

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

616-071+616-08+616.12-008.313

ОСОБЛИВОСТІ АНАМНЕЗУ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Офори Ішмаель Ніі, Е.Я. Варениця, О.М. Лібрик
Івано-Франківський національний медичний університет

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Офори Ишмаель Ниі, Э.Я. Вареница, О.Н. Либрык
Ивано-Франковский национальный медицинский университет

PECULIARITIES OF ANAMNESIS AND LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Ofori Ishmael Niі, E.Ya. Warenaesia, O.M. Libryk
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Резюме. Фібриляція передсердь (ФП) – поширене порушення ритму. Одним з основних параметрів, на які опираються клініцисти як у виборі тактики її лікування, так і профілактики ускладнень, є якість життя хворих. Тому метою нашого дослідження була оцінка цього показника у хворих на ФП в залежності від різних підходів до лікування. Обстежено 254 хворих на пароксизмальну та персистуючу форми ФП та 42 практично здорові особи. У всіх хворих проводили вивчення особливостей анамнезу, наявність супутніх захворювань, обтяжуючих факторів ризику, а також проводили опитування за допомогою «Анкети з оцінки якості життя у хворих на фібриляцію передсердь» (AFEQT). З анамнезу виявлено, що у хворих з виключно медикаментозним підходом (перша дослідна група) основну частку склали випадки артеріальної гіпертензії (92,4%); третину склали випадки діагностування різних форм ІХС та ХСН (38,6% і 33,3% відповідно). В четвертій групі (після реваскуляризації ЛШ) до превалюючої причини виникнення ФП віднесено ІХС (100%). В другій (після кардіоверсії) та третій (після абляції) дослідних групах найбільша частка хворих припала також на АГ, 62,0% і 40,9% відповідно. Середнє значення сумарного балу анкети якості життя серед осіб контрольної групи становило 82,3±3,1 бали. Мінімальне значення серед опитаних набрали хворі першої групи, 53,4±4,6, що було достовірно менше в порівнянні з контрольною групою, $p < 0,05$. Сумарне середнє значення третьої групи було достовірно вище від такої першої групи, 69,3±4,6 балів проти 53,4±4,6 балів відповідно, $p < 0,05$.

Таким чином, виявлено, що найнижча якість життя характерна для осіб, яким для контролю перебігу аритмії використовувалася виключно медикаментозний підхід. Найвищу якість життя мають пацієнти після абляції. Наявність в анамнезі процедури реваскуляризації ЛШ дещо покращує якість життя, проте дана тенденція не є достовірною.

Ключові слова: фібриляція передсердь, якість життя.

Резюме. Фибрилляция предсердий (ФП) – распространенное нарушение ритма. К одному из основных параметров, на которые опираются клиницисты, как в выборе тактики ее лечения, так и профилактики осложнений, можно отнести качество жизни больных. Поэтому целью нашего исследования была оценка этого показателя у больных с ФП в зависимости от различных тактик ведения. Обследовано 254 больных с пароксизмальной и персистирующей формами ФП и 42 практически здоровых индивидуумов. У всех больных проводили исследование особенностей анамнеза, а также опрашивали с помощью «Анкеты оценки качества жизни у больных с ФП» (AFEQT Questionnaire). Из анамнеза определено, что среди больных с медикаментозным подходом (первая группа) основную часть составили случаи АГ (92,4%); треть – случаи различных форм ИБС и ХСН (38,6% и 33,3% соответственно). В четвертой группе (после реваскуляризации ЛЖ) преобладающей причиной возникновения ФП была ИБС (100%). Среднее значение суммарного балла анкеты качества жизни среди индивидуумов контрольной группы составило 82,3±3,1 балла. Минимальное значение среди опрошенных набрали больные первой группы, 53,4±4,6, что было достоверно меньше в сравнении с контрольной группой, $p < 0,05$. Суммарное среднее значение третьей группы было достоверно выше в сравнении с первой, 69,3±4,6 балла против 53,4±4,6 балла соответственно, $p < 0,05$.

