

Г.А.Петрова, М.Ю.Гиляров, Д.А.Андреев, Д.В.Регушевская,
О.И.Кейко, П.А.Алферова, А.Л.Сыркин

ВЛИЯНИЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ *Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова*

С целью оценки качества жизни у пациентов с фибрилляцией предсердий в зависимости от выбранной стратегии лечения и от особенностей амбулаторного наблюдения обследовано 146 больных.

Ключевые слова: качество жизни, депрессия, фибрилляция предсердий, синусовый ритм, амбулаторное наблюдение, антикоагулянтная терапия, амиодарон.

To assess the quality of life of patients with atrial fibrillation depending on the treatment strategy chosen and follow-up strategy in an out-patient setting, 146 patients were examined.

Key words: quality of life, depression, atrial fibrillation, sinus rhythm, out-patient follow-up, anticoagulant therapy, Amiodarone.

Фибрилляция предсердий (ФП) - одно из наиболее часто встречающихся в клинической практике нарушений сердечного ритма. Распространённость ФП в общей популяции достигает 1-2% [23] и увеличивается с возрастом: от 0,5% среди лиц в возрасте 40-50 лет до 5-15% в возрасте 80 лет [11, 17, 18]. Наиболее частыми осложнениями ФП являются хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и системные тромбоэмболии, в частности, ишемический инсульт, в ряде случаев приводящие к инвалидизации и смерти. Течение ФП часто сопровождается различными неприятными проявлениями, такими как сердцебиение, головокружение, снижение толерантности к физической нагрузке, одышка и другие симптомы, влияющие на переносимость болезни. Инструментом для оценки выраженности данных симптомов и эффективности проводимой терапии являются показатели качества жизни (КЖ) [8]. КЖ - субъективный показатель, который основан на индивидуальном восприятии пациентом болезни, его эмоциональных переживаниях, убеждениях и ожиданиях [7, 21]. Следует отметить, что у трети больных с нарушениями ритма сердца есть расстройства нервно-психической сферы и стойко повышенный уровень тревоги и депрессии [25]. Психические нарушения ухудшают течение ФП, усложняют клиническую картину, ведут к повышению частоты обращений за медицинской помощью и увеличивают число ненужных исследований, а также оказывают значительное влияние на КЖ пациентов [25].

Результаты клинико-эпидемиологического исследования «КОМПАС», проведённого в 2002-2003 годах в 35 городах России, показали, что депрессивные расстройства имеются в среднем у 45,9% обследованных. Кроме того, депрессивные расстройства тесно ассоциированы с большинством сердечно-сосудистых факторов риска [1]. Существуют литературные данные, подтверждающие взаимосвязь депрессии, тревоги и стресса у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, но лишь в последние годы эта связь начала подтверждаться с позиций доказательной медицины. В частности, установлено, что подобные расстройства являются одной из причин значительного ухудшения КЖ больных [24].

Требуется проведение дополнительных исследований для оценки КЖ, а также для оценки влияния данных показателей на выбор стратегии лечения у больных с пароксизмальной и персистирующей формой ФП. Кроме того, учитывая то, что одним из важнейших показателей оценки эффективности терапии является КЖ, необходимо оценить показатели КЖ пациентов в зависимости от особенностей амбулаторного наблюдения. Поэтому целью настоящего исследования явилась оценка качества жизни у пациентов с фибрилляцией предсердий в зависимости от выбранной стратегии лечения и от особенностей амбулаторного наблюдения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данная работа проводилась на базе клиники кардиологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Москвы в период с января 2010 по январь 2012 года. Исследование представляло собой открытое рандомизированное проспективное наблюдение длительностью 24 месяца. В исследование включали пациентов старше 18 лет, госпитализированных в стационар с пароксизмальной или персистирующей ФП.

Критериями исключения из исследования служили: вторичная ФП, возникшая на фоне острого инфаркта миокарда, миокардита, перикардита, тромбоэмболии лёгочной артерии; острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в течение предшествующих 6 месяцев; запланированные хирургические вмешательства на коронарных артериях, клапанах и/или магистральных сосудах в ближайшие 3 месяца; ХСН IV функционального класса (ФК); тяжёлая лёгочная гипертензия (систолическое давление в лёгочной артерии более 55 мм рт. ст.); хирургические вмешательства в предшествующие 6 месяцев; гипертиреоз; анемия со снижением уровня гемоглобина менее 100 г/л; тяжёлая сопутствующая патология (дыхательная недостаточность III ФК, хроническая болезнь почек со скоростью клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин); онкологические заболевания с ожидаемой продолжительностью жизни менее 1 года.

Дизайн исследования представлен на рис. 1. Исследование было разделено на 2 этапа. На первом этапе изучались факторы, влияющие на выбор стратегии лечения пациентов, госпитализированных по поводу пароксизма ФП. После принятия решения о стратегии лечения больного, лечащим врачом было предложено отметить в специально разработанных опросниках факторы, оказавшие, с их точки зрения, наиболее сильное влияние на выбор тактики ведения каждого конкретного пациента. При помощи специализированных опросников и шкал проводилась оценка переносимости ФП, уровня КЖ, оценка тревоги и депрессии, оценка выраженности болевого синдрома в грудной клетке на фоне ФП.

Второй этап заключался в амбулаторном наблюдении за пациентами. Пациенты были рандомизированы на две группы: 1 - группа «активного наблюдения», 2 - группа «обычного наблюдения». «Активное наблюдение» предусматривало ежемесячные визиты в клинику, возможность телефонных контактов с лечащим врачом по инициативе пациента, своевременную госпитализацию. Обследование пациентов из группы «обычного наблюдения» проводилось только при включении в исследование и спустя 6 месяцев. Наблюдение осуществлялось амбулаторно, по месту жительства. Пациенты имели возможность телефонного контакта с лечащими врачами, однако решение о тактике ведения принималось специалистами в поликлинике.

