

УДК 616.12–008.318

## Менеджмент фібриляції передсердь на різних етапах лікування

Н. А. Водяницька, Н. В. Макієнко, М. В. Афанасьєв

Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці, Харків,  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Ключові слова:** фібриляція передсердь, лікування, чинники ризику.

Фібриляція передсердь (ФП) — це аритмія, що спостерігається найчастіше, причому частота її виявлення зростає з віком пацієнтів [4, 5, 9], за наявності значної патології серця та/або серцевої недостатності. ФП буває різних форм і може істотно впливати на показники смертності та інвалідизації населення. Із постарінням популяції зростатиме частота виявлення ФП і її ускладнень — емболізацій та інсультів [3, 6, 7]. Багатоцентрові дослідження довели зниження ризику таких ускладнень на 44–81% у разі приймання варфарину [1, 2, 8]. Тому Європейське товариство кардіологів (ЄТК) та Українське наукове товариство кардіологів рекомендували дотримуватися стратегії контролювання частоти серцевих скорочень та проводити антикоагулянтну терапію особам із високим ризиком [5, 8, 9].

Водночас є істотна відмінність у тактиці ведення пацієнтів під час стаціонарного та амбулаторного етапів лікування. Тому метою цієї праці було вивчити менеджмент ФП на цих етапах лікування.

### Матеріали та методи

Критерієм залучення пацієнтів до дослідження була наявність зареєстрованої на ЕКГ однієї з форм ФП. Дані збирали у пацієнтів за допомогою переліку питань для з'ясування скарг, анамнезу захворювання, чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань, наявності тригерних чинників ФП, брали до уваги результати клініко-лабораторних та ультразвукових досліджень. Оцінювали попереднє антиаритмічне, антитромботичне та інше лікування, застосування немедикаментозної терапії (електрична кардіоверсія, катетерна абляція) у пацієнтів із ФП. Основний діагноз верифікували згідно з рекомендаціями Українського наукового товариства кардіологів [5]. Якість життя визначали за допомогою візуальної аналогової шкали Euro-QoL Score.

Відповідно до рекомендацій [5, 8, 9], пацієнти отримували антитромботичну терапію (варфарин

у початковій дозі 5 мг з подальшою корекцією дози або ацетилсаліцилову кислоту 100–325 мг/д).

Статистичний аналіз проводили за допомогою програмного пакета Excel із застосуванням параметричних критеріїв.

### Результати та обговорення

Ми проаналізували дані про всіх пацієнтів із ФП, що перебували в кардіологічному відділенні Центральної клінічної лікарні з 2 жовтня 2003 р. по 14 липня 2004 р. Усього було 87 хворих, більшість становили чоловіки (58,6%). Вік хворих був від 36 до 80 років, середній вік ( $62,7 \pm 10,3$ ) року. Нозологія в основному була представлена гіпертонічною хворобою — 80,4%, ішемічною хворобою серця — 63,2% та їх комбінацією, 3 пацієнти (3,4%) мали клапанні вади. Недостатність кровообігу різної стадії виявлено в 63,2% пацієнтів. Наявність чинників ризику серцево-судинних захворювань відображено в табл. 1.

На догоспітальному етапі медикаментозну терапію отримували 70 (80,5%) пацієнтів, 59 (67,8%) хворих приймали протиаритмічні препарати, причому 15 пацієнтів використовували ком-

Таблиця 1  
Частота виявлення чинників ризику у хворих із фібриляцією передсердь на час прийняття до відділення

Чинник	Кількість хворих	
	абс.	віднос., %
Артеріальна гіпертензія в анамнезі або на день госпіталізації	70	80,4
Інфаркт міокарда в анамнезі	15	17,2
Емболії в анамнезі, зокрема ТІА	13	14,9
Надмірна маса тіла	9	10,3
Куріння	54	62,1
Гіподинамія	6	6,9
Гіперліпідемія	39	40,2
Вік понад 65 років	35	40,2
Вік понад 65 років	47	54,0
Усього з високим ризиком ФП	75	86,2

бінацію антиаритмічних засобів. Однак аналіз характеру ФП виявив, що тільки 17,2% хворих на час прибуття до стаціонару мали адекватну корекцію частоти серцевих скорочень, у 82,8% відзначили тахіаритмію. З інших препаратів найчастіше (70,1%) застосовувалися були інгібітори АПФ, діуретики (54%) та нітрати (13,8%). Ймовірно, спектр медикаментів відповідав нозологічній формі захворювання (здебільшого гіпертонічна хвороба) та наявності серцевої недостатності. За результатами лабораторно-інструментальної діагностики пацієнти не мали жодних особливостей у рівнях гемоглобіну, Калію та креатиніну крові. У 21 пацієнта (21,1%), за даними ехокардіографії, був збільшеним розмір лівого передсердя, а 79 (90,8%) осіб мали гіпертрофію лівого шлуночка.

