

Симптоми та клінічні характеристики пацієнтів з уперше виявленою фібриляцією передсердь



О. Й. Жарінов¹, Ю. І. Залізна², К. О. Міхалев³

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ

² Київський обласний кардіологічний диспансер

³ ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, Київ

Мета роботи — здійснити порівняльний аналіз структурно-функціонального стану міокарда, частоти виявлення супутніх хвороб та окремих клінічних симптомів у пацієнтів із вперше виявленою фібриляцією передсердь (ВВФП) залежно від вираженості скарг, асоційованих з аритмією.

Матеріали і методи. У дослідження залучили 124 пацієнтів, 55 чоловіків та 69 жінок, віком від 24 до 88 років (середній вік — 62 ± 14 років) із ВВФП, що були послідовно госпіталізовані в Київський обласний кардіологічний диспансер від жовтня 2011 р. до червня 2012 р. У дослідження не залучали пацієнтів із ВВФП, яка була асоційована з гострим коронарним синдромом, гострим порушенням мозкового кровообігу, природженою або набутою вадою серця, хірургічним втручанням. У пацієнтів визначали індекс маси тіла, артеріальний тиск, рівні глюкози крові, глікозильованого гемоглобіну, креатиніну, калію плазми, С-реактивного протеїну, показників ліпідного профілю, тиреотропного гормону, за даними добового моніторингу ЕКГ — середню частоту серцевих скорочень (ЧСС) під час ВВФП. Ехокардіографічне дослідження здійснювали на ультразвуковій системі SD 800 (Philips, США) за загальноприйнятим протоколом у М- і В-режимах.

Результати та обговорення. Пацієнтів поділили на три групи: без скарг на серцебиття ($n = 27$), зі скаргами на незначне або помірне серцебиття ($n = 42$), зі скаргами на виражене серцебиття ($n = 55$). Порівнювані групи не відрізнялися за кількістю пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця. Серед пацієнтів зі скаргами на виражене серцебиття порівняно з хворими, які на серцебиття не скаржилися, було більше жінок ($p = 0,031$). У них виявлено вірогідно нижчий рівень глікозильованого гемоглобіну ($p = 0,031$), частіше діагностували постійну форму ФП ($p = 0,018$), реєстрували вищу середньодобову ЧСС за даними добового моніторингу ЕКГ ($p < 0,001$), менший розмір лівого передсердя ($p < 0,001$), вищу фракцію викиду лівого шлуночка ($p = 0,001$). Клас симптомів, асоційованих із ФП, визначали за шкалою EHRA. До I і II класів зараховано 42 (33,9%) пацієнтів, до III класу — 65 (52,4%) і до IV класу — 17 (13,7%). Пацієнти з різними класами симптомів за шкалою EHRA значуще не відрізнялися за віком і співвідношенням статей, частотою супутніх хвороб і ступенем ризику тромбоемболічних ускладнень.

Висновки. Скарги, пов'язані з аритмією, у пацієнтів із ВВФП частіше наявні в жінок та асоціюються з більшою ЧСС, меншим розміром лівого передсердя, вищою фракцією викиду лівого шлуночка і нижчим рівнем глікозильованого гемоглобіну порівняно з пацієнтами без скарг.

Ключові слова: фібриляція передсердь, перший епізод, симптоми, класифікація EHRA, супутні хвороби.

Перший епізод фібриляції передсердь (ФП) визначений як окрема форма ФП у сучасних міжнародних і національних рекомендаціях [2, 17].

Це зумовлено насамперед потребою в розробці особливих підходів до ведення пацієнтів із першим епізодом ФП. Адже, з одного боку, перший епізод ФП може бути викликаний дією зворотних чинників і надалі ніколи не повторюватися, а з другого — бути одним із виявів небезпечної для життя хвороби серця або екстракардіальної патології. Водночас клінічні вияви та обставини, за яких діагностують перший епізод ФП, можуть бути різними. У багатьох пацієнтів перший епізод ФП виявляється

Стаття надійшла до редакції 26 листопада 2014 р.

