

УДК 616.12-008.313+616.89-008.44-036.868-055

Гендерні особливості якості життя та емоційного стану у хворих з фібриляцією та тріпотінням передсердь неклапанного походження

О.С. Сичов, А.О. Бородай, О.М. Романова, С.В. Лизогуб, О.В. Срібна, О.В. Левчук, Е.С. Бородай

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

КЛЮЧОВІ СЛОВА: фібриляція передсердь, стать, якість життя, тривога, депресія, прихильність до терапії

Фібриляція передсердь (ФП) – найпоширеніша аритмія у світі. Її поширеність у загальній популяції – 1–2 %, що становить серйозну проблему для громадського здоров'я і зумовлює значні витрати системи охорони здоров'я у будь-якій країні світу. Дані епідеміологічних досліджень демонструють подальше зростання виникнення і поширення ФП [4]. Ця аритмія значно впливає на якість життя, підвищує ризик госпіталізації, втрати працездатності й виникнення смерті. Симптоми ФП – серцебиття, задишка, запаморочення, біль за грудниною та втома [4]. У багатьох дослідженнях вивчали негативний вплив психологічних розладів у пацієнтів з ішемічною хворобою серця, серцевою недостатністю (СН) та інфарктом міокарда [15]. Проте дані стосовно взаємозв'язку ФП та тріпотіння передсердь (ТП) з емоційним станом та якістю життя пацієнтів залишаються обмеженими. Жіноча стать – це відомий чинник ризику інсульту. Водночас питання гендерних особливостей якості життя (ЯЖ) та емоційного стану хворих з ФП залишаються актуальними.

Мета роботи – вивчити гендерні особливості якості життя й емоційного стану у хворих з фібриляцією та тріпотінням передсердь неклапанного походження.

Матеріал і методи

У дослідження залучили 322 послідовних хворих з ФП та ТП неклапанного походження: 223 (69,3 %) чоловіків та 99 (30,7 %) жінок.

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

Перший епізод аритмії виявлено у 104 (32,3 %) осіб. Більшість (229 (71,1 %) хворих) мали персистентну форму аритмії, у 31 (9,6 %) пацієнта виявлено тривалу персистентну форму ФП – ТП з тривалістю епізоду ≥ 1 року, у 29 (9,0 %) – постійну, у 33 (10,3 %) – пароксизмальну форму. Анамнез аритмії у середньому становив $(3,9 \pm 4,8)$ року, середня тривалість епізоду – $(4,5 \pm 8,1)$ міс. Супутнє ТП реєстрували у 76 (33,7 %) пацієнтів. Основними захворюваннями були ішемічна хвороба серця (у 204 (63,3 %) пацієнтів), гіпертонічна хвороба (72 (22,4 %)), міокардіофіброз (30 (9,3 %)), метаболічна кардіоміопатія (6 (1,9 %)), гіпертрофічна кардіоміо-

патія (10 (3,1 %)). Супутню артеріальну гіпертензію відзначено у 259 (80,7 %) хворих, офісний систолічний артеріальний тиск 160 мм рт. ст. і вище реєстрували у 31 (10,1 %) пацієнта. Середній вік – (60,9±9,6) року. Осіб віком ≥ 65 років було 122 (38,1 %), хворих з інфарктом міокарда в анамнезі – 23 (7,2 %), з цукровим діабетом – 53 (16,5 %). Індекс маси тіла (ІМТ) < 25 кг/м² мали лише 13 % пацієнтів. Середня сума балів за шкалою CHA₂DS₂-VASc дорівнювала 2,20±1,35, а пацієнтів із сумою балів ≥ 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 класифікацією NYHA, а 56,3 % – III–IV клас за EHRA, оцінений пацієнтами самостійно. Всім хворим виконали клінічне дослідження, ЕКГ, біохімічне дослідження крові, трансторакальну ехокардіографію.

У 285 хворих оцінювали емоційний стан за допомогою внутрішньогоспітальної шкали тривоги і депресії HADS, у 283 пацієнтів визначали якість життя за допомогою інструменту HeartQoL (HQ). У межах дослідження 230 хворих були опитані стосовно прихильності до терапії.

