIA)

Показник	Частота виявлення		
	EHS-AF (Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation)	ALFA (Atrial Fibrillation in general practice in France)	ATRIA (Anticoagulation and Risk factors in Atrial fibrillation Ongoing trial)
Середній вік пацієнтів, років	66,6	68,6±11,4	71,2±12,2
Жінки, %	42,2	42,3	43,4
Інсульт/транзиторна ішемічна атака (в анамнезі), %	10,1	8,4	8,9 (тільки інсульт)
Серцева недостатність, %	31,1	29,8	29,2
Патологія клапанного апарату, %	10,2	3,3 (неревматичного генезу)	4,9
Артеріальна гіпертензія, %	63,1	60,8	49,3
Цукровий діабет, %	29,6	16,6	34,6

кардіографія. За даними Інституту кардіології, у більшості пацієнтів, переважно з пароксизмальною і персистою формами фібриляції передсердь, проводять холтеровське монітування ЕКГ, згідно ж з даними EHS-AF найбільш використовуваним

методом, крім ехокардіографії, є рентгенографія органів грудної порожнини.

Література

1. Сичов О.С., Бобров В.О., Жарінов О.Й. та ін. Принципи ведення хворих з фібриляцією та тріпотінням передсердь / / Рекомендації робочої групи з порушень серцевого ритму Українського наукового товариства кардіологів. – К., 2002. – 42 с.
2. AFASAK 2 (Copenhagen Atrial Fibrillation, Aspirin and Anticoagulation) // *Thromb. Haemost.* – 1997. – Vol. 159. – P. 1322-1328. – Vol. 19. – P. 41.
3. Crijns H.J.G.M., Van Den Berg M.P., Van Gelder I.C., Van Veldhuisen. Management of atrial fibrillation in the setting of Heart failure // *Eur. Heart J.* – 1997. – Vol. 189 (Suppl. C), № 5. – P. 45-49.
4. Fuster V., Ryden L., Asinger R.W. et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation // A report of the American College of Cardiology/American Heart Association/Task Force on Practice guidelines and the European Society of Cardiology Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation // *J. Amer. Coll. Cardiology.* – 2001. – Vol. 38. – P. 1266.
5. Go A.S., Hylek E.M., Phillips K.A. et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: National implications for rhythm management and stroke prevention: The Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study // *JAMA.* – 2001. – Vol. 285. – P. 2370-2375.
6. Levy S., Breithardt G., Campbell R.W. et al. Atrial fibrillation: current knowledge and recommendation for management. Working Group on Arrhythmias of the European Society of Cardiology // *Eur. Heart J.* – 1998. – Vol. 19. – P. 1294-1320.
7. Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial fibrillation, as an independent risk factor for stroke: The Framingham Study // *Stroke.* – 1991. – Vol. 22. – P. 983-988.
8. Wyse D.G., Waldo A.L., Di Marco J.P. Atrial fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation // *New Engl. J. Med.* – 2002. – Vol. 347. – P. 1825-1833.

Поступила 27.12.2005 р.

The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation: results received in Ukraine (clinical and demographical parameters)

O.S. Sychov, H.M. Solovyan, O.V. Sribna, O.M. Romanova, O.V. Levchuk

The results of «The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation» conducted in 35 European countries were compared with data obtained in the Cardiac Arrhythmia Department of M.D. Strazhesko Institute of Cardiology of Ukraine AMS, within the framework of this research. The risk factors of cardiovascular pathology development in patients with atrial fibrillation have been determined. It has been disclosed that arterial hypertension and ischemic cardiac disease are the most prevalent diseases associated with atrial fibrillation. It has been established that atrial fibrillation is a symptomatic arrhythmia, which determines and/or increases heart failure manifestations. Diagnostic methods used in patients with different forms of atrial fibrillation have been analyzed.