

Ю.В.Шубик, М.М.Медведев, А.Е.Ривин, В.С.Кучумов

КОНТРОЛЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Северо-западный центр диагностики и лечения аритмий, кафедра кардиологии СПбГМА им.

И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

С целью оценки влияния контроля частоты сердечных сокращений и коррекции психоэмоционального статуса на качество жизни больных с персистирующей фибрилляцией предсердий обследованы 10 мужчин и 12 женщин, в возрасте от 59 до 83 лет.

Ключевые слова: персистирующая фибрилляция предсердий, контроль частоты сердечных сокращений, суточное мониторирование ЭКГ, качество жизни, бета-блокаторы, метопролол, тофизопам.

To evaluate the effect of the heart rate control and correction of psychoemotional state on the quality of life of the patients with persistent atrial fibrillation, 10 male and 12 female patients of the age from 59 to 83 years were examined.

Key words: persistent atrial fibrillation, heart rate control, 24-hour ECG monitoring, quality of life, beta-blockers, Metoprolol, Tofisopam.

Пароксизмальная фибрилляция предсердий (ФП) – частое осложнение артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, дилатационной и гипертрофической кардиомиопатии, клапанных пороков сердца и других заболеваний сердечно-сосудистой системы. В соответствии с современной классификацией принято выделять как вариант пароксизмальной персистирующую ФП. Ее отличительной особенностью является большая (от двух до семи суток) продолжительность каждого эпизода мерцательной аритмии [3, 5].

Лечение пациентов с персистирующей ФП представляет известные трудности. Серьезные затруднения вызывает в первую очередь определение лечебной тактики. Право на существование имеют, как известно, и сохранение синусового ритма с помощью антиаритмических препаратов, и контроль частоты сердечных сокращений (ЧСС) [6, 8]. До недавнего времени считалось очевидным, что удержание синусового ритма имеет преимущества в силу устранения симптомов ФП, улучшения гемодинамики, меньшей опасности тромбоэмболических осложнений, возможности отмены непрямых антикоагулянтов, хорошего качества жизни (КЖ) пациентов, наконец, меньшей смертности.

Однако после опубликования результатов исследования AFFIRM (Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management) [11] уверенность в преимуществе антиаритмиков была поколеблена самым существенным образом. В это исследование, завершившееся в 2002 г., было включено 4060 пациентов в возрасте 69,7±9 лет (39,3% женщин). Среднее время наблюдения за пациентами составило 3,5 года, максимальное – 6 лет. 2033 принимали антиаритмические препараты (амиодарон, соталол, пропafenон, прокаинамид, хинидин, флекаинид, дизопирамид, морицизин, дофетилид) для сохранения синусового ритма, у 2027 контролировали ЧСС (дигоксин, бета-блокаторы, верапамил, дилтиазем). Конечными точками были смертность, КЖ и стоимость лечения.

Результаты AFFIRM оказались весьма неожиданными. Смертность была статистически несущественно

(23,8% против 21,3%) выше в группе больных, получавших антиаритмические препараты. Эти же больные достоверно чаще (80,1% против 73,0%) нуждались в госпитализации и, соответственно, их лечение оказалось более дорогим. Наконец, КЖ в группах пациентов существенно не различалось.

Такие результаты заставляют нас пересмотреть отношение к контролю ЧСС. Если раньше мы прибегали к такому варианту лечения пароксизмальной ФП в тех случаях, когда антиаритмическая терапия оказывалась неэффективной, то теперь нормализация частоты ритма становится равноправной, а в некоторых случаях – предпочтительной тактикой лечения.

Можно полагать, что именно при персистирующей ФП, столь сложном для антиаритмической терапии варианте мерцательной аритмии, более целесообразен контроль ЧСС. Как правило, выбор такой тактики лечения имеет своей целью с одной стороны предупреждение развития (прогрессирования) кардиоmegалии и хронической сердечной недостаточности, с другой – уменьшение симптоматики ФП и улучшение КЖ пациентов. Одной из наиболее приемлемых для контроля ЧСС при ФП групп препаратов являются бета-адреноблокаторы, способные уменьшать частоту ритма не только в покое, но и при физической нагрузке [4, 9, 12].

