

**ОБЗОРЫ**

Г.А.Петрова, Д.В.Регушевская, П.А.Алферова, М.Ю.Гиляров, Д.А.Андреев

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ  
ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ***Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова*

*Рассматриваются вопросы выбора тактики ведения больных с фибрилляцией предсердий, особенности эмоциональных состояний личности у пациентов с нарушениями ритма сердца, частота их встречаемости и влияния на показатели качества жизни.*

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий, контроль ритма, контроль частоты, качество жизни, тревога, депрессия, рандомизированные контролируемые исследования.

*The problems of selection of an optimal management of patients with atrial fibrillation, peculiar features of the emotional states in patients with cardiac arrhythmias, their prevalence and influence on the quality of life are considered.*

**Key words:** atrial fibrillation, rhythm control, rate control, quality of life, anxiety, depression, randomized controlled studies.

Фибрилляция предсердий (ФП) - одно из наиболее часто встречающихся в клинической практике нарушений сердечного ритма. Распространенность ФП в общей популяции достигает 1-2% [1] и увеличивается с возрастом: от 0,5% в 40-50 лет до 5-15% в 80 лет [2, 3, 4]. В нашей стране ФП страдают сотни тысяч пациентов, доля ФП среди всех диагностированных аритмий превышает одну треть [5]. Наиболее частыми осложнениями ФП являются сердечная недостаточность и тромбоэмболические осложнения (в частности, ишемический инсульт), в ряде случаев приводящие к инвалидизации и смерти. ФП ведет к 5-кратному увеличению риска инсульта, и каждое пятое нарушение мозгового кровообращения происходит в результате этой аритмии [6].

Известно, что 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) [7]. Следует отметить, что у трети больных с нарушениями ритма сердца есть расстройства нервно-психической сферы и стойко повышенный уровень тревоги и депрессии [8]. В немногочисленных исследованиях показано, что у больных со сходным соматическим статусом КЖ может быть совершенно разным. КЖ - субъективный показатель, который основан на индивидуальном восприятии болезни пациентом, его эмоциональных переживаниях, убеждениях и ожиданиях [9, 10]. 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 [8].

Результаты клинико-эпидемиологического исследования «КОМПАС» по изучению депрессий в общесоматической практике, проведенного в 2002-2003 гг. в 35 городах России, показали, что депрессивные рас-

стройства имеются в среднем у 45,9% обследованных. Кроме того, расстройства депрессивного спектра тесно ассоциированы с большинством кардиоваскулярных факторов риска [11]. В литературе имеются 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 [12].

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ  
С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

Оценка КЖ является одним из новых критериев определения эффективности медицинской помощи. В последние годы возрос интерес к изучению этого показателя, который приобретает важное самостоятельное значение и позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимой терапии [13, 14]. Измерение КЖ основывается на оценке пациентом уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношениях. Существует множество различных методов оценки КЖ. Наиболее распространённым подходом для получения достоверных результатов стало использование стандартизованных опросников, анкет, тестов, шкал и индексов, что позволяет сравнивать динамику показателей во времени.

Для оценки КЖ используют общие и специальные методики, последние используют у больных с конкретной патологией [15]. Наиболее распространёнными общими опросниками являются профиль влияния болезни (Sickness Impact Profile, SIP), Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile, NHP), краткий опросник состояния здоровья (Short Form -36 Health Survey, SF-36), опросник оценки общего благополучия (General Well-Being Questionnaire). Среди специальных опросников у пациентов с ИБС широко распространены Сиэтлский опросник больных со стенокардией (Seattle Angina Questionnaire, SAQ) и опрос-

© Г.А.Петрова, Д.В.Регушевская, П.А.Алферова, М.Ю.Гиляров, Д.А.Андреев

ник КЖ после инфаркта миокарда (Quality of life After Acute Myocardial Infarction Questionnaire, QLMI).

В последние годы в США, Канаде и странах Западной Европы предпочтение отдается опроснику SF-36. Данный опросник широко распространенный в США и странах Европы является неспецифическим для оценки КЖ. Опросник SF-36 был нормирован для больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 соответствуют полному здоровью. Все шкалы формируют два показателя: психическое и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по всем 8 шкалам, более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. По данным С.А. McHorney, J.E. Ware, A.E. Raczek и многих других исследователей, в настоящее время доказана высокая валидность, воспроизводимость и чувствительность опросника к клинически значимым изменениям [16].

