

ВЛИЯНИЕ РИТМ-УРЕЖАЮЩЕЙ И АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

О. Гайсёнок, кандидат медицинских наук,
А. Леонов

Объединенная больница с поликлиникой УД Президента РФ
E-mail: ovg.07@bk.ru

Проанализированы данные о частоте госпитализаций (экстренных и плановых) за 1,5-летний период при проведении ритм-урежающей и антиаритмической терапии по данным регистра РОК-ФП-2013.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, ритм-урежающая терапия, антиаритмическая терапия.

Фибрилляция предсердий (ФП) – самое распространенное нарушение сердечного ритма (НРС), известное уже более века [1]. С. Rothberger и Н. Winterberger описали его как «мерцание предсердий» [2], а Т. Lewis назвал его «фибрилляцией предсердий» [3], и под этим термином данное нарушение стало известно во всем мире. В нашей стране более привычным долго оставался термин «мерцательная аритмия» [4].

Указанные различия касались не только названия, но и подхода к лечению данного заболевания: приоритет был отдан концепции контроля ритма (в отличие от ритм-урежающей и антикоагулянтной терапии). Преодолеть эти стереотипы удалось лишь в последние десятилетия на основании проведенных крупных рандомизированных исследований [5–8], результаты которых получили отражение как в международных, так и в отечественных клинических рекомендациях [9, 10].

Изучение медико-экономических аспектов оказания медицинской помощи у пациентов с ФП – одна из актуальных задач практического здравоохранения.

Целью нашего исследования было определить влияние концепций контроля ритма и контроля частоты у пациентов с ФП на частоту госпитализаций: экстренных (в том числе в связи с рецидивом ФП у пациентов с пароксизмальной формой ФП), плановых (в связи с ухудшением клинического состояния) и общего их количества.

В исследование были включены все пациенты, госпитализированные в отделение общей кардиологии Объединенной больницы с поликлиникой УД Президента РФ в 2013 г. Когорта обследованных создавалась с учетом правил формирования регистра [11, 12], применяемого в отделении за прошедшие годы не только с научной, но и с практической целью, – для оптимизации оказания медицинской помощи. Данному регистру, в котором изучалась тактика ведения пациентов с ФП, было присвоено название РОК-ФП-2013 (регистр отделения общей кардиологии). Схема отбора пациентов представлена на рис. 1; были отобраны пациенты с ФП, у которых проводили анализ назначения ритм-урежающих (РУП) и антиаритмических (ААП) препаратов.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программного пакета Statistica 6.0 (Statsoft). Для опре-

деления наличия взаимосвязей между признаками использовали корреляционный анализ по Спирмену. При сравнении групп по качественному признаку использован критерий χ^2 . Для множественного анализа данных применяли логистический регрессионный анализ. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

В связи с целью, поставленной в данном исследовании, для окончательного анализа были отобраны пациенты с пароксизмальной и постоянной формами ФП. Они были распределены по группам в зависимости от назначения и приема ААП (амиодарон, соталол, пропафенон, аллапинин), РУП (β -блокаторы, верапамил, дигоксин) либо их отсутствия. Распределение пациентов с пароксизмальной формой ФП в зависимости от приема препаратов представлено на рис. 2.

Частоту экстренных и плановых госпитализаций в связи с ухудшением клинического состояния больных анализировали на основании электронной базы контроля за пациентами и данных электронной истории болезни (АИС-Профи). Полученные данные представлены в табл. 1. Что касается группы пациентов с пароксизмальной формой ФП, то экстренная

госпитализация зарегистрирована в подгруппе пропафенона (у 2 пациентов); в подгруппах аллапинина, амиодарона и соталола в отчетный период их не зарегистрировано.