Однако подобное изменение лечебной тактики, подразумевающее замену антиаритмической терапии контролем ЧСС с постепенным переходом к перманентной (хронической) ФП, нередко ведет к усугублению эмоциональной лабильности, тревоги и депрессии, и так характерных для пациентов с аритмиями в целом и с ФП в частности [2, 7, 10, 13]. Поэтому коррекция эмоционального статуса больных мерцательной аритмией может стать весьма существенным компонентом их лечения, значимо влияющим на КЖ.

Поэтому целью исследования явилась оценка влияния на качество жизни больных с персистирующей фибрилляцией предсердий контроля частоты сердечных сокращений и коррекции психоэмоционального статуса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с поставленной целью в исследование были включены 22 пациента, находящиеся на лечении в Северо-западном центре диагностики и лечения аритмий. Из их числа было 10 мужчин и 12 женщин в возрасте от 59 до 83 лет. Средний возраст составил $71,1 \pm 7,4$ года. У 19 пациентов основным заболеванием была ишемическая болезнь сердца, 10 из них перенесли крупноочаговый инфаркт миокарда. Стенокардией напряжения II-III функционального класса страдали 8 больных. Трое пациентов-мужчин перенесли операцию аортокоронарного шунтирования, еще одному была выполнена ангиопластика. У 3 больных основным заболеванием была гипертоническая болезнь.

У 19 из 22 пациентов была диагностирована хроническая сердечная недостаточность II-III функционального класса (NYHA), фракция выброса при эхокардиографическом исследовании составила в среднем для всей группы пациентов $54,7 \pm 8,6\%$.

Все больные страдали пароксизмами ФП с частотой возникновения (анамнестические данные) от ежедневных до 1-2 раз в неделю, продолжительностью от 1-2 часов до 7 суток. Давность аритмического анамнеза составила 1,5 года - 13 лет (в среднем - $7,1 \pm 3,6$ года). По поводу ФП всем 22 пациентам ранее назначалась антиаритмическая терапия (хинидин, гилуритмал, дизопирамид, новокаинамид, морицизин, этализин, пропафенон, амиодарон, соталол, бета-блокаторы, верапамил). Ни у кого из них назначенное лечение не было эффективно к моменту включения в исследование.

Пароксизмы ФП у пациентов не сопровождалась падением артериального давления, появлением болей в области сердца ангинозного характера или удушья, то есть ни у кого не было очевидных показаний к немедикаментозному лечению ФП. Выраженной дисфункции синусового узла, «бради-тахии» - синдрома также не было ни у кого из включенных больных. Ведущими были жалобы на сердцебиение, ощущение дискомфорта в области сердца, слабость, одышку, плохую переносимость физических нагрузок, чувство страха, тревоги во время пароксизмов. Все больные получали непрямые антикоагулянты (варфарин, фенилин) или антиагреганты (аспирин, тиклопидин, клопидогрель), а также (по показаниям) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики, нитропрепараты.

После отмены принимаемых ранее антиаритмиков (время отмены - не менее 5 периодов полувыведения, амиодарон перед включением в исследование никто из больных не получал) всем проводилось суточное мониторирование ЭКГ, после чего они случайным образом были разделены на 2 группы по 11 человек. Первой из них при отсутствии противопоказаний (такие больные исключались из исследования) назначался метопролол (метопролола тартрат, «эгилок») в стартовой дозе 25 мг дважды в сутки. Второй группе наряду с метопрололом назначался препарат бензодиазепинового ряда тофизопам («грандаксин») в суточной дозе 150 мг (трехкратный прием). В течение последующего месяца осуществлялся индивидуальный подбор дозы метопролола в зависимости от ЧСС во время синусового ритма и ФП. Для разных

пациентов она составляла в итоге 50-150 мг в сутки. Доза тофизопама не менялась. Через 30 дней пациенты первой группы начинали дополнительно принимать 150 мг в сутки тофизопама, а пациенты второй группы, напротив, прекращали прием этого препарата. Второй этап исследования продолжался также 30 дней.