Жарінов Олег Йосипович, д. мед. н., проф.
02660, м. Київ, вул. Братиславська, 5а
Тел. (44) 291-61-30. E-mail: oleg_zharinov@hotmail.com

© О. Й. Жарінов, Ю. І. Залізна, К. О. Міхалев, 2014

яскравими клінічними симптомами, насамперед серцебиттям, запамороченням, болям або дискомфортом у грудній клітці з ознаками серцевої недостатності (СН) або без них. Водночас нерідко ФП виявляють випадково під час планового диспансерного огляду або реєстрації ЕКГ [1].

Цілком очевидно, що симптоми вперше виявленої ФП (ВВФП) можуть бути зумовлені основною хворобою, наприклад, ішемічною хворобою серця (ІХС) чи СН. На вираженість виявів ВВФП впливають також вік, стать [11], тривалість епізоду аритмії, супутні хвороби й навіть характерологічні особливості пацієнта [12]. І якщо при симптомній ФП одне з основних завдань лікування — усунення аритмії, зумовлених нею клінічних виявів та покращення якості життя хворих, то у випадку мало- чи безсимптомної ФП ведення пацієнтів переважно спрямоване на контроль частоти серцевих скорочень (ЧСС) і профілактику тромбоемболічних ускладнень. Зазначені положення ґрунтуються на різноманітній доказовій базі, отриманій протягом останнього десятиліття, і чітко висвітлені в чинних узгоджених настановах [17]. Незважаючи на це, залишається відкритим питання, наскільки ці положення відповідають потребам ведення пацієнтів із ВВФП. Відтак заслуговує на увагу оцінка клінічних характеристик пацієнтів із першим епізодом чи вперше діагностованою ФП залежно від вираженості клінічних симптомів, зокрема оцінених за класифікацією EHRA [6].

Мета роботи — здійснити порівняльний аналіз структурно-функціонального стану міокарда, частоти виявлення супутніх хвороб та окремих клінічних симптомів у пацієнтів із вперше виявленою фібриляцією передсердь залежно від вираженості скарг, асоційованих з аритмією.

Матеріали і методи

У «зрізове» одноцентрове дослідження залучили 124 пацієнтів із ВВФП, що були послідовно госпіталізовані в Київський обласний кардіологічний диспансер від жовтня 2011 р. до червня 2012 р. Серед них було 55 чоловіків і 69 жінок віком від 24 до 88 років (середній вік — (62 ± 14) років). У 32 (25,8 %) випадках пацієнти були госпіталізовані ургентно бригадою швидкої допомоги, у 92 (74,2 %) випадках ФП була виявлена вперше в житті під час звернення в поліклініку. У 109 пацієнтів ФП була вперше зареєстрована протягом останнього місяця за допомогою ЕКГ у спокої, у 15 — під час проведення добового моніторингу ЕКГ. У всіх випадках тривалість епізоду ФП становила не менше 30 с. У дослідження не залучали пацієнтів із ВВФП, яка була асоційована з гострим коронарним синдромом, гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК), природженою або набутою вадою серця, хірургічним втручанням.

Під час опитування пацієнтів та аналізу медичної документації отримували дані про супутні хвороби. На основі огляду пацієнта й за даними ЕКГ визначали індекс маси тіла, рівні систолічного й діастолічного артеріального тиску, середню ЧСС під час ВВФП. Усім пацієнтам виконували біохімічне дослідження крові з визначенням рівня глюкози крові, глікозильованого гемоглобіну, креатиніну, калію плазми, С-реактивного протеїну, показників ліпідного профілю, тиреотропного гормона.

Ехокардіографічне дослідження здійснювали на ультразвуковій системі SD 800 (Philips, США) за загальноприйнятим протоколом у М- і В-режимах для заперечення клапанних вад серця, оцінки розмірів і функції передсердь, систолічної функції лівого шлуночка (ЛШ), структурно-функціонального стану інших камер серця, а також функції клапанів серця [4]. З лівого парастернального доступу по довгій осі в В- і М-режимах вимірювали максимальний і мінімальний розміри лівого передсердя (ЛП). Вимірювали товщину міжшлуночкової перегородки й задньої стінки ЛШ. З верхівкового доступу в чотирикамерній позиції визначали кінцевосистолічний і кінцеводіастолічний розміри ЛШ, фракцію викиду (ФВ) ЛШ за методом дисків. Масу міокарда ЛШ (ММЛШ) визначали у грамах за кубічною формулою R. V. Devereux у модифікації Американського товариства ехокардіографії [8]:

$$\text{ММЛШ} = 0,832 \cdot ((\text{КДР} + \text{ТЗС}_\text{д} + \text{ТМШП}_\text{д})^3 - \text{КДР}^3) + 0,6,$$

де КДР — кінцеводіастолічний розмір; ТМШП_д — товщина міжшлуночкової перегородки в діастолу; ТЗС_д — товщина задньої стінки ЛШ у діастолу.