Ехокардіографія. Усім хворим проводили трансторакальну ехокардіографію на ультразвукових апаратах Toshiba apilio XG та Phillips HD 11 XE з використанням мультипланових черезстраходних датчиків з частотою 5 МГц та 2–7 МГц за загальноприйнятою методикою з одночасним моніторингом ЕКГ. Показники трансторакальної ехокардіографії отримані з апікальної та парастернальної позицій у режимі 2D згідно з рекомендаціями Американського товариства з ехокардіографії [13]: 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, товщину 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 та медіальному сегментах кільця мітрального клапана.

За допомогою тканинної доплерографії також оцінювали систолічну хвилю на тих самих сегментах мітрального клапана (Sm) з метою додаткового дослідження систолічної функції ЛШ і систолічну хвилю на латеральному сегменті кільця тристулкового клапана (St) в імпульсному режимі тканинної доплерографії [17].

Аналіз якості життя й емоційного стану.

Для оцінки ЯЖ пацієнтів використовували HeartQoL, який є генеричним психометричним інструментом оцінки ЯЖ з валідизацією та надійністю, доведеною в міжнародній когорті хворих зі стенокардією, інфарктом міокарда, СН 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 ЯЖ) з можливою оцінкою глобального показника [18].

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) [4].

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

Базові демографічні, клінічні й інструментальні показники досліджуваних хворих наведено в табл. 1.

Дані представлено у вигляді середнього значення (M) та стандартного відхилення (SD). Різницю між різними групами хворих аналізували за допомогою критерію χ^2 Пірсона для дискретних змінних. Для оцінки зв'язку між набором незалежних змінних із показниками ЯЖ та ступенем симптомності аритмії виконано нелінійне оцінювання за допомогою покрової логістичної регресії. Відношення шансів (ВШ) і 95 % довірчий інтервал (ДІ) розраховували для оцінки дисперсії відношення ризику [12]. Статистичний аналіз виконано з використанням пакета програм Statistica 10 (StatSoft Inc., США). Різницю показників при $P < 0,05$ розцінювали як статистично значущу.

Результати та їх обговорення

Тривалість анамнезу й епізоду аритмії не відрізнялася між групами жінок і чоловіків (табл. 2, 3). Хворі обох груп у середньому мали надлишкову масу тіла й не відрізнялися за показниками офісного артеріального тиску. Також хворі не відрізнялися за ФВ ЛШ, розмірами ЛП, показниками діастолічної функції ЛШ. Закономірно, що чоловіки мали достовірно більшу товщину стінок ЛШ і його масу. Середній вік пацієнтів обох груп був менше 65 років, пацієнтів віком менше 65 років у групі жінок було 55,6 %, а в групі чоловіків – 64,7 % ($P=0,12$). Водночас жінки мали достовірно більшу ЧСС ($P=0,009$) та достовірно вищий ФК СН за NYHA ($P < 0,0001$). Виражені симптоми аритмії найбільш часто виявляли в жінок ($P < 0,0001$). До того ж, серед жінок частота III–IV класу за EHRA становила 73,9 %, у той час як у чоловіків – лише 48,8 % ($P < 0,0001$). Погіршення ЯЖ достовірно частіше реєстрували в жінок. За даними опитувальника HeartQoL, жінки порівняно з чоловіками мали достовірно нижчий рівень як емоційного, так і фізичного компонентів ЯЖ ($P < 0,0001$). Важливо, що за результатами шкали HADS, 66,7 % жінок мали можливий (≥ 7 балів), а 24,4 % – вірогідний (≥ 11 балів) тривожний розлад, порівняно з 35,4 і 3,1 % у чоловіків. У 35,6 % жінок відзначено можливий (≥ 7 балів), а у 12,2 % – вірогідний (≥ 11 балів) депресивний розлад, у той час як у чоловіків ці показники становили відповідно 20,5 і 3,6 %. Таким чином, значне порушення фізично-