Спустя 12 и 24 месяца от начала исследования у всех больных, независимо от характера амбулаторного наблюдения, проводился телефонный опрос для оценки приверженности к лечению антиаритмическими и антикоагулянтными препаратами. Все пациенты в период госпитализации прошли комплексное обследование, включавшее изучение жалоб и сбор анамнеза, клиническое обследование, регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ) в 12 отведениях, трансторакальное эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ), суточное мониторирование ЭКГ, лабораторные исследования. Был определен риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc и риск кровотечений по шкале HAS-BLED.

Всего было скринировано 511 пациентов. В соответствии с критериями включения/исключения в исследование вошло 146 больных. Ведение больных осуществлялось в рамках двух общепринятых стратегий: восстановление и последующее поддержание синусового ритма (n = 86), и сохранение ФП с контролем частоты сердечных сокращений (n = 60). Клинико-инструментальная характеристика пациентов, включённых в исследование, представлена в табл. 1.

При поступлении в стационар и через 6 месяцев после выписки у всех больных оценивалось качество жизни, связанное со здоровьем, с помощью русской

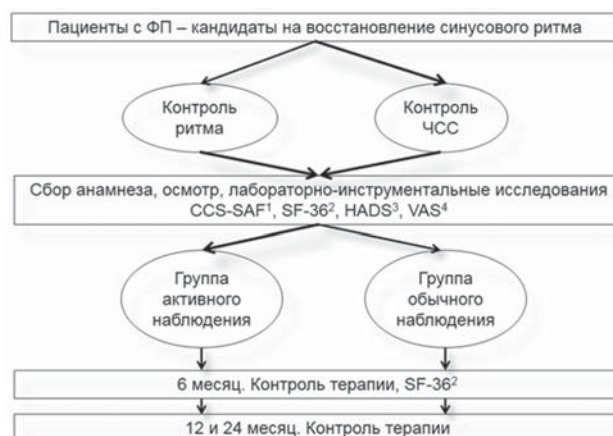


Рис. 1. Дизайн исследования, где : ¹ - CCS-SAF - The Canadian Cardiovascular Society Severity of Atrial Fibrillation scale, ² - SF-36 - Medical Outcomes Study-Short Form, ³ - HADS - The Hospital Anxiety and Depression Scale, ⁴ - VAS - Visual Analogue Scale.

Таблица 1.

Клинико-инструментальная характеристика и особенности аритмологического анамнеза пациентов, включённых в исследование

	Группы больных		p
	Контроль ритма	Контроль ЧСС	
Мужчины, n (%)	53 (61,6)	23 (38,3)	<0,05
Возраст, годы*	61,7±8,9	67,8±8,2	<0,05
Артериальная гипертензия, n (%)	83 (96,5)	60 (100,0)	>0,05
ИБС, n (%)	30 (34,9)	34 (56,7)	<0,05
ХСН I - II ФК, n (%)	41 (47,6)	35 (58,3)	>0,05
ХСН III ФК, n (%)	24 (27,9)	21 (35,0)	>0,05
ХОБЛ, n (%)	16 (18,6)	27 (46,7)	<0,05
Сахарный диабет 2 типа, n (%)	21 (24,4)	17 (28,3)	>0,05
ОНМК / ТИА в анамнезе, n (%)	12 (14,0)	8 (13,3)	>0,05
Курение, n (%)	45 (52,3)	29 (48,3)	>0,05
Злоупотребление алкоголем§, n (%)	18 (20,9)	29 (48,3)	<0,05
Объём левого предсердия, мл*	82,4±16,3	94,3±22,9	<0,05
Длительность анамнеза ФП, годы*	3,9±1,1	5,8±1,1	>0,05
Больных с ДПФП < 48 часов, n (%)	37 (43,0)	7 (11,7)	<0,05
Баллы по шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc*	2,4±1,2	2,8±1,0	>0,05
Баллы по шкале HAS-BLED*	2,7±1,0	3,1±1,2	>0,05

здесь и далее, * - данные представлены как среднее ± SD, ИБС - ишемическая болезнь сердца, ХСН - хроническая сердечная недостаточность, ФК - функциональный класс, ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких, ОНМК - острое нарушение мозгового кровообращения, ТИА - транзиторная ишемическая атака, ФП - фибрилляция предсердий, ДПФП - длительность пароксизма ФП, § - характер потребления алкоголя, при котором достигается концентрация алкоголя в крови более 0,08% (обычно соответствует употреблению более 40 г этанола одновременно для мужчин и более 30 г этанола для женщин в течение около 2 часов [6]).

версии опросника SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form). Для оценки симптомов, вызванных ФП, и связи между документированными пароксизмами и возникающими симптомами (одышка, сердцебиение, синкопальные/пресинкопальные состояния, боль за грудиной, головокружение/слабость) использовалась Канадская шкала тяжести течения ФП (The Canadian Cardiovascular Society Severity of Atrial Fibrillation scale, CCS-SAF). Оценка болевого синдрома, влияющего на качество жизни, проводилась посредством визуальной аналоговой шкалы (Visual Analogue Scale, VAS). Пациенту предлагалось поставить метку, которая соответствовала интенсивности боли, испытываемой им в момент возникновения ФП. Протоколом исследования также было предусмотрено изучение психического статуса больных с использованием шкалы тревоги и депрессии HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale).

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Факторы, влияющие на выбор стратегии лечения ФП у конкретных пациентов

В современных европейских и российских рекомендациях по лечению ФП перечислены факторы, способные повлиять на выбор оптимальной стратегии лечения в том или ином случае. При этом выбор стратегии лечения не детерминирован, что даёт врачам некоторую свободу выбора. Зачастую это приводит к

неправильным решениям, основанным на консерватизме или опыте лечения узкой группы пациентов. Таким образом, представляется особенно важным определить реальную картину в-существующей врачебной практике, что может в последующем помочь в совершенствовании клинических рекомендаций, в выявлении нерациональных назначений и в обучении практикующих врачей. В табл. 2 представлены основные факторы, которые играли роль в выборе врачами той или иной стратегии лечения.

