

# Профіль серцево-судинного ризику та лікування фібриляції передсердь в українській популяції міжнародного оглядового дослідження RealiseAF

О.Й. Жарінов, О.С. Сичов, А.М. Гонтар, Л. Надітч-Бруле, Ф.Г. Стег,  
від імені наукового комітету та українських учасників дослідження RealiseAF

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ  
Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ  
Госпітальний центр Біша імені Клода Бернара, м. Париж, Франція  
Компанія «Санофі» та її представництво в Україні*

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** *фібриляція передсердь, серцево-судинний ризик, антитромботична терапія*

Фібриляція передсердь (ФП) – порушення ритму серця, пов'язане з небезпекою виникнення системних тромбоемболій, а також тахікардіоміопатії, коли на тлі високої частоти скорочень серця (ЧСС) розвиваються дисфункція міокарда і серцева недостатність (СН). Серед тахіаритмій у сучасному світі ФП виникає найчастіше: у США – 2,3 млн, а в країнах Європейського Союзу – 4,5 млн пацієнтів мають пароксизмальну або персистуючу ФП [6]. Проведені в Україні поодинокі епідеміологічні дослідження свідчать про те, що поширеність ФП у нашій країні є принаймні не меншою, ніж у розвинених країнах Західної Європи та Північної Америки [2]. Крім того, існує невідповідність стану ведення хворих з ФП, зокрема, антитромботичної терапії існуючим міжнародним рекомендаціям [3]. Утім, здійснені до останнього часу оглядові дослідження не дозволяли детально оцінити характеристики серцево-судинного ризику, особливості ведення та результати лікування пацієнтів з різними формами ФП в українській популяції [1].

RealiseAF – міжнародне, оглядове, крос-секційне (одномоментне) дослідження за участю більш ніж 10 000 пацієнтів з різними формами ФП, сплановане для отримання сучасної достовірної інформації про характеристики пацієнтів, рівень серцево-судинного ризику, анамнез, симптоми ФП, її вплив на якість життя хворих, а також реальний стан ведення хворих з ФП у глобальній популяції та в різних регіонах світу. Цей проект був покликаний подолати низку

обмежень, притаманних контрольованим клінічним дослідженням, і відтак отримати інформацію, репрезентативну щодо особливостей і ведення всього спектра пацієнтів з ФП. Дослідження RealiseAF здійснювалося з дотриманням принципів належної клінічної практики і стало найбільшим за обсягом в історії вивчення ФП [10]. Активна участь у дослідженні практичних лікарів в Україні та залучення 700 пацієнтів дають змогу охарактеризувати реальну ситуацію і проблеми ведення хворих з ФП в українській популяції.

## Матеріал і методи

З жовтня 2009 року до травня 2010-го у 831 центрі у світі було загалом здійснено скринінг 11 198 осіб і відібрано 10 546 учасників, серед яких лише 23 (0,2 %) не відповідали критеріям залучення. У підсумку було проаналізовано дані, отримані у 10 523 пацієнтів з 26 країн Західної та Східної Європи, Африки, Азії, Центральної та Південної Америки. У дослідженні залучали чоловіків і жінок з ФП в анамнезі (лікованою або ні, незалежно від серцевого ритму на момент відбору), із принаймні одним епізодом ФП, документованим методами реєстрації ЕКГ або холтерівського моніторування ЕКГ протягом останніх 12 міс, або з ФП, наявною на момент обстеження. Критеріями вилучення були психічні розлади, неможливість дати інформовану згоду, виникнення ФП протягом 3 міс після кардіохірургічних втручань, а також

участь пацієнта протягом останнього місяця у клінічних дослідженнях, присвячених ФП або застосуванню антитромботичної терапії.

Для забезпечення неупередженості лікарів їх відбирали випадковим способом із переліку кардіологів та терапевтів, причому співвідношення лікарів різних фахів відображало реальну практику ведення хворих з ФП у кожній країні. В Україні в дослідженні взяли участь 70 лікарів, у тому числі 69 кардіологів і один терапевт, з різних регіонів країни. Із них 53 лікарі працювали на базі лікарень або поліклінік при стаціонарах, 17 – в умовах амбулаторного прийому хворих. Можливий термін включення послідовних пацієнтів не перевищував 6 тиж, а кількість учасників могла становити від 10 до 30 (в Україні – по 10 хворих для кожного центру). В індивідуальну реєстраційну карту вносили інформацію щодо демографічних характеристик, факторів ризику (ФР) розвитку серцево-судинних хвороб, анамнезу, симптомів, стратегії ведення хворих, використання антитромботичних, антиаритмічних та інших медикаментозних засобів, процедур та втручань. В обраних випадковим способом 10 % центрів у кожній країні здійснювали контроль якості шляхом верифікації первинних даних у всіх залучених пацієнтів.