Таким образом, определено, что самое низкое качество жизни характерно для больных с исключительно медикаментозным подходом. Самое высокое качество жизни характерно для лиц после абляции. Наличие в анамнезе у больных с ФП реваскуляризации ЛЖ улучшает незначительно качество жизни.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, качество жизни.

Abstract. Atrial fibrillation is a common rhythm disturbance. One of the main parameters being crucial for the choice of tactics of treatment and prevention of complications is the life quality of patients.

The objective of our study was to evaluate this indicator in patients with atrial fibrillation depending on different approaches to treatment. The study involved 254 patients with paroxysmal and persistent forms of atrial fibrillation and 42 practically healthy persons. The main features of anamnesis, presence of comorbidities, aggravating risk factors were studied as well as a survey using “AFEQT Questionnaire” was conducted. When studying the anamnesis it was revealed that patients treated by medications only (the first experimental group) had arterial hypertension as a main presumable cause of atrial fibrillation (92.4%); in one third of cases different forms of coronary artery disease and heart failure were diagnosed (38.6% and 33.3%, respectively). In the fourth group (after left ventricular revascularization) a prevailing cause of atrial fibrillation was coronary heart disease (100%). In the second group (after cardioversion) as well as in the third group (after ablation) the largest proportion of patients was also diagnosed with arterial hypertension – 62.0% and 40.9%, respectively. The mean total AFEQT score among the control group was 82.3±3.1 points. Patients of the first group scored the minimum value among interviewed patients - 53.4±4.6 - that was significantly less compared to the control group, $p < 0.05$. The total average value of the third group was significantly higher than that in the first group, 69.3±4.6 points against 53.4±4.6 points, respectively, $p < 0.05$.

Thus, it was found that the lowest life quality is typical for patients treated with medications only. The patients after ablation have the highest life quality. Left ventricle revascularization slightly improves life quality, but this trend is not statistically significant.

Keywords: atrial fibrillation; life quality.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Фібриляція передсердь (ФП) одне з найбільш поширених порушень ритму [11]. Основні зусилля медичної спільноти цілого світу спрямовані на попередження ускладнень недуги, контроль за клінічними проявами, проте обмеження працездатності та зниження якості життя, які часто супроводжують це захворювання, є не менш важливими [7]. Розробка надійного інструменту оцінки якості життя таких хворих дозволило би своєчасне виявлення порушень та їх відповідну корекцію. І хоч на даний час існує ціла низка анкет та шкал, проте досі не розроблено єдиного підходу для оцінки всього спектру життя хворих, їх фізичну працездатність та психічне благополуччя [4, 10, 13, 14]. Традиційно основні зусилля клініцистів були спрямовані на зменшення захворюваності та смертності серед хворих на ФП [8, 12]. Проте ряд досліджень демонструють в даному контексті важливість власне якості життя хворих. І ефективність багатьох медикаментів все більше і більше розглядається в контексті впливу не на конкретні симптоми, а власне на якість життя хворих, що особливо важливо для осіб старшого віку [3, 5, 8, 9].

Тому **метою нашого дослідження** було вивчення особливостей якості життя у хворих з фібриляцією передсердь.

Матеріал і методи

Усього аналізу піддано результати обстеження 254 хворих на пароксизмальну або персистуючу форми ФП, які відповідали критеріям включення та виключення. Першу дослідну групу склали 132 особи, корекція порушень ритму у яких відбувалась тільки медикаментозними засобами. У другу групу (після електричної конверсії) ввійшли 50 осіб. Третю та четверту дослідні групи (після процедур абляції та реваскуляризації відповідно) склали 22 і 50 пацієнтів, відповідно. Контрольну групу склали 42 практично здорові особи. Відбір пацієнтів в дослідження відбувався відповідно до критеріїв включення: згода пацієнта на участь в дослідженні та підписання ним наданої форми інформованої згоди, комплаєнс хворого, наявність клінічних та інструментальних критеріїв ФП згідно з протоколом надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». До критеріїв виключення були віднесені: хворі з хронічними формами ФП, гострими коронарними синдромами, запальними захворюваннями обонюнок серця. Виключались також пацієнти, у яких виникнення ФП було спровоковано очевидними розладами функціонування ендокринної системи і/або клінічно значимою клапанною патологією, важкою соматичною патологією, онкологічними захворюваннями.