При проведении корреляционного анализа получены следующие результаты. Тип ФП положительно коррелировал с назначением дигоксина ($r=0,57$; $p < 0,05$) и имел слабую и недостоверную отрицательную корреляционную зависимость с количеством экстренных госпитализаций ($r=-0,2$; $p=0,1$). Назначение β -блокаторов отрицательно коррелировало на грани достоверности с фактом экстренной госпитализации по поводу ФП ($r=-0,25$; $p=0,057$) и количеством всех госпитализаций ($r=-0,25$; $p=0,055$). При анализе влияния назначения аллапинина, других ААП и дигоксина на факт экстренной госпитализации по поводу пароксизма ФП получены следующие коэффициенты корреляции: $r=-0,12$ и $r=0,37$; $r=-0,008$ и $r=0,95$; и $r=-0,1$ и $r=0,45$ соответственно.

При межгрупповом сравнении всех типов ААП в отношении их влияния на факт экстренной госпитализации отмечены различия между ними ($\chi^2=9,44$, $df=4$, $p=0,05$). Это связано с тем, что при терапии ААП все случаи экстренной госпитализации были зарегистрированы

в подгруппе принимавших пропафенон.

Для многомерного анализа данных был применен метод логистического регрессионного анализа, который не выявил статистически значимых различий влияния выбора медикаментозной терапии ФП на факт экстренной госпитализации у этой категории пациентов (табл. 2).

В решении важных прогностических задач в сфере медицины и фармакоэкономики ведущее место принадлежит рандомизированным клиническим исследованиям. С учетом ряда организационных, технических и финансовых сложностей, возникающих при их проведении, все большее место в этой области начинают занимать медицинские регистры. Данное исследование также было выполнено с соблюдением правил локального регистра. Обращают на себя внимание ограничения данного исследования: селективность обследованной группы и малый объем выборки (учитывая отбор пациентов по исследуемой патологии). Однако нужно отметить, что исследование было посвящено изучению актуального вопроса – оценке влияния выбора терапии РУП и ААП у пациентов с ФП на частоту госпитализаций в реальной клинической практике.

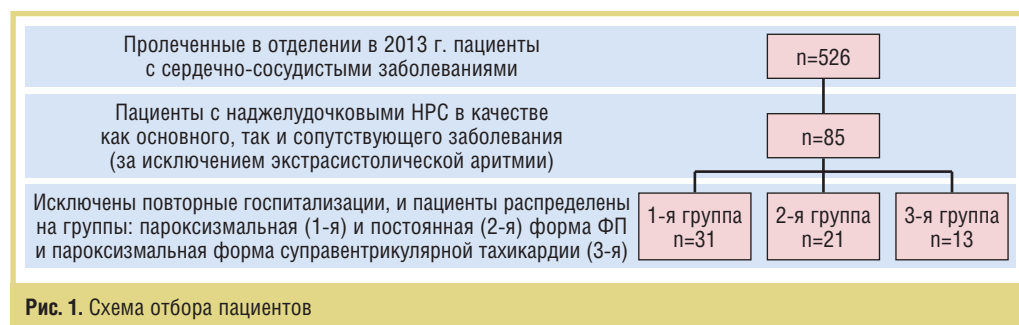


Рис. 1. Схема отбора пациентов

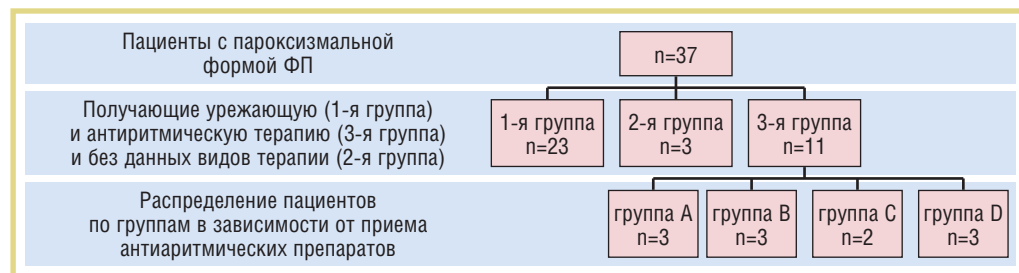


Рис. 2. Распределение пациентов с пароксизмальной формой ФП в зависимости от приема препаратов. * – группа А – аллапинин; группа В – амиодарон; группа С – пропафенон; группа D – соталол.