В России используется валидизированная версия SF-36, переведенная на русский язык. Однако в нашей стране пока мало работ, посвященных оценке КЖ больных с нарушениями ритма сердца [14]. В 2008 г проведено исследование по оценке КЖ у пациентов с различными формами ФП и влияние на него лечения нозогенных психических реакций. Показано, что средний уровень КЖ (по опроснику «Качество жизни пациентов с аритмиями», в % от идеального) у 126 больных, включенных в исследование, составил 58,75%. КЖ в группе пациентов с нозогенными психическими реакциями (НПР) было существенно ниже, чем группе больных без НПР (49,44% и 70,13% соответственно). При комплексном лечении (сочетание психофармакотерапии с сеансами психотерапии) больных с нозогенными психическими реакциями КЖ увеличилось в сравнении с группой больных с НПР, не получавших психофармакологические препараты [17]. Остается открытым вопрос о депрессии и тревоге как факторе риска рецидивирования пароксизмов ФП.

Недавно была опубликована работа, в которой выполнено психологическое обследование больных, госпитализированных в связи с плановым интервенционным лечением методом катетерной аблации в левом предсердии [18]. Перед проведением лечения, проводилась оценка соматических жалоб, эмоционального статуса, степени выраженности невротоподобных проявлений, степени информированности о болезни и лечении. Использовались тест-опросники: интегративный тест тревожности (ИТТ) [19], «Шкала самооценки депрессии» [20], «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» («ТОБОЛ») [21]. При анализе результатов отмечено, что в эмоциональном состоянии преобладают тревожные тенденции, отражающие эмоционально напряженное ожидание предстоящего вмешательства. Для пациентов характерна повышенная личностная

тревожность, низкий уровень информированности о диагностированном у них нарушении ритма сердца, медикаментозном и немедикаментозном лечении, а также сниженная мотивация к самостоятельному поиску соответствующей информации. Авторы заключили, что необходимо повышение информированности пациентов о заболевании и проводимом лечении. Важным является продолжение и углубление исследования восприятия болезни пациентом и индивидуально-психологических особенностей для определения критериев риска дезадаптивных личностных реакций в процессе лечения. Авторы подчеркивают актуальность разработки путей интеграции результатов психологических исследований в систему оказания специализированной помощи больным с ФП, проходящих интервенционное лечение.

В одной из отечественных работ по результатам наблюдения за пациентами с нарушениями ритма сердца отмечено, что последние сопровождаются тревожными и депрессивными расстройствами, степень выраженности которых определяется видом аритмии, но не зависит от этиологии заболевания, функционального класса стенокардии напряжения и функционального класса хронической сердечной недостаточности. Также эмоциональное состояние больных с персистирующей ФП не влияет на эффективность медикаментозного восстановления синусового ритма. Однако эффективная коррекция тревожных и депрессивных расстройств антидепрессантами способствует удержанию синусового ритма у пациентов с пароксизмальной ФП [22].

P. Dorian и соавт. валидизировали и рекомендовали к практическому применению Канадскую шкалу тяжести ФП (Canadian Cardiovascular Society Severity in Atrial Fibrillation, CCS-SAF) [10]. В данное исследование было включено 484 пациента с документированной ФП. Тяжесть течения ФП проводилась по шкалам Canadian Cardiovascular Society Severity in Atrial Fibrillation, CCS-SAF, SF-36. При использовании шкалы CCS-SAF на начальном этапе определяли симптоматику, сопровождающую ФП, затем оценивали связь симптомов (сердцебиения, одышки, головокружения / синкопальных состояний, боли в грудной клетке, общей слабости) и документированной ФП, а также связь симптомов с проводимой терапией.

Проанализировано влияние данных симптомов на повседневную физическую активность и КЖ пациента. Выявлена линейная корреляция показателей шкалы CCS-SAF и валидизированных шкал University of Toronto AF Severity Scale (AFSS) и SF-36. Показано, что исследуемая шкала проста в применении, даёт результаты, приближенные к субъективным показателям КЖ при ФП, и может быть использована в клинической практике. Шкала CCS-SAF аналогична шкале CCS Angina scale. Тяжесть ФП определяют по шкале от 0 (бессимптомное течение) до 4 (выраженное влияние на КЖ и повседневную активность).

В рекомендациях ESC по диагностике и лечению ФП и в отечественных рекомендациях предложен индекс EHRA для оценки симптомов, связанных с ФП, [23] - который практически не отличается от шкалы CCS-SAF. Данный индекс также предполагает анализ

симптомов ФП, которые проходят или уменьшаются после восстановления ритма или эффективного контроля ЧСС. Значимым недостатком методик измерения КЖ является слишком общее отражение состояния здоровья и функционирования. Для получения более точных результатов следует оценивать демографические показатели, наличие сопутствующей патологии и эмоциональный статус пациента [24].

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОНТРОЛЬ РИТМА И ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Существует ряд зарубежных многоцентровых исследований, в которых оценивалось КЖ у больных с различными формами ФП. L.S.Jenkins и соавт. в исследовании AFFIRM и S.H.Hohnloser и соавт. в исследовании RIAF показали, что КЖ больных с ФП хуже, чем у пациентов, не страдающих данной аритмией. Вне зависимости от выбранной стратегии лечения (контроль синусового ритма или контроль частоты сердечных сокращений - ЧСС) через 1 год наблюдения пациенты сообщали об улучшении КЖ, связанного со здоровьем. [25, 26].