При проведении суточного мониторирования ЭКГ («Инкарт», «Кардиотехника-4000») исходно и по завершении каждого этапа исследования оценивались в качестве основных показателей ЧСС средняя, минимальная и максимальная в дневное и ночное время суток.

Физическая и эмоциональная составляющие КЖ пациентов также оценивались исходно и по завершении каждого этапа исследования путем анкетирования с помощью опросника «Качество жизни больных с аритмиями» [1]. Пациенты отвечали на 21 вопрос анкеты, выбирая один из 5 вариантов ответов (отсутствие влияния аритмии на тот или иной компонент КЖ - 0 баллов, очень сильное влияние на этот компонент - 4 балла). Таким образом, чем больше баллов набирал пациент, тем хуже было КЖ. Максимальное количество баллов составляло 84. Далее для оценки КЖ использовалась специальная формула:

$$\text{КЖ} (\%) = 100\% - (\text{К} \times \text{количество баллов}),$$

где: 100% - «идеальное» КЖ, К - коэффициент 1,19%, показывающий, какое количество % отнимает от «идеального» КЖ каждый набранный балл. Таким образом, КЖ оценивалось в % от «идеального».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исходный анализ частоты и характера ритма у включенных в исследование пациентов показал следующее. Несмотря на то, что анамнестически, как уже было сказано выше, частота возникновения пароксизмов ФП варьировала от ежедневных до 1-2 - кратных в неделю, составив в среднем 0,73 приступа в сутки на пациента, результаты холтеровского мониторирования оказались иными. Как и ожидалось, количество пароксизмов оказалось существенно большим, составив в среднем $3,14 \pm 0,58$ на пациента. Максимальное количество пароксизмов ФП у одного пациента составило 18 за сутки мониторирования. Продолжительность ФП - от 15 секунд до 24 часов, в среднем по группе больных - $83,3 \pm 14,7$ минуты.

Сведения об исходной динамике ЧСС в дневное и ночное время по данным суточного мониторирования ЭКГ представлены на рис. 1.

Как можно видеть, при исходном суточном мониторировании ЭКГ отмечалась некоторая тенденция к тахикардии, отчасти связанная с «вкладом» в суммарную ЧСС тахисистолической ФП, отчасти, видимо, обусловленная повышенным тонусом симпатической нервной системы, что можно считать в целом характерным для пациентов с симпатикозависимой мерцательной аритмией. Высокой, в частности, оказалась не только средняя ЧСС в дневное время ($82,3 \pm 12,7$ уд/мин), но и максимальная ЧСС как в дневное время ($134,1 \pm 13,7$ уд/мин), так и в ночное ($104,0 \pm 13,3$ уд/мин).

Оценка КЖ показала, что для большинства пациентов характерными были неприятные ощущения в области сердца (в том числе - сердцебиение), общая

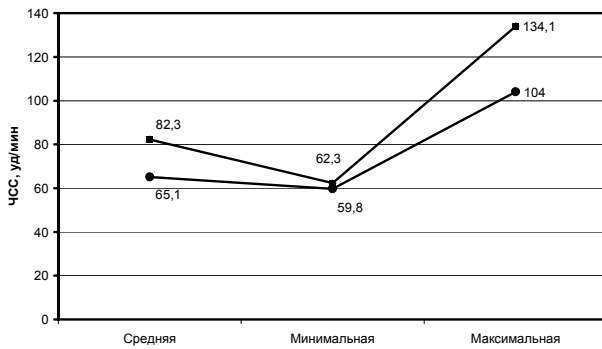


Рис. 1. Исходные результаты холтеровского мониторирования. Здесь и далее ■ - дневные, ● - ночные значения ЧСС.

слабость, повышенная утомляемость, фиксация внимания на работе сердца в ожидании приступа сердцебиения, снижение настроения, чувство подавленности, тревога за свое здоровье и жизнь. Их беспокоила необходимость в постоянном приеме лекарств и периодических госпитализациях. Уровень КЖ в среднем по группе больных составил $46,13 \pm 8,34$ балла, или 45,1% от «идеального» здоровья.

