

ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИЕМА ПРОПАФЕНОНА

Р.Д. Курбанов, Н.У. Закиров, Ш.К. Азизов*, Х.М. Раубжанов

Республиканский специализированный центр кардиологии.

Узбекистан 100052, Ташкент, Мирзо-Улугбекский р-н, ул. Осие, 4

Возможные предикторы рецидивирования фибрилляции предсердий на фоне длительного профилактического приема пропafenона

Р.Д. Курбанов, Н.У. Закиров, Ш.К. Азизов*, Х.М. Раубжанов

Республиканский специализированный центр кардиологии. Узбекистан 100052, Ташкент, Мирзо-Улугбекский р-н, ул. Осие, 4

Цель. Определить возможные предикторы рецидивирования фибрилляции предсердий (ФП) на фоне профилактического приема пропafenона в течение 6 мес.

Материал и методы. В исследование включено 63 больных (возраст $52,2 \pm 12,6$ лет; 25,4% женщин) с частыми рецидивами ФП, у которых синусовый ритм был восстановлен пропafenоном. У 84,1% больных имелась пароксизмальная, а у 15,9% – персистирующая форма ФП. Исходно выполняли ЭКГ, трансторакальную эхокардиографию, рентгенографию грудной клетки с вычислением кардио-торакального индекса (КТИ). Всем больным после восстановления синусового ритма назначали пропafenон в дозе 450–600 мг/сут в течение 6 мес. ЭКГ и суточное мониторирование ЭКГ выполняли через 1, 3 и 6 мес приема пропafenона. Пациенты со снижением частоты рецидивов ФП на 70–100% за 6 мес были включены в 1 группу, а при снижении частоты <70% – 2 группу.

Результаты. Через 1, 3 и 6 мес наблюдения в 1 группу были включены 92%, 88,5% и 78% больных, соответственно. Рецидивы ФП развивались в 4,5, 3,8 и 1,7 раза чаще у женщин, чем у мужчин через 1, 3 и 6 мес, соответственно ($p > 0,05$). Средний возраст больных 2 группы был значимо старше чем в 1 группе ($p < 0,05$). КТИ, размеры и объем левого предсердия, толщина межжелудочковой перегородки (тМЖП) были значимо больше во 2 группе. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) через 6 мес была больше во 2 группе на 13,9% ($p < 0,05$) по сравнению с 1 группой.

Заключение. Неудовлетворительный профилактический эффект пропafenона наблюдался у 8%, 11,5% и 22% больных через 1, 3 и 6 мес, соответственно. Профилактическая эффективность пропafenона оказалась несколько выше у мужчин и больных молодого возраста. Больные с неудовлетворительным профилактическим эффектом пропafenона имели значимо большие исходные значения КТИ, размера и объема левого предсердия, а также тМЖП, ММЛЖ на более поздних этапах наблюдения.

Ключевые слова: рецидивирующие формы фибрилляции предсердий, пропafenон, предикторы.

РФК 2012;8(5):655–659

Possible predictors of atrial fibrillation recurrence in long-term prophylactic propafenone therapy

R.D. Kurbanov, N.U. Zakirov, Sh.K. Azizov*, Kh.M. Raubzhanov

Republican Specialized Center for Cardiology. Osie ul. 4, Mirzo Ulugbek district, Tashkent, 100052 Uzbekistan

Aim. To identify possible predictors of atrial fibrillation (AF) recurrence in 6-month prophylactic propafenone therapy.

Material and methods. Patients ($n=63$; aged 52.2 ± 12.6 years; 25.4% women) with frequent AF recurrences who restored sinus rhythm with propafenone, were included into the study. Paroxysmal AF was observed in 84.1% of patients, and persistent AF – in 15.9% of patients. ECG, transthoracic echocardiography, chest radiography with the calculation of cardio-thoracic index (CTI) was performed at baseline. All patients received propafenone therapy (450–600 mg/day) during 6 months after sinus rhythm conversion. ECG and 24-hours ECG monitoring were performed in 1, 3 and 6 months of the therapy. Patients with 70–100% reduction in AF recurrence rate were included into the 1-st group, and patients with <70% reduction – into the 2-nd group.

Results. 92%, 88.5% and 78% of patients were included into the group 1 after 1, 3 and 6 months of follow up, respectively. AF recurrences were observed 4.5, 3.8, and 1.7 times more often in women than these in men after 1, 3 and 6 months, respectively, ($p > 0.05$). Mean age of patients in the group 2 was significantly older than this in patients of the group 1 ($p < 0.05$). CTI, left atrium size and volume, interventricular septum thickness (IVST) were significantly larger in group 2. Myocardium mass of the left ventricle (MMLV) after 6 months of therapy was larger by 13.9% in patients of the group 2 vs this in patients of the group 1 ($p < 0.05$).

Conclusion. Insufficient preventive effect of propafenone was observed in 8%, 11.5% and 22% of patients in 1, 3 and 6 months of the follow-up, respectively. Propafenone prophylactic efficacy was slightly higher in men and younger patients. Patients with poor preventive effect of propafenone had a significantly larger baseline CTI, size and volume of the left atrium, IVST, and MMLV.

