

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

УДК616.12-008.313-06-053-055(043.3)

Миськов Денис Олександрович

ВПЛИВ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ У
ВІКОВОМУ ТА ГЕНДЕРНОМУ АСПЕКТАХ

14.01.38 - Загальна практика-сімейна медицина

Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

Науковий керівник:

Мелеховець Оксана Костянтинівна
кандидат медичних наук, доцент

СУМИ 2017

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ І СКОРОЧЕНЬ

АГ	Артеріальна гіпертензія
АЛТ	Аланінамінотрансфераза
АСТ	Аспартатамінотрансфераза
ЕКГ	Електрокардіограма
Ехо КГ	Ехокардіографія
ЖКХ	Жовчно камяна хвороба
ІХС	Ішемічна хвороба серця
ПЗР	Передньозадній розмір
СН	Серцева недостатність
ССЗ	Серцево судинні захворювання
ССС	Серцево судинна система
ТЕУ	Тромбоемболічні ускладнення
ТП	Тріпотіння передсердь
УЗД	Ультразвукова діагностика
ФП	Фібриляція передсердь
ХОЗЛ	Хронічне обструктивне захворювання легень
ХСК	Хвороби системи кровообігу
ЦД	Цукровий діабет
ЦРЛ	Центральна районна лікарня
ЧСС	Частота серцевих скорочень
ШОЕ	Швидкість осідання еритроцитів
CHA2DS2-VASc	Шкала стратифікації ризику інсульту
SF-36	Анкета оцінки якості життя

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ І СКОРОЧЕНЬ	2
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ⁸	
1.1. Сучасні уявлення про порушення ритму (анатомія, класифікація, етіологія, патогенез.) ⁸	
1.1.1 Функції провідної системи серця ⁸	
1.1.2 Етіологія	9
1.1.3 Патогенез фібриляції передсердь	10
1.1.4 Класифікація порушень ритму	13
1.1.5. Ускладнення фібриляції передсердь	15
1.1.6 Стратифікація ризику хворих з фібриляцією передсердь	15
1.2 Сучасні уявлення про коморбідні стани	16
1.3. Оцінка якості життя хворих на ФП	19
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	21
2.1. Контингент досліджуваних	21
2.2. Методи дослідження	22
2.2.1. Клініко-лабораторні та інструментальні методи досліджень	22
2.2.2. Система оцінки якості життя	24
2.3. Статистична обробка результатів	32
РОЗДІЛ 3. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ	33
3.1. Аналіз розповсюдженості фібриляції передсердь	33
3.2. Вікова динаміка клінічних та біохімічних показників у хворих на фібриляцію передсердь	34
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ КОМОРБІДНОСТІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ	40
4.1. Коморбідність фібриляції передсердь із захворюваннями гепато-біліарної системи	40
4.2. Коморбідність фібриляції передсердь з кистами нирок	42

4.3. Коморбідність фібриляції передсердь з васкулярною патологією	44
4.4 Коморбідність фібриляції передсердь з ішемічною хворобою серця	45
4.5 Коморбідність фібриляції передсердь з артеріальною гіпертензією	47
РОЗДІЛ 5. ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ	
ПЕРЕДСЕРДЬ	50
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	58
ВИСНОВКИ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	62

ВСТУП

Хвороби системи кровообігу (ХСК), посідаючи перше місце за поширеністю, зумовлюють більше половини всіх випадків смерті та становлять третину причин інвалідності. ХСК суттєво впливають на тривалість і якість життя населення, показники смертності, тому є однією з головних проблем охорони здоров'я сьогодення.

В Україні ХСК діагностуються в трьох чвертей населення, а в двох третин вони є причиною смерті [1]. Одним з ускладнень захворювань серцево-судинної системи є порушення ритму та провідності серця, серед яких ФП є найбільш частим порушенням серцевого ритму. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації кардіологів, ФП визначається як "суправентрикулярна тахіаритмія, що характеризується некоординованою активацією передсердь з погіршенням внаслідок цього їхньої функції [2,3,4].

Згідно зі статистикою, 1,5 млн. громадян нашої країни страждають на фібриляцію передсердь. Це найпоширеніша аритмія, що удвічі підвищує смертність і становить соціальну проблему, оскільки кількість інсультів при фібриляції зростає у п'ять – шість разів. В Україні щороку реєструється близько 300 тис. нових випадків аритмій. У дітей цю патологію спостерігають рідко. Це порушення ритму спричиняє виникнення і розвиток тромбоемболічних ускладнень [3].

Актуальність проблеми вивчення аритмій зумовлює насамперед те, що такі порушення ритму серця достовірно збільшують ризик смерті від серцево-судинних і всіх причин відповідно удвічі та 1,7 разу. Частота ішемічного інсульту у хворих на фібриляцію передсердь становить 5% на рік, що в 7 разів більше, ніж у пацієнтів без цього захворювання [3,5].

На ФП страждають 1 – 2 % популяції і ця цифра, ймовірно зростатиме у наступні 50 років. У пацієнтів з гострим інсультом систематичне електрокардіографічне (ЕКГ) моніторування може дозволити виявити ФП у 1 з 20 пацієнтів, що на багато більше тієї кількості осіб з ФП, яких можна було

б виявити за допомогою стандартної ЕКГ у 12 відведеннях. Але також ФП може довгий час залишатись недіагностованою («німа» ФП), і багато пацієнтів з ФП ніколи не будуть госпіталізовані. Отже, істинна поширеність ФП, ймовірно ближче до 2 % популяції.

Поширеність ФП зростає з віком, збільшуючись від <0,5 % серед осіб віком 40-50 років до 5-15 % серед осіб віком 80 років. Захворювання частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок. Після досягнення 40 річного віку пожиттєвий ризик розвитку ФП у майбутньому становить близько 25%. Захворюваність на ФП зростає (13% в останні два десятиріччя) [5,6].

За даними популяційного дослідження, проведеного в ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска», встановлено, що за даними ЕКГ, зареєстрованої під час проведення епідеміологічного обстеження, поширеність ФП/тріпотіння передсердь (ТП) серед міського населення складає 1,2 %. Стандартизований показник поширеності ФП/ТП в міській популяції України становить 0,9 % (серед чоловіків - 0,9%, серед жінок – 1,0%). З урахуванням даних анкетування та аналізу медичної документації, зокрема, наданих пацієнтами ЕКГ, стандартизований показник поширеності ФП/ТП складає 2,5% (2,7% серед чоловіків і 2,4% серед жінок). За даними отриманими при однократній реєстрації ЕКГ, ФП/ТП в два рази частіше зустрічаються в міській популяції, ніж у сільській (1,2 і 0,6% відповідно, $p < 0,05$). Результати аналізу двох досліджень проведених з інтервалом 25 років, свідчать про шестикратне збільшення поширеності ФП/ТП серед міського населення України(від 0,2 до 1,2%) і трикратне – в сільській популяції (від 0,2 до 0,6%)[6,7,9].

Мета: оцінити якість життя хворих з ФП при наявності коморбідних захворювань.

Було поставлено задачі:

1. Виявити розповсюдженість ФП серед когорти кардіологічних хворих.
2. Провести аналіз гендерних особливостей розповсюдженості ФП.

3. Оцінити особливості перебігу ФП у віковому аспекті.
4. Виявити коморбідність ФП з хворобами серцево-судинної системи (ССС) і гепатобіліарної системи, ниркової системи.
5. Дослідити вікову динаміку коморбідності.
6. Оцінити гендерні особливості якості життя хворих на ФП.
7. Оцінити якість життя хворих на ФП у віковому аспекті.
8. Виявити вплив коморбідності ФП з ІХС на якість життя хворих.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Сучасні уявлення про порушення ритму (анатомія, класифікація, етіологія, патогенез)

1.1.1 Функції провідної системи серця.

Порушення ритму і провідності настають при порушенні основних функцій міокарда, якими є: автоматизм - здатність спеціалізованих клітин міокарда спонтанно виробляти імпульси, що викликають збудження (в нормі найбільшим автоматизмом володіють клітини синусового вузла, розташованого в правому передсерді); провідність - здатність проводити імпульси від автоматичних клітин до скорочувального міокарда (найбільшою провідністю володіє провідна система серця); збудливість - здатність серця збуджуватися під впливом автоматичних імпульсів (функцією збудливості володіють клітини провідної системи і скорочувального міокарда); під час збудження ініціюється електричний імпульс, який реєструється у вигляді електрокардіограми; скоротливість - здатність серця скорочуватися під впливом імпульсів; рефрактерність - зниження або відсутність здатності порушених клітин міокарда знову активуватися при виникненні додаткового імпульсу в певні фази (абсолютна рефрактерність відповідає комплексу QRS і сегменту ST на ЕКГ, відносна - зубцю Т на ЕКГ). Аберантність (аберантне проведення) виникає в тих випадках, коли надходжений імпульс застає один або кілька пучків провідної системи в стані рефрактерності, що призводить до змін поширення збудження по відділах серця.

Серце володіє інотропною, хронотропною, дромотропною і батмотропною дією, тобто здатністю певним чином реагувати на різні ефекти препаратів. Дромотропна дія - дія якого-небудь фактора, що змінює

швидкість проведення збудження; інотропна дія - дія якого-небудь фактора, що змінює силу м'язового скорочення; хронотропна дія - дія якого-небудь фактора, що змінює частоту серцевих скорочень; батмотропна дія - вплив екстракардіальних факторів, що викликають зміну збудливості серцевого м'яза [9,10,11].

«Позитивна» тропна дія збільшує, «негативна» - зменшує швидкість проведення, силу скорочення, частоту серцевих скорочень (ЧСС) і збудливість.

1.1.2 Етіологія

Європейська асоціація кардіологів виділяє первинну та вторинну ФП. Первинна ФП діагностується в 12-30 % пацієнтів без структурного захворювання серця. Ця форма зустрічається в осіб < 60 років за відсутності клінічних і ехокардіографічних (ЕхоКГ) ознак серцево-судинної або легеневої патології [12].

Розглядаючи патогенетичні механізми, слід зазначити, що суттєво зменшилася роль ревматичних вад і порушень функції щитоподібної залози як етіологічних факторів виникнення ФП. Так, клапанні вади серця виявляються не більше, ніж у 5 % хворих з ФП [12].

За результатами багатьох досліджень етіологічними факторами в розвитку ФП частіше виступають різні форми ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальна гіпертензія (АГ). Важлива роль АГ підтверджена у Фремінгемському дослідженні, згідно з даними якого АГ діагностовано в 44,1 % чоловіків і 51,7 % жінок з ФП. За даними ATRIA (2001) артеріальна гіпертензія виявлена в 49,3 % пацієнтів з різними формами ФП, згідно з EHS-AF (2005) АГ діагностована в 63,1 % осіб. Слід зазначити, що середній вік хворих у дослідженні ATRIA був на 5 років меншим, ніж у обстежених за даними EHS-AF (71,2 та 66,6 років відповідно) [12,13,14].

Згідно з даними ALFA (Atrial Fibrillation in general practice in France) (1999) і CARAF Study (Canadian Registry of Atrial Fibrillation) (2001), ФП зустрічається на фоні ІХС у 16-42 % випадків [12,15,16]. Згідно з іншими джерелами, розвиток постійної форми ФП відмічається в 20 % пацієнтів з ІХС [12,17, 18].

Також, як основний фактор ризику ФП є цукровий діабет (ЦД), ожиріння та гіперхолестеринемія. Доказано, що АГ і ЦД збільшують ризик виникнення ФП у 1,5 рази кожний. Гіперхолестеринемія призводить до розвитку атеросклерозу, асоціюється із запаленням та спричиняє підвищене тромбоутворення. За даними EHS-AF гіперхолестеринемія зустрічається в 35,1 % хворих з різними формами фібриляції передсердь [12,13]. Протягом багатьох років, вивчається взаємозв'язок між ожирінням та ФП. Так, у дослідженні Фремінгемської когорти виявлено, що ризик розвитку ФП в осіб з надлишковою масою тіла на 37 % більший, ніж у обстежених з нормальною вагою [13, 19].

У дослідженні, в якому брали участь 13430 хворих, виявлено, що хронічна обструктивна хвороба легень зі зниженням пікової швидкості видиху є незалежним фактором ризику виникнення першого епізоду ФП. Крім того, встановлено, що ФП підвищує ризик смертності в осіб із загостренням хронічної обструктивної хвороби легень [12,20].

1.1.3 Патогенез фібриляції передсердь

Існують три основні механізми порушень автоматичної функції серця:

- 1) посилення або ослаблення «нормального автоматизму»;
- 2) активація ектопічного вогнища збудження (тригерна активність);
- 3) циркуляція імпульсу збудження, повторний вхід збудження (re-entry) і круговий рух імпульсу.