Еще одно обследование проводилось на фоне индивидуально подобранной дозы метопролола, которая составляла 50-150 мг препарата в сутки. Для того чтобы избежать выраженной синусовой брадикардии в вечернее и ночное время, многим пациентам препарат назначался утром в большей дозе, чем вечером (например, 50+25 мг, 100+50 мг). Кроме того, с учетом длительности действия метопролола, повторный прием препарата рекомендовался некоторым больным в среднем через 9-10 часов после первого. Мы считали это тем более целесообразным, что в ночное время пациенты нуждались в контроле ЧСС в меньшей степени.

Количество пароксизмов ФП на фоне приема метопролола оказалось несколько меньшим, чем при исходном мониторировании, и составило в среднем по группе больных $2,83 \pm 0,47$ на пациента ($p > 0,05$). Продолжительность ФП также несколько уменьшилась и в среднем оказалась равной – $71,8 \pm 11,6$ минуты ($p > 0,05$).

Суточная динамика ЧСС на фоне приема метопролола в индивидуально подобранной дозе представлена на рис. 2. Из рисунка видно, что прием бета-блокатора самым существенным образом повлиял на ЧСС в течение суток. Так, средняя ЧСС в дневное время уменьшилась на 15,4 уд/мин, в ночное время – на 10,1 уд/мин. Минимальная ЧСС днем сократилась на 12,6 уд/мин, ночью – на 13,2 уд/мин. Самые большие изменения коснулись максимальной ЧСС: в дневное время она уменьшилась на 22 уд/мин, а в ночное – на 25,4 уд/мин. Различия с исходной ЧСС оказались достоверными по всем сравниваемым показателям ($p < 0,01$ - $p < 0,001$).

При анализе динамики КЖ оказалось, что путем контроля ЧСС с помощью бета-блокаторов удается добиться существенной положительной динамики. Улучшение касалось в первую очередь таких компонентов КЖ, как неприятные ощущения в области сердца, общая слабость и быстрая утомляемость, фиксация внимания пациентов на работе сердца в ожидании приступа сердцебиения. Уровень КЖ на фоне приема метопролола в

среднем по группе больных составил $35,72 \pm 7,63$ балла, или 57,5% от «идеального» здоровья. Таким образом, различия с исходными данными составили 10,41 балла (12,4%) и оказались статистически существенными ($p < 0,01$).

Оценка динамики ЧСС и КЖ, как уже было указано, проводилось также на фоне приема пациентами не только метопролола, но и его комбинации со 150 мг тофизопама в сутки. Количество пароксизмов ФП на фоне приема комбинации двух препаратов осталось практически таким же, как и на фоне приема метопролола, составив в среднем по группе больных $2,94 \pm 0,61$ на пациента, и не отличалось существенно от исходных данных. Продолжительность ФП в среднем оказалась равной $87,3 \pm 14,1$ минуты, то есть даже большей, чем до начала лечения и на фоне лечения метопрололом. Впрочем, различия не были статистически достоверными ($p > 0,05$).

Прежде, чем обратиться к рис. 3, отражающему динамику ЧСС на фоне приема этих двух препаратов, хотелось бы еще раз подчеркнуть, что в соответствии с дизайном открытого исследования выполнялась следующая процедура. Половине больных назначался метопролол, половине – метопролол с тофизопамом. Затем спустя 30 дней те из больных, которым был назначен только бета-блокатор, стали получать комбинацию двух препаратов. Напротив, те из больных, которые принимали метопролол с тофизопамом, на следующие 30 дней прекращали прием последнего. Таким образом, рисунок отражает динамику ЧСС больных, получавших в течение 30 дней тофизопам и в течение 30-60 дней – метопролол.

Итак, очевидно, что в сравнении с динамикой ЧСС на фоне приема метопролола данные почти не изменились. Несколько меньше (статистически незначительно) стала средняя и максимальная дневная ЧСС, а также средняя, минимальная и максимальная ночная ЧСС.

