

УДК 616.12-008.313.2-008.46-084(477.87)

О.А. РІШКО, М.М. ШЮТЄВ, Я.І. ІГНАТКО, Б.Л. СВТЕЛСКИ

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра факультетської терапії, Ужгород

СТАН ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ У м. УЖГОРОД

З метою вивчення стану первинної та вторинної профілактики серцевої недостатності у осіб із постійною формою фібриляції передсердь було проаналізовано амбулаторне лікування 96 хворих через 6-12 місяців після виписки з кардіологічного відділення Ужгородської центральної міської клінічної лікарні у 2010 році. Встановлено, що в цілому ведення цих хворих відповідає сучасним рекомендаціям: 79,2% мають рекомендоване ЧСС менше 110 уд/хв. у стані спокою, 34,4% – менше 80 уд/хв. 63,5% приймають бета-адреноблокатори, антагоністи кальцію чи бета-адреноблокатори разом із дигоксином. 43,7% отримують блокатори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. До недоліків слід віднести те, що 20% хворих працездатного віку отримували тільки дигоксин або аміодарон, а також поширену практику прийому дигоксину п'ять днів на тиждень із перервою на два дні.

Ключові слова: фібриляція передсердь, серцева недостатність, профілактика

Вступ. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) та висока смертність від їх ускладнень залишаються домінуючою проблемою сучасної медицини. Особливо актуальною вона є в Україні, де у структурі смертності частка ССЗ із року в рік зростає (від 34,4% у 1990 році до 59% у 2000 році та 65,8% у 2010 році). Зростання ризику серцево-судинної смертності у 2,4 разу асоціюється із таким поширенням порушення ритму серцевої діяльності, як фібриляція передсердь ((ФП), миготлива аритмія). Поширеність ФП в Україні складає 2,5% (2,7 % серед чоловіків та 2,4% серед жінок). За останні 25 років спостерігається шестикратне збільшення поширеності ФП серед міського населення. Прогнозується її подальше зростання [1]. Небезпека ФП передусім пов'язана з високим ризиком формування тромбів у лівому передсерді з наступними тромбоемболічними ускладненнями, найчастіше – ішемічним інсультом. Високим є і ризик розвитку "тахікардіоміопатії", при якій на фоні високої частоти серцевих скорочень (ЧСС) виникає ремоделювання міокарда з дилатацією лівих відділів серця, розвитком та прогресуванням їх дисфункції та серцевої недостатності (СН). СН спостерігається у 30% хворих із ФП, а ФП – у 30-40% пацієнтів із СН. Тобто, серцева недостатність може бути як наслідком, так і причиною аритмії [2].

У відповідності до Європейських [3, 6] та вітчизняних [1] рекомендацій із діагностики та лікування фібриляції передсердь, основними заходами профілактики серцево-судинної смертності є профілактика тромбоемболічних ускладнень та розвитку чи прогресування серцевої недостатності. Для профілактики тромбоемболічних ускладнень, зокрема ішемічних інсультів, рекомендується постійна антитромботична терапія, основу якої повинні складати сучасні антикоагулянти (в окремих випадках разом з антиагрегантами, або тільки антиагреганти). Для профілактики серцевої недостатності важливим є відновлення та контроль синусового