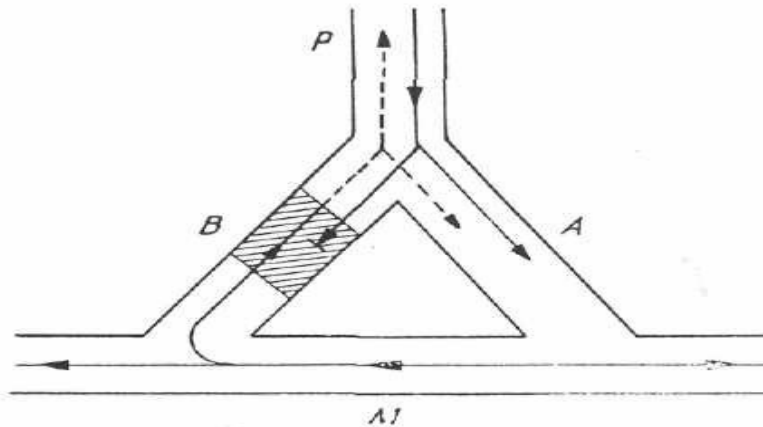
Відповідно до першої теорії передчасний імпульс виникає в тих випадках, коли в ектопічному вогнищі під впливом пускових факторів (гіпоксія, електролітні розлади, ішемія міокарда, велике надходження в кров'яне русло катехоламінів, токсичний вплив ряду лікарських препаратів і ін.) внутрішньоклітинний потенціал досягає порогової величини і викликає збудження раніше, ніж від нормально проведеного синусового імпульсу. Серед пускових факторів важливе значення мають психоемоційний стрес, нейровегетативний дисбаланс зі стимуляцією симпатичної нервової системи.[10,11,21]

Тригерна активність. При цьому утворення ектопічних імпульсів відбувається в результаті формування ранніх або пізніх постдеполяризацій або постпотенціалів. Вважають, що аритмії, викликані дигіталісною інтоксикацією («піруетні» порушення ритму) і рідкісні випадки шлуночкових тахікардій, що відповідають на блокатори кальцієвих каналів обумовлені тригерною активністю.

Механізм повторного входу збудження полягає в повторному або багаторазовому порушенні ділянки міокарда одним і тим же імпульсом, який викликає круговий рух. Для реалізації цього механізму необхідно наявність 3-х основних умов:

- наявність двох шляхів проведення збудження, розділених між собою функціонально або анатомічно;
- блокада проведення імпульсу по одному з шляхів;
- відновлення провідності в певний відрізок часу, або зберігання провідності лише в ретроградним напрямку.

Механізм re-entry можливий внаслідок функціонального поділу атріовентрикулярного вузла на дві частини, які проводять імпульси з різною швидкістю через функціонуючі додаткові провідні шляхи [22,23,24].



Малюнок 1 Схеми створення механізму «повторного входу збудження» в клітинах Пуркінє.

Представлена на малюнку 1 петля складається з двох гілочок (А і В) клітини Пуркінє (Р) і однієї клітини скорочувального міокарда (М). На початку гілочки В знаходиться ділянка, охоплена блокадою проведення збудження в одному напрямку, тобто імпульс не може пройти в антеградному напрямку до периферії, але може пройти в ретроградному напрямку. Синусовий імпульс, що досягнув клітини Пуркінє, з огляду на місцеві блокади, не може пройти по гілочці В. Він проходить повільно тільки по гілочці А, має уповільнену провідність, і досягає скорочувальної клітини міокарда. Звідси імпульс надходить в клітинку В і розповсюджується ретроградно через блокований ділянку, а потім знову надходить в клітини Пуркінє і (або) гілочку А і скоротливу клітку, які вже вийшли з стану збудження і знаходяться під поза рефрактерному періоді. Чим коротше рефрактерний період в цій ділянці петлі, тим більша можливість повторного входу першочергово блокованого імпульсу збудження. Цей процес може бути одноразовим або ж повторюватися багаторазово, чим і викликає кругове збудження [1,3,7].

Отже, ФП, за винятком первинної, найчастіше виникає у хворих з одним або більше помірним ризиком ускладнень і потребує

диференційованого підходу до лікування та застосування антитромботичної терапії перед плановим відновленням синусового ритму [23,26,27].

1.1.4 Класифікація порушень ритму

В 2000 році на VI Національному конгресі кардіологів України була затверджена класифікація порушень ритму, яку використовують в практичній медицині по сьогоднішній день.

I. Порушення утворення імпульсу

- синусова тахікардія (більше 90 комплексів за хвилину)
- синусова брадикардія (менше 60 комплексів за хвилину)
- синусова аритмія

Екстрасистолія

- передсердна
- передсердно-шлуночкова
- шлуночкові
- часта (30 і більше за годину)
- поодинокі (до 30 за годину)
- алоритмія (бі-, три-, квадригемінія)
- поліморфна
- парна
- рання (R на T)

Тахікардії

Надшлуночкові:

- сино-передсердна (синоатріальна);
- передсердна (атріальна);
- передсердно-шлуночкова (атріовентрикулярна)

Шлуночкові

не стійка (від 3 шлуночкових комплексів до 30 сек.)

стійка (> ніж 30 секунд)

постійно - зворотня

Фібриляція і тріпотіння передсердь

- пароксизмальна (ритм відновлюється самостійно в межах 48 годин)
- персистуюча (коли для відновлення синусового ритму необхідне втручання)
- постійна (коли синусовий ритм відновити неможливо, або недоцільно)

- тахісистолічна

- брадисистолічна

II. Порушення проведення імпульсу

синоаурикулярні блокади;

атріовентрикулярні блокади:

• I ступеня.

• II ступеня.

I типу / II типу

• III ступеня.

внутрішньошлуночкові блокади:

Однопучкові:блокада правої ніжки пучка Гіса

Двопучкові:блокада лівої ніжки пучка Гіса

Трипучкові:поєднанняблокад правої ніжки пучка Гіса з блокадою передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса і блокадою задньої гілки лівої ніжки пучка Гіса.

III. Комбіновані порушення утворення і проведення імпульсу

IV. Захворювання, синдроми і феномени

V. Аритмії при нормальній або порушеній функції кардіостимуляторів різного типу[27].

1.1.5. Ускладнення фібриляції передсердь

Основними ускладненнями ФП є розвиток та/або прогресування серцевої недостатності (СН), загроза тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) (ішемічні інсульти, тромбоемболія легеневої артерії, інфаркт міокарда), ризик раптової смерті.

Згідно з даними Medicare 2009, у хворих ФП протягом першого року найчастіше з'являються серцева недостатність (36,7 %) і порушення мозкового кровообігу (23,1 %), у порівнянні з пацієнтами без ФП. Також було виявлено, що хворі з ФП більш схильні до болю за грудиною (22,1 %) і гострого інфаркту міокарда (5 %) [12,28].

При ФП істотно зростає ризик розвитку хронічної серцевої недостатності кровообігу. У 6-8 % хворих з ФП щорічно розвивається СН. З іншого боку, поширеність ФП збільшується від 10 до 50 % у міру прогресування хронічної СН від I до IV функціонального класу [12,29].

Одним з найбільш небезпечних ускладнень у хворих на ФП є розвиток порушень мозкового кровообігу.

Згідно з епідеміологічними даними, ФП є причиною інсульту в половині випадків. Для інсульту, що розвинувся на фоні ФП, властиві більші смертність, інвалідизація, тривалість госпіталізації у порівнянні з хворими без ФП [12,28].

1.1.6 Стратифікація ризику хворих з фібриляцією передсердь

На даний момент відомо багато клінічних схем стратифікації ризику хворих з ФП. Частіше вживаною схемою є шкала CHA₂DS₂-VASc, в якій основними факторами ризику при ФП є: застійна серцева недостатність/дисфункція лівого шлуночка, артеріальна гіпертензія, вік пацієнта понад 75 років, цукровий діабет, інсульт /TIA/ тромбоемболія,

судинна патологія (інфаркт міокарда, ускладнена аортальна атеросклеротична бляшка та захворювання периферичних артерій), вік 65-74 роки, жіноча стать. Максимальна кількість балів за цією шкалою становить 9. Так, вік ≥ 75 років дає пацієнту одразу 2 бали, так само як і перенесений інсульт або транзиторна ішемічна атака. 1 бал хворі отримують за наявності інших вище перерахованих факторів. Наявність 2 балів за цією шкалою є показанням до призначення антикоагулянтів [12,30,31].

1.2 Сучасні уявлення про коморбідні стани

У нинішній час актуальною є проблема надання медичної допомоги пацієнтам із супутньою та поєднаною патологією. Серед тих, хто звертається за медичною допомогою до лікаря загальної практики у Великій Британії, частка пацієнтів із поєднаною патологією становить понад 80% (Mercer S.W. et al., 2011). Незважаючи на високу поширеність супутньої та поєднаної патології, більшість пацієнтів намагається отримати консультації та рекомендації від спеціалістів вузького профілю. Дуже часто проблема пацієнта не вирішується, бо потрібна комплексна оцінка стану здоров'я людини, призначення відповідного медикаментозного лікування.

В сучасній українській науковій літературі для визначення стану, що характеризується наявністю декількох захворювань, використовують терміни «поєднана патологія», «комбінована патологія», «супутні» або «асоційовані» захворювання та стани.

В зарубіжній науковій літературі застосовуються терміни «коморбідні захворювання» Термін «коморбідність» (comorbidity) використовують для визначення одночасного ураження двох органів або систем організму, або наявності двох захворювань.

На підставі клінічних і наукових даних, коморбідність розглядається, як спектр неоднорідних явищ, які збільшують тяжкість стану і погіршують

прогноз хворих. Неоднорідність коморбідності обумовлена широким спектром причин, що її викликають [32,33,36,37].

Коморбідні стани призводить до збільшення витрат на діагностичні процедури та лікування, коморбідність збільшує термін госпіталізації пацієнтів, є основною причиною непрофільної госпіталізації хворих. Надання медичної допомоги пацієнтам із коморбідними захворюваннями потребує збільшення витрат системи охорони здоров'я [34,37].

Отже, супутня та поєднана соматична патологія створює значні труднощі як для встановлення діагнозу, так і для призначення лікування. Тому дуже важливо, аби такі пацієнти перебували під диспансерним наглядом і вчасно проходили як клінічні огляди, так і необхідні клініко-інструментальні дослідження [35,37].

На формування поліморбідності у разі поєднання захворювань органів травлення та загальносоматичних захворювань можуть впливати одні й ті ж фактори. Так, порушення обміну холестерину призводить до розвитку холестерозу жовчного міхура, ЖКХ, жирового гепатозу та є безумовним фактором ризику розвитку атеросклеротичного ураження судин серця та головного мозку і виникнення АГ [33,34,37].

За результатами досліджень, проведених у Нідерландах, серед осіб віком 45–64 років 7% мають ≥ 4 захворювань, у віковій групі 65–74 роки частота підвищується до 30%, в осіб віком ≥ 75 років вона становить 55%.

Дослідження, проведене у провінції Квебек у 2005 р. показало, що серед пацієнтів лікаря загальної практики віком від 45 до 64 років $>95\%$ жінок та $>89\%$ чоловіків мають ≥ 2 захворювань.

За результатами дослідження D. Campbell-Scherer (2010) поширеність коморбідних станів становить від 69% у хворих молодого віку до 93% у пацієнтів середнього віку і до 98% — у пацієнтів похилого віку. Кількість мультиморбідних станів збільшується з 10% у пацієнтів віком <19 років до 80% — у пацієнтів віком ≥ 80 років.

Дослідження 1055 осіб з АГ — пацієнтів Сумського кардіологічного диспансеру — показало наявність супутньої патології у 58,4%. У 13,7% це були наслідки гострого порушення мозкового кровообігу, у 39,5% — ІХС, у 9,3% — наслідки перенесеного гострого інфаркту міокарда, у 32% — серцева недостатність, у 10,9% — ЦД, у 15,7% — ураження нирок .

Серед пацієнтів, госпіталізованих до відділення загальної хірургії клініки Московського медичного університету (Російська Федерація) для проведення планових хірургічних втручань, у 81% була АГ, у 37% — ІХС, 17% мали в анамнезі гострий інфаркт міокарда, 10% — гостре порушення мозкового кровообігу. Серед пацієнтів, направлених на планове хірургічне лікування до відділення серцево-судинної хірургії тієї ж клініки, 82% мали ІХС, 8,3% — порушення ритму, 93% — АГ. Крім того, серед цих осіб у 25,1% виявлено виразку дванадцятипалої кишки, у 16% — ЖКХ, у 23% — ХОЗЛ, у 5,3% — патологію щитовидної залози

Значення проблеми коморбідності для практичної діяльності перш за все, зумовлене тим, що наявність декількох захворювань із хронічним перебігом призводить до погіршення якості життя. Так, опитування за допомогою анкети SF-36, проведене серед пацієнтів Сумського кардіологічного диспансеру, показало достовірне зниження якості життя пацієнтів з АГ порівняно зі здоровими людьми, особливо, в тому, що стосується повсякденної діяльності. У дослідженні виявлено достовірну кореляцію сумарного показника якості життя з наявністю супутньої патології — ІХС та захворювань нирок.

Все це призвело нас до того, щоб більш детально вивчити та проаналізувати коморбідність ФП з хворобами ССС, гепатобіліарної системи та ниркової системи[37,34,35,42].

1.3. Оцінка якості життя хворих на фібриляцію передсердь

Оцінка якості життя у хворих на ФП в останні роки набуває більшого значення у світовій медичній практиці як показник загального стану пацієнта, ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів, що проводяться.

На сьогодні вважається, що якість життя є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування, що має в основі суб'єктивне сприйняття. Вважається, що це — рівень благополуччя і задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба чи її лікування.