Гораздо более значимые изменения были выявлены при оценке КЖ. Динамика, как и следовало ожидать, оказалась положительной и касалась в первую очередь таких компонентов КЖ, как снижение настроения, чувство подавленности, тревога и беспокойство за свое здоровье, фиксация внимания на работе сердца в ожидании приступа сердцебиения. Уровень КЖ на фоне приема метопролола и тофизопама в среднем по группе больных оказался равным $30,34 \pm 7,11$ балла, или 63,9% от «идеального» здоровья. Очевидно, что различия с исходными данными стали еще более значимыми. Они составили 15,79 балла, или 18,8% ($p < 0,001$). Весьма существен-

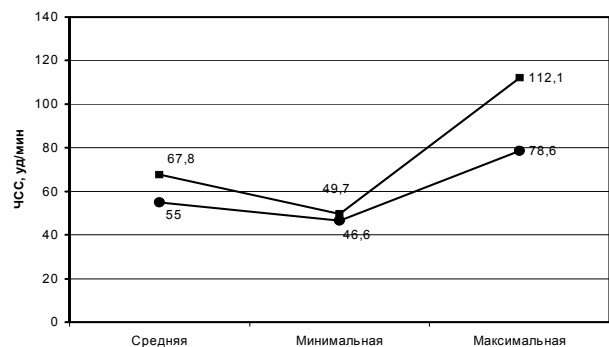


Рис. 2. Результаты холтеровского мониторирования на фоне приема метопролола.

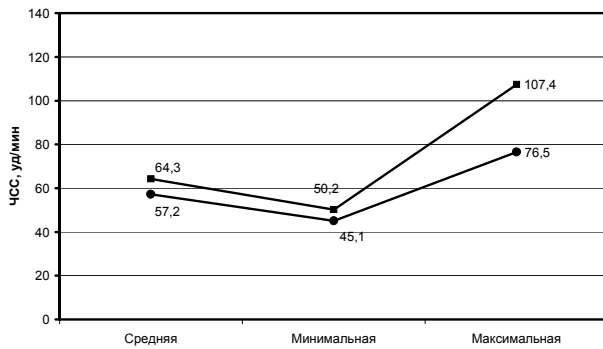


Рис. 3. Результаты холтеровского мониторирования на фоне приема метопролола и тофизопама.

ные положительные изменения в КЖ можно видеть и при сравнении результатов приема метопролола и комбинации препаратов. Разница в баллах составила 5,38, или 6,4% ($p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Персистирующая ФП – весьма тяжелое и непростое в курации заболевание, самым существенным образом влияющее на КЖ пациентов. Это было продемонстрировано и в нашем исследовании: КЖ в среднем по группе больных составило лишь 42% от «идеального». При этом его снижение было обусловлено, пожалуй, в равной степени как «физической», так и «эмоциональной» составляющими повседневной жизни пациентов. Это свидетельствует о том, что коррекции психоэмоционального статуса в комплексном лечении пациентов должно уделяться большое внимание. Однако на практике этому компоненту КЖ, как правило, не отводится значимого места. Очевидно, что при более правильном, «фундаментальном» подходе к проблеме целесообразно было бы профессионально оценить индивидуально уровень тревоги, депрессии у каждого пациента.

По результатам такой оценки целому ряду больных могли бы быть назначены такие противотревожные препараты и антидепрессанты, как альпразолам, сертралин, циталопрам, миртазапин, миансерин, тианептин и многие другие. Однако трудно не согласиться с тем, что на терапевтических и кардиологических отделениях стационаров, а тем более – в амбулаторно-поликлинической сети редко можно встретить врачей таких специальностей, как психолог и психотерапевт. Поэтому для лечения наших пациентов был выбран тофизолам («грандаксин»), препарат скорее из арсенала терапевтов, являющийся бензодиазепиновым производным, обладающий анксиолитическим действием, хорошо переносящийся больными, почти лишенный побочных действий.

В качестве «основного» препарата для контроля ЧСС мы выбрали метопролол как один из наиболее распространенных бета-блокаторов, обладающих липофиль-

ными свойствами и достаточно высокой кардиоселективностью. Последние два качества мы посчитали достаточно важными с учетом возраста наших пациентов и наличия у большинства из них хронической сердечной недостаточности.

