

Результати ретроспективного спостереження за хворими з персистою формою фібриляції передсердь: оцінка серцево-судинних подій

О.О. Лобко, Є.В. Могильницький, С.В. Лизогуб, Л.О. Шабільянова, О.С. Сичов

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА: фібриляція передсердь, серцево-судинні події

Фібриляція передсердь (ФП) – найбільш поширене (після екстрасистолії) порушення ритму серця, питома вага якого в структурі аритмій становить майже 40 % [4]. Протягом останніх десятиріч реєструють істотне збільшення поширеності ФП. У найближчі 50 років, з урахуванням збільшення тривалості життя населення, прогнозують збільшення захворюваності на ФП майже вдвічі [7, 17].

Основними прогностично небезпечними факторами, пов'язаними з ФП, є загроза розвитку серцево-судинних подій, а саме гострих порушень мозкового кровообігу та серцево-судинної смерті [6]. На теперішній час накопичено великий фактичний матеріал щодо розвитку серцево-судинних подій, таких як гострі порушення мозкового кровообігу на тлі ФП.

Основною проблемою у хворих з ФП є прогнозування і попередження серцево-судинних подій. Тому постає питання: яка з форм ФП найнебезпечніша щодо виникнення серцево-судинних подій.

Так, за даними Фремінгемського дослідження, наявність ФП майже вдвічі збільшує летальність та в 5–7 разів, залежно від віку, – розвиток гострих порушень мозкового кровообігу [7]. Проте вплив ФП на розвиток інфаркту міокарда (ІМ) вивчено недостатньо, не визначено фактори ризику його виникнення у хворих з ФП.

За даними міжнародного епідеміологічного дослідження REACH (REduction of Atherothrombosis for Continued Health), в яке було залучено понад 60 000 пацієнтів у 43 країнах, ризик виникнення смерті, нефатального ІМ та інсульту в перший рік виявився значно вищим у хворих з ФП (5,83 %) порівняно з пацієнтами без ФП (3,17 %) [1, 12].

Значну частку хворих з ФП становлять пацієнти з серцевою недостатністю, ішемічною хворобою серця (ІХС) та гіпертонічною хворобою. За даними різних досліджень, при зростанні функціонального класу (ФК) серцевої недостатності частота ФП збільшується від 4 % у разі I ФК за NYHA (SOLVD) до 50 % у разі IV ФК (MERYT-HF) [10, 11].

Як встановлено у дослідженні EURO-HEART-AF-SURVEY (2005), виконання рекомендацій щодо лікування ФП з метою утримання синусового ритму дуже низьке, а за даними популяційних досліджень, проведених у ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» (2006), антитромботичну терапію при постійній формі ФП приймають всього 4 % хворих [7]. Це також актуальна проблема сучасної кардіології. Тому оцінка прихильності до лікування хворих з пароксизмальною формою ФП в амбулаторних умовах допоможе визначити шляхи підвищення його ефективності відповідно до загальноприйнятих стандартів з метою запобігання виникненню серцево-судинних подій та повторних пароксизмів після відновлення синусового ритму. Це визначає доцільність проведення представлено-го дослідження.

Мета роботи – вивчити ретроспективно перебіг персистою форми фібриляції передсердь неклапанної етіології після відновлення синусового ритму й оцінити частоту серцево-судинних подій.

Матеріал і методи

Проаналізовано дані перебігу хвороби у 544 пацієнтів (60,11 % чоловіків і 39,89 % жінок) віком (58,7±8,0) року. Всі хворі мали персистою форму ФП, і всім було в клініці відновлено

синусовий ритм. Тривалість анамнезу аритмії (виникнення пароксизмів ФП протягом життя пацієнта) в середньому становила (65,3±29,0) міс, тривалість пароксизму, який спричинив госпіталізацію хворого, – (129,1±46,0) дня. Вперше зафіксований пароксизм ФП мав місце у 16 % осіб. Ретроспективне спостереження тривало 5–14 років, у середньому (9±3) роки. Основними захворюваннями у більшості пацієнтів були ІХС – у 413 (75,9 %), гіпертонічна хвороба – у 361 (66,36 %), серцева недостатність I–IIA стадії – у 443 (81 %). Серед обстежених хворих 26 % – курці, збільшений індекс маси тіла мали 38 % осіб.

У роботі використали такі методи дослідження: клінічне спостереження хворих, анкетування пацієнтів, які були виписані зі стаціонару після успішного відновлення синусового ритму, та статистичний аналіз отриманих даних.