Усім хворим з метою оцінки якості життя та власного здоров'я було запропоновано відповісти на опитувальник SF-36 Цей опитувальник містить питання, що стосуються поглядів на своє здоров'я. Подана інформація допомагає стежити за тим, як себе почуває пацієнт і наскільки добре справляється зі своїми звичайними навантаженнями.

Якість життя пацієнта у даному опитувальнику розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Кожен із компонентів у свою чергу ділиться на цілий ряд складових, наприклад фізичний — симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний — тривогу, депресію, негативну поведінку; соціальний — соціальну підтримку, роботу, соціальні зв'язки. Їх вивчення дозволяє визначити рівень якості життя як окремої особи, так і цілих груп, і встановити що необхідно вплинути, щоб покращити якість життя. Таким чином, вивчення якості життя у хворих з ФП використовується: — для обстеження пацієнта з урахуванням власної думки визначення свого загального стану;

- для оцінки ефективності методів лікування в клінічній практиці і наукових дослідженнях, визначення рівня довіри пацієнта до призначених методів лікування;
- для встановлення соціального статусу хворих;
- для визначення прогнозу захворювання та вибору реабілітаційних заходів [12,38,40].

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Контингент досліджуваних.

Дослідження було проведено на клінічній базі кафедри сімейної медицини КУСМКЛ № 1 та на базі Глухівської центральної районної лікарні. В дослідження було включено 100 пацієнтів з діагнозом ФП віком від 20 до 96 років, що проходили стаціонарне лікування в терапевтичних відділеннях.

Згідно завданням дослідження хворих було розділено на 3 групи в залежності від віку: 1 група віком до 45 років – 30 пацієнтів; 2 група від 46 до 65 років – 28 пацієнтів; 3 група віком більше за 66 років – 42 пацієнта.

Групи були співставні за статевим розподілом.

Критеріями виключення були: вік менше 18 років, гостра СС декомпенсація (гостра лівошлуночкова недостатність, гостре порушення мозкового кровообігу, гострий інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія), цукровий діабет, хронічна хвороба нирок 3 та вище стадії, захворювання щитоподібної залози.

Ретроспективно був проведений аналіз 500 амбулаторних карток хворих на ФП, що знаходились на диспансерному обліку в амбулаторіях сімейної медицини для виявлення розповсюдженості коморбідності ФП в когорті кардіологічних хворих.

При оцінці якості життя хворих на ФП було проведено анкетування 100 хворих 1, 2 та 3 груп. Серед хворих на ФП 1 та 2 групи було відібрано 39 хворих віком до 66 років без ознак ІХС (29 осіб з 1 групи та 10 осіб з 2 групи), які увійшли до 4 групи. Враховуючи високу коморбідність ФП з ІХС, що сягає 100% у 3 групі, для оцінки впливу кожної з хвороб на якість життя

було додатково включено у дослідження 80 хворих на ІХС без ФП: 40 осіб віком до 66 років (5 група) та 40 осіб більш, ніж 66 років (6 група).

Оцінка результатів анкетування проводилась з урахуванням гендерного критерію не залежно від віку.

Таблиця 2.1.1.

Загальна характеристика хворих досліджуваних груп

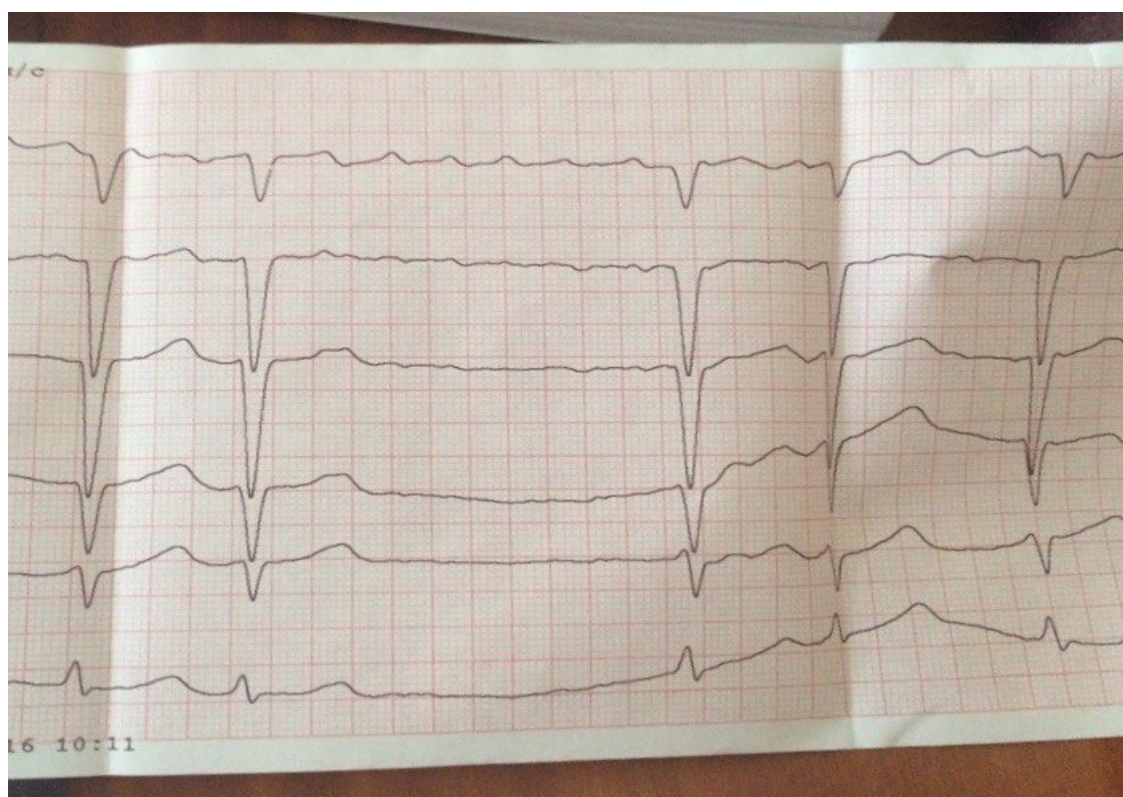
Група	Характеристика груп	Кількість осіб	Середній вік
Група 1	Хворі до < 45р.	n= 30	34,4
Група 2	Хворі 46-65р.	n= 28	53,2
Група 3	Хворі > 66р.	n= 42	77,6
Група 4	29 осіб з 1 групи та 10 осіб з 2 групи	n= 39	47,8
Група 5	40 осіб з ІХС < 66 р.	n= 40	62,7
Група 6	40 осіб з ІХС > 66 р.	n= 40	75,4

2.2. Методи дослідження

2.2.1. Клініко-лабораторні та інструментальні методи досліджень.

Від моменту надходження в стаціонар здійснювали загально-клінічне обстеження, яке передбачало збір анамнезу захворювання, сімейного анамнезу, вимірювання зросту, ваги, частоти серцевих скорочень.

Інструментальні методи обстеження. Реєстрація ЕКГ у 12-ти стандартних відведеннях в положенні лежачі на спині була проведена трьох канальним апаратом 300 G Neaco (мал.2.1). Ехо КС обстеження серця, УЗД органів черевної порожнини та щитоподібної залози проводили на апараті Toshiba Aplioxg секторним датчиком 1,5-5 МГц. Систолічний та діастолічний артеріальний тиск вимірювали в положенні сидячі на правій руці автоматичним тонометром Micro life ML-BP 3 AG1.



Мал.2.1 ФП, тахісistolічна форма хворої М. ,84р.3 групи.

З лабораторних методів проводили біохімічний аналіз крові, що включав в себе (загальний білок, білірубін, АЛТ, АСТ, креатинін, сечовина, холестерин, тригліцериди ,глюкоза), загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз крові було виконано за допомогою біохімічного аналізатора

Cobas 6000, Roche Diagnostics (Швейцарія) забір крові здійснювався зранку, натще, після 12-годинного голодування, в положенні хворого сидячи.

Основними показниками лабораторних методів, що оцінювалися при виконанні роботи, були рівні гемоглобіну, еритроцитів, ШОЕ, лейкоцитів, загального білку, холестерину, глюкози натще.

2.2.2. Система оцінки якості життя

Усім хворим на початковому етапі включення в дослідження з метою оцінки якості життя та власного здоров'я було запропоновано відповідати на опитувальник SF-36 (анкета оцінки якості життя).

36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, больова активність, загальний стан здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан та психічне здоров'я. Всі шкали формують два показники: душевне і фізичне благополуччя [38].

Результати представляються у вигляді оцінок у балах по 8 шкалам. Кількісно оцінюються такі показники: фізична активність, що відображає ступінь, в якій фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, і т.п.). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я. Професійне функціонування, обумовлене фізичним станом - вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта. Інтенсивність болю і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза ним. Високі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта. Загальний стан здоров'я - оцінка хворим свого стану

здоров'я на даний час і перспектив лікування. Чим нижче балів, цієї шкали тим краща оцінка стану здоров'я. Життєва активність має на увазі відчуття в собі сил і енергії або, навпаки, відсутність сили. Високі бали свідчать про стомленість пацієнта, зниженість життєвої активності. Соціальне функціонування, визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Високі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування в зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану. Емоційне функціонування, обумовлене емоційним станом передбачає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконання роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості і т.п.). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану. Психічне здоров'я характеризує наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічного неблагополуччя.

Шкали ділять в два показника «фізичний компонент здоров'я» і «психологічний компонент здоров'я». Фізичний компонент здоров'я складається (фізичне функціонування, професійне функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я). Психологічний компонент здоров'я складається має такі складові: психічне здоров'я, емоційне функціонування, обумовлене емоційним станом, соціальне функціонування, життєва активність.

1. У цілому Ви оцінили б стан Вашого здоров'я як:

Відмінне..... 1

Дуже гарне..... 2

Гарне.....	3
Посереднє.....	4
Погане.....	5

2. Як би Ви в цілому оцінили своє здоров'я зараз у порівнянні з тим, що було рік тому?

Значно краще, ніж рік тому.....	1
Трохи краще, ніж рік тому.....	2
Приблизно таке ж, як рік тому.....	3
Дещо гірше, ніж рік тому.....	4
Набагато гірше, ніж рік тому.....	5

3. Чи обмежує Вас стан Вашого здоров'я в даний час у виконанні перерахованих нижче фізичних навантажень? Якщо так, то якою мірою?

Вид фізичної активності	Так, значно обмежує	Так, трохи обмежує	Ні, зовсім не обмежує
А. Важкі фізичні навантаження такі як біг, підняття важких предметів, заняття силовими видами спорту	1	2	3

Б. Помірні фізичні навантаження, такі як пересунути стіл, попрацювати з пирососом, збирати гриби чи ягоди	1	2	3
В. Підняти або нести сумку з продуктами	1	2	3
Г. Піднятися пішки по сходах на кілька прольотів	1	2	3
Д. Піднятися пішки по сходах на один проліт	1	2	3
Е. Нахилитися, стати на коліна, присісти навпочіпки	1	2	3
Ж. Пройти відстань більше одного кілометра	1	2	3
З. Пройти відстань у кілька кварталів	1	2	3
І. Пройти відстань в один квартал	1	2	3
К. Самостійно вимитися, одягтися	1	2	3

4. Чи бувало за останні 4 тижні, що Ваш фізичний стан викликав труднощі у Вашій роботі або іншій звичайній повсякденній діяльності, внаслідок чого:

	Так	Ні
А. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу чи інші справи	1	2
Б. Виконали менше, ніж хотіли	1	2
В. Ви були обмежені у виконанні якого-небудь певного виду роботи або іншої діяльності	1	2
Г. Були труднощі при виконанні своєї роботи або інших справ (наприклад, вони потребували додаткових зусиль)	1	2

5. Чи бувало за останні 4 тижні, що Ваш емоційний стан викликав труднощі у Вашій роботі або іншій звичайній повсякденній діяльності, внаслідок чого:

	Так	Ні
А. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу чи інші справи	1	2
Б. Виконали менше, ніж хотіли	1	2
В. Виконували свою роботу чи інші справи не так акуратно, як зазвичай	1	2

6. Наскільки Ваш фізичний або емоційний стан протягом останніх 4 тижнів заважав Вам проводити час з сім'єю, друзями, сусідами або в колективі?

- Зовсім не заважало..... 1
- Трохи..... 2
- Помірно.....3
- Сильно..... 4
- Дуже сильно..... 5

7. Наскільки сильний фізичний біль Ви відчували за останні 4 тижні?

- Зовсім не відчував (ла)..... 1
- Дуже слабкий..... 2
- Слабкий..... 3
- Помірний..... 4
- Сильний..... 5
- Дуже сильний..... 6

8. До якої міри біль протягом останніх 4 тижнів заважав Вам займатися Вашою нормальною роботою (включаючи роботу поза домом і по будинку)?

- Зовсім не заважала..... 1
- Трохи..... 2
- Помірно.....3

Сильно..... 4

Дуже сильно..... 5

9. Як часто протягом останніх 4 тижнів...