ритму (при пароксизмальній та персистуючій формах ФП) або контроль ЧСС. Про стан антитромботичної терапії та профілактики тромбоемболічних ішемічних інсультів у хворих з ФП у м. Ужгород ми повідомляли у наших попередніх роботах [5]. Основним у профілактиці розвитку та прогресування СН у хворих із постійною формою ФП є контроль ЧСС. У рекомендаціях 2006 р. були визначені жорсткі цільові рівні ЧСС: 60-80 уд/хв. в стані спокою. У нових рекомендаціях більш „м'які” цільові рівні ЧСС: <110 уд/хв. у стані спокою, якщо зникають клінічні симптоми аритмії. Подальше зниження ЧСС рекомендується при збереженні клінічних симптомів. У нових рекомендаціях також вказано, що вибір тактики контролю ЧСС залежить від способу життя хворого: якщо пацієнт веде малорухомий спосіб життя, контроль ЧСС може бути досягнуто призначенням тільки дигоксину; при активному способі життя – бажано бета-адреноблокаторами або недигідропіридинними антагоністами кальцію (НДГП) (верапаміл, дилтіазем); при наявності СН – комбінацією бета-адреноблокатора з дигоксином. В нових рекомендаціях йде мова і про т. зв. „upstream – терапію – терапію „проти течії” – призначення якої полягає в гальмуванні природного перебігу аритмогенної кардіоміопатії. Вважається, що таке значення мають блокатори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (блокатори РААС) – інгібітори ангіотензин перетворюючого ферменту (ІАПФ) та блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА-II); антагоністи альдостерону (АА), а у хворих з ІХС – статини та омега-3 ПНЖК.

Мета дослідження. Вивчити стан первинної та вторинної профілактики серцевої недостатності у хворих з постійною формою ФП та оцінка його відповідності сучасним європейським та вітчизняним рекомендаціям.

Матеріали та методи. Було проаналізовано історії хвороби 96 хворих, які лікувалися у кардіо-

логічному відділенні Ужгородської ЦМКЛ у 2010 році, з наявністю при виписці постійної форми ФП. За спеціально розробленим протоколом було проаналізовано історії хвороби, виписки з рекоме-

ндаціями амбулаторного лікування та амбулаторні картки через 6-12 місяців після виписки зі стаціонару. Загальна характеристика хворих представлена у таблиці 1.

Таблиця 1

Загальна характеристика хворих із постійною формою фібриляції передсердь

Вік (у роках)	Разом n=96(100%)	Фібриляція передсердь	
		Жінки n=52(54,2%)	Чоловіки n=44 (45,8%)
Середній (M±m)	61±9	63±6	58±7
Діапазон	48-74	51-74	48-74
Працездатні (жін. <55р.) (чол. <60р.)	44 (45,8%)	12 (22,9%)	32 (33,3%)

За стандарт ведення хворих із фібриляцією передсердь було взято рекомендації Робочої групи з порушень серцевого ритму Асоціації кардіологів України від 2010 року [1], розроблених на підставі рекомендацій Європейсь-

кого товариства кардіологів від 2010 року [6].

Результати досліджень та їх обговорення. Зведені дані отриманих результатів наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Стан профілактики серцевої недостатності у хворих із постійною формою фібриляції передсердь у м. Ужгород

	Хворі з фібриляцією передсердь	
	n	%
Контроль ЧСС: (у стані спокою)		
-51-60/хв	3	3,1
-61-70/хв	16	16,7
-71-80/хв	14	14,6
-81-90/хв	14	14,6
-91-100/хв	29	30,2
-101-110/хв	11	11,4
>110/хв	9	9,4
Всього:	96	100%
Ліки для контролю ЧСС:		
- бета-адреноблокатори	22	22,9
- бета-адреноблокатори + дигоксин	27	28,1
- дигоксин	23	24,0
- НДГП антагоністи кальцію	5	5,2
- аміодарон	7	7,3
- жоден препарат	12	12,5
Всього:	96	100%
„Upstream” -терапія		
- ІАПФ	39	40,6
- БРА	3	3,1
Всього:	42	43,7

Аналіз отриманих результатів вказує на в цілому задовільний стан ведення хворих із постійною формою ФП та його відповідність сучасним Європейським та вітчизняним рекомендаціям. Цьому

могло сприяти і проведене нами у 2008-2009 роках дослідження у таких хворих стану антитромботичної терапії, виявлені недоліки та їх обговорення з лікарями поліклініки [5]. Встановлено, що тільки у