Результати та їх обговорення

Після успішної кардіоверсії впродовж усього періоду спостереження синусовий ритм зберігався у 18,5 % хворих, персистоючу форму ФП (тобто виникнення пароксизмів і відновлення синусового ритму в подальшому) спостерігали у 49,6 % пацієнтів, постійну форму ФП – у 31,9 % (рис. 1).

За даними тривалого ((9±3) роки) спостереження, в яке було залучено пацієнтів, що проходили стаціонарне лікування у відділі аритмії серця ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска», серйозні серцево-судинні події відзначено у 109 (20 %) хворих: ІМ – у 47 (8,6 %), фатальний – у 1 (0,18 %); гострі порушення мозкового кровообігу – у 48 (8,9 %), фатальні – у 4 (0,74 %); серцево-судинну смерть – у 19 (3,5 %);

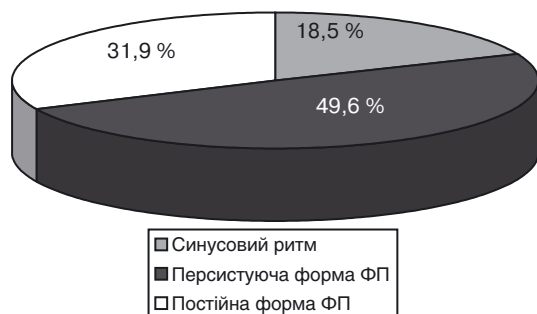


Рис. 1. Оцінка перебігу ФП за даними 9-річного ретроспективного аналізу після виписки хворих зі стаціонару з відновленим синусовим ритмом.

Таблиця 1
Частота розвитку серцево-судинних подій залежно від перебігу фібриляції передсердь, %

Показник	Збережений СР	Персистоюча ФП	Постійна ФП
ССС	0	2,46	2,63
ІМ	6,67	9,83	10,52
ГПМК	8,89	8,19	13,16
ССП	15,56	20,49*	26,32*
Без ССП	84,44	79,50*	73,68*

Примітка. ССС – серцево-судинна смерть; ССП – серцево-судинні події; ГПМК – гострі порушення мозкового кровообігу. * – різниця показників достовірна порівняно з такими у хворих зі збереженим синусовим ритмом (P<0,05). Те саме в табл. 2.

некардіальну смерть – у 4 (0,74 %). Не виникло серйозних серцево-судинних подій у 441 (81,1 %) хворого.

Залежно від клінічної форми ФП було сформовано три групи (табл. 1), і кількість серцево-судинних подій у них достовірно відрізнялася. Так, у хворих зі збереженим синусовим ритмом ІМ розвивався рідше, ніж в інших, а смерті від серцево-судинних подій протягом 9 років у цій групі не констатовано жодної.

Аналізуючи розвиток усіх серцево-судинних подій, ми також виявили їх чітку залежність від клінічної форми ФП. Так, у групі хворих зі збереженим синусовим ритмом достовірно рідше відбувалися серцево-судинні події (15,56 %), порівняно з хворими з персистоючою (20,49 %) та постійною (26,32 %) формами ФП. Отримані результати щодо розвитку серцево-судинних подій зіставні з даними дослідження RealiseAF, проведеного у розвинених країнах Західної Європи та Північної Америки.

Аналізували також питому вагу серцево-судинних подій у групах хворих залежно від клінічної форми ФП. Так, у пацієнтів зі збереженим синусовим ритмом питома вага серцево-судинних подій була достовірно меншою, ніж у хворих із персистоючою та постійною формами ФП. У хворих зі збереженим синусовим ритмом випадків серцево-судинної смерті не спостерігали (табл. 2).

Також було проаналізовано клініко-анамнестичні дані у хворих сформованих груп. Встановлено, що розвиток серцево-судинних подій не залежав від віку та тривалості анамнезу ФП, але відзначено тенденцію до більш частого розвитку ІМ у чоловіків, що є закономірним, враховуючи

Таблиця 2

Питома вага серцево-судинних подій у групах залежно від перебігу фібриляції передсердь

Показник	Збережений СР	Персистуюча ФП	Постійна ФП
ССС	0	33,4*	66,6*
ІМ	9,43	43,39*	47,18*
ГПМК	13,22	43,39*	43,39*
ССП	12,38	41,59*	46,03*
Без ССП	46,39	28,57*	25,04*

досить молодий середній вік пацієнтів – 57–58 років (табл. 3).