	Весь час	Більшу частину часу	Часто	Іноді	Рідко	Жодного разу
А. Ви відчували себе бадьорим(ою)?	1	2	3	4	5	6
Б. Ви сильно нервували?	1	2	3	4	5	6
В. Ви відчували себе таким (ою) подавленим (ою), що ніщо не могло Вас підбадьорити?	1	2	3	4	5	6
Г. Ви відчували себе спокійним (ою)?	1	2	3	4	5	6
Д. Ви відчували себе повним (ою) сил і енергії?	1	2	3	4	5	6
Е. Ви відчували себе пригніченим (ою) і сумним (ою)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Ви відчували себе змученим (ою)?	1	2	3	4	5	6

3. Ви відчували себе щасливим (ою)?	1	2	3	4	5	6
І. Ви відчували себе втомленим (ою)?	1	2	3	4	5	6

10. Як часто останні 4 тижні Ваш фізичний або емоційний стан заважав Вам активно спілкуватися з людьми (відвідувати друзів, родичів і т. п.)?

Весь час 5

Велику частину часу 4

Іноді 3

Рідко 2

Жодного разу 1

11. Наскільки ВІРНИМ або НЕВІРНИМ по відношенню до Вас є кожне з нижче перелічених тверджень?

	Вірно	В основному вірно	Не знаю	В основному не вірно	Невірно
А. Мені здається, що я більш схильний до хвороб, ніж інші	1	2	3	4	5

Б. Моє здоров'я не гірше, ніж у більшості моїх знайомих	1	2	3	4	5
В. Я очікую, що моє здоров'я погіршиться	1	2	3	4	5
Г. У мене відмінне здоров'я	1	2	3	4	5

У залежності від кількості отриманих балів оцінюється якість життя пацієнтів [38,41].

2.3. Статистична обробка результатів

Для кількісних показників первинна статистична обробка включала в себе розрахунок середнього арифметичного(\bar{x}), похибки середньоарифметичного значення($S_{\bar{x}}$).

Відмінності між вибірками, що розподілені за нормальним законом, оцінювалися за параметричним критерієм Стьюдента (t).

Достовірність відмінностей оцінювалася за рівнем значущості p .

Взаємозв'язок між кількісними змінними визначався за допомогою парного коефіцієнта кореляції Пірсона.

Для підготовки таблиць і розрахунків застосовувався пакет Excel (Microsoft Office 2010, США).

Основна частина математичної обробки виконувалася на персональному комп'ютері з використанням стандартного статистичного пакету STATISTICA 10.0 (StatSoft, Inc., Oklahoma, США) [12].

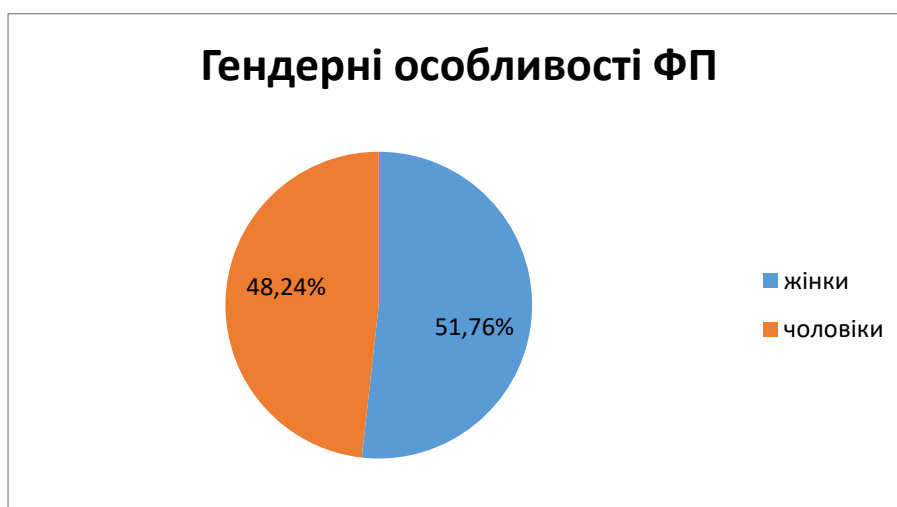
РОЗДІЛ 3

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ

3.1. Аналіз розповсюдженості фібриляції передсердь.

Для виявлення розповсюдженості ФП серед хворих на ССЗ нами було ретроспективно проаналізовано 500 історій хвороб в Глухівській ЦРЛ та в КУСМКЛ № 1. Було проаналізовано динаміку ЕКГ в історіях хвороб та амбулаторних картах хворих, відібрані дані анамнезу, що свідчать про тривалість та особливості перебігу аритмій.

Отримані дані свідчать, що ФП зустрічається у 20% хворих з кардіологічною патологією, що знаходяться під наглядом лікаря загальної практики та лікаря - кардіолога. При цьому, транзиторна форма виявлена у 16 осіб (9 жінок та 7 чоловіків), що склало 16% від усіх зафіксованих випадків ФП.

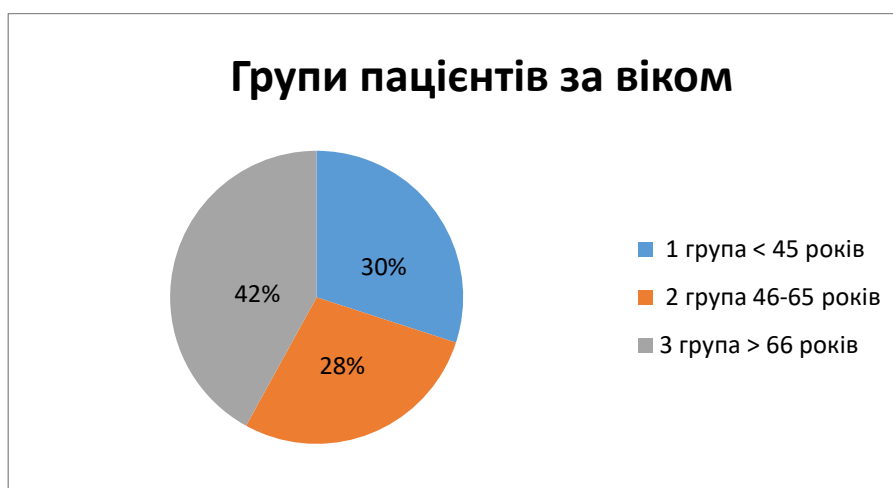


Малюнок 3.1 Гендерні особливості фібриляції передсердь

При аналізі гендерних особливостей ФП у когорті хворих з серцево-судинними захворюваннями було встановлено, що дана аритмія частіше

зустрічається у жінок, але ця різниця не є достовірною ($p \geq 0,05$) (малюнок 3.1).

Аналіз вікових особливостей продемонстрував, що переважна кількість хворих - 42% знаходилась в третій віковій групі, тоді яку другій групі - 28%, в першій - 30% від загальної кількості хворих ФП (малюнок 3.2).



Малюнок 3.2. Розподіл пацієнтів досліджуваних груп за віком.

3.2. Вікова динаміка клінічних та біохімічних показників у хворих на фібриляцію передсердь.

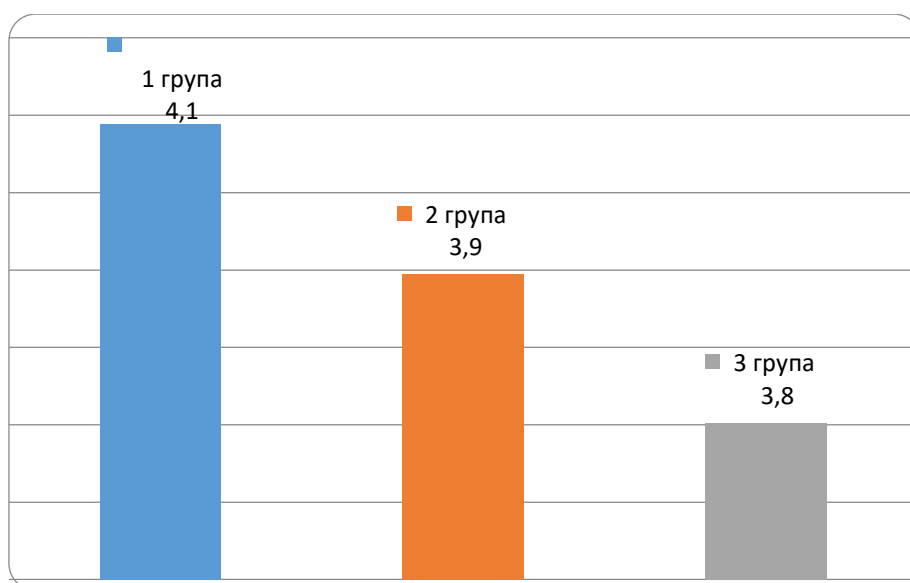
В дослідження було включено 100 пацієнтів, що знаходились під диспансерним наглядом протягом одного року. Всім хворим проводилось комплексі діагностично-лікувальні заходи: було проведене електрокардіографічне, лабораторно-біохімічне і ехокардіографічне (ЕхоКГ) обстеження, призначено антиаритмічну, антигіпертензивну, гіполіпідемічну та симптоматичну терапії. Хворих було розділено на 3 групи в залежності від віку: 1 група < 45 років – 30 пацієнтів; 2 група 46-65 років – 28 пацієнтів; 3 група > 66 років – 42 пацієнта (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Середні показники клінічних та біохімічних аналізів у вікових групах

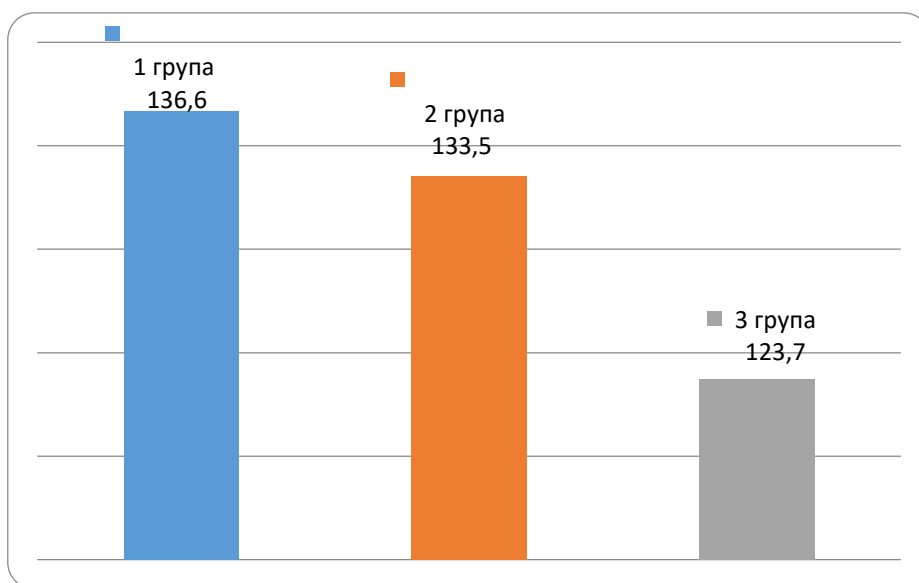
Вік	Еритроцити	Нь	ШОЕ	Лейкоцити	Глюкоза	Заг.білок	Холестерин
< 45	4,1	136,6	5,3	5,5	4,7	68,9	4,46
46- 65	3,9	133,5	5,3	6,3	5,05	70,6	4,8
>66	3,8	123,7	11,5	7,9	5,1	67,9	4,9

При аналізі кількості еритроцитів (малюнок 3.3) в клінічному аналізі крові та гемоглобіну (малюнок 3.4) було виявлено, що в 1 віковій групі середнє значення еритроцитів $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Нь – 136 г/л; в 2 віковій групі - середнє значення еритроцитів $3,99 \times 10^{12}/\text{л}$, Нь – 133 г/л; в 3 групі - $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нь – 123 г/л. Динаміка середнього показника еритроцитів з віком демонструє його зменшення на 4,8% в другій групі в порівнянні з першою, та на 2,5% в третій в порівнянні з другою віковою групою.



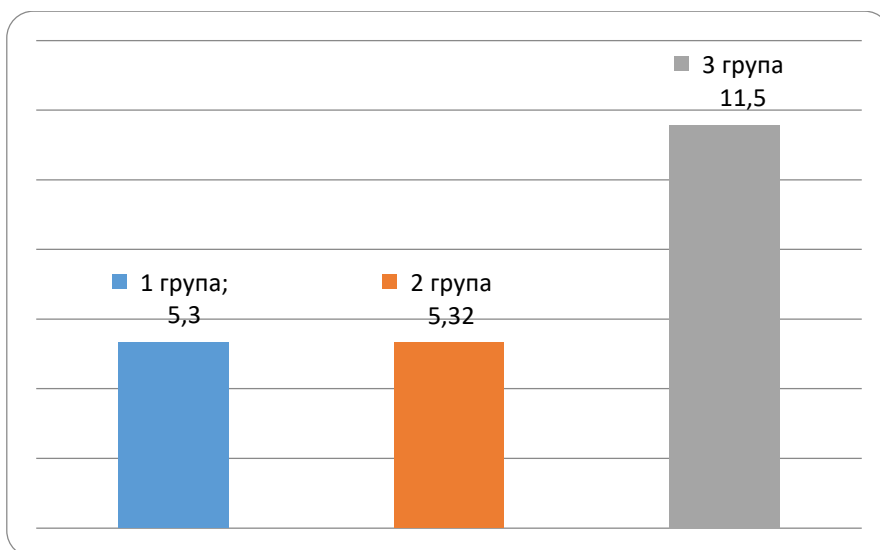
Малюнок 3.3 Середні показники еритроцитів у вікових групах.