В исследовании RACE сравнивали группы пациентов с различной тактикой ведения (контроль ЧСС и тактика контроля синусового ритма после электрической кардиоверсии). Показатели КЖ в двух группах оценивали на начальном этапе исследования, через 1 год и на последнем этапе наблюдения (средняя продолжительность наблюдения 2-3 года). По результатам исследования, КЖ у больных с ФП ниже по 4 шкалам из 8: общее здоровье, ролевое физическое функционирование, физическая боль, жизнеспособность (по сравнению с пациентами без нарушений ритма). К моменту окончания исследования было отмечено улучшение КЖ независимо от выбранной тактики лечения. При анализе данных с учетом половой принадлежности было выявлено, что, несмотря на проводимую терапию, КЖ у женщин было хуже, чем у мужчин (через 12 месяцев по 5 из 8 шкал, а к концу исследования - по 7 из 8 шкал), а стратегия лечения не оказывала влияния на результаты [27].

В исследовании RACE, как и в других исследованиях (в том числе, в исследовании AFFIRM), показано, что пациенты с персистирующей ФП имеют более низкие показатели КЖ, чем здоровые люди той же возрастной группы. Продemonстрировано, что стратегия контроля ЧСС не уступает тактике контроля синусового ритма относительно показателей заболеваемости и смертности. Несмотря на то, что в исследованиях AFFIRM и RACE контроль ЧСС по показателям заболеваемости и смертности был не хуже стратегии контроля синусового ритма, авторы сделали вывод, что длительное удержание синусового ритма более предпочтительно для улучшения субъективного ощущения общего здоровья.

В рамках исследования RACE II оценивали эффективность контроля ЧСС при постоянной форме ФП [28]. Проводилась оценка влияния двух стратегий контроля ЧСС («мягкий» < 110 уд/мин в покое, «жесткий» < 80 уд/мин в покое и < 110 уд/мин при умеренной физической нагрузке) на КЖ пациентов при постоян-

ной форме ФП. В исследовании было включено 614 пациентов с длительностью постоянной формы ФП более 12 месяцев. Пациенты принимали один или более лекарственных препаратов с отрицательным дромotropным эффектом: бета-адреноблокатор, недигидропиридиновый антагонист кальция, дигоксин в виде монотерапии или в комбинированной антиаритмической терапии. Критерием включения являлся возраст пациента < 80 лет, ЧСС в покое > 80 уд/мин, прием антикоагулянтов. Средняя ЧСС у пациентов первой группы составила 93 уд/мин, второй - 76. Конечными точками являлись смерть от сердечно-сосудистых причин, инсульт, системные тромбоэмболии, кровотечения, госпитализация в связи с нарастанием симптомов сердечной недостаточности, жизнеугрожающие нарушения ритма сердца, выраженные побочные эффекты лекарственной терапии.

Несмотря на то, что «жесткий» контроль ЧСС требовал более тщательного наблюдения за пациентами, данных за положительное влияние подобной тактики на КЖ получено не было. «Мягкий» контроль ЧСС оказался не менее эффективным в сравнении с «жестким» контролем ЧСС в отношении основных клинических событий на протяжении 3 лет наблюдения. На КЖ, прежде всего, повлияли пол, возраст, выраженность симптоматики ФП.

По данным V.E.Hagens и соавт., незначительные изменения в течение 12 месяцев наблюдения говорят о том, что лечение ФП с преимущественно частыми визитами к врачу может в короткие сроки улучшить КЖ. Вероятно, это обусловлено эффективностью самого лечения и не зависит от тактики ведения больных. Тем не менее, при последующем наблюдении изменений КЖ не отмечено.

В исследовании STAF (Canadian Trial of Atrial Fibrillation) приняли участие 403 пациента с ФП, средний возраст которых составил 65±10 лет. Согласно дизайну исследования, пациенты были рандомизированы в группы приема амиодарона, соталола или пропafenона. У большинства пациентов фракция выброса левого желудочка была сохранной. У 264 участников (156 мужчин и 108 женщин) трижды проводили оценку КЖ с помощью опросника SF-36: на начальном этапе, через 3 и 12 месяцев от начала антиаритмической терапии. Через 3 месяца после начала лечения было отмечено значительно улучшение суммарных показателей физического (от 41,9±9,3 до 43,7±9,2, p=0,001) и психического здоровья (от 47,5±10,5 до 49,0±9,8, p=0,023) по данным опросника SF-36, по сравнению с исходными показателями. У пациентов с рецидивирующей ФП без выраженной симптоматики зарегистрированы более высокие показатели общего здоровья к 3-му месяцу, чем у больных с рецидивирующей ФП, сопровождающейся субъективными жалобами (7,4±1,8 по сравнению с 6,9±1,8, p<0,05).

