

УДК 616.12-008.313+616.127]-036.868

## Функція міокарда і якість життя в пацієнтів з уперше виявленою фібриляцією передсердь

О.С. Сичов, А.О. Бородай

*ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска" НАМН України», Київ***КЛЮЧОВІ СЛОВА:** *вперше виявлена фібриляція передсердь, тромб, сладж, якість життя, тривога, депресія*

Фібриляція передсердь (ФП) – найчастіша аритмія у світі з поширеністю в загальній популяції 1–2 %. Дані епідеміологічних досліджень засвідчують подальше зростання частоти виникнення і поширеності ФП [2]. Ця аритмія становить серйозну проблему для громадського здоров'я, значуще впливає на якість життя і підвищує ризик госпіталізації, втрати роботи і виникнення смерті. Симптомами ФП є втома, серцебиття, задишка, запаморочення і біль за грудниною [2]. У багатьох дослідженнях вивчали негативний вплив психічних розладів у хворих з ішемічною хворобою серця, серцевою недостатністю й інфарктом міокарда (ІМ), не приділяючи достатньої уваги ФП [8]. Водночас уже перший епізод аритмії може значно змінювати морфофункціональні показники міокарда і впливати на якість життя. Тому питання якості життя, емоційного стану і морфофункціональних характеристик у пацієнтів з уперше виявленою ФП є актуальними.

Мета роботи – оцінити основні клінічні характеристики, структурно-функціональні показники міокарда та якість життя у хворих з уперше виявленою фібриляцією передсердь неклапанного походження.

### Матеріал і методи

У дослідженні взяли участь 322 послідовно госпіталізовані пацієнти з ФП неклапанного походження. Перший епізод аритмії виявлено у 104 (32,3 %) випадках. Чоловіків було 223 (69,3 %), жінок – 99 (30,7 %). У більшості хворих була пер-

систентна форма аритмії (229 (71,1 %)), 31 (9,6 %) хворий мав тривалу персистентну форму ФП з тривалістю епізоду більше року, 29 (9,0 %) пацієнтів – постійну, а 33 (10,3 %) – пароксизмальну форму аритмії. Анамнез аритмії в середньому тривав (3,9±4,8) року, а середня тривалість епізоду – (4,5±8,1) міс. Супутнє тріпотіння передсердь було у 76 (33,7 %) пацієнтів. Основними захворюваннями були ішемічна хвороба серця (у 204 (63,3 %) осіб), гіпертонічна хвороба (у 72 (22,4 %)), міокардіофіброз (у 30 (9,3 %)), метаболічна кардіоміопатія (у 6 (1,9 %)), гіпертрофічна кардіоміопатія (у 10 (3,1 %)). Супутню артеріальну гіпертензію реєстрували у 259 (80,7 %) хворих, а хворих з офісним систолічним артеріальним тиском (САТ)  $\geq 160$  мм рт. ст. було 31 (10,1 %). Середній вік становив (60,9±9,6) року, а хворих віком  $\geq 65$  років було 122 (38,1 %). ІМ в анамнезі відзначено у 23 (7,2 %) хворих. Цукровий діабет зареєстровано у 53 (16,5 %). Хворих з індексом маси тіла (ІМТ)  $< 25$  кг/м<sup>2</sup> було лише 13 %. Середня сума балів за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc дорівнювала 2,20±1,35, а пацієнтів із сумою балів  $\geq 2$  було 218 (67,7 %). Міжнародне нормалізоване відношення (МНВ) становило в середньому 1,6±0,6. Важливо, що 19,9 % хворих мали III–IV функціональний клас (ФК) за NYHA, а повідомлений хворими III–IV клас за EHRA мали 56,3 % осіб. Усім хворим виконано клінічне дослідження, ЕКГ, біохімічне дослідження крові, трансторакальну ехокардіографію.

Емоційний стан оцінювали за допомогою внутрішньогоспітальної шкали тривоги і депресії HADS у 285 хворих, а якість життя – за допомо-

Бородай Артем Олександрович, к. мед. н., наук. співр.  
03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 5  
Тел./факс +380 (44) 275-42-09. E-mail: aborodai@yahoo.com

гою інструменту HeartQoL (HQ) у 283 пацієнтів. При оцінці за допомогою HADS за підшкалою тривоги 45,3 % хворих мали бал  $\geq 7$ , а за підшкалою депресії таку суму балів мали 25,3 % осіб. За шкалою HeartQoL низький показник фізичного благополуччя мали 54,1 % хворих, а емоційно – 33,6 %. У межах дослідження 230 хворих були опитані стосовно прихильності до терапії.