Рівень гемоглобіну також з віком зменшується на 2,26 % в другій віковій групі в порівнянні з першою, та 7,3% в порівнянні з другою віковою групою (малюнок 3.4).



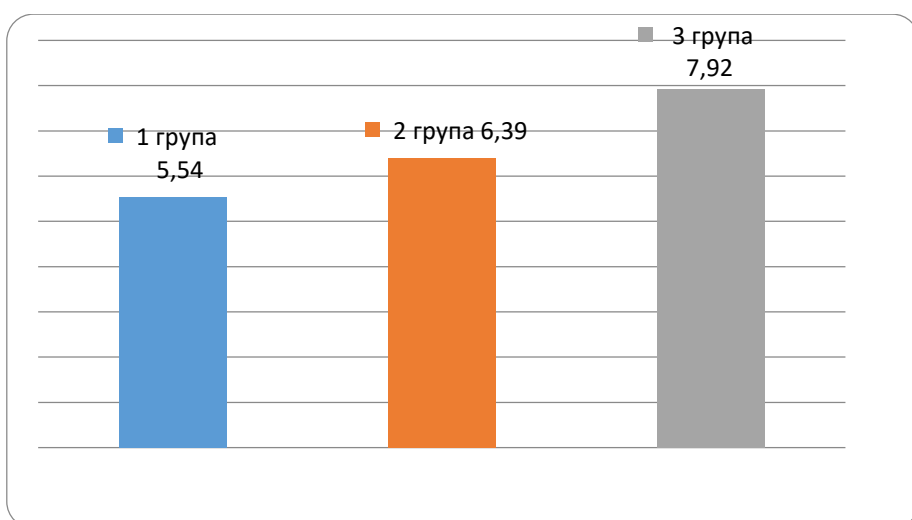
Малюнок 3.4. Середні показники гемоглобіну у вікових групах.

Середні показники ШОЕ (малюнок 3.5) були наступними: в першій віковій групі ШОЕ склало 5,3 мм/год, у 2 віковій групі – 5,32 мм/год, у 3 віковій групі – 11,57 мм/год, що вказує на значне зростання динаміки цього показника зі збільшенням віку на 54,1% в третій віковій групі в порівнянні з першою віковою групою.



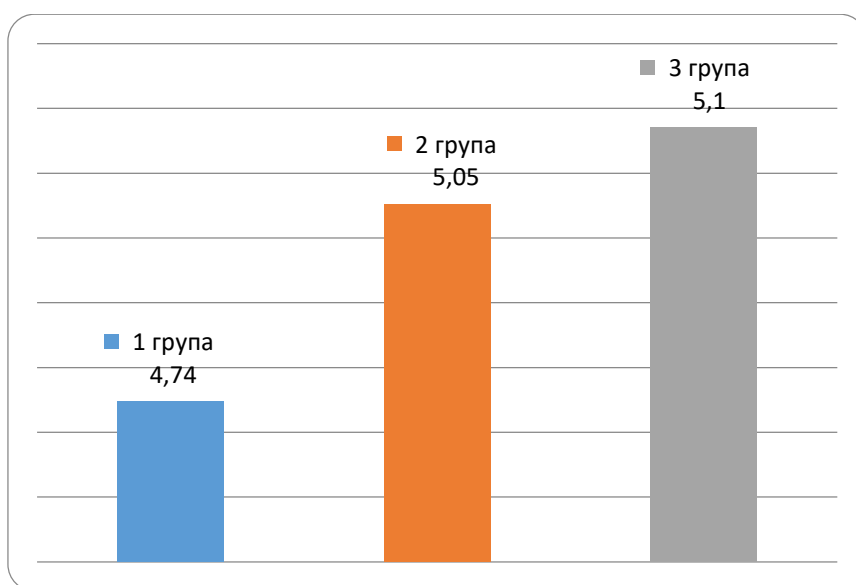
Малюнок 3.5 Середні показники ШОЕ у вікових групах.

Проаналізувавши дані середніх показників лейкоцитів у різних вікових групах 1 група – $5,54 \cdot 10^9/\text{л}$, 2 група – $6,39 \cdot 10^9/\text{л}$, 3 група – $7,92 \cdot 10^9/\text{л}$, ми також спостерігаємо динамічне збільшення цього показника з віком на 14,2% в другій групі в порівнянні з першою, та на 20,4% в третій в порівнянні з другою віковою групою (малюнок 3.6).



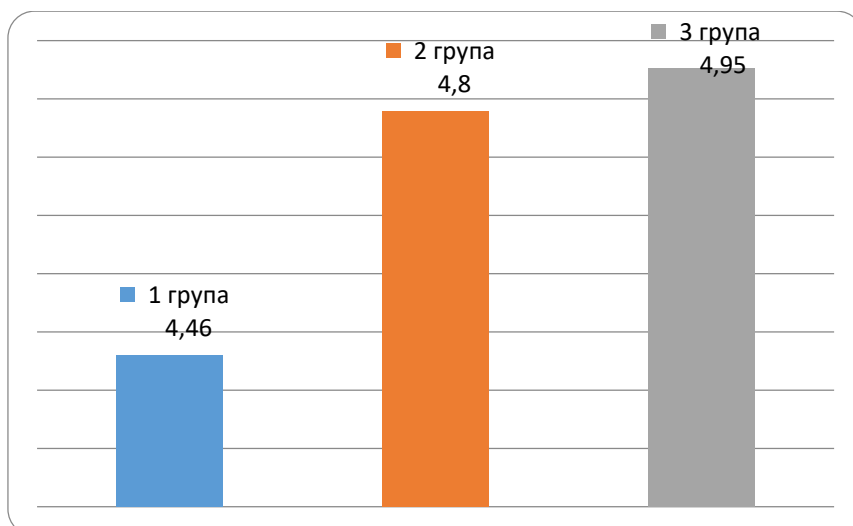
Малюнок 3.6. Середні показники лейкоцитів у вікових групах.

При аналізі середнього рівня глюкози натще в різних вікових групах було виявлено незначне її збільшення з віком: 1 група - 4,74 ммоль/л, 2 група – 5,05 ммоль/л, 3 група – 5,1 ммоль/л. Визначивши різницю було отримано $P > 0,05$ даний показник вказував на недостовірність різниці результатів (малюнок 3.7).



Малюнок 3.7. Середній рівень глюкози натще у вікових групах.

При біохімічному аналізі крові для кожної вікової групи було враховано середні показники холестерину в першій віковій групі середній рівень холестерину був найменшим і становив 4,46 ммоль/л, в другій групі 4,8 ммоль/л. Найбільш високий рівень холестерину відзначався в третій віковій групі і становив – 4,95 ммоль/л. Динаміка середнього показника холестерину з віком демонструє його збільшення на 7 % в другій групі в порівнянні з першою віковою групою, та на 3,03% в третій групі в порівнянні з другою віковою групою(малюнок 3.8).



Малюнок 3.8 Середні показники холестерину у вікових групах.

Таким чином, отримані дані свідчать про вплив вікового фактору з достовірним збільшенням рівня холестерину, лейкоцитів, ШОЕ.

У той же час показано достовірне зменшення рівня кількості еритроцитів, гемоглобіну. При визначенні середніх показників рівня глюкози не було достовірної різниці між отриманими віковими даними.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ КОМОРБІДНОСТІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

4.1. Коморбідність фібриляції передсердь із захворюваннями гепато-біліарної системи.

При аналізі коморбідності у хворих досліджуваних груп для виявлення гепатобіліарної дисфункції було використано сонографічні критерії стеатогепатозу (симптом затухання УЗ-проміню, збільшення передньозаднього розміру ПЗР правої долі, ККР візуалізація внутрішньо печінкових судин), показники лабораторних біохімічних досліджень синдрому цитолізу.

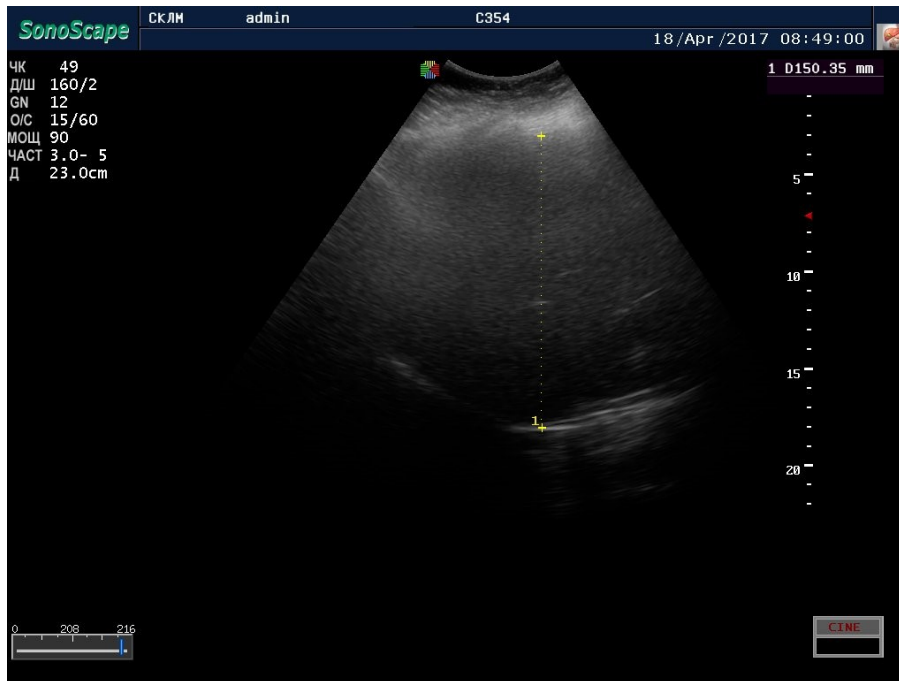
Наявність патології гепато – біліарної системи було виявлено у 11 осіб зі 100. Серед них 10 випадків гепатозу і 1 пацієнт з ЖКХ(таблиця 4.1). (малюнок4.1; 4.2).

Таблиця 4.1.

Наявність дисфункції гепатобіліарної системи в досліджуваних групах

Характеристика	Групи		
	1 група	2 група	3 група
Вік	< 45 років	46- 65років	> 66 років
Кількість хворих	n=30	n=28	n=42
Гепатоз, осіб (%)	2 (6,7%)	4 (14,3%)	4 (9,5 %)
ЖКХ, осіб (%)	1(3,3%)	0	0

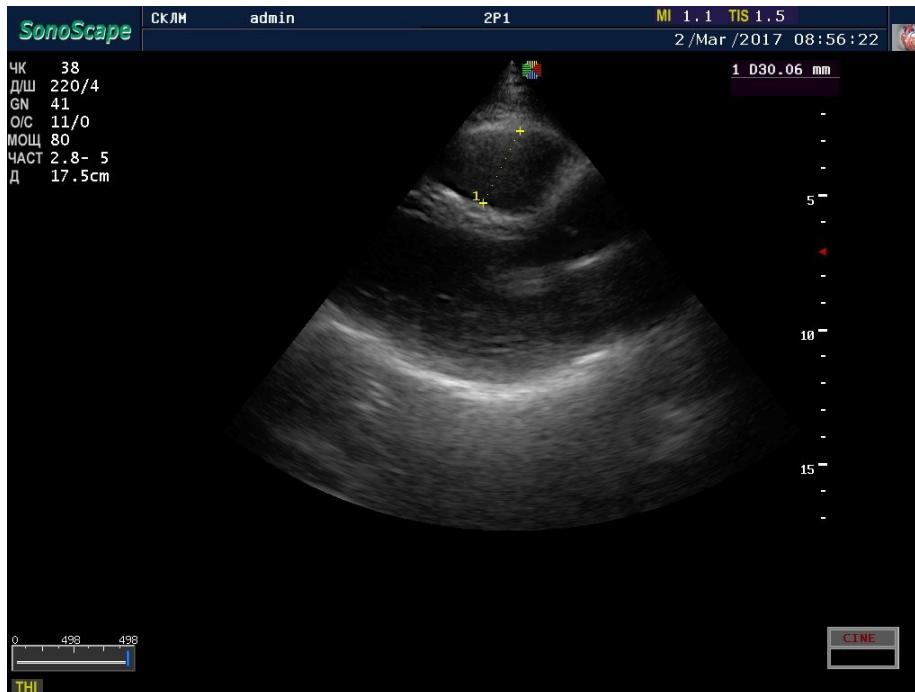
В першій віковій групі було виявлено 2 пацієнта (6,7 %) з ознаками стеатогепатозу, що проявлялось у збільшенні ПЗР правої долі печінки до 10,35 мм (малюнок 4.1).



Малюнок 4.1 Ознаки гепатозу у хворого Р., 63р. 2 групи.

В другій групі і третій групах коморбідність з даною патологією складала 14,3% та 9,5% (4 особи з 2 групи та 4 – з 3 групи).

В 1 групі 1 пацієнт віком 35 років мав ЖКХ з діаметром каменю 3,06 см (малюнок4.2). При цьому клінічна симптоматика була відсутня; змін у показниках біохімічних аналізів не було виявлено. В 2 та 3 групах коморбідності з ЖКХ не встановлено.



Мал. 4.2 Камінь розміром 3,06 см у діаметрі в жовчному міхурі у хворого Л., 35р. 1 групи.