При принятии решения о выборе стратегии контроля синусового ритма наибольшее значение врачи придают таким факторам, как желание пациента, отсутствие значимой дилатации левого предсердия (ЛП) по данным ЭхоКГ и редкие пароксизмы. При принятии решения о выборе стратегии контроля ЧСС наибольшей значимостью обладают такие факторы, как длительность ФП более 1 года и субъективно удовлетворительная переносимость ФП.

Вероятность выбора той или иной стратегии лечения (контроль синусового ритма или контроль ЧСС в зависимости от особенностей пациента (демографических, анамнестических и клинико-инструментальных) была определена с помощью бинарной логистической регрессии. Был проведён пошаговый анализ факторов с целью выделения наиболее значимых, в отношении нахождения пациента в той или иной группе по стратегии лечения. Результаты пошагового анализа представлены в табл. 3.

Таблица 2.

Факторы, которые врачи указали в качестве наиболее важных при выборе стратегии контроля ЧСС или контроля ритма

Выбор стратегии контроля ЧСС	n, %
Возраст > 65 лет	27 (45,0)
Частые пароксизмы (> 4 в год)	6 (10,0)
Необходимость повторной кардиоверсии	29 (48,3)
Выраженная дилатация ЛП	29 (48,3)
Удовлетворительная переносимость ФП	35 (58,3)
Противопоказания к ААП для удержания СР	14 (23,3)
Длительность ФП более 1 года	53 (88,3)
Всего	60 (100,0)
Выбор стратегии контроля ритма.	n, %
Возраст < 65 лет	47 (54,7)
Редкие пароксизмы (< 4 в год)	77 (89,5)
Длительность пароксизма менее 48 часов	37 (43,0)
Эффективность предшествующей ААТ	33 (38,4)
Впервые возникшая ФП	21 (24,4)
Отсутствие дилатации ЛП	80 (93,0)
Связь между ПФП и декомпенсацией ХСН	38 (44,2)
Желание пациента	86 (100,0)
Всего	86 (100,0)

здесь и далее, ААП - антиаритмический препарат, СР - синусовый ритм, ААТ - антиаритмическая терапия, ПФП - пароксизмы ФП,

Следует отметить, что проведённый анализ не выявил существенных различий между факторами, которые врачи отмечают как значимые при принятии решения о ведении пациента в рамках той или иной стратегии, и реальными факторами, в действительности определяющими их выбор. Так, такие факторы, как размер ЛП, длительность пароксизма, желание пациента восстановить ритм и его возраст оказывают существенное влияние на принятие решения о ведении больного в рамках той или иной стратегии, как по результатам непосредственного опроса врачей, так и по результатам объективного анализа результатов обследования.

На основании полученных данных была построена бинарная логистическая регрессионная модель вероятности нахождения пациента в группе контроля ЧСС. Согласно данной модели, для пациента 70 лет с ФП длительностью более 1 года, злоупотребляющего алкоголем, имеющего размер ЛП 5,5 см и выражающего желание восстановить синусовый ритм, вероятность нахождения в группе контроля ЧСС равна 76,88 %. Для пациента 55 лет с ФП, длительностью менее 1 года, не злоупотребляющего алкоголем, с размером ЛП 4,5 см, выражающего желание восстановить синусовый ритм, вероятность нахождения в группе контроля ЧСС равна всего 0,65%.

Качество жизни пациентов с ФП в зависимости от стратегии лечения и особенностей амбулаторного наблюдения

В соответствии с протоколом исследования, у всех пациентов независимо от характера амбу-

латорного наблюдения и избранной стратегии лечения проводили оценку КЖ с использованием универсальной шкалы SF-36, исследовали наличие тревоги и депрессии по шкале HADS, определяли выраженность клинической симптоматики по шкале CCS-SAF и интенсивности болей в грудной клетке по шкале VAS. Исходные показатели КЖ больных, лечение которых осуществлялось в рамках той или иной стратегии, представлены в табл. 4.

Согласно результатам оценки по шкале HADS, депрессия наблюдалась примерно у трети больных, лечение которых осуществлялось в рамках стратегии контроля ритма, и более чем у половины пациентов, у которых контролировали ЧСС. Различия были статистически значимы. Симптомы тревоги отмечены почти у половины всех больных независимо от стратегии лечения.

Результаты анализа опросников SF-36 выявили значительное снижение КЖ пациентов с ФП. При этом больные, у которых предпочтение было отдано контролю ЧСС, демонстрировали достоверно более низкие показатели качества жизни, чем больные, которым был восстановлен синусовый ритм. Так, в группе контроля ритма средний балл по шкале физического здоровья опросника SF-36 был равен 49,7, а по шкале психологического здоровья - 42. В группе контроля ЧСС данные показатели составили, соответственно, 46 и 38,6 баллов.

В крупных исследованиях, изучавших клиническую картину ФП, степень снижения КЖ была сходной. Так, в исследовании AFFIRM среднее количество баллов, которое набирали пациенты с ФП, составило 40 по шкале физического здоровья опросника SF-36 и 48 по шкале психологического здоровья и не зависело от стратегии лечения [16]. В исследовании RIAF пациенты, лечение которых осуществлялось в рамках стратегии контроля синусового ритма, в среднем набирали 40,5±11 баллов по шкале физического здоровья и 46,6±11 баллов по шкале психологического здоровья [13]. Больные с ФП, у которых была выбрана стратегия контроля ЧСС, набирали, соответственно, 38,6±9 и 46,6±11 баллов. Сходные показатели КЖ пациентов с ФП были также получены в исследованиях RACE и RACE II [14; 13].