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 ₂ DS ₂ -VASc	2,2 \pm 1,4 (n=319)
ЧСС за 1 хв	98,4 \pm 21,4 (n=214)
CAT, мм рт. ст.	132,6 \pm 17,5 (n=315)
MНВ	1,6 \pm 0,6 (n=230)
Тривалість АКТ, міс	6,5 \pm 12,5 (n=293)
ІМТ, кг/м ²	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)
Е _m лат, см/с	12,2 \pm 3,5 (n=318)
Індекс ЛП, мл/м ²	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)
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)
	Частота виявлення, абс. (%)
Вік ≥ 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 ₂ DS ₂ -VASc ≥ 2	216 (67,7 %)
ЧСС > 110 за 1 хв	68 (31,8 %)
CAT ≥ 160 мм рт. ст.	31 (10,1 %)
MНВ 2–3	45 (19,6 %)
АКТ	174 (59,4 %)
ІМТ ≥ 25 кг/м ²	268 (87,0 %)
Тривога (HADS) ≥ 7 балів	129 (45,3 %)
Депресія (HADS) ≥ 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)

Примітка. CAT – систолічний артеріальний тиск; СТЛА – систолічний тиск у легеневій артерії; СШВЛП – середня швидкість вигнання з вуха лівого передсердя; ТЕУ – тромбоемболічні ускладнення.

Таблиця 2

Порівняння анамнестичних, демографічних, клінічних та інструментальних показників у хворих різної статі

Показник	Величина показника, М±SD		P
	Чоловіки (n=223)	Жінки n=(99)	
Тривалість анамнезу аритмії, роки	3,9±5,0	4,1±4,3	0,7
Тривалість епізоду, міс	4,2±7,0	4,5±9,0	0,8
Вік, роки	60,2±10	62,8±8,7	0,02
ФК за NYHA	1,8±0,7	2,4±0,8	< 0,0001
Клас за EHRA	2,4±0,8	2,9±0,7	< 0,0001
Кількість балів за CHA ₂ DS ₂ -VASc	1,8±1,3	2,9±1,1	< 0,0001
ЧСС, за 1 хв	96,2±20,6	104,4±21,9	0,009
САТ, мм рт. ст.	132,5±17,8	133,2±16,9	0,7
ДАТ, мм рт. ст.	83,9±12,8	83,4±12,2	0,7
МНВ	1,6±0,6	1,5±0,6	0,2
Тривалість АКТ, міс	5,0±9,2	8,5±17,3	0,08
ІМТ, кг/м ²	30,1±4,7	31,2±4,6	0,08
Тривога (HADS), бали	5,4±2,7	7,8±3,2	< 0,0001
Депресія (HADS), бали	4,2±3,0	5,6±3,6	0,001
Фізичне благополуччя (HQ), бали	1,8±0,9	1,2±0,8	< 0,0001
Емоційне благополуччя (HQ), бали	2,3±0,9	1,7±0,9	< 0,0001
Індекс КДО, мл/м ²	57,7±16,9	44,2±11,9	< 0,0001
ФВ ЛШ, %	53,1±11,0	54,9±10,1	0,19
Sm ср, см/с	7,3±2,0	6,9±1,7	0,06
Em лат, см/с	12,3±3,5	12,1±3,6	0,67
Індекс ЛП, мл/м ²	40,6±9,4	40,0±9,9	0,61
Індекс ПП, мл/м ²	34,7±9,8	32,0±8,9	0,02
St, см/с	12,0±2,6	11,5±2,2	0,13
ІММЛШ, см	112,0±27,3	93,1±19,0	< 0,0001
ТМШП, см	1,4±0,3	1,4±0,2	0,02
ТЗС ЛШ, см	1,2±0,2	1,2±0,1	0,0006
СТЛА, мм рт. ст.	38,3±10,4	39,9±10,6	0,3
СШВЛП, см/с	36,5±16,5	32,5±14,2	0,05

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

Таблиця 3

Порівняння частоти виявлення виражених симптомів аритмії, зниження якості життя, порушення емоційного стану в чоловіків та жінок