Аналізуючи розвиток серцево-судинних подій залежно від статі, виявили, що серцево-судинна смерть та гострі порушення мозкового кровообігу частіше виникали у жінок, а ІМ – у чоловіків, але загальна кількість серцево-судинних подій майже не відрізнялася (табл. 4).

Досліджуючи пацієнтів у групах, сформованих залежно від розвитку серцево-судинних подій, з'ясували, що у групі без серцево-судинних подій було достовірно більше хворих без артеріальної гіпертензії, у той час як артеріальну гіпертензію 3-го ступеня достовірно частіше реєстрували у групах хворих із серцево-судинними подіями. Також артеріальну гіпертензію 3-го ступеня частіше спостерігали серед пацієнтів з гострими порушеннями мозкового

кровообігу, ніж серед пацієнтів з ІМ та серцево-судинною смертю (рис. 2).

Подібну картину отримали, проаналізувавши наявність серцевої недостатності у цих пацієнтів. У групі хворих без серцево-судинних подій було достовірно більше пацієнтів без серцевої недостатності або із серцевою недостатністю I стадії, тоді як серцева недостатність ІІА стадії достовірно переважала в групах хворих з різними серцево-судинними подіями (рис. 3).

Також було проаналізовано взаємозв'язок розвитку серцево-судинних подій та наявності ІХС. З'ясовано, що в групах із серйозними серцево-судинними подіями достовірно частіше реєстрували ІХС, але у 21,1 % хворих, що померли від серцево-судинних подій, ІХС не задокументовано (рис. 4).

Як відомо, дуже важливим при амбулаторному веденні хворих є дотримання пацієнтами рекомендацій лікаря. Проаналізувавши прихильність пацієнтів до терапії, виявили, що адекватне лікування антиагрегантами у групах із зареєстрованими ІМ та гострими порушеннями мозкового кровообігу отримували відповідно 42,2 та 45,4 % осіб, а із серцево-судинною смертю – лише 7 % пацієнтів.

При цьому йдеться в основному тільки про ацетилсаліцилову кислоту, оскільки призначення варфарину та інших антикоагулянтів не було обу-

Таблиця 3

Клінічна характеристика хворих залежно від розвитку серцево-судинних подій

Показник	ССС	ІМ	ГПМК	ССП	Без ССП
Вік, роки (M±m)	57,7±8,0	57,8±6,4	58,1±5,8	58,7±6,5	57,8±8,0
Чоловіки, %	47,0	70,0	52,0	59,6	60,3
Анамнез ФП, міс (M±m)	67,9±37,0	61,4±34,0	67,2±36,0	65,2±29,0	64,8±34,0

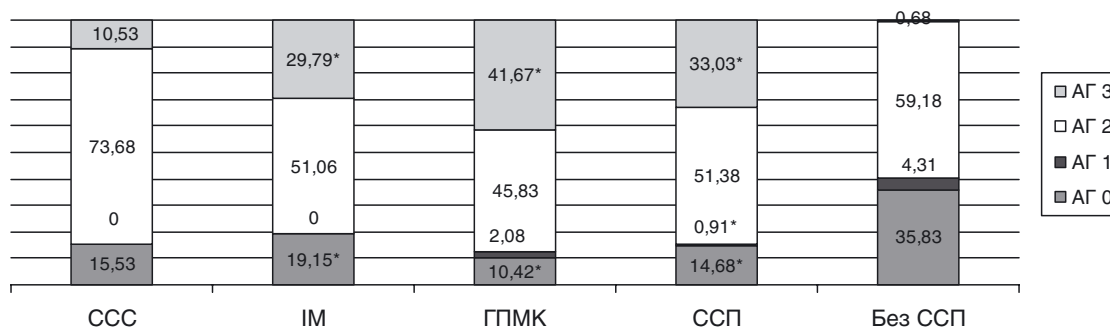


Рис. 2. Розподіл хворих за ступенем артеріальної гіпертензії (АГ) у групах залежно від розвитку серцево-судинних подій.
* – $P < 0,05$ порівняно з групою хворих без серцево-судинних подій.

Таблиця 4
Розвиток серцево-судинних подій залежно від статі хворих, %

Стать	ССС	ІМ	ГПМК	ССП	Без ССП
Жінки	4,6*	7,37*	11,52*	23,49	76,51
Чоловіки	2,4	11,62	8,25	22,27	77,73

Примітка.* – різниця показників достовірна порівняно з такими у чоловіків (P<0,05).

мовлено рекомендаціями, які існували на момент залучення хворих у дослідження.

