

УДК 616.12-008.313.2

©С. М. Маслій

Обласна клінічна лікарня, м. Рівне

КЛІНІЧНИЙ “ПОРТРЕТ” ХВОРОГО З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

КЛІНІЧНИЙ “ПОРТРЕТ” ХВОРОГО З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ – На підставі обстеження 185 хворих, які знаходились у відділенні лікування складних порушень серцевого ритму та ендоваскулярної рентгенохірургії у 2008–2011 роках детально проаналізовано особливості клінічної симптоматики і перебігу фібриляції передсердь. Виявлено клінічну гетерогенність хворих із фібриляцією передсердь, що слід враховувати при застосуванні клінічних протоколів з метою індивідуалізації лікування.

КЛИНИЧЕСКИЙ “ПОРТРЕТ” БОЛЬНОГО С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ – В результате обследования 185 больных, находящихся в отделении лечения сложных нарушений сердечного ритма и эндоваскулярной рентгенохирургии в 2008–2011 годах детально проанализированы особенности клинической симптоматики и течения фибрилляции предсердий. Выявлено клиническую гетерогенность больных с фибрилляцией предсердий, что необходимо учитывать для индивидуализации лечения при использовании клинических протоколов.

CLINICAL “PORTRAIT” OF A PATIENT WITH ATRIAL FIBRILLATION – Based on examination of 185 patients who were at the hospital examination and treatment in the department of complex cardiac arrhythmias and endovascular surgery during 2009–2011 clinical symptoms and course of atrial fibrillation were analyzed. Clinical heterogeneity was detected in patients with atrial fibrillation, that should be considered in the application of clinical protocols for individualizing the treatment.

Ключові слова: фібриляція передсердь, клінічна симптоматика.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, клиническая симптоматика.

Key words: atrial fibrillation, clinical symptoms.

Аритмії були і залишаються актуальною проблемою кардіології. Найпоширенішим порушенням ритму в клінічній практиці є фібриляція передсердь (ФП) [1]. Згідно з сучасними статистичними даними поширеність ФП у популяції становить 0,4–1,0 % і суттєво зростає з віком – від 0,1 % у віці менше 50 років до 9 % у 70–80 років, а в осіб понад 80 років – у 15 %. За останні 20 років частота випадків цієї патології зросла на 66 % [2].

В Україні нараховують понад 1,5 млн хворих із ФП, яка сама-собою не становить прямої загрози для життя, проте є одним із основних чинників розвитку серцевої недостатності та мозкових інсультів, від яких хворі вмирають або стають інвалідами [3]. В останнє десятиліття намітились такі негативні тенденції захворюваності на ФП – зниження віку пацієнтів, збільшення осіб із двома і більше факторами ризику даної патології [2, 4].

Питання терапії ФП широко дискутуються у сучасних наукових публікаціях і дослідженнях, проте оптимальний для віддаленого прогнозу метод лікування остаточно не визначений, що зумовлено поліетіологічністю цієї патології.

Метою дослідження стало вивчити особливості клінічної симптоматики і перебігу ФП з метою визначення основних клінічних характеристик, які презентують узагальнений “портрет” хворого на дану аритмію.

Матеріали і методи дослідження було залучено 185 хворих із ФП, які знаходились на стаціонарному обстеженні й лікуванні у відділенні лікування складних порушень серцевого ритму та ендоваскулярної рентгенохірургії упродовж 2008–2011 років. Для верифікації діагнозу ФП використано критерії EHRA (2007 р.). Обстеження включало антропометричні дані, основні фактори ризику (ФР), клінічну характеристику патології, ускладнення, лабораторні та інструментальні дані (електро- й ехокардіографія), рентгенографія та аналіз протоколів лікування.

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою програм SPSS® v.13.0. Standart Version (SPSS Inc.). Критичний рівень значущості (p) при перевірці статистичних даних був меншим 0,05. Для порівняння середніх значень між групами використовували неспарений t-тест, при цьому критерій Стюдента застосовували в разі нормального розподілу за рівності генеральних дисперсій порівнюваних вибірок, які перевіряли за допомогою F-критерію Фішера та модифікованого тесту Levene. В інших випадках для порівняння отриманих результатів використовували непараметричний ранговий критерій Манна-Уїтні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Фібриляцію передсердь верифіковано у 185 пацієнтів, з них 122 (65,69 %) чоловіки та 63 (34,31 %) жінки (p=0,003). Середній вік хворих становив (54,77±0,98) року. Вікову і статеву структуру пацієнтів з ФП відображено на рисунку 1.

Як видно з рисунку 1, у молодому і зрілому віці ФП частіше реєстрували у чоловіків (p=0,023), а після 60 років – у жінок (p=0,050). Якщо у чоловіків до 45 років ФП розвивалась у 1,9 раза частіше, то після 74 років навпаки, у 1,9 раза частіше у жінок.

У цілому віковий і статевий диморфізм хворих із ФП відповідає загальним тенденціям розвитку серцево-судинної патології у популяціях і сучасним статистичним показникам.