Таким образом, оценка КЖ показала, что российская популяция пациентов с ФП отличается более вы-

раженным снижением показателей психологического здоровья и более высокими показателями физического здоровья. Кроме того, в настоящей работе у больных, у которых была выбрана стратегия контроля синусового ритма, показатели качества жизни (как в отноше-

Таблица 3.

Наиболее значимые причины, по которым врачи отказывались от восстановления синусового ритма и отдавали предпочтение контролю ЧСС

	КРВ	p
Возраст	0,14	0,01
Злоупотребление алкоголем	2,11	0,02
Размер ЛП	2,07	0,00
Длительность ФП более 1 года	1,77	0,01
Желание пациента восстановить СР	-10,04	0,02
Константа	-13,61	0,03

где, КРВ - коэффициент регрессии В

Таблица 4.

Особенности качества жизни больных, включённых в исследование

	Контроль ритма	Контроль ЧСС	p
Оценка по шкале HADS			
Наличие тревоги, n (%)	39 (45,3)	29 (48,3)	>0,05
Наличие депрессии, n (%)	27 (31,4)	35 (58,3)	<0,05
Показатели шкалы SF-36			
Физическое здоровье, баллы	49,7±8,3	46,0±7,6	<0,05
Психологическое здоровье, баллы	42,0±7,9	38,6±9,7	<0,05
ФК по шкале CCS-SAF	1,9±1,1	2,2±1,1	>0,05
ВБГК по VAS, баллы	2,5±1,3	2,8±1,8	>0,05

где, ВБГК - выраженность болей в грудной клетке

Таблица 5.

Динамика состояния пациентов в зависимости от характера амбулаторного наблюдения

	Контроль ритма	Контроль ЧСС
Смерть ¹ , n (%)	-	2* (3,3)
Перенесли пароксизм ФП, n (%)	23 (26,7)	-
однократно	11 (12,8)	
двукратно	6 (7,0)	
трёхкратно	6 (7,0)	
Госпитализированы для восстановления СР, n (%)	13 (15,1)	-
Ритм восстановился самостоятельно, n (%)	6 (7,0)	-
Ритм восстановлен бригадой СМП, n (%)	4 (4,7)	-
Перенесли хирургическое лечение ФП ² , n (%)	1 (1,2)	-
Смена антиаритмической терапии, n (%)	3 (3,5)	-
Изменение дозы ритмурежающих препаратов, n (%)	-	14 (23,3)
Самостоятельно прекратили приём антикоагулянтов, n (%)	4 (4,7)	9 (15,0)

где, ¹ - причиной смерти в одном случае послужила декомпенсация ХСН, в другом - ОНМК; СМП - скорая медицинская помощь; ² - радиочастотная абляция устьев легочных вен

нии физического, так и в отношении психологического компонента) были выше, чем у пациентов, лечение которых осуществлялось в рамках контроля ЧСС. Подобные различия в крупных клинических исследованиях отсутствовали.

Показатели КЖ, полученные в нашем исследовании, были несколько ниже средних показателей КЖ пожилых пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, но без ФП. Так, в США у лиц в возрасте 65-74 лет без ФП среднее количество баллов по шкале физического здоровья составляет 43,3 балла, по шкале психологического здоровья - 52,7 баллов. Для

Таблица 6.

Факторы, влияющие на динамику качества жизни больных с ФП (по данным опросника SF-36).

	Р
Физическое здоровье	
Исходное физическое здоровье	0,00
Активное наблюдение	0,01
Женский пол	0,04
Психологическое здоровье	
Исходное психологическое здоровье	0,00
Мужской пол	0,00
Состав семьи (проживание в семье)	0,02

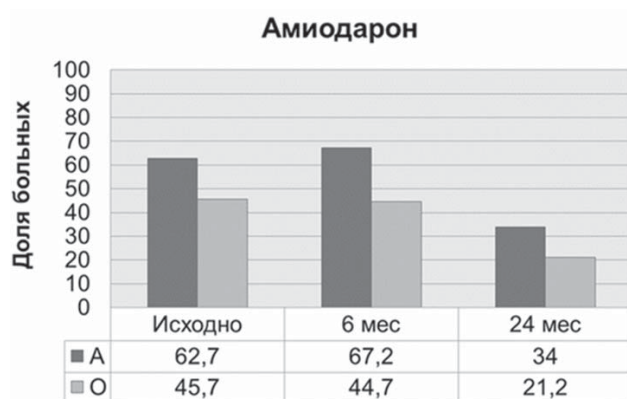


Рис. 2. Изменения приёма амиодарона в зависимости от характера амбулаторного наблюдения, здесь и далее А и О - активное и обычное наблюдение

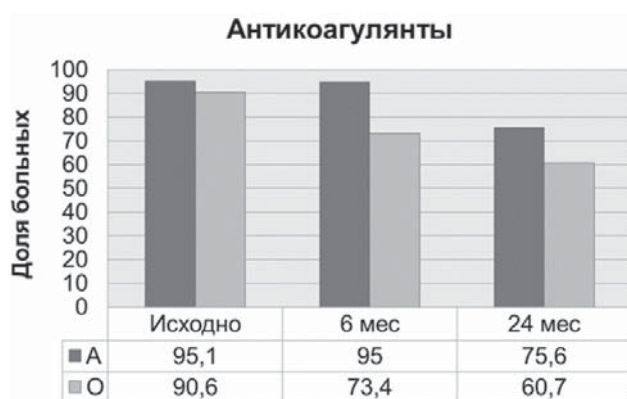


Рис. 3. Изменения антикоагулянтной терапии, в зависимости от характера амбулаторного наблюдения

лиц с АГ данные показатели соответственно равны 44,7 и 49,2 баллам [16].