Полученные результаты продемонстрировали высокую эффективность метопролола при контроле ЧСС у больных с персистирующей ФП. Особенно важной представляется возможность снижения с его помощью дневной средней (на 15,4 уд/мин) и максимальной (на 22,0 уд/мин) ЧСС, так как именно тахисистолия при физических нагрузках, особенно обусловленная ФП, приводит к повышенной утомляемости, слабости, ощущению нехватки воздуха и другим симптомам, влияющим на КЖ пациентов. Такая эффективность препарата и была выявлена при оценке КЖ до начала и на фоне лечения больных метопрололом. Контроль ЧСС привел к существенному (более чем на 12%) улучшению КЖ. При этом положительная динамика была достигнута в первую очередь за счет «физических» компонентов КЖ: общая слабость, быстрая утомляемость и др.

При приеме комбинации препаратов (метопролол и тофизолам) существенной динамики ЧСС отмечено не было. В то же время повторное анкетирование продемонстрировало еще более существенное улучшение КЖ на 18,8% в сравнении с исходными данными и на 6,4% в сравнении с приемом метопролола. Особенно важно подчеркнуть, что положительная динамика касалась в первую очередь «эмоциональных» компонентов КЖ: снижения настроения, чувства подавленности, тревоги и беспокойства за свое здоровье.

ВЫВОДЫ

1. Селективный липофильный бета-адреноблокатор метопролол весьма эффективен для контроля частоты сердечных сокращений у больных с персистирующей фибрилляцией предсердий, снижая, в частности, частоту ритма при физических нагрузках.
2. Эффективный контроль частоты сердечных сокращений при персистирующей фибрилляции предсердий ведет к существенному улучшению качества жизни пациентов, в первую очередь – за счет его «физических» составляющих.
3. Применение препарата бензодиазепинового ряда тофизопама у больных с персистирующей фибрилляцией предсердий ведет к значимому улучшению качества жизни, в первую очередь – за счет его «эмоциональных» составляющих.
4. Можно полагать, что именно с помощью комбинации препаратов для контроля частоты сердечных сокращений и психофармакологических средств можно добиться оптимального улучшения качества жизни у больных с персистирующей фибрилляцией предсердий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц Я.И. Оценка качества жизни у больных с аритмиями. // Кардиология.- 1998.- N 3.- С. 13-17.
2. Недоступ А.В., Соловьева А.Д., Санькова Т.А. Психовегетативные соотношения у больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии. // Тер. Архив.- 2001.- N 9.- С. 55-61.
3. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. // JACC.-2001.-V.38, N 4. P. 1266 I-1266 LXX.
4. Aronow W.S. Atrial fibrillation. // Heart Dis.-2002.-V.4, N 2.- P. 91-101.

5. Bagai G., Avitall B. Atrial fibrillation. -2001.-V.3, N 4.-P.261-276.
6. Gronefeld G., Bender B., Li Y.G., Hohnloser S.H. Pharmacological therapy of atrial fibrillation. // Thorac. Cardiovasc. Surg.- 1999.- V.47, Suppl. 3.-P.334-338.
7. Hohnloser S.H., Van De Loo F., Klingenhoben T. Atrial fibrillation and autonomic nervous system. // Z.Kardiol.-1994.-V.83, Suppl. 5.-P.21-27.
8. Hohnloser S.H., Kuck K.H. Atrial fibrillation – maintaining rhythm versus rate control: the PIAF trial. Pharmacological intervention in Atrial Fibrillation. // J. Cardiovasc. Electrophysiol.- 1998.-V.9, Suppl. 8.-S.121-126.
9. Lanos F., Salvatici R., Castillo G. et al. Comparison between digoxin and atenolol in chronic atrial fibrillation. // Rev. Med. Chil.-1995.-V.123, N 10.-P.1252-1262.
10. 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.-V.1, N 86 (7).-P.764-768.
11. The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. // New Engl.J.Med.-2002.-V.347, N 23.-P.1825-1833.
12. Segal J.B., McNamara R.L., Miller M.R. et al. The evidence regarding the drugs used for ventricular rate control. // J.Fam.Pract.-2000.-V.49, N 1.-P.47-59.
13. Van Den Berg M.P., Hassink R.J., Tuinenburg A.E. et al. Quality of life in patients with paroxysmal atrial fibrillation and its predictors: importance of the autonomic nervous system. // Eur. Heart J.- 2001.- V.22, N 3.-P.247-253.

КОНТРОЛЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Ю.В.Шубик, М.М.Медведев, А.Е.Ривин, В.С.Кучумов

С целью оценки влияния на качество жизни (КЖ) больных с персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) и коррекции психоэмоционального статуса обследованы 22 больных, страдающих ИБС или артериальной гипертензией, 10 мужчин и 12 женщин, в возрасте от 59 до 83 лет. Все больные страдали пароксизмами ФП с частотой возникновения от ежедневных до 1-2 раз в неделю, продолжительностью от 1-2 часов до 7 суток. После отмены принимаемых ранее антиаритмиков пациенты случайным образом были разделены на 2 группы по 11 человек. Первая из них получала метопролол 50-150 мг в сутки, второй группе наряду с метопрололом назначался тофизопам в суточной дозе 150 мг. Через 30 дней пациенты первой группы начинали дополнительно принимать 150 мг в сутки тофизопам, а пациенты второй группы, напротив, прекращали прием этого препарата. Второй этап исследования продолжался также 30 дней. При проведении суточного мониторирования ЭКГ исходно и по завершении каждого этапа исследования оценивались средняя, минимальная и максимальная ЧСС в дневное и ночное время суток. Физическая и эмоциональная составляющие КЖ пациентов также оценивались исходно и по завершении каждого этапа исследования путем анкетирования с помощью опросника «Качество жизни больных с аритмиями». КЖ оценивалось в % от «идеального».

Исходно КЖ в среднем по группе больных составило 42% от «идеального». При этом его снижение было обусловлено как «физической», так и «эмоциональной» составляющими повседневной жизни пациентов. Метопролол оказался весьма эффективным для контроля ЧСС при персистирующей ФП. Адекватный контроль ЧСС привел к существенному (более чем на 12%) улучшению КЖ. При этом положительная динамика была достигнута в первую очередь за счет «физических» компонентов КЖ. При приеме комбинации препаратов (метопролол и тофизопам) существенной динамики ЧСС отмечено не было, однако анкетирование выявило улучшение КЖ: на 18,8% в сравнении с исходными данными и на 6,4% в сравнении с приемом метопролола.

THE HEART RATE CONTROL AND CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL STATE IN THE PATIENTS WITH PERSISTENT ATRIAL FIBRILLATION: EFFECT ON THE QUALITY OF LIFE

Yu. V. Shubik, M. M. Medvedev, A. E. Rivin, V. S. Kuchumov

To evaluate the effect of the heart rate control and the correction of psychoemotional state on the quality of life (QL) of the patients with persistent atrial fibrillation (AF), 22 patients with coronary heart disease or arterial hypertension (10 men, 12 women, age from 59 to 83 years) were examined. All patients had paroxysmal AF with the frequency of paroxysms from everyday to 1-2 times per week and the duration from 1-2 hours to 7 days. After stopping the previous antiarrhythmic treatment, the patients were randomly divided into 2 groups consisted of 11 patients. The first one was treated by Metoprolol with a daily dose of 50-150 mg, in the second group, in addition to Metoprolol, the patients were treated by Tofisopam, in a daily dose of 150 mg. In 30 days, in the patients of the first group, the treatment by Tofisopam was started, in the patients of the second group, on the contrary, this treatment was stopped. The second stage of the study lasted also 30 days.

On the basis of the baseline data of 24-hour ECG monitoring and those at the end of every stage of the study, assessed were the mean, minimal, and maximal heart rates for daylight and night periods. The physical and emotional components of the QL of the patients were also assessed initially and after every stage of the study with the aid of the questionnaire "Quality of Life of Patients with Arrhythmia". The QL was assessed as a percentage of an "ideal" one. The mean baseline quality of life was 42% of the "ideal" one. Its decrease was due to both "physical" and "emotional" components of the everyday patient activity. Metoprolol turned out a highly effective medication for the heart rate control in persistent AF. An adequate heart rate control led to a significant (more than by 12%) improvement of the QL, the positive effect achieved owing to "physical" components of the quality of life. In the combined treatment, no significant dynamics in the heart rate was found, however, the questioning showed a more pronounced improvement of the QL (by 18% as compared with 6.4% for treatment by Metoprolol).