Таблица 1

Экстренные и плановые госпитализации у пациентов с пароксизмальной и постоянной формами ФП в зависимости от типа медикаментозной терапии

Показатель	Без терапии РУП и ААП	Терапия РУП			Терапия ААП		
		все больные	без дигоксина	дигоксин	все больные	без аллапинина	аллапинин
Число пациентов	5*	40	31	9	13**	10	3
Количество госпитализаций:							
экстренных	3	11	10	1	3	3	0
плановых	3	35	23	12	8	5	3
всего	6	46	33	13	11	8	3

Примечание. * – отсутствие терапии РУП и ААП связано с исходной брадикардией и нарушениями проводимости; ** – амиодарон также получали 2 пациента с постоянной формой ФП в связи с сопутствующими желудочковыми НРС.

Таблица 2

Результаты логистического регрессионного анализа

Данные по группам	Estimate	Standard Error	Wald Statistic	Lower CL	Upper CL	p-level
Intercept	0,04758	0,719	0,004380	-1,36	1,457	0,947231
β-Блокаторы	1,32392	0,785	2,846082	-0,21	2,862	0,091597
Антиаритмические препараты (без аллапинина)	0,36144	0,910	0,157729	-1,42	2,145	0,691256
Аллапинин	16,83140	3140,512	0,000029	-6138,46	6172,123	0,995724
Дигоксин	0,93159	1,149	0,656809	-1,32	3,185	0,417689

Особенности реальной российской клинической практики таковы, что мы имеем в арсенале и используем на протяжении длительного времени уникальные отечественные антиаритмические препараты IC-класса, такие как аллапинин, которые хорошо себя зарекомендовали ранее и продолжают активно применяться в настоящее время [13–17]. Данные препараты не изучались в крупных международных исследованиях, таких как CAST-I и CAST-II [18, 19], что, с одной стороны, не позволяет распространять на них полученные в этих исследованиях эффекты и назначать их относительно безопасно, но в то же время заставляет практического врача задумываться над выбором конкретных категорий пациентов с НРС при их назначении. Поэтому любые исследования, проводимые в России или за рубежом с анализом применения данных препаратов, представляют научный и клинический интерес.

В проведенном исследовании мы не смогли однозначно ответить на поставленный вопрос, но это, вероятно, явилось отражением существующих рекомендаций — отсутствием преимуществ между 2 стратегиями: контролем ритма и частоты. Данное исследование можно расценивать как пилотное; необходимо дальнейшее изучение вопроса в более крупных, специально спланированных исследованиях.

Подводя итоги, стоит отметить, что наиболее эффективный подход при выборе медикаментозной терапии в отношении контроля ритма или частоты сердечных сокращений у пациентов с ФП должен определять врач индивидуально в конкретной клинической ситуации. Анализ ее должен осуществляться при помощи существующих алгоритмов стратификации риска, отраженных в клинических рекомендациях [9, 10]. Контроль ритма в определенном смысле является преимущественным выбором медикаментозной терапии у более молодых пациентов, не только на основании их предпочтений, но и при более вероятном отсутствии клинических противопоказаний [17]. Комбинированная терапия Аллапином в сочетании с β-блокатором может быть оправданной стратегией у пациентов с ФП при отсутствии органического заболевания сердца и проявлений систолической дисфункции, а в случае их наличия — при необходимости назначения терапии ААП преимущественно стоит отдавать амиодарону. Для изучения медико-экономических аспектов преимущества выбора контроля ритма или частоты сердечных сокращений у пациентов с ФП при применении отечественных антиаритмических препаратов целесообразно проведение более крупных рандомизированных исследований.

Литература

1. Филатов А.Г., Тарашвили Э.Г. Эпидемиология и социальная значимость фибрилляции предсердий // *Анналы аритмологии*. – 2012; 2: 5–13.