Індекс ММЛШ (ІММЛШ) розраховували як відношення ММЛШ до площі поверхні тіла. Регургітацію на мітральному та/або трикуспідальному клапанах оцінювали за відношенням площі потоку регургітації до площі передсердя. Легеневу гіпертензію діагностували за максимальним систолічним тиском у легеневій артерії, розрахованим за швидкістю регургітації на трикуспідальному клапані.

У 66 пацієнтів виконували добове моніторування ЕКГ на другу добу після відновлення синусового ритму на реєстраторі DiaCard II компанії «Сольвейг» (Україна) з визначенням середньодобової ЧСС та показників варіабельності ритму серця (SDANN). У 15 випадках дослідження виконували на тлі ФП з визначенням середньодобової ЧСС.

Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали за допомогою програмних пакетів Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) та SPSS 19.0 (SPSS Inc., США). При порівнянні кількісних ознак у трьох незалежних групах використовували непараметричний дисперсійний аналіз за Краскелом — Уолісом. Центральну тенденцію та варіацію показників позначали як Me (Q₂₅—Q₇₅), де Me — медіана, Q₂₅ і Q₇₅ — нижній і верхній квартилі відповідно. Порів-

няння абсолютної і відносної (%) частот номінальних та порядкових ознак проводили за таблицями спряження (кросстабуляції) з оцінкою критерію χ^2 Пірсона, а у випадках його математичної нестійкості — за таблицями формату 2×2 та оцінкою значущості точного критерію Фішера. Для подолання проблеми множинних порівнянь кількісних ознак при використанні непараметричних методів застосовували поправку Бонферроні та рівень статистичної значущості $p < 0,017$ для трьох груп. Для всіх інших методів рівень статистичної значущості становив $p < 0,05$ [3].

Результати та обговорення

Артеріальну гіпертензію (АГ) виявлено у 93 (75%) пацієнтів, ІХС — у 58 (46,8%), у тому числі стенокардію — у 43 (35,5%), післяінфарктний кардіосклероз — у 14 (11,3%). ГПМК або транзиторну ішемічну атаку раніше перенесли 14 (11,3%) пацієнтів. Цукровий діабет (ЦД) 2 типу зареєстрований у 23 (18,5%) пацієнтів, при цьому в 7 випадках ця хвороба була діагностована вперше. Ознаки СН наявні у 78 (63,7%) пацієнтів, у тому числі I функціонального класу (ФК) за NYHA — у 19, II — у 39, III — у 16, IV — у 4 пацієнтів. Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) розраховували за формулою СКД-ЕРІ [10]. Нормальний показник ШКФ (> 90 мл/(хв·1,73 м²)) зареєстрований у 2 (1,6%) пацієнтів, хронічна хвороба нирок II стадії (ШКФ 60–89 мл/(хв·1,73 м²)) — у 88 (70,9%), III стадії (ШКФ 30–59 мл/(хв·1,73 м²)) — у 35 (28,2%), IV стадії (ШКФ 15–29 мл/(хв·1,73 м²)) — у 6 (4,8%), V стадії (ниркова недостатність або діаліз, ШКФ менше 15 мл/(хв·1,73 м²)) — в 1 (0,8%) пацієнтки, яка перебувала на програмному діалізі. Порушення функції щитоподібної залози виявлено в 10 (8,1%) осіб, з них у 4 рівень тиреотропного гормону був знижений, у 6 — підвищений, що відповідає даним Канадського реєстру ФП [7]. Крім того, 14 пацієнтів отримували тироксин з приводу автоімунного тиреоїдиту чи післяопераційного гіпотиреозу. Частина пацієнтів на момент виявлення ФП регулярно приймали засоби лікування АГ, ІХС та/або СН. Зокрема, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту були призначені 52 (41,9%) пацієнтам, антагоністи рецепторів ангіотензину II — 4 (3,2%), діуретики — 46 (37,1%), β -адреноблокатори — 29 (23,3%), спіронолактон — 2 (1,6%), нітрати — 26 (20,9%), ацетилсаліцилова кислота — 27 (21,7%) пацієнтам.