Интересно, что и в нашей работе, и в литературных данных КЖ у больных с ФП оказывается более низким, чем у пациентов с некоторыми видами рака, в том числе с наличием колостомы. В исследованиях A.P.Pereira и соавт. (2012) и L.Charúa-Guindic и соавт. (2011), пациенты, у которых по поводу колоректального рака была наложена колостома и которые по полу и возрасту были сопоставимы с участниками настоящего исследования, набирали больше баллов как по шкале физического (64,3 и 62,1 соответственно), так и по шкале психологического здоровья (68,8 и 70,0 соответственно). Указанные различия могут объясняться как психологическими аспектами ФП, например, тягостным «ожиданием» и боязнью пароксизма, так и клинической симптоматикой, наблюдающейся во время пароксизма, а также спектром сопутствующей патологии. Кроме того, такие различия могут быть обусловлены тем, что рак, зачастую, оценивается как более тяжелое заболевание, и колостома воспринимается пациентами в как небольшая плата за излечение.

При сравнении КЖ пациентов в зависимости от стратегии лечения было показано, что у больных, у которых осуществлялся контроль ЧСС, депрессивные расстройства встречались достоверно чаще, чем у больных, у которых была выбрана стратегия контроля ритма (58,3% в сравнении с 31,4%). Нельзя исключить, что подобные результаты связаны с тем, что в нашем исследовании пациенты группы контроля ЧСС были старше, среди них было больше лиц, страдающих от сопутствующих заболеваний и злоупотребляющих алкоголем. Другими словами, в данной группе пациентов «накапливалось» большее количество состояний, способных привести к развитию депрессивных расстройств; такими состояниями были ИБС, хроническая обструктивная болезнь лёгких и злоупотребление алкоголем.

Многими авторами было продемонстрировано, что наличие тревоги и депрессии не только снижает КЖ, но и значительно ухудшает прогноз пациентов с такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как ХСН [22], ИБС [19] и атеросклероз сосудов нижних конечностей [5]. Также установлено, что у пациентов с ФП наличие симптомов депрессии ассоциируется с ухудшением прогноза вне зависимости от избранной стратегии лечения [9].

В крупном исследовании N.Frasure-Smith и соавт., включившем в себя почти 1000 человек с ФП и ХСН, было показано, смертность пациентов с низким уровнем тревожности не зависит от стратегии лечения. В то же время, смертность пациентов с высоким уровнем тревожности была достоверно ниже в группе контроля синусового ритма, чем в группе контроля ЧСС. Результаты исследования позволили авторам сделать вывод, что у пациентов с ФП и ХСН высокий уровень тревожности делает предпочтительным контроль синусового ритма, поскольку это позволяет добиться улучшения долгосрочного прогноза. Следует отметить, что различия в выживаемости пациентов в группе с высоким уровнем тревожности оставались значимыми даже

после поправки на другие факторы, такие как возраст, пол, наличие артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа, уровень креатинина, фракция выброса левого желудочка, длительность анамнеза ФП, ФК ХСН по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца, наличие симптомов депрессии и получаемая терапия [10].

В соответствии с протоколом, спустя 6 месяцев от начала исследования у всех пациентов были повторно исследованы показатели КЖ. За время наблюдения 2 пациента умерли, у ряда пациентов с пароксизмальной формой ФП были зафиксированы пароксизмы ФП, у некоторых больных была осуществлена коррекция антиаритмической терапии (табл. 5). При анализе динамики КЖ больных в зависимости от стратегии лечения нами не было зарегистрировано достоверных различий между исходными показателями и показателями, полученными спустя 6 месяцев наблюдения.

Данные результаты были справедливы как в отношении физического, так и в отношении психологического компонентов КЖ. Схожие результаты были получены авторами крупных рандомизированных исследований PIAF и STAF. Период наблюдения в данных исследованиях составил 12 месяцев. В обеих работах отмечено довольно скромное улучшения качества жизни с ФП на фоне лечения. Так, в исследовании PIAF качество жизни улучшилось по 4 из 8 шкал SF-36 в группе контроля ритма и по 6 из 8 шкал в группе контроля ЧСС. Подобные изменения были выявлены и в исследовании STAF: в группе контроля ритма улучшение наблюдалось по 2 из 8 шкал SF-36, а в группе контроля ЧСС - по 5 из 8 шкал. В обоих исследованиях не было зафиксировано существенных различий качества жизни пациентов в зависимости от выбранной стратегии лечения [3, 15].

Похожие результаты были получены в более крупных и продолжительных по периоду наблюдения работах RACE и AFFIRM, в которых были выполнены подисследования, посвящённые оценке КЖ [14; 16]. При этом наиболее значимое влияние на КЖ, по мнению исследователей PIAF, STAF, RACE и AFFIRM, оказывают такие факторы, как пол, возраст, наличие клинической симптоматики и тяжесть сопутствующих заболеваний.

В то же время, был проведён post-hoc анализ результатов RACE и AFFIRM, при котором всё-таки удалось выявить преимущества длительного удержания синусового ритма, поскольку оно улучшало субъективное ощущение общего здоровья и увеличивало выживаемость. Результаты этого анализа нашли отражение в современных рекомендациях [2].

Для выявления независимых факторов, которые наиболее сильно влияли на динамику КЖ наших пациентов, мы использовали метод линейной логистической регрессии с пошаговым анализом значимых факторов, определённых предварительно с помощью многофакторного анализа. Обнаружено, что наиболее сильным влиянием на физические показатели здоровья опросника SF-36 обладают такие факторы, как исходные показатели SF-36, активное амбулаторное наблюдение и женский пол. При этом наибольшее влияние

на психологические показатели здоровья оказывают исходные показатели SF-36, мужской пол и проживание с семьёй (табл. 6).

В отличие от других авторов, мы не обнаружили связи между уровнем КЖ и такими часто упоминаемыми факторами, как возраст, наличие сопутствующих заболеваний и тяжесть клинической симптоматики ФП. Влияние пола на КЖ также, по сути, остаётся неоднозначным: в отношении физического здоровья преимуществом обладает женский пол, в отношении психологического - мужской.