Як дослідні, так і контрольна групи були релевантні за віком та статтю. Основна кількість дослідних припала на вікові категорії «40-55 років» та «60 і більше років».

У всіх хворих проводили вивчення особливостей анамнезу, наявність супутніх захворювань, обтяжуючих факторів ризику. Поряд з цим проводили опитування досліджуваних за допомогою «Анкети з оцінки якості життя у хворих на фібриляцію передсердь» (AFEQT Questionnaire) [2]. Опитувальник пропонували заповнити всім пацієнтам перед збиранням анамнезу, оцінкою скарг та об'єктивного статусу. В загальному він складається з 20 запитань, в якому питання 1-18 сформовані як оціночні судження в градації від 1 («Анітрохи не...») до 7 балів («Дуже сильно...»). Питання 19-20 відносяться до задоволення пацієнтом перебігу лікування. Враховування значення опитувальника AFEQT проводили за наступною формулою.

Загальна оцінка стану за опитувальником:

$$100 - [(загальна\ сума\ балів - кількість\ питань, на\ які\ отримано\ відповідь) / (кількість\ питань, на\ які\ отримано\ відповідь \times 6)] \times 100$$

Оцінку стану за підшкалами опитувальника проводили таким самим чином. Виділяли 3 підшкали: «Симптоми» – питання 1-4, «Щоденна активність» – питання 5-12 та «Оцінка ефекту від лікування» – питання 13-18. Підрахування балів за питання 19-20 здійснювали окремо. Отриману суму балів для кожного пацієнта інтерпретували наступним чином. Загальна сума балів приймала значення від «0» до «100», де значення «0 балів» оцінювали як надзвичайне погіршення якості життя (коли опитуваний відповів на всі запитання «Дуже сильно погіршувало, обмежувало чи турбувало»), а значення «100 балів» – як взагалі відсутність погіршення якості життя (коли опитуваний відповів на всі запитання «Анітрохи не погіршувало, обмежувало чи турбувало»). При оцінці ступеня задоволення пацієнтами ефективності від лікування використовували шкалу конверсії. Якщо пацієнт вибирав «1», це означало (за шкалою конверсії) «100», або що пацієнт повністю задоволений ефективністю лікування.

Для оцінки важкості симптомів аритмії використовувалась шкала «EHRA», де I клас свідчив про відсутність симптомів, які би обтяжували повсякденну діяльність; клас II – наявність легких симптомів, які не порушували звичайну щоденну активність; клас III – наявність важких симптомів, які порушували звичайну щоденну активність та клас IV – наявність інвалідизуючих симптомів, які виключали звичайну щоденну активність.

Вірогідність відмінності між залежними та незалежними варіантами оцінювали за допомогою t-критерію Стюдента, відмінність вважали достовірною при $p < 0,05$. Статистичне опрацювання отриманих результатів проводили з використанням стандартного пакету програми “Statistica 7.0 for Windows” (“Stat Soft”, США) [15].