Критеріями вилучення з дослідження були: гострий ІМ, нестабільна стенокардія, пухлини серця, виражений клапанний стеноз або виражена клапанна недостатність дегенеративного або запального походження, відмова від участі у дослідженні, виражена ниркова недостатність з кліренсом креатиніну  $< 30$  мл/хв, підвищення рівня печінкових ферментів більш як утричі.

Усім хворим проводили трансторакальну ехокардіографію на ультразвукових апаратах Toshiba apollo XG та Phillips HD 11 XE з використанням мультипланових черезстравохідних датчиків 5 МГц та 2–7 МГц за загальноприйнятою методикою з одночасним моніторингом ЕКГ. Під час дослідження виконували двомірне сканування вушка лівого передсердя (ВЛП) з реєстрацією у двох взаємно перпендикулярних площинах: поперечній та поздовжній. Оцінювали середню швидкість вигнання з ВЛП (СШВЛП), ступінь феномена спонтанного контрастування та наявність тромбів у ВЛП. Для вимірювання швидкості спорожнення ВЛП використовували імпульсно-хвильову доплерографію з розміщенням контрольного об'єму в усті ВЛП, як середнє значення вимірювань швидкостей 6 послідовних кардіоциклів на кривій спектра. Тромбом вважали помірно- або гіперехогенне утворення різної щільності, форми, розмірів та рухливості, яке визначалося в порожнині ВЛП більше ніж в одній проекції протягом усього кардіоциклу.

Показники трансторакальної ехокардіографії отримано з апікальної та парастернальної позицій у режимі 2D згідно з рекомендаціями Американського товариства з ехокардіографії [7]: індекс об'єму лівого передсердя (ЛП), діаметр ЛП, індекс кінцеводіастолічного об'єму (КДО) лівого шлуночка (ЛШ) бі-план, індекс кінцевосистолічного об'єму (КСО) ЛШ бі-план та фракція викиду (ФВ) ЛШ, індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) за методом площа – довжина, товщина міжшлуночкової перегородки (ТМШП) та задньої стінки (ТЗС) ЛШ у діастолу. Індокси об'ємів розраховували шляхом ділення зазначених об'ємів порожнин на площу поверхні

тіла. Для оцінки наповнення ЛШ використовували імпульсну доплерографію в апікальній 4-камерній позиції (визначали ранню швидкість наповнення ЛШ – хвиля Е) та тканинну доплерографію для оцінки швидкості ранньої діастолічної хвилі ( $E_m$ ) на латеральному і медіальному сегментах кільця мітрального клапана. За допомогою тканинної доплерографії також оцінювали систолічну хвилю ( $S_m$ ) на тих самих сегментах мітрального клапана з метою додаткового дослідження систолічної функції ЛШ [9].

Для оцінки якості життя пацієнтів використовували HeartQoL, який є генеричним психометричним інструментом оцінки якості життя з валідацією та надійністю, доведеною в міжнародній когорті хворих зі стенокардією, ІМ, серцевою недостатністю ішемічного походження. Він складається з 14 пунктів, 10 з яких оцінюють фізичне функціонування, а 4 – емоційне. Підрахунок здійснюється від 0 (погана якість життя) до 3 (найкращий стан якості життя) з можливою оцінкою глобального показника [10].

Шкала HADS показала добру внутрішню узгодженість і зовнішню валідність у різних дослідженнях з оцінки тяжкості симптомів та відповідності тривожним розладам і депресії у соматичних, психіатричних стаціонарах на рівні первинної медичної допомоги й у загальній популяції [3]. Вона складається із 14 запитань, сім із яких належать до тривоги, а інші – до депресії, а підрахунок здійснюється від 0 (відсутність симптомів) до 3 (найбільш виражені симптоми).