За результатами аналізу скарг пацієнтів поділили на три групи: без скарг на серцебиття ($n = 27$), зі скаргами на незначне або помірне серцебиття ($n = 42$), зі скаргами на виражене серцебиття ($n = 55$). Частка жінок серед обстежених пацієнтів була більшою у групах з незначним/помірним і

вираженим серцебиттям (табл. 1). Порівнювані групи не відрізнялися за кількістю пацієнтів з АГ та ІХС. Утім у пацієнтів зі скаргами на виражене серцебиття був вірогідно нижчий рівень глікозильованого гемоглобіну, рідше діагностували СН IV ФК за NYHA. Крім того, серед пацієнтів, що не скаржилися на серцебиття, більш ніж у половини було діагностовано постійну форму ФП, тоді як при вираженому серцебитті лише у 20% відновлення ритму вважали недоцільним. Кардіоверсію виконували у 40% пацієнтів з вираженим серцебиттям і лише у 18% пацієнтів без скарг на серцебиття.

У пацієнтів без серцебиття спостерігали більш виражені структурні зміни міокарда — збільшення розмірів ЛП і зниження ФВ ЛШ, частіше виявляли мітральну регургітацію 3-го ступеня (табл. 2). При цьому в пацієнтів з вираженим серцебиттям реєстрували меншу середньодобову ЧСС за даними добового моніторингу ЕКГ. Крім того, виражене серцебиття асоціювалося з більшою ЧСС під час першого епізоду ФП.

У 69 (55,6%) випадках передньозадній розмір ЛП був більше 4,5 см. Показник ФВ ЛШ менше 45% зареєстровано у 41 (33,1%) пацієнта. За ступенем регургітації на мітральному та/або трикуспідальному клапанах пацієнти розподілилися так: I (незначна, до 20%) — у 50 (40,3%) осіб, II (помірна, 21–40%) — у 33 (26,6%), III (значна, 41–80%) — у 5 (4,0%).

Клас симптомів, асоційованих з ВВФП, визначали за шкалою EHRA [6]: I — немає симптомів, II — симптоми, які не порушують звичайну щоденну активність, III — симптоми, які порушують звичайну щоденну активність, IV — симптоми, які унеможливають звичайну щоденну активність. До I і II класів зарахували симптоми 42 (33,9%) пацієнтів, до III класу — 65 (52,4%) і до IV класу — 17 (13,7%).

Групи пацієнтів з різними класами симптомів за шкалою EHRA значуще не відрізнялися за віком і статтю. Також не виявлено значущих відмінностей за частотою супутніх хвороб, таких як АГ, ІХС, СН, ЦД, ГПМК, а також за ступенем ризику тромбоемболічних ускладнень (табл. 3).

Отримані дані про демографічні особливості пацієнтів з ФП і серцебиттям різної вираженості узгоджуються з даними попередніх досліджень, згідно з якими жіноча стать асоціюється з більш вираженими симптомами ФП [15, 12] і, зокрема, більшою частотою серцебиття [13, 14]. Очевидно, це зумовлено тим, що в пацієнтів молодого віку частіше реєструють пароксизмальну форму ФП, а пацієнти з пароксизмальною ФП мають більше симптомів, ніж хворі з постійною ФП [5, 10]. Асоціативний зв'язок ЦД з меншою вираженістю серцебиття в пацієнтів з ФП був показаний у 20-річному реєстрі за участю 3850 пацієнтів з ФП [14]. Одним з імовірних пояснень такого феномену

Т а б л и ц я 1

Клінічна характеристика пацієнтів з ВВФП залежно від вираженості скарг, асоційованих з аритмією