Тільки 8% пацієнтів не мали симптомів, пов'язаних із порушеннями ритму, інші скаржилися на серцебиття (74,7%), запаморочення (66,6%), задишку (75,9%), нездужання (72,4%) та біль у грудній клітці (44,8%). Ці скарги є типовими для хронотропної недостатності. Як «пусковий» чинник ФП або її симптомів 65,5% хворих зазначили фізичне, а 32,2% — емоційне навантаження, тобто ФП мала адренергічний характер. Аритмологічний анамнез — від кількох годин або днів (у 27 осіб, 31%) до кількох місяців чи років (у 29 осіб, 44,8%). Частина пацієнтів не могла визначити тривалість наявності аритмії. За перебігом ФП пацієнти поділялися на тих, у кого епізод ФП зареєстровано вперше (12,6%), ФП мала пароксизмальну форму (5,7%), персистивну (24,1%) та постійну форму (57,5%).

Конверсію ритму в анамнезі проведено у 16 (18,4%) хворих. З інших видів лікування ФП

до прибуття до стаціонару в 1 пацієнта була катетерна абляція, у 4-х — імплантований кардіостимулятор (de mand).

Хоча особи, які згідно з рекомендаціями ЄТК належать до групи високого ризику, становили 87,4%, причому тромбоемболії перенесли 13 хворих, тільки 14,9% отримували профілактичне антитромботичне лікування.

Певний інтерес становить оцінка якості життя за візуальною аналоговою шкалою Euro-QoL Score (0–100 балів). Кількість балів змінювалася від 20 до 80, середнє значення 56. Ця оцінка не залежала від наявності хвороби чи від форми ФП, вона обернено залежала від віку пацієнтів: особи молодшого віку з ФП дають нижчу оцінку якості свого життя порівняно з пацієнтами старшого віку.

До моменту вибуття з клініки тактику ведення хворих змінено у 78 (89,7%) осіб (табл. 2). Кількість тих, хто приймав антагоністи вітаміну К, зросла більш як у 4 рази і становила на час виписування зі стаціонару 64,4% проти 14,9% на момент госпіталізації. Сім (8,1%) пацієнтів зовсім не отримували антикоагулянти або дезагреганти, причому 5 із них належали до категорії осіб із високим ризиком. Мотивом не призначати ці ліки у 3 хворих була загроза кровотечі, в інших — неможливість контролювати антикоагулянтну терапію на амбулаторному етапі лікування. Також зросла (з 67,8 до 86,2%) і кількість хворих, що приймали антиаритмічну терапію, особливо це стосується аміодарону та β-блокаторів, при цьому більшими стали й дози ліків: середня доза аміодарону збільшилася з 405 до 572 мг. Змінилася й кількість осіб, які приймали комбіновану антиаритмічну терапію, — з 17,2 до 50,7%. Найпошире-

Таблиця 2

Зміна характеру медикаментозної терапії під час стаціонарного лікування

Терапія, препарати	Кількість хворих			
	на час госпіталізації		на час вибуття	
	абс.	віднос., %	абс.	віднос., %
Антагоністи вітаміну К	13	14,9	56	64,4
Ацетилсаліцилова кислота	64	73,6	21	24,1
Не приймали жодних антикоагулянтів та дезагрегантів	10	11,5	6	6,8
Антиаритмічні засоби:	59	67,8	75	86,2
аміодарон	20	33,9	44	58,7
дигоксин	23	39	16	21,3
β-блокатори	19	32,2	40	53,3
Са-антагоністи	10	16,9	7	9,3
етацизин	3	5,1	1	1,7
Комбінація антиаритмічних засобів	15	17,2	38	50,7
Інші препарати:				
інгібітори АПФ	61	70,1	71	81,6
діуретики	48	55,2	66	75,9
статици	3	3,4	5	5,7

нішою була комбінація аміодарону з дигоксином та з  $\beta$ -блокаторами.

Аналогічні тенденції ми відзначили й у пацієнтів із групи високого ризику, причому кількість хворих цього контингенту, які отримують непрямі антикоагулянти, зростає більш помітно і становила на час вибуття зі стаціонару 68,4%.

Певний інтерес привертають ліки групи статинів. Останнім часом з'явилися дані в літературі про здатність статинів запобігати тяжким аритміям. У нашому дослідженні 63,2% пацієнтів мали ішемічну хворобу серця, однак на диво низьким був відсоток хворих, які отримували статини, причому частота призначення їх мало змінилася на час виписування зі стаціонару.

## Висновки

1. На догоспітальному етапі 82,8% пацієнтів із фібриляцією передсердь мають неадекватну корекцію частоти серцевих скорочень.

2. Пацієнти, навіть віднесені до групи високого ризику, не отримують належної профілактичної терапії для запобігання емболічним ускладненням.

3. З огляду на те, що близько 70% пацієнтів мають адренергічний характер фібриляції передсердь, можливо, виправданим є ширше застосування  $\beta$ -блокатори.