Таким чином, за результатами 9-річного ретроспективного аналізу клінічного перебігу персистоючої форми ФП, серцево-судинні події було констатовано у 20 %: гострі порушення мозкового кровообігу – у 8,9 %, ІМ – у 8,6 % і серцево-судинну смерть – у 3,5 % хворих.

У пацієнтів без серцево-судинних подій достовірно рідше реєстрували ІХС, артеріальну гіпертензію 3-го ступеня та серцеву недостатність ІІА стадії.

Після успішної кардіоверсії впродовж усього періоду спостереження синусовий ритм зберігся у 18,5 %, персистоючу форму ФП відзначали у 49,6 %, постійну форму – у 31,9 % хворих.

У хворих на тлі синусового ритму, який після успішного відновлення утримується, відбулося достовірно менше серцево-судинних подій, на відміну від пацієнтів з персистоючою та постійною формами ФП.

Отримані результати підтверджують те, що ФП – це потенційно небезпечна аритмія, і після відновлення синусового ритму пацієнти потребують постійного спостереження, особливо, якщо вона існує на тлі органічної серцевої патології.

Література

1. Дзяк Г.В., Жарінов О.Й. Фібриляція передсердь. – К.: Четверта хвиля, 2011. – 192 с.
2. Дзяк Г.В., Локшин С.П. Мерцательная аритмия: сов-

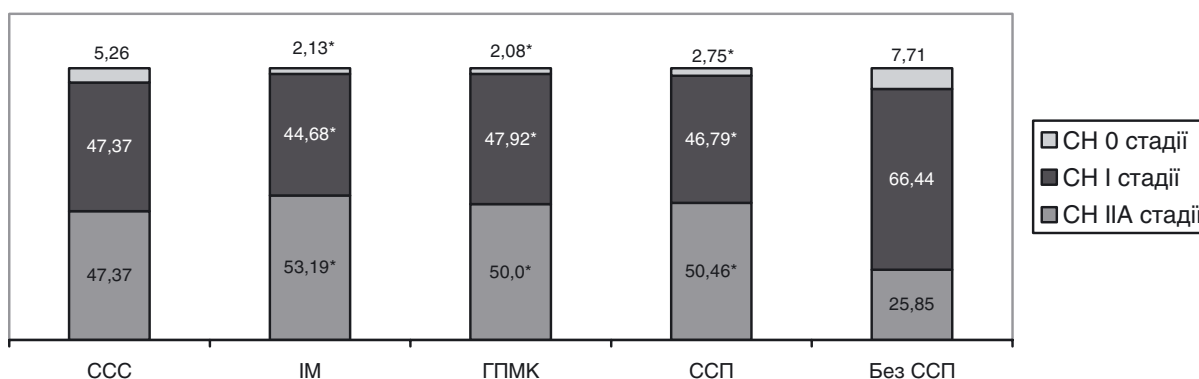


Рис. 3. Розподіл хворих за стадіями серцевої недостатності (CH) у групах залежно від розвитку серцево-судинних подій. * – P<0,05 порівняно з групою хворих без серцево-судинних подій.

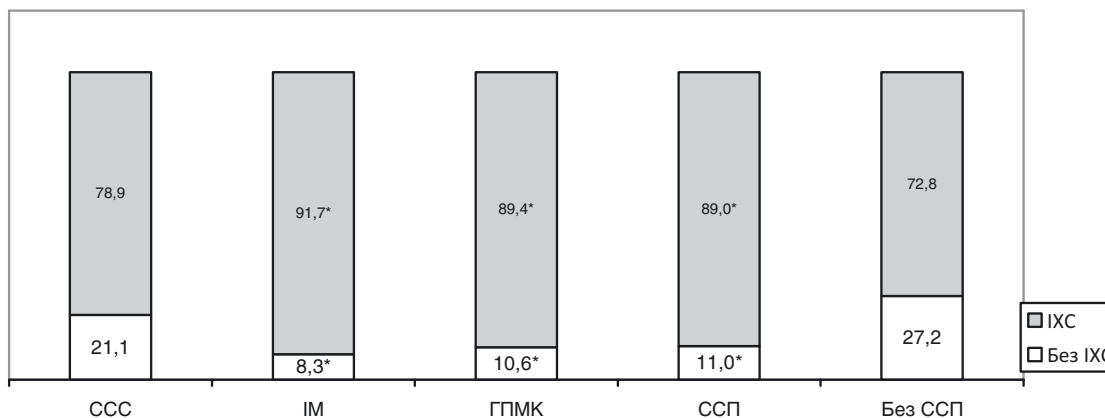


Рис. 4. Наявність ІХС у хворих залежно від розвитку серцево-судинних подій. * – P<0,05 порівняно з групою хворих без серцево-судинних подій.