Також хворих просили самостійно оцінити ступінь впливу симптомів аритмії на їх повсякденну активність згідно з класифікацією EHRA. Шкала EHRA розроблена для оцінки симптомів, пов'язаних із ФП. За нею визначають 4 класи: від 1 (відсутність симптомів) до 4 (симптоми інвалідизації, які унеможливають звичайну щоденну активність). Ця шкала охоплює лише ті симптоми, які стосуються ФП та які зникають або зменшуються після відновлення синусового ритму або на тлі ефективного контролю частоти скорочень серця (ЧСС) [2].

Для вивчення прихильності до антикоагулянтної терапії (АКТ) 230 хворих давали відповіді на такі запитання: «Чи знаєте ви, що таке варфарин?», «Як довго ви приймаєте варфарин?», «Як часто ви контролюєте МНВ?», «Що ви робите якщо показник МНВ не задовільний?», «Якщо не приймаєте варфарин, то який препарат ви приймаєте для «розрідження» крові?», «Як часто про-

тягом останнього року ви приймали ліки, призначені лікарем?», «Як часто протягом останнього місяця ви приймали ліки, призначені лікарем?»

Дані представлено у вигляді середнього значення (M) та стандартного відхилення (SD). Різницю між групами хворих аналізували за допомогою критерію  $\chi^2$  Пірсона для дискретних змінних [6]. Статистичний аналіз виконано з використанням пакета програм Statistica 10 (США). Різницю показників при  $P < 0,05$  розцінювали як статистично значущу.

## Результати та їх обговорення

Базові демографічні, клінічні та інструментальні показники досліджуваних хворих наведено в табл. 1. Пацієнти з уперше виявленою ФП були достовірно молодшого віку (58,8 проти 62,1 року,  $P=0,004$ ), причому в цій групі осіб віком 65–74 роки було 27,9 %, а віком 75 років і більше – 2,9 %. З цим пов'язано і те, що хворі з уперше виявленою ФП мали меншу суму балів за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc – 1,8 проти 2,3 ( $P=0,002$ ; табл. 2).

Пацієнти з повторним епізодом ФП мали достатньо тривалий анамнез аритмії (в середньому 5,3 року проти 0,8 у досліджуваній групі). Проте обидві групи не відрізнялися тривалістю епізоду, в середньому 4 міс. Хворі з уперше виявленою ФП мали достовірно більший ІМТ (31,6 проти 29,8 кг/м<sup>2</sup>;  $P=0,005$ ). Також у групі з уперше виявленою ФП ІМТ  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup> виявлявся достовірно частіше (23,3 проти 12 %;  $P=0,01$ ). При однофакторному аналізі у групі з уперше виявленою ФП ІМТ  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup> достовірно асоціювався з III–IV ФК за NYHA ( $P=0,02$ ), III–IV класом за EHRA ( $P=0,02$ ), САТ  $\geq 160$  мм рт. ст. ( $P=0,0003$ ), цукровим діабетом ( $P=0,002$ ).

Хоча пацієнти обох груп не відрізнялися за показниками об'ємів передсердь, масою міокарда ЛШ, товщиною його стінок і СТЛА, проте хворі з уперше виявленою ФП мали достовірно більший ЛШ (58,7 проти 51,4 мл/м<sup>2</sup>;  $P=0,0003$ ), меншу ФВ ЛШ (51,8 проти 54,5 %;  $P=0,04$ ). Проте, якщо розглядати частоту виявлення значущих змін, то пацієнти обох груп мали однакоvu частоту виявлення ділянок порушень сегментарної скоротливості ЛШ (34,3 проти 31,5 %;  $P=0,6$ ) і майже однакоvu частоту виявлення ФВ ЛШ  $< 40$  % (17,3 проти 11,1 %;  $P=0,1$ , для груп з уперше виявленою і повторною ФП відповідно). З іншого боку, середній ФК за NYHA достовірно