Показник	Без серцебиття (n = 27)	Незначне/помірне серцебиття (n = 42)	Виражене серцебиття (n = 55)	p
	1	2	3	
Чоловіки	18 (66,6%)	16 (38,0%)	21 (38,1%)	0,031
Жінки	9 (33,4%)	26 (62,0%)	34 (61,9%)	
Вік, роки	63 (52–73)	69 (59–73)	59 (48–73)	
АГ	20 (74,0%)	32 (76,1%)	41 (74,5%)	
ІХС: стенокардія	7 (25,9%)	18 (42,8%)	18 (32,7%)	
ГПМК	4 (14,8%)	7 (16,6%)	3 (5,5%)	
ЦД	7 (25,9%)	6 (14,2%)	5 (9,0%)	
Глікозильований гемоглобін, %	6,1 (5,8–7,1) (n = 14)	6,1 (5,7–6,8) (n = 37)	5,4 (5,1–6,1) (n = 52)	p ₁₋₂ = 0,008 p ₁₋₃ < 0,001
СН I ФК за NYHA	1 (3,7%)	6 (14%)	13 (23,64%)	0,003
II ФК	8 (29,6%)	17 (41%)	13 (23,64%)	
III ФК	6 (22,2%)	8 (19%)	2 (3,6%)	
IV ФК	3 (11,1%)	0	1 (1,82%)	
Немає СН	9 (33,3%)	11 (26%)	26 (47,3%)	
Пароксизмальна форма ФП	9 (33,3%)	14 (33,3%)	26 (47,2%)	
Персистентна форма ФП	4 (14,8%)	8 (19,0%)	18 (32,7%)	
Постійна форма ФП	14 (51,8%)	20 (47,6%)	11 (20,0%)	0,018
Кардіоверсія	5 (18,5%)	4 (9,5%)	22 (40%)	0,002
Кількість балів за CHA ₂ DS ₂ -VASc	4 (2–5)	3 (2–5)	2 (1–4)	

Категоріальні змінні наведено як абсолютну та відносну кількість. Значення кількісних показників наведено у вигляді медіани та міжквартильного інтервалу Q₂₅–Q₇₅.

Т а б л и ц я 2

Ехокардіографічні показники, ЧСС і показники варіабельності ритму серця в пацієнтів з ВВФП залежно від вираженості скарг, асоційованих з аритмією

Показник	Без серцебиття (n = 27)	Незначне/помірне серцебиття (n = 42)	Виражене серцебиття (n = 55)	p
	1	2	3	
КДО ЛШ, мл	145 (115–213)	123 (102–159)	112 (93–156)	
ФВ ЛШ, %	48 (40–54)	53 (43–58)	56 (50–59)	p ₁₋₂ = 0,014 p ₁₋₃ = 0,001
ЛП, см	5,0 (4,4–5,6)	4,8 (4,4–5,3)	4,3 (3,9–4,7)	p ₁₋₃ < 0,001
ІММЛШ, г/м ²	131,1 (102,5–158,8)	124,1 (97,7–156,2)	127,7 (100,0–153,2)	
Мігральна регургітація 0–1	14 (51,8%)	25 (59,5%)	46 (83,6%)	0,001
2	12 (44,4%)	15 (35,7%)	7 (12,7%)	
3	1 (3,7%)	2 (4,8%)	2 (3,6%)	
Систолічний тиск в ЛА, мм рт. ст.	47 (40–56) (n = 14)	38 (35–44) (n = 16)	37 (32–46) (n = 11)	
SDANN, мс	86 (74–117) (n = 9)	119 (88–147) (n = 12)	134 (104–157) (n = 33)	
ЧСС під час ФП, за 1 хв	96 (84–126)	97 (82–120)	120 (100–136)	p ₁₋₃ < 0,001
Середня ЧСС за 1 хв	79 (64–86) (n = 14)	65 (61–73) (n = 23)	64 (61–74) (n = 43)	