Важно подчеркнуть, что в рамках настоящей работы была доказана существенная роль исходного уровня КЖ в отношении прогнозирования его улучшения. Кроме того, была подтверждена целесообразность

Таблица 7.

Факторы, повлиявшие на принятие пациентами решения об отмене амиодарона и антикоагулянтных препаратов

	ОР	95% ДИ	p
Мужской пол	1,4	0,89-2,34	0,2
Злоупотребление алкоголем	3,9	2,34-6,56	0,001
Высшее образование	0,9	0,58-1,70	1
Курение	1,3	0,70-2,25	0,4
Активное наблюдение	1,0	0,60-1,77	1
Проживание в семье	0,5	0,32-0,89	0,03

где, ДИ - доверительный интервал, ОР - отношение рисков

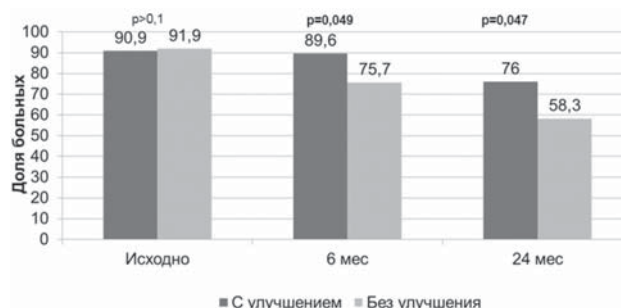


Рис. 4. Частота приёма антикоагулянтных препаратов в зависимости от наличия улучшения качества жизни (на основании оценки психологического здоровья по опроснику SF-36 на протяжении всего периода наблюдения).

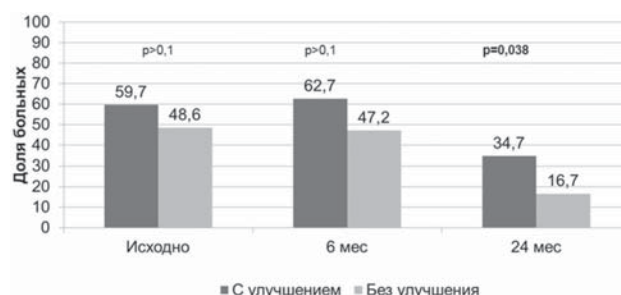


Рис. 5. Частота приёма амиодарона в зависимости от наличия у них улучшения качества жизни (на основании оценки психологического здоровья по опроснику SF-36 на протяжении всего периода наблюдения).

активного амбулаторного наблюдения за больными с ФП для улучшения КЖ.

Факторы, оказывающие наибольшее влияние на приверженность к лечению больных с ФП при длительном наблюдении

С целью определения отдалённого прогноза и приверженности к лечению спустя 2 года после включения больных в исследование были осуществлены повторные телефонные контакты. Из 146 включённых в исследование пациентов, четверо умерли, трое были недоступны для наблюдения.

Для оценки динамики приверженности к терапии амиодароном мы проанализировали изменения доли пациентов, принимавших этот препарат для контроля синусового ритма, в течение всего периода наблюдения. При включении в исследование амиодарон получали около 2/3 больных из группы активного наблюдения и около половины больных из группы обычного наблюдения. Спустя 6 месяцев в группе активного наблюдения доля больных, получающих амиодарон несколько увеличилась за счёт пациентов, у которых другие антиаритмические препараты были заменены на амиодарон в связи с их неэффективностью. При этом в группе обычного наблюдения доля больных, принимавших препарат, осталась прежней. Через 2 года наблюдения доля пациентов, у которых удержание синусового ритма осуществлялось при помощи амиодарона, уменьшилась почти в половину от исходных значений. В основном это произошло за счёт больных с низкой приверженностью к лечению, которые отменили препарат самостоятельно либо после консультации с врачом поликлиники (рис. 2).

Также была проведена оценка изменений приверженности к приёму антикоагулянтных препаратов. При включении в исследование препараты данной группы получали почти все пациенты независимо от стратегии лечения и характера амбулаторного наблюдения. При оценке доли больных, которые продолжали прием антикоагулянтных препаратов через 6 месяцев наблюдения, доля пациентов, которые продолжали прием антикоагулянтных препаратов в группе «активного наблюдения» достоверно не уменьшилась. Тем временем, в группе «обычного наблюдения» доля больных, продолжающих прием антикоагулянтных препаратов через 6 месяцев статистически значимо уменьшилась. На протяжении последующих 1,5 лет наблюдения отмечалась довольно выраженная тенденция к постепенному снижению доли больных принимавших антикоагулянтные препараты (рис. 3). Значительное уменьшение доли больных, принимающих антикоагулянты, было характерно для всех пациентов независимо от стратегии лечения и особенностей наблюдения.

Проведён анализ причин, из-за которых пациенты самостоятельно отменяли амиодарон и антикоагулянтные препараты (табл. 7). Наибольшей прогностической

значимостью обладали такие факторы, как злоупотребление алкоголем и социальные факторы (проживание без семьи).

Для оценки влияния качества жизни на приверженность к лечению теми или иными лекарственными препаратами мы сравнили частоту приёма антикоагулянтных и антиаритмических препаратов у больных, у которых качество жизни улучшилось, и у больных, у которых такого улучшения не было. Было отмечено, что при улучшении качества жизни, в частности, его психологического аспекта, приверженность к лечению антикоагулянтными препаратами и амиодароном достоверно выше (рис. 4 и 5). При этом улучшение качества жизни не влияет на приверженность больных к терапии другими антиаритмическими и ритмурежающими препаратами.