При анализе результатов также было выявлено, что женщины оценивали своё КЖ значительно ниже, чем мужчины. Наиболее низкие показатели у женщин были зафиксированы по шкалам физического здоровья и ролевого физического функционирования, в то время как для мужчин было характерно снижение психичес-

кого и общего здоровья. На фоне антиаритмической терапии физическое здоровье в большей степени улучшалось у женщин, а психическое - у мужчин [29, 30]. У пациентов с ФП, сопровождающейся симптоматикой, отмечается улучшение показателей КЖ после лечения вне зависимости от выбранной антиаритмической терапии. Данное улучшение наиболее достоверно у тех

пациентов, у которых на фоне лечения частота рецидивов аритмии снижается. Таким образом, актуально проведение дополнительных исследований для оценки КЖ у больных с ФП в зависимости от стратегии лечения, которую выбирают в каждом конкретном случае с учетом особенностей личности и тщательности дальнейшего амбулаторного наблюдения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. Population prevalence, incidence, and Predictors of Atrial Fibrillation in the Renfrew/Paisley study // *Heart* 2001; 86: 516-21.
2. 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.
3. Miyasaka Y, Barnes ME, Gersh BJ, Cha SS, Bailey KR, Abhayaratna WP, Seward JB, Tsang TS. 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.
4. 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.
5. Дедов ДВ, Иванов АП, Эльгард ИА. Риск рецидива фибрилляции предсердий у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией по данным холтеровского мониторирования электрокардиограммы // *Вестник аритмологии*. - 2010. - №59. - С. 27-32.
6. Fuster V, Ryde'n LE, Asinger RW, et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation // *Circulation* 2001; 104(17): 2118-50.
7. 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.
8. 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.
9. Reynolds MR, Ellis E, Zimetbaum MD et al. Quality of Life in Atrial Fibrillation: Measurement and Impact of Interventions // *Journal of Cardiovascular Electrophysiology* 2008; 19(7): 762-8.
10. 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.
11. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС // *Кардиология*. 2004; 1: 48-54.
12. Thrall G, Lip GYH, Carrol D et al. Depression, Anxiety, and Quality of life in patients with Atrial Fibrillation // *Chest* 2007; 132: 1259-1264.
13. Elinson J. Toward sociomedical health indicators // *Soc. Indicators Res.*, 1974; 1: 59-71.
14. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. С-Пб.: Олма-пресс, 2002; 320 с.
15. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study // *Circulation* 2004; 110: 1042-6.
16. McHorney C.A., Ware J.E., Raczek A.E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), II: psychometric and clinical tests validity in measuring physical and mental health const ructs // *Med. Care.*, 1993; 31: 247-63.
17. Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Крятова Т.В. и соавт. Качество жизни пациентов с различными формами фибрилляции предсердий и влияние на него лечения нозогенных психических реакций // *Вестник Аритмологии*, 2008, 36-39.
18. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Чумакова И.О. и соавт. Отношение к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий, проходящих лечение методом катетерной абляции // *Вестник аритмологии*, 2012, 50-58.
19. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. - СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997.
20. Zung W. A self-rating depression scale // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1965. V.12. P.63-70.
21. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. и соавт. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. - СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005.
22. Вознюк О.А. Клинические особенности течения фибрилляции предсердий в зависимости от выраженности тревожных и депрессивных расстройств и их медикаментозной коррекции. Дисс. на соискание ученой степени кандидата мед. наук - Оренбург, 2008, 24 с.
23. Kirchhof P, Auricchio A, Bax J, et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary. Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NET work (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA) // *Eur Heart J* 2007; 28: 2803-17.
24. Reynolds MR, L Essebag V, et al. Influence of Age, Gender, and AF Recurrence on Quality of Life Outcomes in a Population of New-Onset AF Patients: the FRACTAL Registry // *Am Heart J.* 2008; 152(6): 1097-1103.
25. 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.
26. Hohnloser SH, Kuck KH, Lilienthal J. Rhythm versus rate control in atrial fibrillation - Pharmacological intervention in atrial fibrillation (PIAF): a randomised trial // *Lancet* 2000; 356: 1789-94.
27. Hagens VE, Rancho 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.
28. Groenveld HF, Crijns HJGM, Van Den Berg MP, Sonderen EV for the 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; 58(17): 1795-1803.
29. 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; 86: 764-8.
30. Dorian P., Paquette M., Newman D. et al. Quality of life improves with treatment in the Canadian Trial of Atrial Fibrillation // Am Heart J, 2002; 143(6): 984-90.