2. Rothberger, C., Winterberg, H. Vorhofflimmern Und Arrhythmia Perpetua // *Wien Klin. Wochenschr.* – 1909; 22: 839–44.

3. Lewis, T. Auricular Fibrillation: a Common Clinical Condition // *Br. Med. J.* – 1909; 2: 1528.

4. Шевченко Н.М., Гроссу А.А. Нарушения ритма сердца / М.: КОНТИМЕД, 1992; 142 с.

5. The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A Comparison of Rate Control and Rhythm Control in Patients with Atrial Fibrillation // *N. Engl. J. Med.* – 2002; 347: 1825–33

6. Camm A., Savelieva I., Lip G. Rate control in the medical management of atrial fibrillation // *Heart.* – 2007; 93 (1): 35–8.

7. Ogawa S., Yamashita T., Yamazaki T. et al. Optimal treatment strategy for patients with paroxysmal atrial fibrillation: J-RHYTHM study // *Circ. J.* – 2009; 73: 242–8.

8. Opolski G., Torbicki A., Kosior D. et al. Rate control vs rhythm control in patients with non-valvular persistent atrial fibrillation: the results of the polish how to treat chronic atrial fibrillation (HOT CAFE) study // *Chest.* – 2004; 126: 476–86.

9. Camm A., Kirchhof P., Lip G. et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the task force for the management of atrial fibrillation of the european society of cardiology (ESC) // *Eur. Heart J.* – 2010; 31: 2369–429.

10. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ, 2012 г.

11. Гайсенко О.В., Марцевич С.Ю., Калашников С.В. и др. О роли дуплексного сканирования сонных артерий в выявлении корреляции между каротидным и коронарным атеросклерозом по результатам коронароангиографии у пациентов с ИБС: стабильной стенокардией // *Тер. арх.* – 2012; 4: 35–8.

12. Гайсенко О.В., Марцевич С.Ю. Прогностическая значимость интегральных индексов в диагностике ишемической болезни сердца в зависимости от возможности выполнения пробы с дозированной физической нагрузкой // *Кардиология.* – 2013; 5 (8): 24–7.

13. Гасилин В.С., Дорофеева Е.В., Розова Н.К. Опыт длительного применения аллапинина в поликлинической практике // *Кардиология.* – 1990; 9: 30–2.

14. Сыркин А.Л., Иванов Г.Г., Аксельрод А.С. и др. Прогнозирование эффективности антиаритмической терапии при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий // *Кардиол. и сердечно-сосудистая хирургия.* – 2010; 4: 84–7.

15. Юнусов В., Николаева И., Плечев В. и др. Опыт применения Аллапинина в периперационном периоде коронарного шунтирования // *Врач.* – 2014; 10: 64–71.

16. Котляров А., Карякина Т., Дмитриева О. Фармакотерапия при нарушениях ритма // *Врач.* – 2014; 12: 12–6.

17. Kanorskiy S. Antiarrhythmic therapy in patients with paroxysmal and persistent atrial fibrillation: prediction and prevention of progression to permanent form of arrhythmia // *Intern. J. Heart Vasc. Dis.* – 2014; 2 (4): 3–11.

18. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial II Investigators. Effect of the Antiarrhythmic Agent Moricizine on Survival after Myocardial Infarction // *N. Engl. J. Med.* – 1992; 327: 227–3.

19. Epstein E., Hallstrom A., Rogers W. et al. Mortality Following Ventricular Arrhythmia Suppression by Encainide, Flecainide, and Moricizine After Myocardial Infarction The Original Design Concept of the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) // *JAMA.* – 1993; 270 (20): 2451–5.

INFLUENCE OF RATE- AND RHYTHM-CONTROL THERAPY ON THE FREQUENCY OF HOSPITALIZATIONS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

O. Gaisenk, Candidate of Medical Sciences; **A. Leonov**
FSI «United Hospital with Outpatient Department» Managing Affairs of the President of the Russian Federation

Analysis of the frequency of hospitalizations in patients with atrial fibrillation, depending on the choice of rate- or rhythm-control therapy are shown in this article, according to the data of ROC-AF-2013-registry (Registry Of the Cardiology department, 2013).

Key words: atrial fibrillation rhythm-control therapy, rate-control therapy.