Первинними завданнями дослідження були оцінка частоти досягнення контролю ФП (у цьому дослідженні – синусового ритму або ЧСС у спокої  $\leq 80$  за 1 хв) і описання профілю серцево-судинного ризику. Вторинні завдання полягали в описанні характеристик і ведення хворих з ФП, відповідності клінічної практики узгодженим рекомендаціям, діючим на момент включення пацієнтів [4]. Крім того, передбачалося оцінити частоту і вираженість симптомів за класифікацією Європейської асоціації серцевого ритму (European Heart Rhythm Association – EHRA) [8], вплив ФР та супутніх хвороб на ведення хворих, кількість серцево-судинних подій та втручань, які призводили до госпіталізацій протягом останніх 12 міс, зміни антиаритмічної терапії після проведеного обстеження і, врешті-решт, асоційовану зі станом здоров'я якість життя хворих з ФП.

При проведенні статистичного аналізу характеристики популяції (демографічні особливості, дані анамнезу та ФР) подавали як середні та стандартні відхилення для параметричних параметрів, а також абсолютні кількості та відсотки для якісних параметрів. Описові

аналізи були здійснені для загальної популяції, а також залежно від контролю ФП. Порівняння між групами виконували з допомогою тестів  $\chi^2$ , Стюдента або Вілкоксона. Статистичні розрахунки здійснювали з використанням програмного забезпечення SAS, версії 9.1 (США).

Спонсором дослідження RealiseAF була компанія «Санofi» (Франція), яка надала організаційну допомогу учасникам програми. Дослідження було задумане та здійснене, а його результати узагальнені академічним міжнародним наглядовим комітетом, у роботі якого представники спонсора брали участь без права голосу. Статистичний аналіз, у тому числі аналіз результатів у кожній з країн-учасниць, виконувала контрактна організація (Registrar-MAPI). Спонсор не брав участі у підготовці публікацій з викладенням результатів дослідження до друку.

## Результати та їх обговорення

### Загальна характеристика пацієнтів

В Україні у 70 центрах до дослідження було залучено 700 пацієнтів, у тому числі госпіталізованих – 317 (45,3 %), амбулаторних – 383 (54,7 %). Середній вік хворих становив (62,2 $\pm$ 10,6) року, серед них було 436 (62,3 %) чоловіків і 264 (37,7 %) жінки. Пароксизмальну ФП діагностували у 136 (19,5 %) осіб, персистоючу – у 194 (27,8 %), постійну – у 333 (47,6 %), невизначену – у 36 (5,2 %). В одного пацієнта не було даних щодо форми ФП. На момент обстеження синусовий ритм зареєстровано у 224 (32,0 %) хворих, ФП з ЧСС  $\leq 80$  за 1 хв – у 144 (20,6 %), ФП з ЧСС  $> 80$  за 1 хв – у 313 (44,7 %), стан контролю ФП не був визначений у 19 (2,7 %) пацієнтів. У більшості учасників дослідження ФП супроводжувалася певними клінічними проявами. Симптоми, пов'язані з ФП, відповідали I класу за класифікацією EHRA в 72 (10,3 %) осіб, II – в 321 (45,9 %), III – в 281 (40,1 %), IV – в 26 (3,7 %).

### Профіль серцево-судинного ризику та супутні захворювання

Вибрана популяція характеризувалася значною поширеністю ФР, які піддаються або не піддаються модифікації. Зокрема, вік понад 50 років у чоловіків і понад 65 років у жінок зафіксовано у 70,9 % пацієнтів, сімейний анамнез передчасних серцево-судинних захворю-

вань – у 34,5 %, передчасної раптової смерті – у 8,8 %, куріння (на момент обстеження або раніше) – у 13,3 %, ожиріння – в 42,8 %, артеріальну гіпертензію (АГ) – у 82,8 %, цукровий діабет – у 15,6 %, дисліпідемію – у 66,8 %. Середній рівень артеріального тиску становив  $(139,8 \pm 19,7) / (86,3 \pm 11,9)$  мм рт. ст., причому його цільових рівнів не було досягнуто у 62,4 % осіб. Індекс маси тіла –  $(29,8 \pm 5,1)$  кг/м<sup>2</sup>. Загалом дані про кількість серцево-судинних ФР були доступні в 643 хворих. Серед них жодного ФР не було виявлено в одного пацієнта (0,2 %), один ФР був наявний у 29 (4,5 %), два – в 60 (9,3 %), три і більше – в 553 (86,0 %).