Т а б л и ц я 3

Клінічна характеристика пацієнтів із ВВФП залежно від класу EHRA

Показник	EHRA I–II (n = 42)	EHRA III (n = 65)	EHRA IV (n = 17)	p
Чоловіки	21 (50,0%)	30 (46,1%)	4 (23,5%)	
Жінки	21 (50,0%)	35 (53,9%)	13 (76,5%)	
Вік, роки	67 (57–71)	63 (51–74)	60 (51–69)	
АГ	33 (78,5%)	48 (73,8%)	12 (70,5%)	
ІХС	15 (35,7%)	24 (36,9%)	4 (23,5%)	
ГПМК	6 (14,2%)	7 (10,7%)	1 (5,8%)	
Ургентне звернення	4 (9,5%)	17 (26,1%)	11 (64,7%)	< 0,001
Планове звернення	38 (90,5%)	48 (73,8%)	6 (35,2%)	
СН I ФК за NYHA	6 (14,2%)	11 (16,9%)	3 (17,6%)	
II ФК	14 (33,3%)	20 (30,7%)	4 (23,5%)	
III ФК	5 (11,9%)	10 (15,3%)	1 (5,9%)	
IV ФК	2 (4,7%)	1 (1,5%)	1 (5,9%)	
Немає СН	15 (35,7%)	23 (35,3%)	8 (47,1%)	
Пароксизмальна форма ФП	18 (42,8%)	27 (41,5%)	4 (23,5%)	
Персистентна форма ФП	8 (19,0%)	14 (21,5%)	8 (47,1%)	
Постійна форма ФП	16 (38,0%)	24 (37,0%)	5 (29,4%)	
ЧСС під час ФП, за 1 хв	94 (80–124)	115 (90–134)	124 (100–135)	0,021
Кількість балів за CHA ₂ DS ₂ -VASc	3 (2–5)	3 (2–4)	2 (2–4)	

автори вважали наявність нейропатії, яка могла привести до зменшення больових відчуттів. Із впливом ЦД частково пов'язані також нижчі показники варіабельності серцевого ритму у хворих без серцебиття. У цих пацієнтів спостерігали більш виражені структурні зміни міокарда, а в 33,3% з них була наявна СН III–IV ФК за NYHA. Більш виражені структурні зміни міокарда можна пояснити тривалішим анамнезом ФП та/або СН [16]. До чинників, що зменшують відчуття серцебиття в пацієнтів з вираженою СН, належить також погіршення переносимості фізичних навантажень і, відтак, уникання ситуацій, які могли б викликати чи посилювати серцебиття [14]. За цих обставин, власне, вияви декомпенсації СН більш виражені та значущі для пацієнтів.

Відсутність значущих відмінностей структурно-функціонального стану міокарда, частоти супутніх станів, рівня ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень залежно від класу EHRA може свідчити про доцільність вибору інших інструментів для оцінки симптомів, асоційованих із ВВФП. Очевидно, у пацієнтів із ВВФП використання шкали EHRA має суттєві обмеження з огляду на часту

наявність супутніх захворювань та інших (крім ФП) станів, від яких залежить виникнення клінічних симптомів, насамперед СН.

Отже, уперше здійснено оцінку клініко-функціональних особливостей та супутніх станів у пацієнтів з ВВФП залежно від вираженості симптомів аритмії. Очевидно, серед пацієнтів, які відчувають сильне серцебиття, більше хворих із першим епізодом ФП, тоді як у пацієнтів без власне аритмічних скарг здебільшого йдеться, власне, про ВВФП. Отримані результати свідчать, що безпосередня оцінка вираженості серцебиття може бути кориснішим інструментом для визначення стратегії ведення пацієнта із ВВФП, ніж шкала EHRA.

Висновки

Скарги, пов'язані з аритмією, у пацієнтів із уперше виявленою фібриляцією передсердь частіше наявні в жінок та асоціюються з більшою частотою серцевих скорочень, меншим розміром лівого передсердя, вищою фракцією викиду лівого шлуночка й нижчим рівнем глікозильованого гемоглобіну порівняно з пацієнтами без скарг.