Показник	Жінки, %	Чоловіки, %	ВШ (95 % ДІ) для жінок	P
III–IV ФК за NYHA	34,6	13,7	3,3 (2,8–3,8)	0,0001
III–IV клас за EHRA	73,9	48,8	3,0 (2,4–3,5)	< 0,0001
Тривога (HADS) ≥ 7 балів	66,7	35,4	3,7 (3,2–4,1)	< 0,0001
Депресія (HADS) ≥ 7 балів	35,6	20,5	2,1 (1,6–2,6)	0,007
Тривога (HADS) ≥ 11 балів	24,4	3,1	10,2 (9,7–10,7)	< 0,0001
Депресія (HADS) ≥ 11 балів	12,2	3,6	3,7 (3,1–4,4)	0,005
Фізичне благополуччя (HQ) < 1,8 бала	77,3	43,6	4,4 (3,8–5,0)	< 0,0001
Емоційне благополуччя (HQ) < 1,8 бала	56,8	23,1	4,4 (3,9–4,9)	< 0,0001
Порушення сегментарної скоротливості ЛШ	29	34	НД	0,5
ФВ ЛШ < 40 %	9,3	14,5	НД	0,2

Примітка. НД – не достовірно.

Таблиця 4

Моделі множинної логістичної регресії для факторів, які асоціюються з низьким рівнем фізичного та емоційного компонентів якості життя і з високим ступенем вираження симптомів аритмії

Показник	Фізичне благополуччя (HQ) < 1,8 бала				Емоційне благополуччя (HQ) < 1,8 бала				IV клас за EHRA	
	Модель 1		Модель 2		Модель 1		Модель 2		χ^2	P
	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P		
Повторний епізод ФП	1,2	НД	1,4	НД	2,2	НД	2,3	НД	3,5	0,06
ФП/ТП	2,8	0,095	1,2	НД	4,3	0,04	2,5	НД	0,03	НД
Персистентна ФП	0,4	НД	0,05	НД	0,02	НД	0,2	НД	4,7	0,03
Жіноча стать	6,2	0,01	3,3	0,07	6,4	0,01	1,3	НД	7,1	0,008
ФК за NYHA	11,4	0,0007	9,8	0,002	8,0	0,005	6,9	0,009	6,8	0,009
ТЕУ в анамнезі	0,03	НД	0,001	НД	<0,001	НД	0,005	НД	2,5	НД
Вік	0,8	НД	0,06	НД	1,1	НД	0,2	НД	2,4	НД
Приєм призначених препаратів протягом року	0,001	НД	0,001	НД	0,02	НД	0,06	НД	11,9	0,0006
Кліренс креатиніну	0,2	НД	0,2	НД	0,07	НД	0,3	НД	0,9	НД
ІМТ	1,8	НД	1,8	НД	0,4	НД	0,3	НД	0,2	НД
ФВ ЛШ	1,3	НД	1,4	НД	0,009	НД	0,004	НД	0,5	НД
Тривога (HADS)	–	–	0,2	НД	–	–	5,5	0,02	4,1	0,04
Депресія (HADS)	–	–	10,0	0,001	–	–	11,4	0,0008	2,8	0,09

го й емоційного компонентів ЯЖ, а також розлади емоційного стану були з високим ступенем достовірності пов'язані зі статтю.

Під час аналізу ехокардіографічних показників як у жінок, так і у чоловіків однаково часто виявляли порушену скоротливу здатність ЛШ.

Для оцінки незалежних предикторів погіршення фізичного та емоційного компонентів ЯЖ побудовано дві моделі логістичної регресії (табл. 4). У межах першої моделі жіноча стать разом із ФК за NYHA були предикторами погіршення обох компонентів ЯЖ, незалежними один від одного та від повторного епізоду ФП/ТП (який був незалежним предиктором для емоційного компонента HQ), ТЕУ в анамнезі, віку, прихильності до терапії, кліренсу креатиніну, ІМТ, ФВ ЛШ. Проте, на відміну від ФК за NYHA, жіноча стать і ФП/ТП виявилися предикторами, залежними від фактора депресії за шкалою HADS для фізичного компонента HQ і, додатково від показника HADS тривоги, для емоційного компонента HQ. Слід деталізувати, що в межах моделі для емоційного компонента ЯЖ 72,4 % хворих з HQ < 1,8 бала мали ФП, 18,4 % – ФП та ТП і лише 9,2 % – типове ТП.

У межах моделі логістичної регресії оцінки ступеня симптомності аритмії жіноча стать, персистентна ФП, ФК за NYHA, ступінь прихильності до терапії та рівень тривоги були незалежними

один від одного, а також від повторного епізоду аритмії, ФП/ТП, ТЕУ в анамнезі, віку, кліренсу креатиніну, ІМТ, ФВ ЛШ, IV класу за EHRA (див. табл. 4). Слід деталізувати, що серед хворих з IV класом за EHRA, за даними опитування, 36,7 % хворих приймали ліки весь час, а серед хворих, що приймали призначені ліки весь час, лише у 8,5 % був IV клас за EHRA.