Таблиця 1

Демографічні, клінічні та інструментальні показники досліджуваних хворих

Показник	Величина показника, M $\pm$ SD
Вік, роки	60,9 $\pm$ 9,6 (n=322)
ФК за NYHA	2,0 $\pm$ 0,8 (n=261)
Клас за EHRA	2,6 $\pm$ 0,8 (n=308)
Кількість балів за CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	2,2 $\pm$ 1,4 (n=319)
ЧСС за 1 хв	98,4 $\pm$ 21,4 (n=214)
САТ, мм рт. ст.	132,6 $\pm$ 17,5 (n=315)
МНВ	1,6 $\pm$ 0,6 (n=230)
Тривалість АКТ, міс	6,5 $\pm$ 12,5 (n=293)
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	30,4 $\pm$ 5,2 (n=308)
Тривога (HADS), бали	6,1 $\pm$ 3,1 (n=285)
Депресія (HADS), бали	4,7 $\pm$ 3,3 (n=285)
Фізичне благополуччя (HQ), бали	1,6 $\pm$ 0,8 (n=283)
Емоційне благополуччя (HQ), бали	2,1 $\pm$ 0,7 (n=283)
ФВ ЛШ, %	53,6 $\pm$ 10,9 (n=318)
Em лат, см/с	12,2 $\pm$ 3,5 (n=318)
Індекс ЛП, мл/м <sup>2</sup>	40,5 $\pm$ 9,5 (n=320)
St, см/с	11,8 $\pm$ 2,5 (n=320)
СТЛА, мм рт. ст.	39,1 $\pm$ 10,7 (n=176)
СШВЛП, см/с	35,3 $\pm$ 15,9 (n=291)
Кліренс креатиніну, мл/хв	90 $\pm$ 29 (n=287)
<b>Частота виявлення, абс. (%)</b>	
Вік $\geq 65$ років	122 (38,1 %)
III–IV ФК за NYHA	52 (19,9 %)
III–IV клас за EHRA	173 (56,3 %)
IV клас за EHRA	30 (9,74 %)
Кількість балів за CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc $\geq 2$	216 (67,7 %)
ЧСС $> 110$ за 1 хв	68 (31,8 %)
САТ $\geq 160$ мм рт. ст.	31 (10,1 %)
МНВ 2–3	45 (19,6 %)
АКТ	174 (59,4 %)
ІМТ $\geq 25$ кг/м <sup>2</sup>	268 (87,0 %)
Тривога (HADS) $\geq 7$ балів	129 (45,3 %)
Депресія (HADS) $\geq 7$ балів	72 (25,3 %)
Фізичне благополуччя (HQ) $< 1,8$ бала	153 (54,1 %)
Емоційне благополуччя (HQ) $< 1,8$ бала	95 (33,6 %)
ФВ ЛШ $< 40$ %	41 (12,8 %)
СШВЛП $< 20$ см/с	51 (17,5 %)
ТЕУ в анамнезі	26 (8,1 %) (n=322)
ІММЛШ, см	106,5 $\pm$ 26,5 (n=318)
ТМШП, см	1,4 $\pm$ 0,3 (n=318)
ТЗС ЛШ, см	1,2 $\pm$ 0,2 (n=318)

**Примітка.** САТ – систолічний артеріальний тиск; СТЛА – систолічний тиск у легеневій артерії; ТЕУ – тромбоемболічні ускладнення.

( $P=0,07$ ) не відрізнявся між групами (1,9 $\pm$ 0,7 проти 2,1 $\pm$ 0,8 у хворих з повторним епізодом), але III–IV ФК за NYHA виявляли достовірно часті-

Таблиця 2

Порівняння анамнестичних, демографічних, клінічних та інструментальних показників у хворих з уперше виявленою і повторною фібриляцією передсердь,  $M \pm SD$