Література

1. Дзяк Г. В., Жарінов О. Й. Фібриляція передсердь. — К.: Четверта хвиля, 2011. — 192 с.
2. Діагностика та лікування фібриляції передсердь: Рекомендації робочої групи з порушень серцевого ритму Асоціації кардіологів України. — К., 2011. — 22 с.
3. Гржибовский А. М. Анализ трех и более групп непараметрических данных. Институт общественного питания. г. Осло, Норвегия // Экология человека. — 2008. — № 3. — С. 50–58.
4. ACCF/AHA/ASEP/ASNC/SCAI/SCCT/SCMR 2007 appropriateness criteria for transthoracic and transesophageal echocardiography // J. Am. Soc. Echocardiogr. — 2007. — Vol. 20. — P. 787–805.
5. Brunetti N. D., De Gennaro L., Pellegrino P. L. et al. Atrial fibrillation with symptoms other than palpitations: incremental diagnostic sensitivity with at-home tele-cardiology assessment for emergency medical service // Eur. J. Prev. Cardiol. — 2012. — 19 (3). — P. 306–313.
6. Kirchhof P., Auricchio A., Bax J. et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: Recommendations from a Consensus Conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence Network and European Heart Rhythm Association // Europace. — 2007. — Vol. 9. — P. 1006–1023.
7. Krahn A. D., Klein G. J., Kerr C. R. et al. University of Western Ontario, London. How useful is thyroid function testing in patients with recent-onset atrial fibrillation? The Canadian Registry of Atrial Fibrillation Investigators // Arch. Intern. Med. — 1996. — Oct 28; 156 (19). — P. 2221–2224.
8. 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. — 1440–1457.
9. Levey A. S., Stevens L. A., Schmid C. H. et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate // Ann. Intern. Med. — 2009. — Vol. 150. — P. 604–612.
10. Levy S., Maarek M., Coumel P. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France. The ALFA Study // Circulation. — 1999. — Vol. 99. — P. 3028–3035.
11. Potpara T. S., Marinkovic J. M., Polovina M. M. et al. Gender-related differences in presentation, treatment and long-term outcome in patients with first-diagnosed atrial fibrillation and structurally normal heart: The Belgrade atrial fibrillation study // Int. J. Cardiol. — 2012. — Vol. 161. — P. 39–44.
12. 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. — Dec. — P. 1097–1103.
13. Rienstra M., Lubitz S. A., Mahida S. et al. Symptoms and functional status of patients with atrial fibrillation: State-of-the-Art and future research opportunities // Circulation. — 2012. — Vol. 125. — P. 2933–2943.
14. Salam A. M., Gersh B. J., Al. Binali H. A. et al. The prognostic implications of lack of palpitations in patients hospitalised with atrial fibrillation: observations from a 20-year registry // International J. Clin. Pract. — 2014. — Vol. 68. — P. 122–129.
15. Senoo K., Suzuki S., Sagara K. et al. Distribution of first-detected atrial fibrillation patients without structural heart diseases in symptom classifications // Circulation Journal. — 2012. — Vol. 76. — P. 1020–1023.
16. Smit M. D., Moes M. L., Maass A. H. et al. The importance of whether atrial fibrillation or heart failure develops first // Eur. J. Heart Fail. — 2012. — Vol. 14. — P. 1030–1040.
17. The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology. Guidelines for the management of atrial fibrillation // Eur. Heart J. 2010. — Vol. 31. — P. 2369–2429.

Симптомы и клинические характеристики пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий

О. И. Жарінов¹, Ю. И. Зализна², К. А. Михалев³

¹ Национальная медицинская академия последилового образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

² Киевский областной кардиологический диспансер

³ ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД, Киев

Цель работы — провести сравнительный анализ структурно-функционального состояния миокарда, частоты выявления сопутствующих заболеваний и отдельных клинических симптомов у пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий (ВВФП) в зависимости от выраженности жалоб, ассоциированных с аритмией.

Материалы и методы. В исследование включили 124 пациента, 55 мужчин и 69 женщин, в возрасте от 24 до 88 лет (средний возраст — 62 ± 14 лет) с ВВФП, которые были последовательно госпитализированы в Киевский областной кардиологический диспансер с октября 2011 г. по июнь 2012 г. В исследование не включали пациентов с ВВФП, которая была ассоциирована с острым коронарным синдромом, острым нарушением мозгового кровообращения, врожденным или приобретенным пороком сердца, хирургическим вмешательством. У пациентов определяли индекс массы тела, артериальное давление, уровень глюкозы крови, гликозилированного гемоглобина, креатинина, калия плазмы крови, С-реактивного протеина, показатели липидного профиля, тиреотропного гормона, по данным суточного мониторирования ЭКГ — среднюю частоту сердечных сокращений (ЧСС). Эхокардиографическое исследование проводили на ультразвуковой системе SD 800 (Philips, США) по общепринятому протоколу в М- и В-режимах.