Результати та їх обговорення

Аналіз даних показав, що серед досліджуваних третьої та четвертої дослідних груп не було осіб з симптомами, які би унеможлилювали повсякденну діяльність («EHRA IV») (рис. 1). Найбільше осіб з класом важкості аритмії «EHRA III» було в першій дослідній групі (особи з ФП, у яких використовувалась тільки медикаментозна терапія), 21,2%. Для

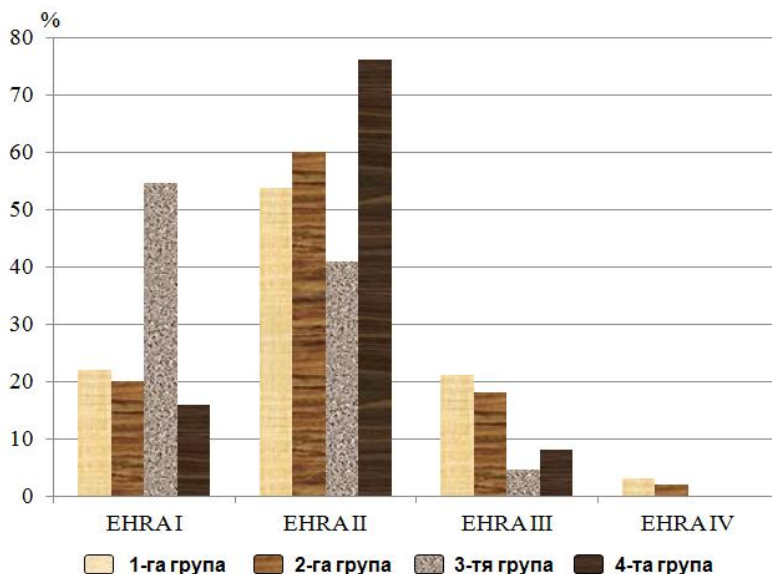


Рис. 1. Розподіл осіб дослідних груп за шкалою важкості аритмії «EHRA»

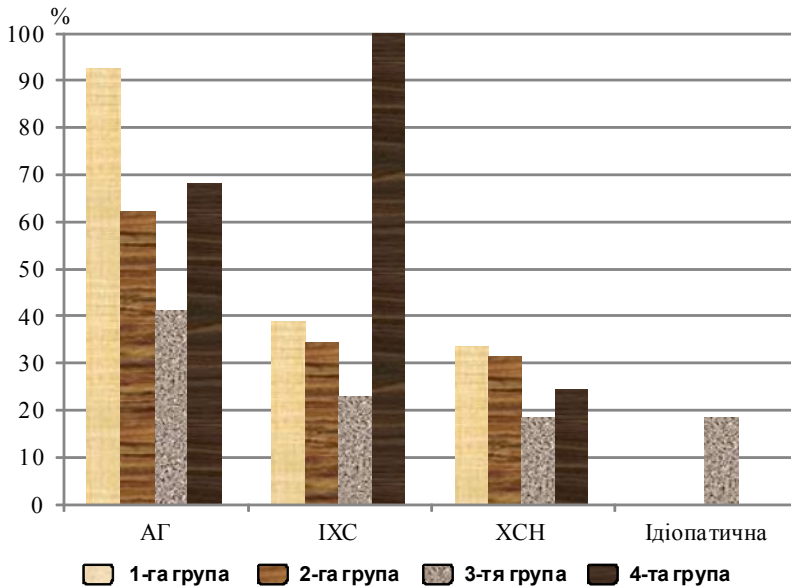


Рис. 2. Розподіл осіб дослідних груп за ймовірними причинами ФП

порівняння, осіб з таким класом серед досліджуваних другої та четвертої групи було 18,0% і 8,0% відповідно. В третій дослідній групі (після проведеної процедури абляції) таких осіб було 4,6%. Варто відзначити, що відсутність симптомів, які би обтяжували повсякденну діяльність, в третій дослідній групі було найбільше, 54,6%. В той же час, в першій та другій дослідних групах частка таких пацієнтів складала 22,0% і 20,0% відповідно. Таким чином, можна констатувати, що найбільш сприятливий перебіг (в сенсі впливу на повсякденну активність) аритмія мала у дослідних третьої групи, найбільш несприятливий – у осіб першої та другої груп. Пацієнти четвертої групи займали проміжне положення.