За даними опитування, не виявлено різниці за статтю щодо частоти прийому антикоагулянтних препаратів і контролю МНВ, при застосуванні інгібіторів вітаміну К (табл. 5). З іншого боку, за даними опитування, жінки достовірно частіше приймали призначені лікарем препарати безперервно протягом усього останнього року і рідше, ніж чоловіки, на рівні тенденції, протягом останнього року приймали ліки менше половини часу.

В епідеміологічних дослідженнях показано, що зазвичай ФП починається з пароксизмальної і протягом 5 років розвивається у постійну форму у 18–25 % хворих. Змінними, що незалежно відносяться до розвитку постійної форми аритмії, є вік, збільшене ЛП, відсутність застосування антиаритмічних засобів, однокамерна шлуночкова стимуляція, наявність клапанної патології, СН, артеріальної гіпертензії або хронічного обструктивного захворювання легенів [27]. Проте не виявлено різниці в розвитку ФП від пароксизмальної до постійної форми залежно від статі.

Таблиця 5
Прихильність до терапії за даними опитування в чоловіків і жінок

Показник	Жінки (n=87)	Чоловіки (n=177)
АКТ	61 %	58,6 %
МНВ 2–3	17,1 %	20,6 %
Контроль МНВ 1 раз на тиждень	14,3 %	10,5 %
Контроль МНВ 1 раз на місяць	14,3 %	7,2 %
Контроль МНВ не регулярно	14,3 %	20,3 %
Не контролюю МНВ	18,2 %	14,4 %
Не знаю, що таке МНВ	39 %	47,7 %
Сам змінюю дозу варфарину	13 %	4,9 %
Зв'язуюся з лікарем	58,7 %	45,2 %
Нічого не роблю	28,3 %	50 %
Приймав ліки, призначені лікарем, протягом останнього року весь час	62,1 %	45,2 %*
Приймав ліки, призначені лікарем, протягом останнього року менше половини часу	23 %	32,2 %

Примітка. * – різниця достовірна порівняно з жінками ($P=0,01$).

Симптоми СН, такі як задишка, біль за грудною і слабкість, реєстрували однаково часто в чоловіків і жінок. Однак жінки повідомляли про більш часте відчуття серцебиття і виникнення страху або тривоги порівняно з чоловіками [14]. Жінки мали більш тривалі та клінічно виражені епізоди ФП й більшу частоту виникнення пароксизмальних епізодів [10]. Ці дані асоціювалися з нижчою якістю життя в жінок порівняно з чоловіками [19]. Значно гірший рівень ЯЖ і більший ступінь вираження симптомів аритмії в жінок також відзначено в дослідженнях RACE та Euro Heart Survey [5, 22]. Недоліками цих досліджень була відсутність корекції за демографічними показниками і клінічними факторами між чоловіками й жінками з ФП. Проте результати реєстру FRACTAL продемонстрували достовірну гендерну різницю щодо фізичного та психічного компонентів здоров'я й ступеня вираження симптомів аритмії навіть після корекції за базовими демографічними й супутніми захворюваннями [21]. До цього часу не відомо, чому жінки з ФП мають знижену ЯЖ. Проте відновлення та утримання синусового ритму не було пов'язане зі зниженням серцево-судинної захворюваності, смертності або поліпшенням ЯЖ у хворих обох статей [2, 22, 26].

Емоційні розлади значно погіршують перебіг будь-якого захворювання та ЯЖ. При спостереженні протягом 10 років виявлено, що тривога –