Таким чином, для коморбідності ФП з патологією гепатобіліарної системи характерний досить високий відсоток зустрічаємості – 10% за рахунок наявності стеатогепатозу. Вікова динаміка даного виду коморбідності демонструє максимальну кількість випадків у 2 групі (середній віковий діапазон) – 14,3%, у порівнянні з 6,7% та 9,5% у 1 та 2 групах відповідно. Зафіксований у 1% випадок ЖКХ свідчить про відсутність будь-яких зав’язків між даними патологіями.

4.2. Коморбідність фібриляції передсердь з кистами нирок.

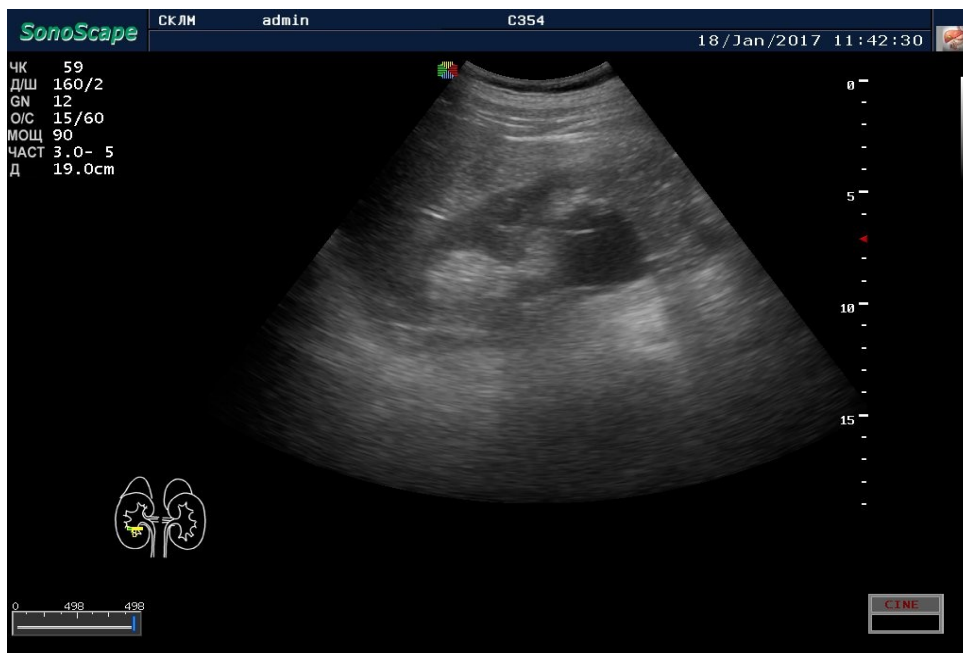
При обстеженні хворих на ФП всім особам з трьох вікових груп було проведено УЗ-дослідження нирок. Сонографічно у 18 хворих було верифіковано наявність кист нирок (таблиця 4.2).

Таблиця. 4.2

Наявність кист нирок у хворих на фібриляцію передсердь

Характеристика			
	1 група	2 група	3 група
Вік	< 45 років	46- 65 років	> 66 років
Кількість хворих	n=30	n=28	n=42
Кисти нирок	2 (6,7%)	5 (17,8%)	11 (26,1%)

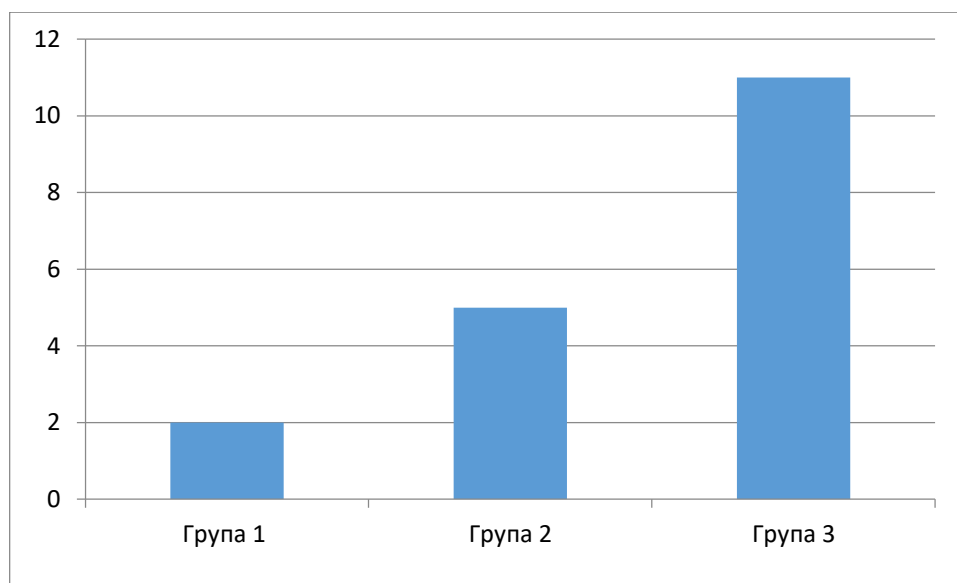
В першій віковій групі було виявлено 2 пацієнта з кистами, що склало 6,7%. У другій групі 5 хворих мали кисти, що склало 27,7%. На малюнку 4.2.1 продемонстрована сонограма нирок хворого 2 групи з візуалізацією кисти анехогенної структури розміром 50 мм.



Малюнок 4.2.1. Киста правої нирки хворого С., 60 років 2-ї групи.

У третій групі було виявлено максимальний рівень коморбідності – 26,1% осіб мали кисти нирок.

Таким чином, з віком динаміка приросту хворих з кистами достовірно збільшується з віком, сягаючи максимуму у 3 групі. У порівнянні з першою групою відмічається приріст на 150% в другій віковій та на 450% в третій віковій групі (малюнок. 4.2.2).



Малюнок 4.2.2 Кількість хворих з кистами нирок у вікових групах

4.3. Коморбідність фібриляції передсердь з васкулярною патологією.

Судинна патологія зустрічалась в 30 осіб, з них 19 осіб мали склеротичні зміни на аорті, в 11 пацієнтів зустрічався кальциноз аорти. Серед хворих 1 групи васкулярних змін виявлено не було. В другій віковій групі 5 випадків, в третій групі 25 хворих васкулярною патологією. З віком відзначається збільшення кількості хворих на дану патологію. В третій віковій групі на 68% пацієнтів більше зустрічається проявів даної патології, в порівнянні з першою групою. (таблиця.4.3)

Таблиця.4.3

Судинна патологія у хворих на фібриляцію передсердь

Характеристика	Васкулярна патологія з ФП		
	1 група	2 група	3 група
Вік	< 45 років	46- 65 років	> 66 років
Кількість хворих	n=30	n=28	n=42
Склеротичні зміни на Ао	0	3(10,8 %)	16(38,1%)
Кальциноз Ао	0	2 (7,1 %)	9 (21,4%)

Отже, для коморбідності ФП з судинною патологією характерний високий рівень зустрічаємості: склеротичні зміни – до 38,1%, кальциноз аорти – до 21,4%. Вікова динаміка даного виду коморбідності демонструє збільшення з віком: у п'ять разів склеротичні зміни аорти та у чотири рази – її кальциноз.

4.4 Коморбідність фібриляції передсердь з ішемічною хворобою серця

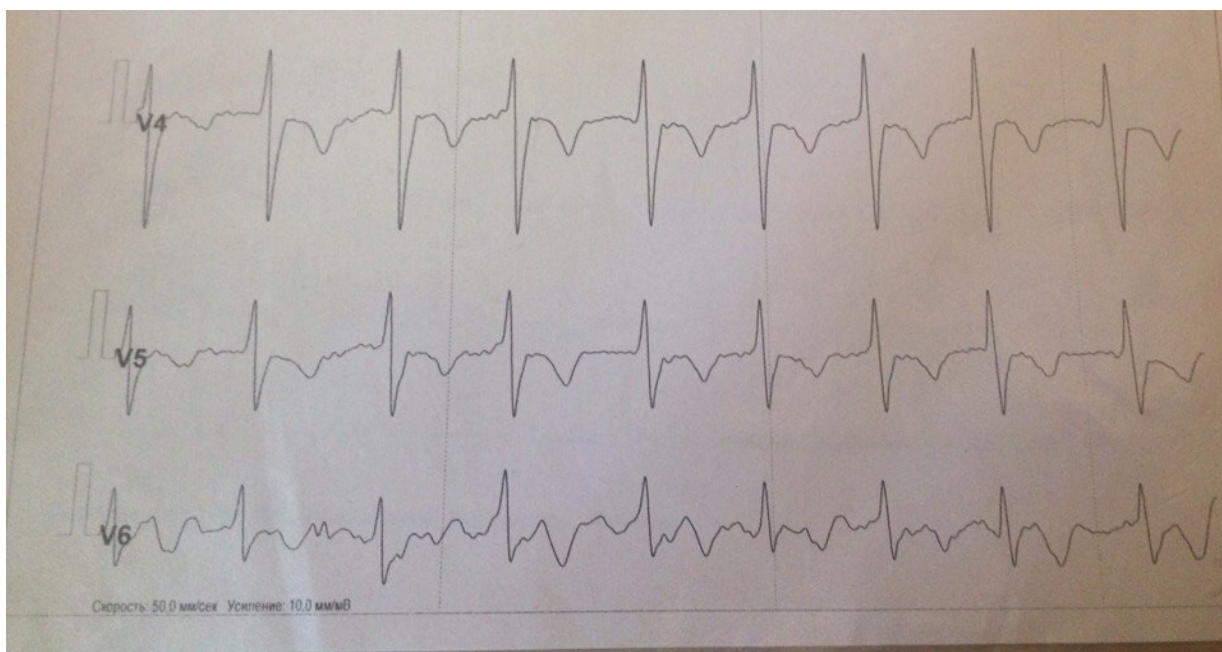
Наявність ІХС у хворих досліджуваних груп підтверджувалась наявністю клінічної симптоматики (стискаючий або пекучий біль за грудиною або в лівій половині грудної клітини, іррадіація болю в ліву руку, лопатку, щелепу, виникає під час емоційного або фізичного навантаження, біль купірується прийомом нітрогліцерину) та реєстрацією ЕКГ, з оцінкою змін процесів реполяризації (полярності та амплітуди зубця Т та депресії або елевації сегмента ST, наявності патологічного зубця Q) (малюнок 4.4) (таблиця 4.4)

Таблиця. 4.4

Коморбідність фібриляції передсердь з ішемічною хворобою серця

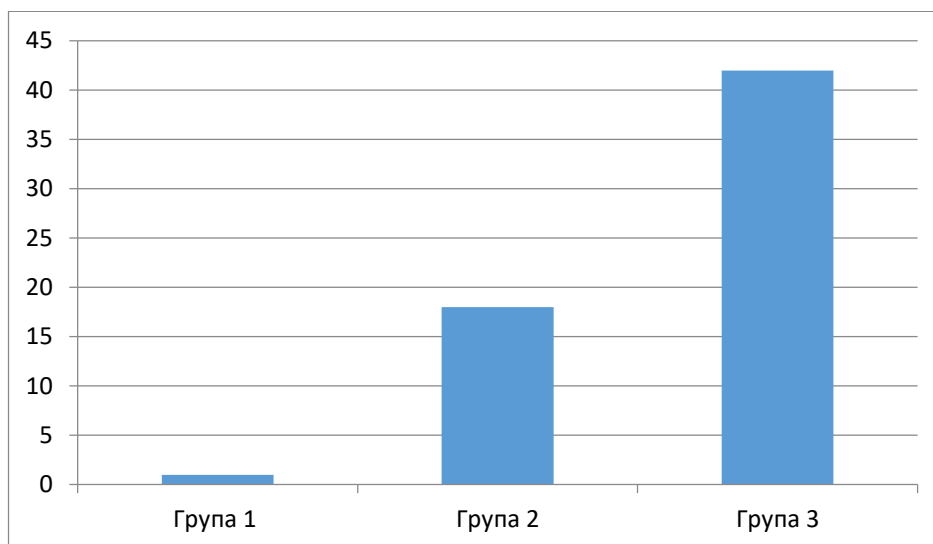
Характеристика	Коморбідність ФП з ІХС		
	1 група	2 група	3 група
Вік	< 45 років	46- 65 років	> 66 років
Кількість хворих	n=30	n=28	n=42
	1 (3,3%)	18(64,3%)	42(100%)

З усіх хворих на ФП ІХС зустрічалась в 61 осіб, в першій віковій групі 1 хворий, в другій віковій групі - 18 пацієнтів (64,3%), в третій 42 пацієнтів (100%).



Малюнок 4.4.1. ЕКГ хворої С., 72 роки 3-ї групи. Фібриляція передсердь тахісistolічна форма.

Вікова динаміка демонструє, що кількість хворих на ІХС утримі збільшується у другій групі порівняно з 1 групою та у 7 разів - в третій віковій групі у порівнянні з першою (малюнок 4.4.2).