У 85,7 % пацієнтів українські лікарі діагностували СН (I функціонального класу за класифікацією NYHA – у 6,2 %, II – у 44,3 %, III – у 32,0 %, IV – у 3,2 %), у 65,1 % осіб – ішемічну хворобу серця (ІХС), у 6,9 % – хвороби периферичних артерій, у 21,9 % – церебросудинні хвороби, у 18,7 % – хвороби клапанів серця. У 33,5 % за останні 12 міс сталася принаймні одна серцево-судинна подія, яка зумовила необхідність госпіталізації. У 12,9 % хворих протягом року був зареєстрований гострий коронарний синдром, у 7,4 % – інсульт, у 3,8 % – транзиторна ішемічна атака, в 9,1 % – аритмічна або аритмогенна подія, в 10,0 % – гостра декомпенсована СН, в 1,3 % – тромбоемболія легеневої артерії, в 1,6 % – інші емболічні ускладнення, в 1,1 % – великі кровотечі. Серед 667 пацієнтів, в яких було оцінено ризик тромбоемболічних ускладнень, середній бал за шкалою CHADS<sub>2</sub> становив  $(2,4 \pm 1,3)$  бала. Загалом у 518 (77,7 %) хворих рівень ризику за шкалою CHADS<sub>2</sub> був високим (два і більше балів) (табл. 1).

У частини пацієнтів протягом 12 міс, що передували обстеженню, здійснювали серцево-судинні втручання. Принаймні одне втручання виконано в 5,1 % осіб, перкутанне коронарне втручання – в 2,4 %, операція аортокоронарного шунтування – в 0,4 %, клапанне хірургічне втручання – в 1,1 %, інші (у тому числі катетерне лікування аритмій або імплантація електрокардіостимулятора) – в 1,03 % хворих. У 4,2 % пацієнтів здійснювали електричне відновлення ритму серця. Медикаментозну кардіоверсію препаратами класу I за класифікацією E.M. Vaughan Williams виконували в 9,5 %, класу III – у 26,2 % осіб.

Про тяжкість стану пацієнтів з ФП свідчила також наявність супутніх захворювань інших

Таблиця 1  
Оцінка ризику тромбоемболічних ускладнень в обстежених пацієнтів за шкалою CHADS<sub>2</sub> (n=667)

Сума балів	Кількість пацієнтів	Частка від загальної кількості
0	36	5,4 %
1	113	16,9 %
2	286	42,9 %
3	96	14,4 %
4	84	12,6 %
5	43	6,4 %
6	9	1,3 %

**Примітка.** Шкала CHADS<sub>2</sub>: СН, АГ, вік  $\geq 75$  років, цукровий діабет – по одному балу, церебросудинне захворювання – два бали [5].

органів і систем. Хронічні захворювання легень були виявлені у 12,7 % учасників, щитовидної залози – у 9,9 %, печінки – в 9,6 %, ниркова недостатність – в 9,3 %, злоякісні пухлини – в 2,4 %.

#### Антиаритмічна терапія і контроль фібриляції передсердь

До візиту включення в дослідження стратегія контролю синусового ритму була обрана в 40,1 % осіб, контролю ЧСС – в 51,1 %, жодна стратегія не була обрана в 8,7 % пацієнтів; після візиту ці показники становили відповідно 45,1; 52,6 і 2,3 %. Отже, після візиту включення збільшилася частка хворих, в яких була обрана стратегія контролю синусового ритму, і зменшилася – тих, в яких не було обрано жодної стратегії лікування ФП. Принаймні один антиаритмічний препарат на візиті включення був призначений 95,4 % пацієнтів. Препарати класу Ia (прокаїнамід) були застосовані в 1 %, класу Ic (пропафенон та інші) – у 3,4 %, класу II ( $\beta$ -адреноблокатори) – в 68,4 % (у тому числі в 46 % – з метою лікування власне ФП), класу III – в 50,7 %, (у тому числі аміодарон – 47,7 %, соталол – 2,7 %, інші – 0,7 %), класу IV – в 8,3 %, серцеві глікозиди – в 27,1 % хворих.