це чинник ризику виникнення ФП у чоловіків і жінок [6]. Також встановлено, що пацієнти з ФП мають підвищену поширеність психологічних розладів (у 38 % хворих з ФП виявлено схильність до тривожного розладу, у 28 % – тривожний розлад, у 38 % – депресію) [25]. Показано, що хворі з ФП мають вищий рівень тривоги і депресії порівняно із загальною популяцією, а хворі з депресією достовірно частіше відчувають симптоми ФП [11]. В іншому дослідженні поширеність депресії у хворих з ФП становила 17,3 %, тривоги – 14 %, а жіноча стать, тривога і депресія достовірно асоціювалися з гіршою ЯЖ й були достовірно пов'язані з більш вираженими симптомами аритмії [1]. У той час, як усі дослідження повідомляють про негативний вплив тривожно-депресивних розладів на ЯЖ і тяжкість перебігу ФП/ТП, оцінка впливу лікування ФП на рівень тривоги і депресії відрізняються. При спостереженні протягом 8 міс за хворими після ізоляції легеневих вен виявлено, що базовий стан ЯЖ, тривоги та депресії асоціювалися з епізодами ФП після антральної ізоляції легеневих вен. Крім того, в цьому дослідженні спостерігали значне поліпшення ЯЖ, зниження рівнів тривоги та депресії після абляції ЛП [7]. В іншому дослідженні лікування хворих антиаритмічними препаратами або катетерною абляцією призводило до зниження симптомів аритмії, але достовірно не впливало на симптоми тривоги або депресії. Тому автори зробили висновок, що цілісний підхід також і з корекцією коморбідних психологічних захворювань у пацієнтів з ФП матиме переваги перед зосередженням лише на симптомах аритмії [24].

Нижчу частоту призначень оральних антикоагулянтів реєстрували в жінок [10]. Проте результати Euro Observational Research Program on AF не підтвердили таких даних [16]. Серед хворих із ФП, що приймали антагоністи вітаміну К, була гіршою якістю контролю в жінок порівняно з чоловіками [23]. Проте таке спостереження не підтверджено іншими дослідженнями. З іншого боку, кількість варфарину для підтримання адекватної антикоагуляції була вищою в чоловіків порівняно з жінками (30 мг проти 25 мг на тиждень відповідно, $P=0,0001$). Більше того, як чоловіки, так і жінки потребують зниження дозування зі збільшенням віку та становленням середньої дози лише 3,1 мг/добу для жінок ≥ 80 років і 6,4 мг/добу для молодих чоловіків [9].

Таким чином, у пацієнтів з ФП/ТП жіноча стать достовірно асоціювалася з більшим ступенем вираження симптомів аритмії, нижчим рівнем фізичного та емоційного компонентів ЯЖ, а також достовірно більшою частотою виявлення тривожних і депресивних порушень порівняно з чоловіками.