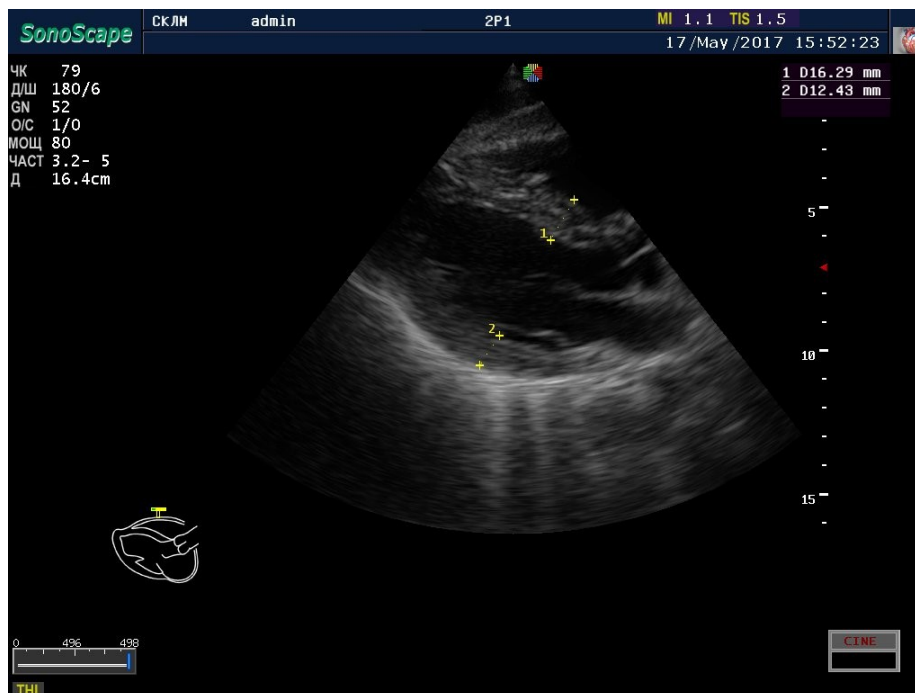


Малюнок 4.4.2 Кількість хворих з ішемічною хворобою серця у вікових групах

Таким чином, максимальний рівень коморбідності виявлений у 3 віковій групі, де він сягає 100%.

4.5 Коморбідність фібриляції передсердь з артеріальною гіпертензією.

При аналізі коморбідності з артеріальною гіпертензією у хворих досліджуваних груп для виявлення АГ було враховано наявність клінічної симптоматики (епізодів головного болю, запаморочення, шум у вухах, млявість, серцебиття, тахікардію), рівень артеріального тиску та реєстрація ЕКГ(ознаки гіпертрофії лівого шлуночка), сонографічні ознаки (гіпертрофія міжшлуночкової перегородки та лівого шлуночка)(малюнок 4.5)



Малюнок 4.5 Гіпертрофія міжлуночкової перегородки та лівого шлуночка у хворого М., 69років 3 – ї групи

Гіпертонічна хвороба у хворих на ФП зустрічалась в 75 осіб, в першій віковій групі було 10 хворих (33,3%) в другій групі - 24 пацієнта(85,7%), в третій віковій групі - 41пацієнт (97,6%). Дані таблиці 4.5 свідчать про динаміку збільшення кількості пацієнтів в трьох вікових групах з віком.

Таким чином, для коморбідності ФП з артеріальною гіпертензією характерний досить високий відсоток зустрічаємості – від 33,3% в першій групі до 97,6% в третій віковій групі. Вікова динаміка даного виду коморбідності корелює з віком пацієнтів.

Таблиця. 4.5

Коморбідність фібриляції передсердь з гіпертонічною хворобою

Характеристика	Коморбідність ФП з гіпертонічною хворобою		
	1 група	2 група	3 група

Вік	< 45 років	46- 65років	> 66 років
Кількість хворих	n=30	n=28	n=42
	10(33,3%)	24(85,7%)	41(97,6%)

Таким чином, було встановлено, що зі збільшенням віку відсоток коморбідності зростає, при чому домінуючими є прояви кардіо - васкулярної патології: ІХС склала -61%, гіпертонічна хвороба – 75% всіх обстежених. Ниркову патологію було виявлено у 18%, а дисфункції гепатобіліарної системи – 10 %.

РОЗДІЛ 5

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

При оцінці якості життя пацієнтів з ФП було оцінено наступні характеристики: фізичний компонент та психологічний компонент здоров'я. Фізичний компонент здоров'я включав в себе фізичний стан, професійне функціонування, больову інтенсивність та загальний стан здоров'я. Психологічний компонент мав такі характеристики як життєва активність соціальний стан, емоційний стан, психічне здоров'я.

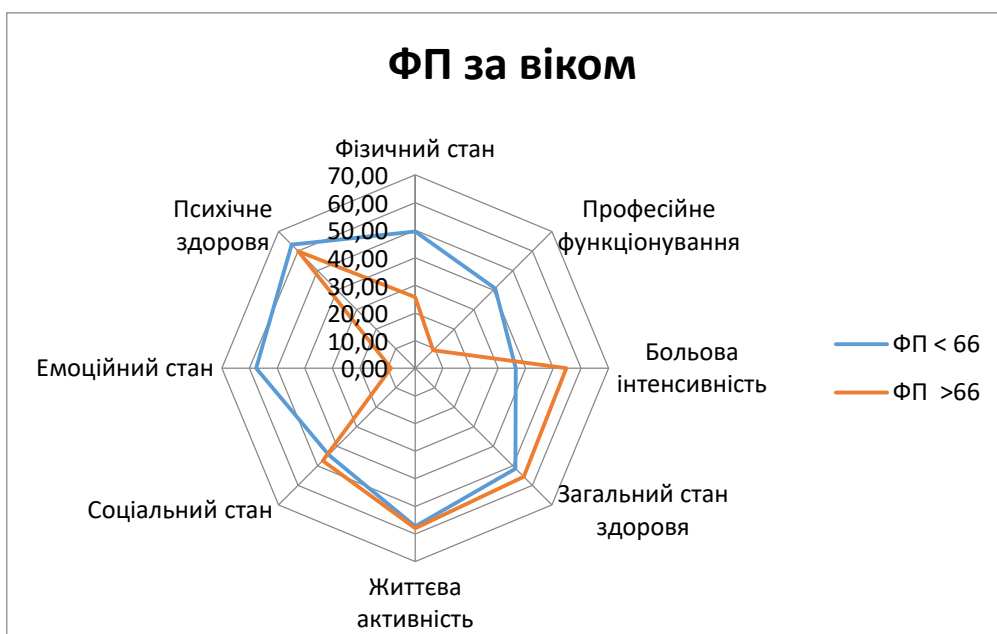
При оцінці результатів анкетування для показників: фізичного та емоційного стану здоров'я, професійного функціонування та психічного здоров'я було використано пряму інтерпретацію (чим вищий бал, тим краща якість життя). Для показників: інтенсивності болю, загального стану здоров'я, життєвої активності та соціального функціонування використовували зворотну інтерпретацію даних (чим менший бал, тим краща якість життя).

При оцінці якості життя хворих на ФП було проведено анкетування 100 хворих 1, 2 та 3 груп. Серед хворих на ФП 1 та 2 групи було відібрано 39 хворих віком до 66 років без ознак ІХС (29 осіб з 1 групи та 10 осіб з 2 групи), які увійшли до 4 групи. Враховуючи високу коморбідність ФП з ІХС, що сягає 100% у 3 групі, для оцінки впливу кожної з хвороб на якість життя було додатково включено у дослідження 80 хворих на ІХС без ФП: 40 осіб віком до 66 років (5 група) та 40 осіб більш, ніж 66 років (6 група).

Оцінка результатів анкетування проводилась з урахуванням гендерного критерію не залежно від віку.

При порівняльній оцінці якості життя хворих на ФП в 3(старше 66р та 4(до 60 р. без ІХС) групах було виявлено, що у хворих 4 групи показники фізичного, емоційного стану, професійного функціонування майже в два рази

кращі в порівнянні з 3 – ю групою, а у хворих 3 групи більш виражені больова інтенсивність. Соціальний стан, життєва активність, загальний стан здоров'я знаходились майже на одному рівні (малюнок 5.1).



Малюнок 5.1 Характеристика хворих 3 та 4 групи.

При порівняльній оцінці якості життя хворих на ІХС до 66 років, відзначається кращий фізичний, емоційний стан, професійне функціонування, на відміну від хворих старше 66 років. Проте у хворих < 66 років відзначається обмеження соціального функціонування. Психічне здоров'я та емоційний стан знаходяться на одному рівні (малюнок 5.2)



Малюнок.5.2 Характеристика хворих 5 та 6 групи

Оцінивши між собою результати анкетування хворих 4 – ї та 5 – груп, відзначається, що у хворих з ФП на відміну від хворих з діагнозом ІХС показники фізичного, емоційного, соціального стану та психічного здоров'я дещо кращі. Проте пацієнти з ІХС мають кращі показники професійного функціонування. Показники больової інтенсивності, життєвої активності, загального стану не достовірні та знаходяться майже на одному рівні (малюнок 5.3).



Малюнок 5.3 Показники фібриляції передсердь та ішемічної хвороби серця хворих <66 років

Після порівняльної оцінки якості життя хворих між 3-ю та 6-ю групами, відзначається, що хворі з ФП характеризуються в 2,5 рази гіршим професійним функціонуванням, больовою інтенсивністю, емоційним та загальним станом, ніж хворі з ІХС. Показники психічного здоров'я, життєвої активності, соціального стану не достовірні між собою та знаходяться майже на одному рівні (малюнок.5.4).



Малюнок 5.4 Показники фібриляції передсердь та ішемічної хвороби серця хворих >66 років.

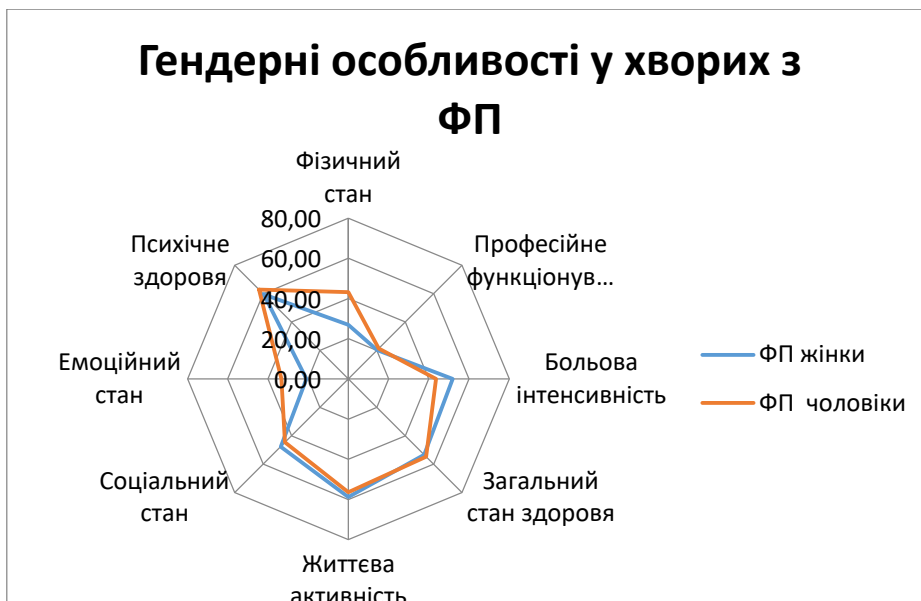
Отже, вираховавши середні значення показників, з віком ми спостерігаємо динамічне зниження показників фізичного, емоційного, соціального та загального стану здоров'я, професійного функціонування та психічного здоров'я у всіх чотирьох групах. З віком збільшується больова інтенсивність. Показники життєвої активності в чотирьох групах знаходяться майже на одному рівні і вважаються не достовірними (таблиця 5.1).

Таблиця. 5.1

Загальна характеристика показників у віковому аспекті

	ФП < 66	ФП>66	ІХС < 66	ІХС > 66
Фізичний стан	49,55	25,79	42,00	31,25
Професійне функціонування	40,91	9,21	45,00	30,00
Больова інтенсивність	36,36	54,74	42,00	42,50
Загальний стан здоров'я	51,36	55,53	51,00	50,25
Фізичний компонент здоров'я (сумма)	179	145,27	180	154
Життєва активність	57,27	57,89	55,00	58,25
Соціальний стан	44,32	47,37	53,75	45,00
Емоційний стан	57,58	8,77	36,67	26,67
Психічне здоров'я	63,27	59,79	55,60	60,40
Психологічний компонент здоров'я(сумма)	222,42	175,73	201	190

Після порівняльної оцінки показників якості життя в гендерному аспекті не залежно від віку у пацієнтів з ФП, була встановлено, що чоловіки на 38% мають кращий фізичний та емоційний стан. Больова інтенсивність у чоловіків виражена гірше ніж у жінок тобто, особи чоловічої статі менше скаржаться на біль. Показники психічного, загального стану здоров'я, професійного функціонування, життєвої активності, соціального стану майже не відрізняються між собою (малюнок 5.5).



Малюнок 5.5 Гендерні особливості у хворих з фібриляцією передсердь.

В свою чергу жінки з ІХС на відміну від чоловіків, мають кращий фізичний стан, професійне функціонування, але емоційний стан дещо гірший на відміну від даного показника у чоловіків. Показники життєвої активності краще розвинені у чоловіків. Показники психічного, загального стану здоров'я, соціального стану, як і у хворих на ФП не мають достовірного значення і майже не відрізняються. В гендерному аспекті у хворих з ІХС показники больової інтенсивності майже не відрізняються (малюнок 5.6).