У багатьох випадках вибір антиаритмічних засобів не узгоджувався з міжнародними рекомендаціями, які діяли на час проведення дослідження [4]. Зокрема, препарати класу Ic в 50 % випадків призначали першими пацієнтам з ФП, в яких були наявні ІХС, СН або виражена гіпертрофія лівого шлуночка, тобто стани, при яких ці препарати вважаються засобами резерву. Аміодарон переважно призначали згідно з існуючими стандартами. Лише в 12,9 % учасни-

Таблиця 2

Призначення антитромботичних препаратів залежно від ризику тромбоемболічних ускладнень за шкалою CHADS<sub>2</sub>

Препарат	Кількість балів за шкалою CHADS <sub>2</sub>			Всього (n=667)
	0 (n=36)	1 (n=113)	≥ 2 (n=518)	
Принаймні один антиагрегант	26 (72,2 %)	67 (59,3 %)	324 (62,5 %)	417 (62,5 %)
Ацетилсаліцилова кислота	25 (69,4 %)	65 (57,5 %)	304 (58,7 %)	394 (59,1 %)
Тієнопіриди́ни	3 (8,3 %)	5 (4,4 %)	49 (9,5 %)	57 (8,5 %)
Інші антиагреганти	–	4 (3,5 %)	29 (5,6 %)	33 (4,9 %)
Принаймні один пероральний антикоагулянт	8 (22,2 %)	38 (33,6 %)	200 (38,6 %)	246 (36,9 %)
Антагоніст вітаміну К	8 (22,2 %)	36 (31,9 %)	190 (36,7 %)	234 (35,1 %)
Інші пероральні антикоагулянти	–	2 (1,8 %)	10 (1,9 %)	12 (1,8 %)
Антиагреганти і антагоністи вітаміну К	1 (2,8 %)	5 (4,4 %)	33 (6,4 %)	39 (5,8 %)

ків дослідження цей препарат був невиправдано призначений першим за відсутності ознак СН або вираженої гіпертрофії лівого шлуночка і в 14 % осіб – другим за наявності вказаних ознак. Врешті-решт, у 23,1 % випадків соталол застосували першим у хворих, в яких не було переважних показань для призначення цього препарату: ізольованої ФП, АГ без гіпертрофії лівого шлуночка або ІХС без СН.

Пацієнтам з постійною формою ФП найчастіше (57,1 %) призначали β-адреноблокатори, рідше – серцеві глікозиди (47,1 %) і антагоністи кальцію (2,4 %). У той же час 23,7 % хворих не отримували жодного засобу контролю ЧСС.

У випадку першого епізоду ФП лише 2,8 % пацієнтів взагалі не отримували антиаритмічних препаратів. Препарати класу I призначали 11,1 % хворих, класу II – 30,6 %, класу III – 83,3 %, серцеві глікозиди – 25,0 % учасників дослідження.

З огляду на наявність власне ФП і/або супутніх захворювань, обстежені отримували також інші медикаментозні засоби. Зокрема, діуретики були призначені 63,1 % пацієнтів (антагоністи альдостерону – 44,6 %), нітрати – 20,4 %, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту – 71,6 %, блокатори рецепторів ангіотензину II – 15,6 %, статини – 68,3 %, інші ліпідознижувальні засоби – 1,1 %, препарати риб'ячого жиру – 3,7 %, протидіабетичні засоби – 10,7 % осіб.

За станом контролю ФП пацієнти розподілилися таким чином: синусовий ритм на момент обстеження був зареєстрований у 32,9 %, ФП з ЧСС не більше 80 за 1 хв – у 21,1 %, ФП з ЧСС понад 80 – у 46,0 %. Отже, ФП оцінили як «контрольовану» за заздалегідь визначеними критеріями у 54 % осіб. А при застосуванні «м'якого» критерію

контролю ЧСС (не більше 110 за 1 хв) контролю ФП загалом досягли у 80,6 % хворих.