Література

1. Akintade B.F., Chapa D., Friedmann E., Thomas S.A. The Influence of Depression and Anxiety Symptoms on Health-Related Quality of Life in Patients With Atrial Fibrillation and Atrial Flutter // *J. Cardiovasc. Nurs.*– 2015.– Vol. 30 (1).– P. 66–73.
2. Apostolakis S., Sullivan R.M., Olshansky B., Lip G.Y. Hormone replacement therapy and adverse outcomes in women with atrial fibrillation: an analysis from the atrial fibrillation follow-up investigation of rhythm management trial // *Stroke.*– 2014.– Vol. 45 (10).– P. 3076–3079.
3. 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.
4. 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.
5. Dagues N., Nieuwlaat R., Vardas P.E. et al. Gender-related differences in presentation, treatment, and outcome of patients with atrial fibrillation in Europe: A report from the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation // *J. Am. Coll. Cardiol.*– 2007.– Vol. 49.– P. 572–577.
6. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study // *Psychosom. Med.*– 2005.– Vol. 67 (5).– P. 692–696.
7. Efremidis M., Letsas K.P., Lioni L. et al. Association of quality of life, anxiety, and depression with left atrial ablation outcomes // *Pacing and Clin. Electrophysiol.*– 2014.– Vol. 6 (37).– P. 703–711.
8. Fang M.C., Singer D.E., Chang Y. et al. Gender differences in the risk of ischemic stroke and peripheral embolism in atrial fibrillation: the AnTicoagulation and Risk factors In Atrial fibrillation (ATRIA) study // *Circulation.*– 2005.– Vol. 112 (12).– P. 1687–1691.
9. Garcia D., Regan S., Crowther M. et al. Warfarin maintenance dosing patterns in clinical practice: implications for safer anticoagulation in the elderly population // *Chest.*– 2005.– Vol. 127 (6).– P. 2049–2056.
10. Humphries K.H., Kerr C.R., Connolly S.J. et al. New-onset atrial fibrillation: sex differences in presentation, treatment, and outcome // *Circulation.*– 2001.– Vol. 103 (19).– P. 2365–2370.
11. Kupper N., Van den Broek K.C., Widdershoven J., Denollet J. Subjectively reported symptoms in patients with persistent atrial fibrillation and emotional distress // *Front. Psychol.*– 2013.– Vol. 4.– P. 1–9.
12. Kutner M., Nachtsheim C., Neter J. *Applied Linear Regression Models*, 4th ed.– 2004.
13. 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.
14. Lip G.Y., Laroche C., Ioachim P.M. et al. Prognosis and treatment of atrial fibrillation patients by European cardiologists: one year follow-up of the EURObservational Research Programme-Atrial Fibrillation General Registry Pilot Phase (EORP-AF Pilot registry) // *Eur. Heart J.*– 2014.– Vol. 35 (47).– P. 3365–3376.
15. 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.
16. Miyasaka Y., Barnes M.E., Bailey K.R. et al. Mortality trends in patients diagnosed with first atrial fibrillation: a 21-year community-based study // *J. Am. Coll. Cardiol.*– 2007.– Vol. 49 (9).– P. 986–992.
17. 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.
18. Oldridge N., Höfer S., McGee H. et al. 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.
19. Paquette M., Roy D., Talajic M. et al. Role of gender and personality on quality-of-life impairment in intermittent atrial fibrillation // *Am. J. Cardiol.*– 2000.– Vol. 86 (7).– P. 764–768.
20. Poli D., Antonucci E., Testa S. et al. Gender differences of bleeding and stroke risk in very old atrial fibrillation patients on VKA treatment: results of the EPICA study on the behalf of FCSA (Italian Federation of Anticoagulation Clinics) // *Thromb. Res.*– 2013.– Vol. 131 (1).– P. 12–16.
21. 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.
22. Rienstra M., Van Veldhuisen D.J., Hagens V.E. Gender-related differences in rhythm control treatment in persistent atrial fibrillation data of the Rate Control versus Electrical Cardioversion (RACE) study // *J. Am. Coll. Cardiol.*– 2005.– Vol. 46.– P. 1298–1306.
23. Sullivan R.M., Zhang J., Zamba G. Relation of gender-specific risk of ischemic stroke in patients with atrial fibrillation to differences in warfarin anticoagulation control (from AFFIRM) // *Am. J. Cardiol.*– 2012.– Vol. 110 (12).– P. 1799–1802.
24. Thompson T.S., Barksdale D.J., Sears S.F. et al. The Effect of Anxiety and Depression on Symptoms Attributed to Atrial Fibrillation // *Pacing Clin. Electrophysiol.*– 2014.– Vol. 37 (4).– P. 439–446.
25. Thrall G., Lip G.Y., Carroll D., Lane D. Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation // *Chest.*– 2007.– Vol. 132 (4).– P. 1259–1264.
26. Wyse D.G., Waldo A.L., Di Marco J.P. et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation // *New Engl. J. Med.*– 2002.– Vol. 347 (23).– P. 1825–1833.
27. Zoni-Berisso M., Lercari F., Carazza T., Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective // *Clin. Epidemiol.*– 2014.– Vol. 6.– P. 213–220.

Надійшла 15.08.2015 р.

Гендерные особенности качества жизни, эмоционального состояния у пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий неклапанного происхождения

О.С. Сичов, А.А. Бородай, Е.Н. Романова, С.В. Лизогуб, О.В. Срибная, Е.В. Левчук, Э.С. Бородай

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

Цель работы – изучить гендерные особенности качества жизни (КЖ) и эмоционального состояния у больных с фибрилляцией (ФП) и трепетанием предсердий (ТП) неклапанного происхождения.

Методы. В исследовании приняли участие 322 последовательных больных с ФП и ТП неклапанного происхождения: 223 (69,3 %) мужчин и 99 (30,7 %) женщин. Больным выполнили клиническое исследование, ЭКГ, биохимическое исследование крови, трансторакальную эхокардиографию. Для оценки тревоги и депрессии использовали шкалу HADS, а для оценки КЖ – HeartQol. Также больным проводили опрос относительно приверженности к терапии.