Серед основних чинників ризику в обстежених домінувала артеріальна гіпертензія (АГ). Остання су-

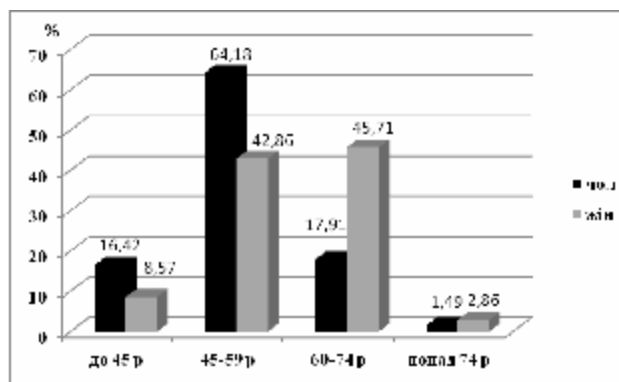


Рис. 1. Поділ хворих із фібриляцією передсердь за віком і статтю.

проводжувала ФП у 79,21 % (66,25 % чоловіків і 33,75 % жінок, $p=0,008$). Серед інших коморбідних станів частка ХОЗЛ становила 14,86 %, цукрового діабету (ЦД) 12,79 %. Тютюнокуріння констатували у третини (29,27 %) хворих із ФП.

71,2 % хворих мали ЦД 2 типу з тривалістю хвороби ($7,1\pm 2,6$) року, в решти ЦД виявлено вперше. Варто звернути увагу і на інші метаболічні порушення у хворих із ФП. Популяція обстежених пацієнтів вирізнялась наявністю надмірної маси тіла, яка зустрічалась у 65,5 % випадків, індекс Кетле в обстежених вказував на домінування ожиріння – ($30,02\pm 0,61$) $\text{кг}/\text{м}^2$. Нормальну масу тіла ($\text{IK} = (18,5-24,9) \text{кг}/\text{м}^2$) мали лише 21,35 % пацієнтів. Огрядність ($\text{IK} = (25,0-29,9) \text{кг}/\text{м}^2$) і ожиріння – $\text{IK}=(30,0-39,9) \text{кг}/\text{м}^2$ виявлено, відповідно, у 31,46 і 40,45 % хворих із ФП. Хворобливе ожиріння ($\text{IK}>40 \text{кг}/\text{м}^2$) мало місце в 6,74 % хворих, причому усі вони були середньої вікової групи, усі мали в анамнезі АГ близько 8 років, у 60 % з них виявлено також цукровий діабет, у 83,33 % – гіперхолестеринемію і гіпертригліцеридемію. Все це дало підстави діагностувати у вказаній категорії пацієнтів метаболічний синдром. Гіперурикемію виявлено у кожного третього хворого із ФП (33,33 %) порівняно з пацієнтами із синусовим ритмом і однотипними ФР (АГ, ЦД і метаболічний синдром). Середні значення рівня сечової кислоти у цій групі становили ($385,22\pm 47,85$) $\text{ммоль}/\text{л}$, у контролі – ($283,18\pm 34,85$), $p<0,05$.

Отже, за частотою головних ФР (виняток становить ожиріння) і коморбідних станів популяція обстежених пацієнтів суттєво не різнилась від хворих із ФП, представлених у сучасних епідеміологічних оглядах. Зокрема, згідно з останніми дослідженнями [5] ожиріння виявляють у 25 %, ЦД діагностують у 20 %, ХОЗЛ – у 10–15 % хворих із ФП.

У клінічній симптоматиці переважали задишка (74,12 %), відчуття серцебиття (74,12 %) і перебої в роботі серця (61,18 %), дискомфорт у грудній клітці (41,18 %), кашель (27,71 %) і ортопноє (16,25 %). Рідше спостерігали запаморочення (8,24 %) і затерпання кінцівок (8,24 %), кардіалгії (5,88 %) або ангінозний синдром (5,88 %), зрідка – синкопальні стани (2,35 %).

За анамнестичними даними порушення ритму у вигляді ФП виявлено вперше у 19,05 % хворих, а середня тривалість анамнезу ФП у основної когорти пацієнтів становила ($33,51\pm 5,47$) місяця. Встановити час виникнення ФП не удалось у 15,48 % обстежених.

Обставини, за яких було виявлено ФП, поділяли наступним чином: поява симптомів аритмії – 31,58 %, маніфестація серцевої недостатності – 15,79 %, артеріальна гіпертензія – 10,53 %, реєстрація ЕКГ або проходження профогляду – по 5,25 %, ініціація з синкопального стану – 5,25 %. Проте у 26,32 % хворих ФП була безсимптомною, що співзвучно із даними інших досліджень [5], згідно з якими у третини пацієнтів ФП перебігає асимптомно (“німа форма”), що створює проблеми раннього виявлення патології. У 10,58 % пароксизм ФП виникали в гострий період інфаркту міокарда, а у 5,82 % хворих інфаркт міокарда виникав на тлі постійної форми ФП.