Показник	Вперше виникла ФП (n=104)	Повторна ФП n=(220)	P
Тривалість анамнезу ФП, роки	0,8±1,6	5,3±5,1	<0,0001
Тривалість епізоду ФП, міс	4,4±4,7	4,3±8,7	0,9
Вік, роки	58,8±10,0	62,1±9,4	0,004
ФК за NYHA	1,9±0,7	2,1±0,8	0,07
Клас за EHRA	2,3±0,9	2,7±0,8	0,001
Кількість балів за CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	1,8±1,2	2,3±1,4	0,002
ЧСС, за 1 хв	98,4±20,5	98,8±21,7	0,9
САТ, мм рт. ст.	133,9±17,5	132,4±17,7	0,5
ДАТ, мм рт. ст.	85,0±12,8	83,1±12,5	0,2
МНВ	1,5±0,5	1,6±0,6	0,3
Тривалість АКТ, міс	3,9±15,7	7,2±11,1	0,1
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	31,6±5,9	29,8±4,8	0,005
Тривога (HADS), бали	5,5±2,8	6,5±3,2	0,02
Депресія (HADS), бали	4,4±3,5	4,8±3,1	0,4
Фізичне благополуччя (НQ), бали	1,8±0,7	1,5±0,8	0,0006
Емоційне благополуччя (НQ), бали	2,3±0,6	2,0±0,8	0,0002
Індекс КДО, мл/м <sup>2</sup>	58,7±16,1	51,4±16,9	0,0003
ФВ ЛШ, %	51,8±11,3	54,5±10,6	0,04
Sm ср, см/с	7,1±1,9	7,2±1,9	0,7
Em лат, см/с	12,2±3,3	12,3±3,6	0,8
Індекс ЛП, мл/м <sup>2</sup>	40,5±7,8	40,4±10,2	1,0
Індекс ПП, мл/м <sup>2</sup>	34,7±8,6	33,5±10,1	0,3
St, см/с	11,7±2,6	11,9±2,6	0,5
ІММЛШ, см	109,0±27,9	105,1±26,0	0,2
ТМШП, см	1,4±0,2	1,4±0,3	1,0
ТЗС ЛШ, см	1,2±0,2	1,2±0,1	0,3
СТЛА, мм рт. ст.	39,1±10,4	38,7±10,5	0,8
СШВЛП, см/с	34,3±14,5	35,8±16,7	0,5

**Примітка.** ДАТ – діастолічний артеріальний тиск; ПП – праве передсердя.

ше в групі з повторним епізодом аритмії (24,4 проти 11,9 %;  $P=0,02$ ; табл. 3).

Пацієнти обох груп мали однакову СШВЛП. Дисфункцію ВЛП зі СШВЛП < 30 см/с виявляли однаково часто в обох групах (46,6 проти 43,4 %). На окрему увагу заслуговує й те, що як сладж у ВЛП, так і тромби в ньому не реєстрували рідше в групі з уперше виявленою ФП. Так, тромб у ВЛП відзначено у 6,8 проти 11 % ( $P=0,25$ ), а сладж – у 4,8 проти 11,1 % ( $P=0,07$ ) для груп з уперше виявленою і повторною ФП відповідно.

З іншого боку, емоційний стан пацієнтів та рівень якості життя або не відрізнялися, або були кращими у хворих з уперше виявленою ФП. Так, рівень тривоги був достовірно вищим у пацієнтів з повторним епізодом аритмії (6,5 проти 5,5 бала;  $P=0,02$ ), а рівень депресії не відрізнявся в групах і дорівнював у середньому 4,7 бала ( $P=0,4$ ). Фізичний (1,5 проти 1,8 бала;  $P=0,0006$ ) і емоційний (2,0 проти 2,3 бала;  $P=0,0002$ ) компоненти якості життя були достовірно нижчими в пацієнтів з повторним епізодом аритмії. Проте якщо розглядати клінічно значущі порушення, то частота тривоги за шкалою HADS  $\geq 11$  балів у групі з повторним епізодом ФП була вищою (12,1 проти 5,15 %) лише на рівні тенденції ( $P=0,05$ ), а частота виявлення депресії за шкалою HADS  $\geq 11$  балів у хворих з першим епізодом ФП становила 9,2 проти 4,7 % з повторним, різниця виявилася недостовірною ( $P=0,14$ ). Значно знижений рівень фізичного компонента за HeartQol (< 1,8 бала) частіше, але лише на рівні тенденції, відзначали в пацієнтів з повторним епізодом ФП (у 58,4 проти 46,3 %;  $P=0,05$ ), а зниження емоційного компонента за HeartQol < 1,8 бала достовірно частіше виявляли саме в пацієнтів з повторним епізодом аритмії (40 проти 20 %;  $P=0,0007$ ).

Незважаючи на те, що хворі з повторним епізодом аритмії були достовірно більш прихильними до терапії, проте на момент залучення в дослідження серед пацієнтів, які приймали варфарин, значення МНВ 2–3 було досягнуто у 16,2 % осіб із уперше виявленою ФП і у 20,9 % у пацієнтів з повторним епізодом ( $P=0,4$ ; табл. 4). Також хворі з повторним епізодом, за даними опитування, достовірно частіше протягом року приймали ліки, призначені лікарем.