### Антитромботична терапія

Антитромботичні засоби застосовували у 94,3 % обстежених. Зокрема, антиагреганти були призначені 63,1 % хворих, пероральні антикоагулянти – 36,1 %, ін'єкційні антикоагулянти – 11,3 % (низькомолекулярні гепарини – 9,3 %, нефракціонований гепарин – 2,3 %). Виявлено суттєву невідповідність між ступенем ризику тромбоемболічних ускладнень і обраним антитромботичним засобом. Зокрема, антикоагулянти нерідко призначали пацієнтам з низьким ступенем ризику, тоді як антиагреганти застосовували в більшості осіб з високим ступенем ризику за шкалою CHADS<sub>2</sub> (табл. 2).

Контроль ефективності антикоагулянтів здійснювали протягом 6 міс, які передували обстеженню, в 33 % хворих. Рівень міжнародного нормалізованого відношення виявився в межах терапевтичного діапазону в 16,5 % осіб, нижче від терапевтичного діапазону – в 15,0 %, вище від терапевтичного діапазону – в 1,5 %.

### Фібриляція передсердь в Україні у контексті глобальних результатів

Первинними підсумками оглядового дослідження RealiseAF в Україні є, по-перше, визначений високий рівень серцево-судинного ризику і, по-друге, дані про незадовільний контроль ФП більш ніж у 40 % пацієнтів у повсякденній клінічній практиці. Порівняно з даними, отриманими для глобальної популяції [10], у нашій країні спостерігали суттєво більшу поширеність основних ФР, таких як АГ, куріння, ожиріння, дисліпідемія. Відтак у 86 % хворих виявили три або більше ФР. «Портрет» середнього пацієнта в українській

популяції характеризувався надмірною масою тіла, а також високим нормальним рівнем артеріального тиску, причому його цільових рівнів не було досягнуто в 62,4 % осіб. Крім значного тягря симптомів, особливістю української популяції була значна кількість серцево-судинних подій, які призводили до госпіталізації протягом року до моменту обстеження. Водночас кількість серцево-судинних втручань була недостатньою і значно меншою порівняно з глобальною популяцією. Очевидно, саме через зазначені причини адекватного контролю ФП за використаними в дослідженні критеріями досягали в Україні рідше, ніж у глобальній популяції. А це, в свою чергу, зумовлювало більшу вираженість симптомів, асоційованих з ФП. Причому частота симптомної ФП була суттєво більшою, ніж, наприклад, у Європейському оглядовому дослідженні ФП [9], в якому 69 % пацієнтів мали симптоми на момент обстеження.

Отримані результати свідчать про те, що при виборі антиаритмічних засобів, а також фонового лікування у хворих з ФП українські лікарі переважно дотримувалися існуючих рекомендацій. Відмінності порівняно з глобальною популяцією (особливо щодо переважного застосування аміодарону і  $\beta$ -адреноблокаторів) були значною мірою зумовлені відсутністю низки препаратів класу I, у тому числі флекаїніду, включеного до міжнародних рекомендацій [4]. Наголосимо також, що на час проведення дослідження в Україні ще не був доступний дронедарон – єдиний антиаритмічний засіб з доведеною здатністю зменшувати рівень серцево-судинного ризику в пацієнтів з пароксизмальною і персистуючою ФП [7].

Але найбільшою проблемою, очевидно, стала різниця невідповідність між високим рівнем ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень (77,7 % осіб з двома або більше балів за шкалою CHADS<sub>2</sub>) і недостатньою (36,1 %) частотою застосування пероральних антикоагулянтів. Очевидно, у випадку гіпотетичного використання шкали CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc, рекомендованої робочою групою Європейського товариства кардіологів у 2010 р. [11], ця невідповідність могла б стати ще більш відчутною. Наголосимо також, що лише приблизно в кожного шостого пацієнта з ФП антикоагулянтна терапія забезпечила досягнення рівня міжнародного нормалізованого відношення у цільовому діапазоні.

Колосальний тягар ФП у контексті симптомів, якості життя, серцево-судинного ризику, госпіталізацій, втручань та економічних втрат визначає потребу у вдосконаленні лікування цієї найбільш поширеної тахіаритмії з використанням доказової медицини.