20 хворих (20,8%) не досягнуто рекомендованого контролю ЧСС, і він становить понад 100 уд/хв. у спокої, причому у 12 хворих (60%) – з вини пацієнтів, які не дотримувались рекомендацій лікарів. У 30 хворих (31,3%) ЧСС знаходиться в межах 60-80 уд/хв. на фоні задовільного самопочуття. Тільки у 3-х хворих (3,1%) виявлено брадикардію, з котрих тільки у одного пацієнта це було наслідком передозування бета-адреноблокатора. Із 84 хворих, які потребували прийому препаратів для контролю ЧСС (оскільки у 12 мала місце бради- чи еусистолічна форма ФП), 54 (64,3%) – приймали сучасні препарати чи їх комбінацію. В той же час 23 хворі (27,4%) приймали тільки дигоксин, у тому числі 9 хворих (20%) працездатного віку. Із 45 хворих, що приймали дигоксин, 18 (40%) приймали його п'ять днів на тиждень із перервою на два дні, що не є обґрунтованим і не відповідає сучасним

рекомендаціям. 7 хворих (8,3%) приймали тільки аміодарон без протипоказів чи побічних ефектів до бета-адреноблокаторів чи НДГП антагоністів кальцію.

Всі хворі з фоновою артеріальною гіпертензією, постінфарктним станом чи систолічною серцевою недостатністю отримували один із блокаторів РААС (ІАПФ або БРА-II).

Висновки.

1. Стан первинної та вторинної профілактики серцевої недостатності у хворих із постійною формою фібриляції передсердь у м. Ужгород є задовільним і відповідає сучасним Європейським та вітчизняним рекомендаціям.

2. Позитивне значення могло мати обговорення з кардіологами та дільничними терапевтами недоліків у веденні хворих з фібриляцією передсердь, виявлених нами у 2009 році при вивченні стану профілактики у них тромбоемболічних ішемічних інсультів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий / Рекомендации Рабочей группы по нарушениям сердечного ритма Ассоциации кардиологов Украины. — Киев, 2010. — 143 с.
2. Жаринов О.И. Лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации 2010 года / О.И. Жаринов // Здоровье Украины. — № 18 (247) за вересень 2010. — С. 46—47.
3. Сиренко Ю.Н. Конгресс Европейского кардиологического общества 2010. Новости доказательной медицины / Ю.Н. Сиренко, А.Н. Пархоменко // Здоровье Украины. — № 17 (246) за вересень 2010. — С. 16—17.
4. Принципи ведення хворих з фібриляцією та трипотінням передсердь / Рекомендації Робочої групи з порушень серцевого ритму Асоціації кардіологів України. — Київ, 2006. — 47 с.
5. Рішко О.А. Стан профілактики тромбоемболічних ішемічних інсультів у хворих із фібриляцією передсердь / О.А. Рішко, М.М. Шютєв, Б.Л. Светелські, Б.Т. Фабіан // Науковий вісник Ужгородського національного університету, серія «Медицина». — 2009. — Вип. № 37. — С. 128—130.
6. 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. — Vol. 31. — P. 2369—2429.

O.A. RISHKO, M.M. SHUTYEV, J.I. IGNATKO, B.L. SVETELSKY

Uzhgorod National University, Medical Faculty, Department of Faculty Therapy, Uzhgorod

STATE OF HEART FAILURE PREVENTION IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION IN UZHGOROD

With the purpose to study the state of primary and secondary prevention of heart failure at patients with permanent atrial fibrillation, ambulatory treatment of 96 patients in 6-12 months after discharge from the Cardiology Department of Uzhgorod Central City Clinical Hospital in 2010 have been analyzed.

It was discovered, that in general, management of patients was due to modern recommendations: 79,2% had recommended heart rate, 63,5% took beta-blockers in combination with digoxin; 43,7% receive „upstream ” – therapy with RAAS – blockers. The disadvantages include the fact that 20% of working – age patients have been receiving only digoxin and the widespread practice of taking digoxin 5 days a week with a break for 2 days.

Key words: atrial fibrillation, heart failure, prevention

Стаття надійшла до редакції: 14.02.2012 р.