Детальний аналіз пароксизмів ФП дозволив виявити їх основні характеристики за частотою, тривалі-

стю, провокуючими чинниками, лікувальною тактикою та ефективністю останньої (табл. 1).

Таблиця 1. Характеристика пароксизмів фібриляції передсердь (%)

Частота нападів ФП	%
Дуже рідко (1 раз у рік)	10,00
Рідко (від 6 міс. до року)	35,00
Часто (щомісячно)	25,00
Дуже часто (в межах місяця)	30,00
Середня тривалість епізодів ФП	
Деякі години	33,33
До доби	33,33
До 48 год	6,67
До 72 год	26,67
Прояви ФП	
Симптомна ФП	75,00
Безсимптомна ФП	25,00
Провокуючі чинники пароксизмальної ФП	
Відсутні	16,67
Алкоголь	3,33
Фізнавантаження	43,33
Стрес (в т.ч. операції, травми)	20,00
Підвищення АТ	10,00
Переїдання, переохолодження	6,67
Спосіб закінчення пароксизму ФП	
Самостійно	37,50
Лікування (медикаментозне або електрична кардіоверсія)	62,50

Як видно з таблиці 1, більше половини обстежених мали часті рецидиви ФП з їх тривалістю, характерною для пароксизмальної форми, яка у 2/3 випадків супроводжувалась симптомами аритмії. За вираженістю симптомів (EHRA, 2010) хворих поділили на наступні класи: відсутність симптомів (I клас) – у 25,00 %, помірні симптоми без порушення щоденної активності (II) – у 48,61 %, виражені симптоми з обмеженням активності (III) – у 22,22 % і інвалідизуюча ФП (IV) – у 4,17 %.

У 37,5 % спонтанно відновлювався синусовий ритм. Середня тривалість останнього зриву ритму в досліджуваних пацієнтів становила ($15,50\pm 5,05$) дня.

Електрокардіографічно ФП реєстрували у 68,97 %, тріпотіння передсердь – 31,03 %.

У цілому тривалість анамнезу ФП склала ($28,10\pm 4,81$) місяця, з поступовим подовженням тривалості пароксизмів, а тривалість стійкого синусового ритму – ($7,67\pm 2,33$) місяця. Багатомісячну протирецидивну антиаритмічну терапію отримувало лише 62,79 % хворих. Однак достовірної різниці у виникненні рецидиву аритмії та частоти рецидивів, порівняно із пацієнтами, які отримували лише “лікування на вимогу”, не встановлено.

Слід зазначити, що у 20 % хворих при персистуючій ФП спостерігали її трансформацію у постійну форму. В іншому випадку простежували відновлення синусового ритму в пацієнта з діагностованою попередньо тривалою постійною формою ФП, що слід розцінювати згідно з останньою класифікацією [5], як “тривало персистуючу ФП”.

У цілому за клінічними формами частка пацієнтів з персистуючою ФП (48,84 %) удвічі переважала над частотою хворих з пароксизмальною (27,90 %), $p=0,048$ і перманентною формами (23,26 %), $p=0,033$.

ВИСНОВКИ Аналіз можливих провокуючих чинників виникнення пароксизмів ФП, їх трансформації у персистуючу і перманентну форми, не дав однозначної відповіді, а розмаїття клінічних проявів і особливостей перебігу патології вказують на клінічну гетерогенність хворих із ФП що, очевидно, має вирішальне значення у виборі стратегії і тактики лікування.

Звідси **перспективним напрямком досліджень** є пошук шляхів підвищення ефективності лікування ФП з індивідуалізацією чинних клінічних стандартів надання медичної допомоги.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Жаринов О. И. Ведение пациентов с фибрилляцией предсердий в соответствии с новыми международными рекомендациями / О. И. Жаринов // Здоров'я України – 2006. – № 18. – С. 15.
2. Европейське оглядове дослідження фібриляції передсердь: результати, отримані в Україні (клініко-демографічні показники) / О. С. Сичов, Г. М. Солов'ян, О. В. Срібна [та ін.] // Укр. кардіол. журн. – 2006. – № 1. – С. 30–34.
3. Частота розвитку тромбоемболічних ускладнень у хворих з різними формами фібриляції передсердь неклапанного генезу та застосування антитромботичних препаратів (ретроспективне дослідження) / М. З. Чередниченко, О. С. Сичов, О. І. Фролов, Л. О. Шабільянова // Укр. кардіол. журн. – 2008. – № 2. – С. 34–36.
4. Шуба О. В. Вивчення поширеності та оцінка факторів виникнення різних форм фібриляції-тріпотіння передсердь в неорганізованій міській популяції за даними клініко-епідеміологічного дослідження // Галицький лікарський вісник. – 2005. – № 2. – С. 59–62.
5. Діагностика та лікування фібриляції передсердь. Рекомендації робочої групи щодо порушень серцевого ритму Асоціації кардіологів України. – Київ, 2011. – 156 с.

Отримано 14.03.12