Таким образом, в настоящем исследовании была выявлена связь между качеством жизни больных с ФП и их приверженностью к лечению антикоагулянтными препаратами и амиодароном. Наличие данной связи необходимо учитывать, особенно у больных, нуждающихся в антикоагулянтной терапии.

ВЫВОДЫ

1. Выбор стратегии лечения больных с ФП определяется такими факторами, как возраст, злоупотребление алкоголем, размер левого предсердия, форма ФП (пароксизмальная / персистирующая), а также желание самого пациента. При непосредственном опросе в качестве наиболее важных факторов для выбора стратегии контроля частоты сердечных сокращений врачи указывают длительность пароксизма ФП более 1 года и удовлетворительную переносимость ФП. При принятии решения о восстановлении синусового ритма наибольшее значение имеют желание пациента, отсутствие значимой дилатации левого предсердия, редкие (менее 4 раз в год) пароксизмы и молодой возраст больных.
2. Качество жизни больных с ФП, лечение которых осуществляется в рамках стратегии контроля частоты сердечных сокращений, существенно ниже, чем у пациентов, у которых восстанавливают и поддерживают синусовый ритм. Кроме того, среди данной группы больных распространённость депрессивных расстройств существенно выше.
3. Динамика качества жизни больных с ФП не зависит от стратегии лечения, но зависит от пола, исходного качества жизни, характера амбулаторного наблюдения и социальных факторов (проживание без семьи).
4. Пациенты с более высоким качеством жизни (психологический компонент) обладают большей приверженностью к назначенному лечению и менее склонны к самостоятельной отмене антикоагулянтной терапии (в течение 6 и 24 месяцев наблюдения) и амиодарона (в течение 24 месяцев наблюдения).

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике // Результаты программы КОМПАС Кардиология. 2004;1:48-54.
2. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, et al. Guidelines for the management of atrial Fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) // European Heart Journal (2010) 31,

2369-2429.

3. Carlsson J, Miketic S, Windeler J et al. Randomized trial of rate-control versus rhythm-control in persistent atrial fibrillation: The Strategies of Treatment of Atrial Fibrillation (STAF) study // J Am Coll Cardiol 2003;41:1690-1696.
4. Charúa-Guindic L, Benavides-León CJ, Villanueva-Herrero JA et al. Quality of life in ostomized patients // Cir Cir. 2011 Mar-Apr;79(2):149-55/
5. Cherr GS, Zimmerman PM, Wang J, Dosluoglu HH. Patients with depression are at increased risk for secondary cardiovascular events after lower extremity revascularization // J Gen Intern Med. 2008 May;23(5):629-34.
6. Dietary Guidelines for Americans. Washington, DC. US Government Printing Office; 2005:43-46/
7. Dorian P, Cvitkovic SS, Kerr CR, et al. A novel, simple scale for assessing the symptom severity of atrial fibrillation at the bedside: The CCS SAF scale // Can J Cardiol. 2006; 22: 383-6.
8. Dorian P, Jung W, Newman D, et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy // J. Am. Coll. Cardiol. 2000;36;1303-9.
9. Frasure-Smith N, Lespérance F, Habra M et al. Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure Investigators. Elevated depression symptoms predict long-term cardiovascular mortality in patients with atrial fibrillation and heart failure // Circulation. 2009 14;120(2):134-40, 3p following.
10. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M et al. Anxiety sensitivity moderates prognostic importance of rhythm-control versus rate-control strategies in patients with atrial fibrillation and congestive heart failure: insights from the Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure Trial // Circ Heart Fail. 2012 1;5(3):322-30.
11. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, 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 // JAMA 2001;285:2370-5.
12. Groeneweld HF, Crijns HJ, Van den Berg MP, Van Sonderen E et al; RACE II Investigators. The effect of rate control on quality of life in patients with permanent atrial fibrillation: data from the RACE II (Rate Control Efficacy in Permanent Atrial Fibrillation II) study // J Am Coll Cardiol. 2011 Oct 18;58(17):1795-803.
13. Gronefeld GC, Lilienthal J, Kuck KH, Hohnloser SH. Impact of rate versus rhythm control on quality of life in patients with persistent atrial fibrillation. Results from a prospective randomized study // Eur Heart J 2003;24:1430-1436.
14. Hagens VE, Ranchor AV, Van Sonderen E et al. Effect of rate or rhythm control on quality of life in persistent atrial fibrillation. Results from the Rate Control versus Electrical Cardioversion (RACE) Study // J Am Coll Cardiol 2004;43:241-247.
15. Hohnloser SH, Kuck KH, Lilienthal J. Rhythm or rate control in atrial fibrillation. Pharmacological Intervention in Atrial Fibrillation (PIAF): A randomised trial. // Lancet 2000;356:1789-1794.
16. Jenkins LS, Brodsky M, Schron E et al. Quality of life in atrial fibrillation: the Atrial Fibrillation: the Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) study // Am Heart J., 2005; 149(1):112-20.
17. Miyasaka Y, Barnes ME, Gersh BJ et al. Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence // Circulation 2006;114:119-25.
18. Naccarelli GV, Varker H, Lin J, Schulman KL. Increasing prevalence of atrial fibrillation and flutter in the United States // Am J Cardiol 2009;104:1534-9.
19. Pedersen SS, Denollet J, de Jonge P et al. Brief depression screening with the PHQ-2 associated with prognosis following percutaneous coronary intervention with paclitaxel-eluting stenting // J Gen Intern Med. 2009 Sep;24(9):1037-42.
20. Pereira AP, Cesarino CB, Martins MR et al. Associations among socio-demographic and clinical factors and the quality of life of ostomized patients // Rev Lat Am Enfermagem. 2012 Jan-Feb;20(1):93-100.
21. Reynolds MR, Ellis E, Zimetbaum P. Quality of Life in Atrial Fibrillation: Measurement Tools and Impact of Interventions // J Cardiovasc Electrophysiol. 2008 July ; 19(7): 762-768.
22. Rollman BL, Herbeck Belnap B, Mazumdar S et al. A positive 2-item Patient Health Questionnaire depression screen among hospitalized heart failure patients is associated with elevated 12-month mortality // J Card Fail. 2012 Mar;18(3):238-45.
23. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study // Heart 2001;86:516-521.
24. Thrall G, Lip GYH, Carrol D et al. Depression, Anxiety, and Quality of life in patients with Atrial Fibrillation // Chest 2007;132:1259-1264.
25. Van den Berg MP, Hassink RJ, Tuinenburg AE et al. Quality of life in patients with paroxysmal atrial fibrillation and its predictors: importance of the autonomic nervous system // Eur Heart J 2001;22:247-53.

ВЛИЯНИЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

*Г.А.Петрова, М.Ю.Гиляров, Д.А.Андреев, Д.В.Регушевская,
О.И.Кейко, П.А.Алферова, А.Л.Сыркин*

С целью оценки качества жизни (КЖ) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) в зависимости от выбранной стратегии лечения и от особенностей амбулаторного наблюдения обследовано 146 больных. Ведение больных осуществлялось в рамках двух общепринятых стратегий: восстановление и последующее поддержание синусового ритма (СР, n=86), и сохранение ФП с контролем частоты сердечных сокращений (ЧСС, n=60). На первом этапе изучались факторы, влияющие на выбор стратегии лечения пациентов, госпитализированных по поводу пароксизма ФП. При помощи специализированных опросников и шкал проводилась оценка пере-

носимости ФП, уровня КЖ, оценка тревоги и депрессии, оценка выраженности болевого синдрома в грудной клетке на фоне ФП. Второй этап заключался в амбулаторном наблюдении за пациентами. Пациенты были рандомизированы на две группы: 1 - группа «активного наблюдения», 2 - группа «обычного наблюдения». «Активное наблюдение» предусматривало ежемесячные визиты в клинику, возможность телефонных контактов с лечащим врачом по инициативе пациента, своевременную госпитализацию. Обследование пациентов из группы «обычного наблюдения» проводилось только при включении в исследование и спустя 6 месяцев.

Выбор стратегии лечения больных с ФП определялся такими факторами, как возраст, злоупотребление алкоголем, размер ЛП, форма ФП (пароксизмальная / персистирующая), а также желание самого пациента. При непосредственном опросе в качестве наиболее важных факторов для выбора стратегии контроля ЧСС врачи указывали длительность пароксизма ФП более 1 года и удовлетворительную переносимость ФП. При принятии решения о восстановлении СР наибольшее значение имели желание пациента, отсутствие значимой дилатации левого предсердия (ЛП), редкие (менее 4 раз в год) пароксизмы и молодой возраст больных. КЖ больных с ФП, лечение которых осуществляется в рамках стратегии контроля ЧСС, было существенно ниже, чем у пациентов, у которых восстанавливают и поддерживают СР. Кроме того, среди данной группы больных распространённость депрессивных расстройств была существенно выше. Динамика КЖ больных с ФП не зависела от стратегии лечения, но зависела от пола, исходного КЖ, характера амбулаторного наблюдения и социальных факторов (проживание без семьи). Пациенты с более высоким КЖ (психологический компонент) обладали большей приверженностью к назначенному лечению и были менее склонны к самостоятельной отмене антикоагулянтной терапии (в течение 6 и 24 месяцев наблюдения) и амиодарона (в течение 24 месяцев наблюдения).

EFFECT OF TREATMENT STRATEGY ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PAROXYSMAL AND PERSISTENT ATRIAL FIBRILLATION

G.A. Petrova, M.Yu. Gilyarov, D.A. Andreev, D.V. Regushevskaya, O.I. Keyko, P.A. Alferova, A.L. Syrkin

To assess the quality of life (QoL) of patients with atrial fibrillation (AF) depending on the treatment strategy chosen and follow-up strategy in an out-patient setting, 146 patients were examined. The patients were treated using any of two following conventional strategies: sinus rhythm recovery and its subsequent maintenance (rhythm control strategy, n=86) or maintenance of AF with the heart rate control (rate control strategy, n=60). Factors influencing selection of the treatment strategy of patients admitted due to paroxysmal AF were assessed on the first stage of the study. Using special questionnaires and scales, assessed were tolerance of AF, the quality of life, the level of anxiety and depression, and the extent of chest pain at the background of AF. The second stage of the study consisted in the follow-up in an out-patient setting. The patients were randomized into two following groups: Group 1 received "active follow-up" and Group 2 received "standard follow-up" program. The active follow-up included monthly visits to the hospital, a possibility of phone contacts with the treating physician initiated by the patient, and hospitalization in good time, when indicated. Checkup of patients from the "standard follow-up" group was performed only at baseline and in 6 months.

Selection of treatment strategy of patients with AF was determined by the following factors: age, alcohol abuse, left atrium diameter, type of AF (paroxysmal /persistent), and the subject's willingness. During the direct questioning, the physicians reported duration of the AF paroxysm of more than 1 year and appropriately tolerated AF as the most valuable factors related to the treatment strategy selection. When making decision on the sinus rhythm recovery, the most valuable factors were the subject's willingness, lack of significantly dilated AF, rare (less than 4 times a year) paroxysms of AF, and a relatively young age. The QoL of patients with AF treated using the rate control strategy was considerably lower than in whom the rhythm control strategy was used (the sinus rhythm was recovered and maintained). In addition, the latter group of patients was characterized by a higher prevalence of depression. The QoL dynamics in patients with AF did not depend on the treatment strategy but depended on the subject sex, baseline QoL, type of out-patient follow-up program, and social factors (lonely unconnected persons). Patients with a better QoL (psychological component) were more compliant to the therapy and were less subjected to self-discontinuation of anticoagulants (after 6 and 24 months of follow-up) and Amiodarone (after 24 months of follow-up).