### **Обмеження інтерпретації отриманих даних**

Інтерпретація даних, отриманих у дослідженні RealiseAF, пов'язана з певними обмеженнями. Насамперед, вони пов'язані з загальними особливостями оглядового та крос-секційного дослідження, в яке не могли бути включені хворі з певними фатальними ускладненнями ФП, а також госпіталізовані пацієнти, лікування яких здійснювалося поза кардіологічними або терапевтичними стаціонарами чи поліклініками. Оглядове дослідження не дозволяє здійснити проспективний аналіз перебігу захворювання. Ці фактори, в свою чергу, можуть спричинити недооцінку (але не перебільшення) кількості супутніх захворювань, клінічного та прогностичного впливу ФП. Очевидним специфічним обмеженням, яке певною мірою вплинуло на оцінку серцево-судинного ризику в українській популяції, стала гіпердіагностика СН. Утім, навіть за більш молодого середнього віку хворих і меншої поширеності цукрового діабету рівень ризику за шкалою CHADS<sub>2</sub> у пацієнтів, обстежених в Україні, виявився на 0,5 бала вищим, ніж у глобальній популяції. При порівнянні результатів, отриманих в українській і глобальній популяціях, варто зважати також на те, що глобальні результати включали дані, отримані в різних регіонах світу, у тому числі в Україні. Але навіть за неможливості прямого порівняння глобальних і українських результатів, яке не входило у завдання дослідження, відмінності профілю серцево-судинного ризику та лікування ФП у нашій країні є очевидними.

### **Висновки**

1. У міжнародному оглядовому крос-секційному дослідженні українська популяція пацієнтів з фібриляцією передсердь характеризувалася значним тягарем факторів серцево-судинного ризику, симптомів, зумовлених фібриляцією передсердь та частими госпіталізаціями, спричиненими серцево-судинними подіями. Водночас у 46 % хворих контроль фібриляції перед-

сердь був неадекватним, а потреба у хірургічних та інтервенційних втручаннях забезпечувалася недостатньо.

2. При оцінці медикаментозної терапії особливо відчутною є невідповідність антитромботичної терапії та контролю її ефективності діючим міжнародним рекомендаціям. Недостатньо використовують також можливості сучасної антиаритмічної терапії для зменшення серцево-судинного ризику з позицій доказової медицини.

## Література

1. Дзяк Г.В., Жарінов О.Й. Фібриляція передсердь. – К.: Четверта хвиля, 2011. – 192 с.
2. Срібна О.М., Горбась І.М. Поширеність порушень ритму та провідності серед сільського населення України // Укр. кардіол. журн. – 2008. – № 2. – С. 89-94.
3. Сичов О.С., Солов'ян Г.М., Срібна О.М. та ін. Європейське оглядове дослідження фібриляції передсердь: результати, отримані в Україні (клініко-демографічні показники) // Укр. кардіол. журн. – 2006. – № 1. – С. 30-34.
4. Fuster V., Ryden L.E., Cannom D.S. et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary: 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 (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation) // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1979-2030.
5. Gage B.F., Waterman A.D., Shannon W. et al. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation // J. Amer. Med. Assoc. – 2001. – Vol. 285. – P. 2864-2870.
6. 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 // J. Amer. Med. Assoc. – 2001. – Vol. 285. – P. 2370-2375.
7. Hohnloser S.H., Crijns H.J., van Eickels M. et al., for the ATHENA Investigators. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation // New Engl. J. Med. – 2009. – Vol. 360. – P. 668-678.
8. Kirchhof P., Auricchio A., Bax J. et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETWORK and the European Heart Rhythm Association // Europace. – 2007. – Vol. 9. – P. 1006-1023.
9. Nieuwlaat R., Capucci A., Camm A.J. et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries:

the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 2422-2434.

10. Steg P.G., Alam S., Chiang C.-E. et al., on behalf of the RealiseAF Investigators. Symptoms, functional status, and quality of life in patients with controlled and uncontrolled atrial fibrillation. Data from the RealiseAF cross-sectional international registry // Heart. – 2011 (прийнята до друку).

11. The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology. Guidelines for the management of atrial fibrillation // Eur. Heart J. – 2010. – Vol. 31. – P. 2369-2429.

Надійшла 20.10.2011 р.

## Науковий комітет дослідження

P. Steg (Голова комітету, Франція), M. Goethals (Бельгія), T. Lewalter (Німеччина), J. O'Neill (Ірландія), S. Alam (Ліван), P. Ponikowski (Польща), J. Silva Cardoso (Португалія), J. Murin (Словаччина), M. Rosenqvist (Швеція), C.-E. Chiang (Тайвань), H. Gamra (Туніс), О. Жарінов (Україна), H. Inoue (Японія).