При оцінці анамнестичних даних були виявлені наступні закономірності. До основних ймовірних факторів виникнення та рецидивування аритмії в кожній дослідній групі віднесено кілька основних захворювань, розподіл яких носив різний характер (рис. 2). В першій дослідній групі основну частку склали випадки артеріальної гіпертензії (92,4%); третину склали випадки діагностування різних форм ІХС та ХСН (38,6% і 33,3% відповідно). В четвертій групі до преваляючої причини виникнення ФП віднесено ІХС (100%). В другій та третій дослідних групах найбільша частка хворих припала також на АГ, 62,0% і 40,9% відповідно. У фремінгемському дослідженні до найбільш частих причин ФП віднесено ХСН, інфаркт міокарда та клапанна патологія (20% у чоловіків та 31% у жінок) [6]. В дослідженні «ALFA», для порівняння, основною причиною виникнення ФП була АГ (39,4%). Далі за частотою були констатовані ІХС (16,6%) і захворювання міокарда (15,3%) [1].

При аналізі ускладнень констатовано, що розлади мозкового кровотоку найчастіше зустрічались в першій групі (де проводилась тільки медикаментозна корекція порушень ритму). Таких осіб було 19,7%. Цікаві виявились і дані четвертої дослідної групи, особам якої була виконана та чи інша процедура реваскуляризації. Більше 10% хворих даної групи мали інсульт/ТІА в анамнезі. Варто відзначити, що серед осіб другої дослідної групи таких хворих було 4,0%, а серед хворих третьої – не було взагалі. Також у осіб першої дослідної групи значно частіше спостерігались кровотечі, 20,5%. На жаль, не було даних щодо того, були вони клінічно

значимі, та, очевидно, вони були асоційовані із використанням антикоагулянтів. Кровотечі взагалі не були зафіксовані у осіб третьої дослідної групи. Поодинокі випадки прослідковувалися в четвертій дослідній групі. Одне з найгірших ускладнень – тромбоемболія гілок легеневої артерії – спостерігалася в 13,6% першої групи, 2,0% і 4,6% другої та третьої груп. Серед хворих четвертої дослідної групи вона була констатована в 6,0% випадків.

При аналізі впливу стресових чинників на дослідних (шкала самооцінки від «0» до «10» балів), виявлено, що на значний вплив стресу (самооцінка «5-7» балів) вказували 56,8% першої групи, 58,0% другої та 50,0% четвертої груп. У третій дослідній групі близько 60,0% опитаних оцінили стрес як помірний («1-4» бали). Цікаво, що відсутність впливу стресових чинників в контрольній групі відзначили близько 30,0% опитаних. Переважна більшість обстежених даної групи констатували помірний вплив стресу («1-4» балів). Для порівняння, на відсутність

дії стресу в першій та другій дослідних груп вказали тільки 12,9% і 4,0%, відповідно; в третій та четвертій – 13,6% і 6,0% дослідних. На виражений вплив стресових чинників («7-10» балів за шкалою самооцінки) вказували 4,6% дослідних третьої групи, 6,0% осіб четвертої групи, 8,3% - першої та 14,0% - другої групи. Для порівняння, осіб, які би вказували на виражений вплив стресу серед дослідних контрольної групи, не було взагалі.

Цікаві закономірності виявлені при аналізі тижневої активності, що була оцінена як кількість днів з помірною фізичною активністю на тиждень. Варто відзначити, що серед хворих майже всіх дослідних груп переважали особи, що вказували на низьку фізичну активність протягом тижня (1-2 активні дні/тиждень). Так, серед хворих першої та четвертої дослідних груп таких осіб було 65,9% і 70,0% відповідно. Більше половини таких осіб припало і на другу дослідну групу (52,0%). Тільки серед дослідних третьої групи (де проводилась процедура абляції) найбільшу частку склали хворі з помірною тижневою активністю (3-4 активних днів/тиждень).