Результаты и обсуждение. Пациентов разделили на 3 группы: без жалоб на сердцебиение ($n = 27$), с жалобами на незначительное и умеренное сердцебиение ($n = 42$), с жалобами на выраженное сердцебиение ($n = 55$). Сравнимые группы не различались по числу пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Среди пациентов с жалобами на выраженное сердцебиение по сравнению с пациентами, которые не жаловались, было больше женщин ($p = 0,031$). У них выявлен достоверно более низкий уровень гликозилированного гемоглобина ($p = 0,031$), чаще диагностировали постоянную форму ФП ($p = 0,018$), регистрировали большую среднесуточную ЧСС ($p < 0,001$), меньший размер левого предсердия ($p < 0,001$), более высокую фракцию выброса левого желудочка ($p = 0,001$). Класс симптомов, ассоциированных с ФП, определяли по шкале EHRA. К I и II классам относились 42 (33,9%), к III классу — 65 (52,4%) и к IV классу — 17 (13,7%) пациентов. Пациенты с разными классами симптомов по шкале EHRA значимо не различались по соотношению полов, возрасту, частоте сопутствующих заболеваний и степени риска тромбоэмболических осложнений.

Выводы. Жалобы, связанные с аритмией, у пациентов с ВВФП чаще отмечаются у женщин и ассоциируются с более высокой ЧСС, меньшим размером левого предсердия, большей фракцией выброса левого желудочка и более низким уровнем гликозилированного гемоглобина по сравнению с пациентами, у которых жалобы отсутствовали.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, первый эпизод, симптомы, классификация EHRA, сопутствующие болезни.

Symptoms and clinical characteristics of patients with the newly detected atrial fibrillation

O. I. Zharinov¹, Yu. I. Zalizna², K. O. Mikhalev³

¹ P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

² Kyiv Regional Cardiac Clinic

³ Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine, Kyiv

Purpose — to carry out the comparative analysis of myocardium structural and functional condition, concomitant disease determination frequency and clinical symptoms in patients with the newly detected atrial fibrillation (NDAF) depending on complaints intensity associated with arrhythmia.

Materials and methods. 124 patients were included into the study, 55 males and 69 females aged from 24 till 88 years old (mean age 62 ± 14) with NDAF. All patients were under the treatment in Kyiv regional cardiac clinic from October 2011 till June 2012. Patients with NDAF associated with acute coronary syndrome, brain circulation impairment, congenital or acquired hear failure, surgery were excluded. Patients were taken body weight index, arterial pressure, levels of blood glucose, glycated hemoglobin, creatinine, potassium blood plasma, C-reactive protein, lipid profile indexes, thyrotropic hormone, cardiac contractions average frequency with daily ECG. Echocardiographic monitoring was performed with ultrasound system SD 800 (Philips, USA) according to protocol in M- and B-modes.

Results and discussion. Patient were distributed into three groups: without palpitation ($n = 27$), with moderate palpitation ($n = 42$), with marked palpitation ($n = 55$). Compared groups did not differ in number of patients with arterial hypertension and ischemic disease. Female prevailed among the patients with marked palpitation ($p = 0.031$). They had low level of glycated hemoglobin ($p = 0.031$), chronic form of AF ($p = 0.018$), elevated average daily cardiac contractions frequency ($p < 0.001$), left atrium smaller size ($p < 0.001$), higher left ventricular ejection fraction ($p = 0.001$). Symptom class associated with AF was determined with EHRA scale. I and II class included 42 (33.9%), III class — 65 (52.4%) and IV class — 17 (13.7%) patients. Patients of different classed did not differ in sex ratio, age, concomitant disease frequency and risk degree of embolic complications.

Conclusions. Female with NDAF more often have complaints associated with arrhythmia, elevated CCF, left atrium smaller size, higher left ventricular ejection fraction, low level of glycated hemoglobin comparing to patients without complaints.

Key words: atrial fibrillation, newly detected, symptoms, EHRA scale, concomitant disease.