Малюнок 5.6 Гендерні особливості у хворих з ІХС.

Отже, як показано в таблиці 5.2, фізичний стан та професійне функціонування у чоловіків, що хворіють на ФП, на 6% кращий, ніж у жінок з даною патологією. Та навпаки, дані показники у жінок з ІХС кращі ніж у чоловіків. Больова інтенсивність менша в чоловіків з ФП, у хворих на ІХС особин жіночої статі навпаки біль турбує менше. Емоційний стан у особин чоловічої статі як у хворих на ФП так і на ІХС кращий ніж у жінок.

Таблиця.5.2

Загальна характеристика показників у гендерному аспекті

	ФП жінки	ФП чоловіки	ІХС жінки	ІХС чоловіки
Фізичний стан	26,88	43,21	41,79	28,75
Професійне функціонування	20,31	21,43	39,29	31,25
Больова інтенсивність	51,88	43,57	40,00	44,38
Загальний стан здоров'я	53,44	54,64	52,14	49,06
Фізичний компонент здоров'я (сума)	152,5	162,85	173,22	153,44
Життєва активність	58,75	56,43	60,71	54,06
Соціальний стан	47,66	44,64	46,43	49,22
Емоційний стан	20,83	33,33	26,19	33,33
Психічне здоров'я	59,50	62,86	61,43	56,50
Психологічний компонент здоров'я (сума)	186,74	197,22	194,76	193,11

В свою чергу показники загального, соціального стану здоров'я, життєвої активності, в гендерному аспекті в хворих на ФП та ІХС не мають достовірного значення.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для виявлення розповсюдженості ФП серед хворих на ССЗ було проаналізовано 500 історій хвороб, динаміку ЕКГ в історіях хвороб та амбулаторних картах хворих, відібрані дані анамнезу, що свідчать про тривалість та особливості перебігу аритмій. Згідно з отриманими даними, ФП зустрічається у 20% хворих з кардіологічною патологією, що знаходяться під наглядом лікаря загальної практики та лікаря – кардіолога. При аналізі гендерних особливостей ФП у когорті хворих з серцево-судинними захворюваннями було встановлено, що дана аритмія частіше зустрічається у жінок, але ця різниця не є достовірною ($p \geq 0,05$).

В трьох вікових групах було проведено лабораторні аналізи крові, отримані дані свідчать про вплив вікового фактору з достовірним збільшенням рівня холестерину, лейкоцитів, ШОЕ з віком. У той же час показано достовірне зменшення рівня кількості еритроцитів, гемоглобіну. При визначенні середніх показників рівня глюкози не було достовірної різниці між отриманими віковими даними.

При оцінці коморбідності з ФП було виявлено, що зі збільшенням віку відсоток коморбідності зростає, при чому домінуючими є прояви кардіо-васкулярної патології: ІХС склала - 61%, гіпертонічна хвороба – 75% всіх обстежених. Коморбідність з кистами нирок було виявлено у 18%, а дисфункцію гепатобіліарної системи у 10% досліджуваних хворих.

При оцінці якості життя хворих на ФП у віковому аспекті за допомогою анкети SF36 нами було встановлено динаміку яка показувала, що з віком показники фізичного та психологічного компонентів здоров'я погіршуються, а це в свою чергу негативно відрізняється на якості життя хворих з ФП. В гендерному аспекті було встановлено, що у чоловіків

показники фізичного та психологічного компонентів здоров'я були кращими на відміну від жінок, чоловіки на 38% мають кращий фізичний та емоційний стан. Больова інтенсивність у чоловіків виражена гірше ніж у жінок тобто, особи чоловічої статі менше скаржаться на біль.

ВИСНОВКИ

1. Було встановлено, що у когорті хворих з хворобами ССС ФП зустрічається у 20% хворих. При цьому транзиторна форма була виявлена у 16% від усіх зафіксованих випадків ФП.
2. При аналізі гендерних особливостей ФП було встановлено, що дана аритмія у 51% зустрічається у жінок, та 49% - у чоловіків ($p \geq 0,05$).
3. До вікових особливостей ФП відноситься ранній характер її розвитку: 30% від загальної кількості хворих ФП мали вік менший за 45 (від 18 до 45 років), 28% хворих належали до другої вікової групи, та 42% хворих знаходились в третій віковій групі (> 66 років), що підтверджує медико-соціальну значимість даної патології..
4. У спектрі коморбідних станів домінуючими є захворювання ССС: ІХС зустрічалась у 61 % хворих, АГ – у 75%. Наявність патології гепато – біліарної системи було виявлено у 11% хворих, коморбідність з кистами нирок склала 18%.
5. Вікова динаміка коморбідності з ССЗ представлена значними темпами прогресуванням з віком: склеротичні зміни аорти та її кальциноз в 3 групі у п'ять разів зустрічаються частіше, ніж у 1 та 2 групах. Відсоток коморбідності ІХС сягає 100% у 3 групі у порівнянні з 3,33% та 64,3% у першій та другій відповідно. Вікова динаміка коморбідності з патологією гепато – біліарної системи демонструє максимальну кількість випадків у 2 групі (середній віковий діапазон) – 14,3%, у порівнянні з 6,7% та 9,5% у 1 та 2 групах відповідно. Динаміка приросту хворих з кистами достовірно збільшується з віком, сягаючи максимуму у 3 групі: у порівнянні з першою групою відмічається приріст у 3 рази в другій та 4,5 разів в третій групі.
6. За наявності ФП якість життя у жінок обмежується переважно за рахунок, фізичної, емоційної та больової складових, чого не спостерігається у

чоловіків, який мають рівний вплив всіх характеристик на якість життя. Було встановлено, що чоловіки на 38% мають кращий фізичний та емоційний стан. Показник больової інтенсивності у чоловіків виражений менше ніж у жінок, тобто, особи чоловічої статі менше скаржаться на біль.

7. З віком спостерігається динамічне зниження показників фізичного, емоційного, соціального та загального стану здоров'я, професійного функціонування та психічного здоров'я, з більш вираженою динамікою за рахунок больового та емоційного станів.
8. Коморбідність ФП з ІХС в більшості випадків обмежує якість життя хворих за рахунок професійного функціонування, фізичного та емоціонального станів. При цьому життєва активність зберігається при обох станах не залежно від віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- 1.Коваленко В.М., Дорогой А.П. Хвороби системи кровообігу в Україні: проблеми і резерви збереження здоров'я населення // Серце і судини. – 2003. – № 2. – С. 4-10
- 2.Дзяк Г.В. Фібриляція предсердий // Здоров'я України. – 2009. – №9 (вересень). – С. 15-16.
- 3.Руководство по кардиологии. Под ред. В.Н. Коваленко. – К.: Морион, 2008. – 1424 с.
4. Рекомендації робочої групи по порушенням серцевого ритму Асоціації кардіологів України «Діагностика та лікування фібриляції передсердь». Під ред. В.М. Коваленко та О.С. Сичова. – К., 2011. – 156 с.
5. Серцево-судинні захворювання. Рекомендації з діагностики, профілактики та лікування / За ред. М.В. Коваленка, М.І. Лутая. –К.:МОРИОН, 2011.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Фібриляція передсердь".
- 7.Аритмии сердца: современные методы диагностики и лечения. Нестеров Ю.И.,Ласточкина Л.А 2004.
- 8.Діагностика та лікування фібриляції передсердь. Рекомендації робочої групи по порушенням серцевого ритму Асоціації кардіологів України / О. С. Сичов, В. М. Коваленко, Г. В. Дзяк [та ін.]. – Київ, 2015.
9. Вебер В. Р., Гаєвський Ю. Г., Шелехова Л. ІАритмії. Алгоритми діагностики та лікування. Атлас ЕКГ.2008
10. Клиническая кардиология. Е.Н Амосова 1998.
- 11.. Анатомия сердечно-сосудистой системы: учебное пособие для студентов медицинских вузов / В.И. Козлов. - М.: Практическая медицина, 2013.

12. Значення чинників тромбоемболічних уражень головного мозку у хворих з персистою формою фібриляції передсердь неклапанного походження
Бородай Е.С Київ, 2016..
13. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation / R. Nieuwlaat, A. Capucci, A. J. Camm [et al.] // *Eur. Heart J.* – 2005. – Vol. 26, N 22. – P. 2422–2434
14. 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 / A. S. Go, E. M. Hylek, K. A. Phillips [et al.] // *JAMA.* – 2001. – Vol. 285, N 18. – P. 2370–2375.
15. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: the ALFA study. The College of French Cardiologists / S. Levy, M. Maarek, P. Coumel [et al.] // *Circulation.* – 1999. – Vol. 99, N 23. – P. 3028–3035
16. The 2014 Atrial Fibrillation Guidelines Companion: A practical approach to the use of the Canadian Cardiovascular Society guidelines / L. Macle, J. A. Cairns, J. G. Andrade [et al.] // *Can. J. Cardiol.* – 2015. – Vol. 31, N 10. – P. 1207–1218.
17. Колпаков Е. В. Еще раз про фибрилляцию предсердий (Часть 1) / Е. В. Колпаков, Ю. В. Белов, В. А. Стоногин // *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия.* – 2014. – № 4.
18. Терехин В. И. Мерцательная аритмия / В. И. Терехин. – Липецк, 2013.
19. Senoo K. Body mass index and adverse outcomes in elderly patients with atrial fibrillation: The AMADEUS trial / K. Senoo, G. Y. Lip // *Stroke.* – 2016. – Vol. 47, N 2. – P. 523–526.
20. Reduced lung function and risk of atrial fibrillation in the Copenhagen City Heart Study / P. Buch, J. Friberg, H. Scharling [et al.] // *Eur. Respir. J.* – 2003. – Vol. 21, N 6. – P. 1012–1016.
21. Азбука электрокардиографии учебное пособие \ В.Е Дворников, Г.Г Иванов, Л.К Саркисян. – 2011.

22. Патофизиология : учеб. для студ. учреждений высш. мед. проф. образования : в 3 т. / А. И. Воложин [и др.] ; под ред. А. И. Воложина, Г. В. Порядина. 3-е изд., стер. М. : Академия, 2010.
- 23.. Внутрішні хвороби - В.М Березов, В.М Васильєв, В.М Жебель, Є.І Дзись, І.П Кайдашев, В.А Капустник, І.Ф Костюк, С.Й Крижанівська, М.А Оринчак, М.С Расін, В.М Федосєєва, Т.А Хамазюк, О.А Хренов, О.О Якименко – Полтава - 2002р.
24. Патофизиология нарушених ритма серця: учеб.-метод. пособие / А. Н. Гле-бов, Ф. И. Висмонт. – Минск : БГМУ, 2014.
25. Аритмии сердца Ф.И Белялов Иркутск 2014.
26. Внутрішня медицина: пульмонологія, кардіологія, гематологія. “Видавництво СумДУ” 2009.
27. Радужный Н.Л. Внутренние болезни Мн: ВШ, 2007.
28. Срібна О. В. Епідеміологія фібриляції-тріпотіння передсердь серед населення України за даними популяційних досліджень : автореф. дис... канд. мед. наук : 14.01.11 / Срібна Ольга Володимирівна ; Нац. наук. центр “Ін-т кардіології ім. М.Д. Стражеска” АМН України. – Київ, 2009. – 21 с.
29. Negative outcomes associated with medication in patients with chronic atrial fibrillation who present at the emergency department / V. Torres-Degayon, J. M. Torres-Murillo, M. I. Vaena-Parejo [et al.] // J. Clin. Pharm. Ther. – 2015. – Vol. 40, N 4. – P. 452–460.
30. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation) / V. Fuster, L. E. Rydén, D. S. Cannom [et al.] // Eur. Heart J. – 2006.

31. Boriani G. Globalization of the epidemiologic, clinical, and financial burden of atrial fibrillation / G. Boriani, L. Diemberger // *Chest*. – 2012. – Vol. 142, N 6.
32. Дзяк Г.В., Ханюков А.А. (2010) Стратифікація ризику пацієнтів с хронічної серцевої недостаточністю: питання коморбідності. *Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»*, 3: 22–23.
33. Волошин О.І., Доголіч О.І., Волошина Л.О., Гавриш Л.О. (2012) Вікові та статеві аспекти коморбідної та супутньої патології у хворих на подагру (ретроспективне дослідження). *Буковин. мед. вісн.*, т. 16, № 2(62): 20–23.
34. Белоусов Ю.В. (2012) Коморбідність при захворюваннях пищеварительной системы. *Здоров'єребенка*, 1(36): 134–136.
35. Dawes M. (2010) Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. *Fam. Pract.*, 27(1): 1–2.
36. Лазебник Л.Б. (2007) Старение и полиморбидность. *Новости медицины и фармации*, 1: 10–11.
37. Коломоєць М.Ю., Вашеняк О.О. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ.
38. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці А.В. Ягенський, д.м.н., професор, І.М. Січкарук. Волинський обласний центр кардіоваскулярної патології та тромболізу, Луцька міська клінічна лікарня. 2007р.
39. Ware J. E., Snow K. K, Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. - Boston, Mass.: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
40. Ware J. K, Kosinski M., Keller S. D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. - Boston, Mass.: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.

41. Ware J. E., Kosinski M., Keller S. D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. - Boston, Mass.: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.

42. <http://www.studfiles.ru/preview/5835585/>