4. Призначенню статинів слід приділяти більше уваги як на амбулаторному, так і на стаціонарному етапах лікування хворих.

## Цитована література

1. Кушаковский М. С. Фибрилляция и трепетание предсердий. Лечение фармакологическими и электрофизиологическими (нехирургическими) методами // Вестник аритмологии.— 1998.— № 7.— С. 56–64.
2. Нетьяженко В. З. Алгоритм діагностики та лікування аритмій // Актуальні питання діагностики та лікування аритмій. Клінічна фармакологія, фізіологія, біохімія: Матеріали Європейської школи кардіологів.— К., 1998.— С. 176–193.
3. Пархоменко А. Н. Риск развития тромбэмболических осложнений у больных с мерцательной аритмией и применение антикоагулянтов и антиагрегантов для профилактики инсульта // Український кардіологічний журнал.— 2002.— № 2.— С. 4–14.
4. Преображенский Д. В. Современные подходы к лечению мерцания предсердий (совместные рекомендации Американской коллегии кардиологов, Американской ассоциации кардиологов и Европейского общества кардиологов от 2000 г.) / Д. В. Преображенский, Б. А. Сидоренко, А. В. Маренич // Журнал неврологии и психиатрии.— 2002.— № 5.— С. 50–51.
5. Принципи ведення хворих з фібриляцією та тріпотінням передсердь // Рекомендації Робочої групи з порушень серцевого ритму Українського наукового товариства кардіологів.— К., 2002.— 42 с.
6. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, схеми, діагностика та лікування / За ред. проф. В. М. Коваленка та проф. М. І. Лутая.— К.: Четверта хвиля, 2003.— 78 с.
7. Cabin H. S. Risk for systemic embolization of atrial fibrillation without mitral stenosis / H. S. Cabin, K. S. Clubb, C. Hall // Am. J. Cardiol.— 1990.— Vol. 61.— P. 714–717.
8. Fuster V. 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 for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to Develop Guidelines for management of Patients With Atrial Fibrillation); V. Fuster, L. E. Ryden // Eur. Heart J.— 2001.— Vol. 22.— P. 1852–1923.
9. Levy S. Atrial fibrillation: current knowledge and recommendations / S. Levy, G. Breithardt, R. W. F. Campbell // Eur. Heart J.— 1998.— Vol. 19.— P. 1294–1320.

## Менеджмент фибрилляции предсердий на различных этапах лечения

*Н. А. Водяницкая, Н. В. Макиенко, М. В. Афанасьев*

С целью изучения тактики ведения пациентов на различных этапах лечения были обследованы 87 пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), поступивших в Центральную клиническую больницу Государственной администрации железнодорожного транспорта. Среди них были преимущественно лица с гипертонической или ишемической болезнью, средний возраст ( $62,7 \pm 10,3$ ) года, 75 человек (86,2%) по критериям Европейского общества кардиологов относились к группе высокого риска, но только 14,9% получали профилактическую антитромботическую терапию. У 17,2% больных на момент поступления в клинику была адекватная коррекция частоты сердечных сокращений. Пусковым механизмом симптоматических эпизодов ФП в основном были физические или эмоциональные нагрузки. Лица молодого возраста при наличии ФП оценивали качество своей жизни ниже, чем пациенты старшего возраста. К моменту выписки из стационара тактика ведения была изменена у 78 (89,7%) человек. К концу пребывания в стационаре возросло количество лиц, получающих адекватную антиаритмическую и антикоагулянтную терапию. Наиболее часто используемыми комбинациями были амиодарон с дигоксином или  $\beta$ -блокаторами, вместе с тем, применению статинов должно уделяться больше внимания как на амбулаторном, так и на стационарном этапах лечения пациентов.

## Management of atrial fibrillation on different stages of treatment

*N. A. Vodianyts'ka, N. V. Makienko, M. V. Afanas'iev*

87 patients with atrial fibrillation (AF) have been examined with the aim of the study of treatment strategy in- and out-patients, admitted to Central Clinical Hospital of the State Administration of Railway Transport. There were predominantly persons with essential hypertension and ischemic heart disease with mean age ( $62.7 \pm 10.3$ ) years. 75 subjects (86.2%) were classified as a group of high risk according to the criteria of the European Society of Cardiology, however only 14.9% received preventive antithrombotic therapy. 17.2% of patients received adequate correction of heart rate. The main trigger mechanisms of symptomatic AF episodes were physical and emotional loads. Subjects of younger age with AF assessed their quality of life as more low in comparison with elderly patients. By the moment of hospital discharge the management strategy was changed in 78 (89.7%) subjects. By the end of in-hospital stay the number of subjects receiving adequate antiarrhythmic and anticoagulation therapy increased. The most often used combinations were amiodaron with digoxin or beta-blockers, at the same time more attention should be paid to statins administration to both out-patients and hospitalized subjects.