У той час як епідеміологія, клінічні ускладнення і вартість лікування ФП були і залишаються предметом детального вивчення, значно менше уваги приділяється вивченню питань, пов'язаних із хворим, а саме якості життя. ФП значно погіршує якість життя пацієнтів. За даними одного дослідження, в осіб з уперше виявленою ФП якість життя була помірно порушена на початку, проте швидко досягла рівня популяції і залишалася стабільною протягом першого року спостереження внаслідок утримання синусового ритму в 73 % хворих. Водночас предиктором погіршення якості життя і навантаження симптомами була жіноча стать. Пацієнти віком понад 65 років повідомляли про менш виражене погіршення якості життя [11]. В іншому дослідженні

Таблиця 3

Частота виявлення виражених симптомів аритмії, зниження якості життя, порушення емоційного стану, ознак тромбоемболії та тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з уперше виявленою і повторною фібриляцією передсердь

Показник	Вперше виявлена ФП	Повторна ФП	P
ЧСС > 110 за 1 хв	30,8 %	32,6 %	0,7
III–IV ФК за NYHA	11,9 %	24,4 %	0,02
IV клас за EHRA	7,1 %	10,9 %	0,3
Тривога (HADS) < 11 балів	5,15 %	12,1 %	0,05
Депресія (HADS) ≥ 11 балів	9,2 %	4,7 %	0,14
Фізичне благополуччя (HQ) < 1,8 бала	46,3 %	58,4 %	0,05
Емоційне благополуччя (HQ) < 1,8 бала	20 %	40 %	0,0007
Порушення сегментарної скоротливості ЛШ	34,3 %	31,5 %	0,6
ФВ ЛШ < 40 %	17,3 %	11,1 %	0,1
СШВЛП < 30 см/с	46,6 %	43,4 %	0,6
Тромб у ВЛП	6,8 %	11 %	0,25
Сладж у ВЛП	4,8 %	11,1 %	0,07
Тромб у ЛШ	4,1 %	4,8 %	0,8
ІМТ ≥ 35 кг/м <sup>2</sup>	23,3 %	12 %	0,01
Кліренс креатиніну < 90 мл/хв	47,2 %	59,1 %	0,06

Таблиця 4

Прихильність до терапії за даними опитування серед хворих із уперше виявленою і повторною ФП

Показник	Вперше виявлена ФП	Повторна ФП	P
АКТ	48 %	65 %	0,004
Контроль МНВ регулярно	12 %	26,3 %	0,001
МНВ 2–3	16,2 %	20,9 %	0,4
Контроль МНВ не регулярно	13,2 %	21,6 %	0,04
Не контролюю МНВ / Не знаю, що таке МНВ	74,7 %	52 %	0,001
Приймав ліки, призначені лікарем, протягом останнього року весь час	29,2 %	61,6 %	<0,0001
Приймав ліки, призначені лікарем, протягом останнього року менше половини часу	46,1 %	20,3 %	<0,0001

ФП призводила до значного зниження фізичного компонента якості життя, значної втрати активності й достовірно більшої частоти випадків госпіталізації та візитів невідкладної допомоги порівняно з хворими без ФП. У тому ж дослідженні при корекції коваріат щодо демографічних показників, способу життя і коморбідних станів пацієнти з ФП достовірно частіше зазнавали депресії, болю та безсоння [4]. Й хоча на цей момент є доволі небагато даних літератури щодо якості життя у хворих з уперше виявленою ФП, результати всіх досліджень, присвячених ФП і якості життя, демонструють, що пацієнти з ФП мають значно гірший рівень якості життя порівняно зі здоровими людьми, основною популяцією і пацієнтами з іншими серцево-судинними захворюваннями.

Також є обмаль даних стосовно виражених ознак тромбоемболії в пацієнтів з уперше виявленою ФП. Вважається, що ризик утворення

тромбів при вперше виявленій ФП дорівнює такому при повторній ФП [2]. З іншого боку, за результатами одного дослідження, пацієнти з уперше виявленою ФП частіше мали серцеву недостатність, а в межах мультиваріантної моделі вперше виявлена ФП не асоціювалася з підвищеним ризиком виникнення смерті порівняно з повторною ФП незалежно від стратегії лікування. До того ж, пацієнти з уперше виявленою ФП у групі контролю ритму частіше залишалися із синусовим ритмом при спостереженні [3].