- ременное состояние проблемы // Межд. мед. журн. – 1997. – № 6. – С. 6–9.
3. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации Рабочей группы по нарушениям сердечного ритма Ассоциации кардиологов Украины. – К., 2009.
4. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. – М.: Гиппократ, 2000. – 544 с.
5. Нарушения сердечного ритма и проводимости / Под ред. В.Н Коваленко, О.С. Сычева. – К., 2009. – 34 с.
6. Панченко Е.П. Профилактика кардиоэмболического инсульта у больных мерцательной аритмией // Кардиоваск. терапия и профилактика. – 2003. – № 3. – С. 64–69.
7. Сичов О.С., Горбась І.М., Срібна О.В. Епідеміологічна оцінка поширеності різних форм фібриляції/тріпотіння передсердь та факторів їх виникнення в неорганізованій міській популяції // Кровообіг та гемостаз. – 2005. – № 3–4. – С. 97–103.
8. Срібна О.М., Горбась І.М. Поширеність порушень ритму та провідності серед сільського населення України // Укр. кардіол. журн. – 2008. – № 2. – С. 89–94.
9. Сычев О.С. Руководство Европейского общества кардиологов (ESC) по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий // Therapia. – 2007. – № 2. – С. 5–12.
10. Bernard J.G., Teresa S.M., Marion E.B. et al. The changing epidemiology of non-valvular atrial fibrillation the role of novel risk factors // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 7 (Suppl. C). – P. 5–11.
11. Goldstein L.B., Adams C.R., Becker K. et al. Primary prevention of ischemic stroke. A statement for Healthcare Professionals from the stroke council of the American Heart Association // Circulation. – 2001. – Vol. 103. – P. 163–182.
12. Hart R.G., Palacio S., Pearce L.A. Atrial fibrillation, stroke, and acute antithrombotic therapy. Analysis of randomized clinical trials // Stroke. – 2002. – Vol. 33. – P. 2722–2727.
13. Illien S., Maroto-Jarvinen S., von der Recke G. et al. Atrial fibrillation: relation between clinical risk factors and transesophageal echocardiographic risk factors for thromboembolism // Heart. – 2003. – Vol. 89. – P. 165–168.
14. Kirchhof P, Auricchio A., Bax J. et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary. Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETwork (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA) // Eur. Heart J. – 2007. – Vol. 28. – P. 2803–2817.
15. Krahn A.D., Manfreda J., Tate R. et al. The natural history of atrial fibrillation: incidence, risk factors and prognosis in the Manitoba Follow-Up Study // Amer. J. Med. – 1995. – Vol. 98. – P. 476–484.
16. Piccini J.P., Hasselblad V., Peterson E.D. et al. Comparative efficacy of dronedarone and amiodarone for the maintenance of sinus rhythm in patients with atrial fibrillation // J. Amer. Coll. Cardiol. – 2009. – Vol. 54. – P. 1089–1095.
17. Shinokawa N., Hirai T., Takashima S. et al. Transesophageal echocardiographic study on risk factors for stroke in elderly patients with atrial fibrillation. A comparison with younger patients // Chest. – 2001. – Vol. 120. – P. 2001–2009.
18. Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: The Framingham Study // Stroke. – 1991. – Vol. 22. – P. 983–988.

Надійшла 22.03.2012 р.

Retrospective monitoring of patients with persistent atrial fibrillation: assessment of cardiovascular events

O.O. Lobko, Ye.V. Mogylnytskyi, S.V. Lyzogub, L.O. Shabilyanova, O.S. Sychov

Objective of the study was to evaluate sinus rhythm (SR) maintenance and cardiovascular outcomes in patients with persistent non-valvular atrial fibrillation (AF) after cardioversion. We analysed data from 544 patients, mean age 58.7±8.0 years, with mean duration of the disease 65,3 months. Duration of follow-up was 9±3 years. Ischemic heart disease was found in 75 % patients and hypertension – in 66 % patients. During follow-up after cardioversion sinus rhythm was maintained in 18.5 %, persistent with new AF episodes – in 49.6 %, and evolution to permanent AF occurred in 31.9 % of patients. In 109 (20 %) of patients following cardiovascular events were observed: stroke – in 48 patients (8.9 %), myocardial infarction – in 47 patients (8.6 %), cardiovascular death – in 19 patients (3.5 %), non-cardiac death – in 4 patients (0.74 %). Third grade arterial hypertension was significantly more often observed in patients with cardiovascular events.