Відображенням описаних тенденцій були також результати опитування за анкетною оцінкою якості життя у хворих із фібриляцією передсердь «AFEQT» (табл. 1). Анкета є інструментом оцінки трьох сфер самооцінки пацієнтом якості життя: наявність симптомів, фізична активність упродовж дня, занепокоєння та оцінка особливостей лікування. Насамперед варто виокремити достовірну різницю поміж дослід-

Таблиця 1. Розподіл осіб контрольної і дослідних груп за анкетною оцінкою якості життя у хворих із фібриляцією передсердь «AFEQT» (M±m)

Параметри анкети, бали	Контрольна група (n=42)	Дослідні групи (n=254)			
		перша (n=132)	друга (n=50)	третья (n=22)	четверта (n=50)
Сумарне значення	82,3±3,1	53,4±4,6*	59,6±4,2*	69,3±4,6*!	56,3±3,9*
Симптоми	80,1±3,9	58,4±4,5	57,6±3,4*	77,6±4,8	62,5±3,6
Занепокоєння лікуванням	-	56,5±3,9	61,3±3,6	72,5±4,2	60,3±4,1
Щоденна активність	89,3±2,9	51,3±3,6*	54,2±3,4*	63,3±3,4*!	57,3±3,3*
Задоволення лікуванням	-	49,8±4,0	55,3±3,0	70,9±3,7!	61,2±4,1

Примітки: 1. Вказані середні значення показників по групі; 2. * - вказано стандартне відхилення даних між контрольною та дослідними групами, p<0,05; 3. ! - вказано стандартне відхилення даних між дослідними групами 1 і 3, p<0,05

них груп щодо середніх значень сумарного балу анкети. Середнє значення сумарного балу серед осіб контрольної групи становило $82,3 \pm 3,1$ бали. Мінімальне значення серед опитаних набрали хворі першої дослідної групи, $53,4 \pm 4,6$, що було достовірно менше в порівнянні з контрольною групою, $p < 0,05$. Варто відзначити, що достовірна різниця значень була характерна і для всіх дослідних груп. Також, сумарне середнє значення третьої дослідної групи було достовірно вище від такої першої дослідної групи, $69,3 \pm 4,6$ балів проти $53,4 \pm 4,6$ балів відповідно, $p < 0,05$.

Якщо розглядати сферу симптомів, то найгірші показники, за даними опитування, були притаманні хворим першої та другої груп. Найменше симптомів продемонстрували дослідні третью групи (після абляції). Особи четвертої групи (після реваскуляризації ЛШ) за середніми значеннями балів в даній сфері зайняли проміжне положення. Цікаво також відзначити, що симптоми, пов'язані з порушенням ритму, найменше утруднювали щоденну активність у пацієнтів третьої групи. Середнє значення даного показника становило в даній групі $63,3 \pm 3,4$ балів. Для порівняння, в першій та другій групах дані показники становили $51,3 \pm 3,6$ і $54,2 \pm 3,4$ балів, відповідно. Різниця між значеннями першої та третьої дослідної груп була достовірною, $p < 0,05$.

Характерними були також показники анкети, що відображали ступінь задоволення проведеним лікуванням. Найменш задоволені лікуванням були хворі першої дослідної групи. Максимальний бал в даній групі коливався в середньому в межах $49,8 \pm 4,0$ балів. Хворі другої та четвертої дослідних груп були помірно задоволені перебігом та результатами лікування. Їх значення становили в середньому $55,3 \pm 3,0$ і $61,2 \pm 4,1$ балів, відповідно. Найкращі результати були характерні для опитаних третьої групи, середній бал яких в даній сфері ($70,9 \pm 3,7$ балів) був достовірно вищим від даного значення першої дослідної групи, $p < 0,05$.