Результаты. Не наблюдали достоверных различий фракции выброса левого желудочка ($(53,1 \pm 11,0)$) по сравнению с ($54,9 \pm 10,1$) %, $P=0,19$ у мужчин и женщин соответственно. В то же время выявлены достоверные различия показателей как физического ($(1,8 \pm 0,9)$ по сравнению с ($1,2 \pm 0,8$) балла, $P<0,0001$), так и эмоционального ($(2,3 \pm 0,9)$ по сравнению с ($1,7 \pm 0,9$) балла, $P<0,0001$) компонентов КЖ для мужчин и женщин соответственно. Женщины имели достоверно более высокий уровень тревоги ($(7,8 \pm 3,2)$ по сравнению с ($5,4 \pm 2,7$) балла, $P<0,0001$) и депрессии ($(5,6 \pm 3,6)$ по сравнению с ($4,2 \pm 3,0$) балла, $P=0,001$), причем женщин с суммой баллов HADS тревоги ≥ 11 баллов было 24,4 % по сравнению с 3,1 % среди мужчин ($P<0,0001$), а женщин с HADS депрессии ≥ 11 баллов было 12,2 по сравнению с 3,6 % ($P=0,005$). Женщины имели достоверно более симптомное (19,3 по сравнению с 5,6 % у мужчин; $P=0,0002$) течение аритмии с IV классом по EHRA. В рамках многофакторной модели женский пол был независимым предиктором низкого уровня физического ($P=0,01$), эмоционального компонентов ($P=0,01$) HeartQol ($< 1,8$ балла), а также IV класса по EHRA ($P=0,008$).

Выводы. У пациентов с ФП/ТП женский пол достоверно ассоциировался с более тяжелым течением аритмии, более низким уровнем физического и эмоционального компонентов качества жизни, а также с достоверно большей частотой выявления тревоги и депрессии, по сравнению с мужчинами.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, пол, качество жизни, тревога, депрессия, приверженность к терапии.

Gender issues of quality of life and emotional state in patients with non-valvular atrial fibrillation and flutter

O.S. Sychov, A.O. Borodai, O.M. Romanova, S.V. Lysogub, O.V. Sribnaya, O.V. Levchuk, E.S. Borodai
National Scientific Center «M.D. Strazhesko Institute of Cardiology NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

The aim – to evaluate gender issues of quality of life and emotional state in patients with non-valvular atrial fibrillation and flutter (AF-AFI).

Material and methods. We examined 322 patients with non-valvular atrial fibrillation and flutter, among them 223 (69.3 %) males and 99 (30.7 %) females. Clinical examination, laboratory tests, transthoracic echocardiography were performed in all patients. Quality of life was assessed by HeartQol, anxiety and depression were examined by HADS, additional questionnaires were applied for assessment of adherence to therapy.

Results. There were no significant differences of left ventricle ejection fraction between females (54.9 ± 10.1 % and males 53.1 ± 11.0 %, $P=0.19$). In the meantime, there were significant differences in physical (1.8 ± 0.9 vs 1.2 ± 0.8 , $P<0.0001$), and emotional dimensions (2.3 ± 0.9 vs 1.7 ± 0.9 , $P<0.0001$) of quality of life for males and females, correspondingly. Also, females had higher level of anxiety (7.8 ± 3.2 vs 5.4 ± 2.7 , $P<0.0001$) and depression (5.6 ± 3.6 vs 4.2 ± 3.0 , $P=0.001$). Besides, HADS anxiety ≥ 11 was revealed in 24.4 % females vs 3.1 % males, $P<0.0001$, and HADS depression ≥ 11 – in 12.2 % females vs 3.6 % males, $P=0.005$. Females had significantly more symptomatic course of arrhythmia with EHRA IV (19.3 % vs 5.6 % among males, $P=0.0002$). In multivariate logistic regression model female gender was independently associated with low physical and emotional components of HeartQol < 1.8 ($P=0.01$ for both) and with EHRA IV ($P=0.008$).

Conclusions. Females with AF-AFI had more symptomatic course of arrhythmia, lower quality of life and higher prevalence of anxiety and depression.

Key words: atrial fibrillation, gender, quality of life, anxiety, depression, adherence.