Таким чином, у хворих з уперше виявленою ФП виражені ознаки тромбоемболії, систолічну дисфункцію ЛШ реєстрували з тією ж частотою, що і в пацієнтів з повторним епізодом ФП. Найбільш виражені зміни як фізичного, так і емоційного компонентів якості життя спостерігали саме у хворих з повторним епізодом аритмії, а частота виявлення значущої тривоги і депресії достовірно не відрізнялася між групами.

## Література

1. Bjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review // *J. Psychosom. Res.* – 2002. – Vol. 52 (2). – P. 69–77.
2. Camm A.J. European Heart Rhythm Association; European Association for CardioThoracic Surgery, Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Heart J.* – 2010. – Vol. 31 (19). – P. 2369–2429.
3. Damuji A.A., Al-Damuji M.S., Marzouka G.R. et al. New-onset versus prior history of atrial fibrillation: Outcomes from the AFFIRM trial // *Amer. Heart J.* – 2015. – Vol. 170 (1). – P. 156–163.
4. Goren A., Liu X., Gupta S. et al. Quality of Life, Activity Impairment, and Healthcare Resource Utilization Associated with Atrial Fibrillation in the US National Health and Wellness Survey // *PLoS One.* – 2013. – Vol. 8 (8). – P. e71264.
5. Kleemann T., Becker T., Strauss M. et al. Prevalence and clinical impact of left atrial thrombus and dense spontaneous echo contrast in patients with atrial fibrillation and low CHADS2 score // *Eur. J. Echocardiogr.* – 2009. – Vol. 10 (3). – P. 383–388.
6. Kutner M., Nachtsheim C., Neter J. *Applied Linear Regression Models.* – 4th ed. – 2004.
7. Lang R., Bierig M., Devereux R. et al. Recommendations for Chamber Quantification: A Report from the American Society of Echocardiography's Guidelines and Standards Committee and the Chamber Quantification Writing Group, Developed in Conjunction with the European Association of Echocardiography, a Branch of the European Society of Cardiology // *J. Am. Soc. Echocardiogr.* – 2005. – Vol. 18. – P. 1440–1463.
8. McCabe P.J. Psychological distress in patients diagnosed with atrial fibrillation: The state of the science // *J. Cardiovasc. Nurs.* – 2010. – Vol. 25. – P. 40–51.
9. Nagueh S., Appleton C., Gillebert T. et al. Recommendations for the evaluation of left ventricular diastolic function by echocardiography // *J. Am. Soc. Echocardiogr.* – 2009. – Vol. 22 (2). – P. 107–133.
10. Oldridge N., Höfer S., McGee H., for the HeartQoL Project Investigators. The HeartQoL: part II. Validation of a new core health-related quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease // *Eur. J. Prev. Cardiol.* – 2014. – Vol. 21(1). – P. 98–106.
11. Reynolds M.R., Lavelle T., Essebag V. et al. Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: The fibrillation registry assessing costs, therapies, adverse events, and lifestyle (FRACTAL) study // *Am. Heart J.* – 2006. – Vol. 152. – P. 1097–1103.

Надійшла 14.10.2015 р.

## Функция миокарда и качество жизни у пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий

О.С. Сычёв, А.А. Бородай

*ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины», Киев*

**Цель работы** – оценить основные клинические характеристики, структурно-функциональные показатели и качество жизни у пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий (ФП) неклапанного происхождения.

**Материал и методы.** В проспективном срезовом исследовании приняли участие 322 пациента с фибрилляцией и трепетанием предсердий неклапанного происхождения. Первый эпизод аритмии выявлен в 104 (32,3 %) случаях. Пациентам выполнены клиничко-лабораторное исследование, трансторакальная и чреспищеводная эхокардиографии. Для оценки тревоги и депрессии использовали шкалу HADS, а для оценки качества жизни – HeartQoL, также больным проводили короткий опрос о приверженности к терапии.