Висновки та перспективи

Таким чином, виявлено, що найнижча якість життя, як і висока частота ускладнень характерна для осіб, яким для контролю перебігу аритмії використовувався виключно медикаментозний підхід. Застосування попередньої процедури реваскуляризації ЛШ дещо покращує якість життя, проте дана тенденція не є достовірною. Для даних осіб характерна також висока частота порушень мозкового кровообігу, проте дана тенденція потребує подальшого вивчення. Найвища якість життя притаманна особам після процедури абляції. Для них характерна найменша кількість обмежувачих симптомів та задовільна фізична активність.

Література

1. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: The Alfa Study / [S. Lixvy, M. Maarek, P. Coumel та ін.]. // *Circulation*. — 1999. — №99. — С. 3028—35.
2. Development and validation of the Atrial Fibrillation Effect on Quality of Life (AFEQT) Questionnaire in patients with atrial fibrillation / [J. Spertus, P. Dorian, R. Buben та ін.]. // *Circ Arrhythm Electrophysiol*. — 2011. — №4. — С. 15—25.
3. Effect of rate or rhythm control on quality of life in persistent atrial fibrillation. Results from the Rate Control Versus Electrical Cardioversion (RACE) study / [V. E. Hagens, A. V. Ranchor, E. Van Sonderen та ін.]. // *J Am Coll Cardiol*. — 2004. — №43. — С. 241—247.
4. Engelmann M. Assessment of quality of life in pharmacological treatment of atrial fibrillation / M. Engelmann, J. Godtfredsen. // *Heart Drug*. — 2003. — №3. — С. 14—24.
5. Engelmann M. D. Quality of life in nonpharmacologic treatment of atrial fibrillation / M. D. Engelmann, S. Pehrson. // *Eur Heart J*. — 2003. — №24. — С. 1387—1400.
6. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation: the Framingham study / W. B. Kannel, R. D. Abbot, D. D. Savage, P. M. McNamara. // *N Engl J Med*. — 1982. — №306. — С. 1018—22.
7. HRS/EHRA/ECAS Expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for personnel, policy, procedures and follow-up / [H. Calkins, J. Brugada, D. Packer та ін.]. // *Heart Rhythm*. — 2007. — №40. — С. 816—861.
8. Luderitz B. Quality of Life in Patients with atrial fibrillation / B. Luderitz, W. Jung. // *Arch Intern Med*. — 2000. — №160. — С. 1749—1757.
9. Relation between achieved Heart rate and outcomes in patients with atrial fibrillation (AFFIRM study) / [H. A. Cooper, D. A. Bloomfield, D. E. Bush та ін.]. // *Am J Cardiol*. — 2004. — №93. — С. 1247—1253.
10. Reynolds M. Quality of life in atrial fibrillation: measurement tools and impact of interventions / M. Reynolds, E. Ellis, P. Zimetbaum. // *J Cardiovasc Electrophysiol*. — 2007. — №19. — С. 762—768.
11. Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence / [Y. Miyasaka, M. Barnes, B. Gersh та ін.]. // *Circulation*. — 2006. — №114. — С. 119—125.
12. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy / [P. Dorian, W. Jung, D. Newman та ін.]. // *J Am Coll Cardiol*. — 2000. — №36. — С. 1303—1309.
13. Validating a new quality of life questionnaire for atrial fibrillation patients / [E. Braganca, B. Luna Filho, V. H. Maria та ін.]. // *Int J Cardiol*. — 2010. — №143. — С. 391—398.
14. Validation of the AF-QoL, a disease-specific quality of life questionnaire for patients with atrial fibrillation / [F. Arribas, J. M. Ormaetxe, R. Peinado та ін.]. // *Europace*. — 2010. — №12. — С. 364—370.
15. Гойго О.В. Практичне використання пакета STATISTIKA для аналізу медико-біологічних даних / О.В. Гойго. — Київ: Б. в., 2004. — 76 с

Одержано 11.01.2016 року.