## Перелік лікарів – учасників дослідження в Україні

Авраменко Н.Ф., Андрєєва І.О., Базелинський В.М., Батанова І.В., Беккер В.Ф., Белоус Н.М., Беш І.М., Біскуп І.П., Бондаренко Т.І., Брик А.В., Бут Н.О., Вайда Л.С., Вайда М.Ф., Василенко В.В., Вербовська О.С., Вівчар Н.М., Вишнева Н.В., Головня О.П., Горкавчук Т.І., Горобець І.М., Гуков О.Г., Деміна С., Єпанчинцева О.А., Жуков Ю.К., Завгородній А.І., Запорожець О.Б., Ільченко І.А., Карпенко Ю.І., Кемкіна І.М., Князев О.О., Кравцова О.Г., Ларіна О.А., Лозова Т.А., Масандика Н.А., Мес'янінов О.Д., Миргородська Л.І., Надорак О.П., Назарова І.Л., Некраса А.І., Оболенцева Н.М., Однороманенко Н., Ольховський Д.В., Орлов В.Е., Павленко О.М., Паштіані Р.В., Перемот Я.О., Пестун С.Б., Петровський Р.В., Пилипчук В.П., Подлужний С.Г., Помогов Ю.М., Правосудович С.О., Прасол І.М., Работа І.Д., Решотько Д.А., Романова О.М., Сиволап В.В., Стасюк Л.Б., Сичов О.С., Татарчук І.М., Тихонова С.А., Трутяк В.Я., Франскявичене Л.В., Чорнобривенко О.О., Чушак С.С., Шевченко Т.І., Щербак В.П., Щербачков К.С., Щукіна Л.О., Щепіна Н.В.

## Profile of cardiovascular risk and treatment of atrial fibrillation in the Ukrainian population of the RealiseAF international survey study

O.I. Zharinov, O.S. Sychov, A.M. Gontar, L. Naditch-Brule, P.G. Steg, on behalf of the Scientific Committee and Ukrainian participants of the RealiseAF study

*RealiseAF registry is an international, cross-sectional, observational study including more than 10 000 patients with different forms of atrial fibrillation (AF) designed to receive contemporary, reliable information regarding patients' characteristics, risk factors (RF), anamnesis, symptoms of AF, its influence upon quality of life and treatment of AF in real settings. This publication presents results received in 700 patients (Mean (SD) age 62.2 (10.6) years, 62.3 % – men), included into the study in Ukraine. Paroxysmal AF was diagnosed in 136 (19.5 %)*

patients, persistent – in 194 (27.8 %), permanent – in 333 (47.6 %), form of AF was not determined because of first episode in 36 (5.2 %) patients. Among RF age more than 50 years in men and more than 65 years in women was registered in 70.9 %, family history of premature cardiovascular diseases – in 34.5 %, of premature sudden death – in 8.8 %. Obesity was detected in 42.8 %, arterial hypertension – in 82.8 %, current smoking – in 13.3 %, diabetes mellitus – in 15.6 %, dyslipidemia – in 66.8 % patients. Heart failure was diagnosed in 85.7 % patients, coronary artery disease – in 65.1 %, peripheral artery diseases – in 6.9 %, cerebrovascular diseases – in 21.9 %, valvular heart diseases – in 18.7 %. Mean (SD) thromboembolic risk by CHADS<sub>2</sub> scale was 2.4 (1.3); this parameter was 2 and more in 77.7 % patients. At least one cardiovascular event leading to hospitalization during previous 12 months was registered in 33.5 % patients. Adequate control of AF (sinus rhythm or AF with heart rate ≤ 80 per minute) at the moment of examination was achieved in 54.0 % patients. At least one antithrombotic agent was prescribed in 94.3 % patients, antiplatelets – in 63.1 %, oral anticoagulants – in 36.1 %, injectable anticoagulants – in 11.3 %. In general, Ukrainian population was characterized by high burden of RF, concomitant cardiovascular diseases and frequent hospitalizations due to cardiovascular events. AF was not adequately controlled according to the study criteria in 46 % patients. Choice of antithrombotic agents (anticoagulants or antiplatelets) prescribed to the patients with respect to their CHADS<sub>2</sub> score significantly differed from recommendations included into 2006 ACC/AHA/ESC guidelines on treatment of AF.