**Результаты.** III–IV функциональный класс по NYHA чаще регистрировали у пациентов с повторной ФП – 24,4 % по сравнению с 11,9 % у больных с впервые выявленной ФП ( $P=0,02$ ). Фракция выброса левого желудочка < 40 % отмечена у 17,3 % по сравнению с 11,1 % больных ( $P=0,1$ ) для групп с впервые выявленной и повторной ФП соответственно. Средняя скорость изгнания из ушка левого предсердия < 30 см/с обнаруживалась у 46,6 % у пациентов с впервые выявленной ФП и у 43,4 % у больных с повторной ФП; тромб в УЛП регистрировали соответственно у 6,8 и 11 %, а сладж – у 4,8 и 11,1 %. Физический и эмоциональный компоненты качества жизни были достоверно ниже у пациентов с хронической аритмией. Однако значительно сниженный физический компонент HeartQoL < 1,8 балла выявляли у 58,4 % пациентов с повторным эпизодом по сравнению с 46,3 % ( $P=0,05$ ), а эмоциональный компонент HeartQoL < 1,8 балла достоверно чаще выявляли именно у пациентов с повторной аритмией (40 % по сравнению с 20 %,  $P=0,0007$ ). Не отмечено достоверных различий между наличием вероятной тревоги по шкале HADS  $\geq 11$  баллов и вероятной депрессии по шкале HADS  $\geq 11$  баллов в группах с впервые выявленной и повторной аритмией.

**Выводы.** У пациентов с впервые выявленной ФП выраженные признаки тромбообразования, систолическая дисфункция ЛЖ встречались с той же частотой, что и у пациентов с повторным эпизодом ФП. Наиболее выраженные изменения как физического, так и эмоционального компонентов качества жизни выявляли именно у пациентов с хронической ФП, а частота выявления вероятной тревоги и депрессии достоверно не отличались между группами.

**Ключевые слова:** впервые выявленная фибрилляция предсердий, тромб, сладж, качество жизни, тревога, депрессия.

## Myocardial function and quality of life in patients with new-onset atrial fibrillation

O.S. Sychov, A.O. Borodai

*National Scientific Center «M.D. Strazhesko Institute of Cardiology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine*

**The aim** – to evaluate clinical, echocardiographic characteristics and quality of life in patients with new-onset atrial fibrillation (AF).

**Material and methods.** In prospective, cross sectional study we examined consecutive 322 patients with non-valvular AF. New-onset AF was diagnosed in 104 (32.3 %) patients. All of them were studied by transthoracic and transesophageal echocardiography. Quality of life was assessed by HeartQol questionnaire and EHRA score. In order to assess anxiety and depression we used HADS scale.

**Results.** Functional class NYHA III–IV was more commonly detected in patients with chronic AF 24.4 % vs 11.9 % (P=0.02). Ejection fraction < 40 % was found in 17.3 % vs 11.1 %, P=0.1 for patients with new onset and chronic AF respectively. Low left atrial appendage velocity < 30 cm/s was equally common 46.6 % vs 43.4 %, P=0.6 in patients with new onset and chronic AF respectively. Left atrial appendage (LAA) thrombus was found in 6.8 % of cases with new onset AF vs 11 % of cases with chronic AF, P=0.25. Sludge in LAA was found in 4.8 % vs 11.1 %, P=0.07 for patients with new onset AF and chronic AF respectively. Patients with chronic AF had significantly worse physical 1.5 vs 1.8, P=0.0006 as well as emotional 2.0 vs 2.3, P=0.0002 components of HeartQol. Very low physical HeartQol < 1.8 was detected in chronic AF group 58.4 % vs 46.3 %, P=0.05, but difference between emotional HeartQol < 1.8 was significant, 40 % vs 20 %, P=0.0007 for chronic AF and new onset AF respectively. Probable anxiety with HADSA  $\geq$  11 was found in 12.1 % of chronic AF patients vs 5.15 % of new onset AF patients, P=0.05. The difference of incidence of probable depression with HADSD  $\geq$  11, was also insignificant for groups with new onset 9.2 % vs 4.7 % for chronic AF.

**Conclusions.** There was no differences in detection of low left atrial appendage velocity, thrombus and sludge among patients with new onset and chronic AF. The worst indices of quality of life were registered in patients with chronic AF. Difference of the incidence of anxiety and depression was insignificant between groups.

**Key words:** new-onset atrial fibrillation, thrombus, sludge, quality of life, anxiety, depression.