Key words: recurrent atrial fibrillation, propafenone, predictors.

Rational Pharmacother. Card. 2012;8(5):655–659

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): sher-d@rambler.ru

Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из наиболее часто встречающихся видов нарушений сердечного ритма, с которым приходится сталкиваться врачу в своей повседневной практике. Распространенность ФП по данным многоцентровых исследований AFNET/EHRA (2007) составляет 2% в общей популяции, при этом среди больных старше 60 лет ФП выявляется у 5%, а после 75 лет – у 10% лиц [1,2]. Установлено, что рецидивы ФП в значительном количестве случаев являются симптомными и служат причиной госпитализации [3–6].

Согласно современным представлениям ФП развивается поэтапно: сначала впервые возникший пароксизм, затем повторные, с последующей трансформацией в персистирующие формы, которые также склонны к рецидивированию, а при неэффективности лечебно-профилактических мероприятий в последующем ФП часто трансформируется в постоянную форму [3,7,8]. Наличие частых рецидивов приводит к увеличению риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО), прогрессированию сердечной недостаточности, что проявляется уменьшением толерантности к физической нагрузке и снижением качества жизни больных [9,10]. В связи с этим большинство авторов считают, что у больных с симптомными, рецидивирующими формами ФП при отсутствии абсолютных противопоказаний необходимо стремиться к восстановлению и удержанию синусового ритма с целью предупреждения ремоделирования миокарда и застойной сердечной недостаточности, а также к профилактике ТЭО. Конечной

Сведения об авторах:

Курбанов Равшанбек Давлетович – д.м.н., профессор, директор РСЦК

Закиров Нодир Узуевич – д.м.н., гл.н.с. и руководитель лаборатории аритмий сердца РСЦК

Азизов Шерзод Камолитдинович – м.н.с. той же лаборатории

Раубжанов Хусанбой Маматолибович – стажер-исследователь-соискатель той же лаборатории

целью лечения лиц с рецидивирующей ФП является предупреждение и отдаление возникновения постоянной формы ФП [11].

После успешного восстановления синусового ритма при отсутствии профилактической антиаритмической терапии в течение года ФП рецидивирует у 44–85% лиц [11]. За последние десятилетия проведены ряд исследований, доказавших высокую эффективность антиаритмического препарата I C класса пропafenона в купировании и профилактике рецидивов ФП у больных без выраженной сердечно-сосудистой патологии [3, 12–14]. В то же время по результатам некоторых исследований неудовлетворительный профилактический эффект пропafenона при ФП за период его приема больными от 8 до 30 мес составил 38–80% [15]. Возможно, это обстоятельство свидетельствует о необходимости дифференцированного назначения пропafenона и целесообразности выявления предикторов неудовлетворительного профилактического эффекта препарата при длительном его применении.

В связи с этим целью нашего исследования явилось определение возможных предикторов рецидивирования ФП на фоне профилактического приема пропafenона в течении 6 мес.

Материал и методы исследования

В исследование включено 63 больных с симптомами гемодинамически стабильными частыми рецидивами ФП, у которых на фоне нагрузочных или курсовых доз пропafenона был восстановлен синусовый ритм.

Критерии включения: возраст от 18 до 75 лет; наличие в анамнезе симптомных гемодинамически стабильных, частых пароксизмальных и/или персистирующих форм ФП с продолжительностью последнего документированного эпизода ФП не менее 4 часов; фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ $\geq 50\%$); толщина стенок ЛЖ менее 14 мм (по данным трансторакальной эхокардиографии); наличие письменного информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения: нестабильная стенокардия; стабильная стенокардия III–IV ФК; хроническая сердечная недостаточность III–IV ФК (NYHA; операции на сердце в анамнезе; клапанные дефекты, требующие хирургической коррекции; искусственный водитель ритма; интервал QT > 480 мс; документированные признаки синдрома слабости синусового узла; предшествовавшие эпизоды стойкой желудочковой аритмии, остановки сердца, артериальная гипотония (систолическое АД < 95 мм рт.ст.), брадикардия (ЧСС < 65 уд/мин); размеры левого предсердия (ЛП) > 45 мм; активность сывороточных трансаминаз (АЛТ, АСТ) более 3 норм; сывороточный креатинин > 2 мг/дл; тяжелая легочная недостаточность; атриовентрикулярная блокада II–III ст.;

тромб ЛП; гормональная дисфункция щитовидной железы; сахарный диабет в стадии декомпенсации; беременность или грудное вскармливание; предшествующая неэффективность или непереносимость пропafenона.

Исходное обследование включало: общеклинические исследования, электрокардиографию (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, трансторакальную эхокардиографию (ЭхоКГ), рентгенографию органов грудной клетки с вычислением кардио-торакального индекса (КТИ).

ЭхоКГ проводили на фоне синусового ритма в М и В режимах на аппарате En Visor C (PHILIPS, Голландия) по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. При этом определялись переднезадний размер ЛП, конечно-систолический (КСР) и конечно-диастолические размеры (КДР) ЛЖ, В ЛЖ. Конечно-диастолические (КДО) и конечно-систолические (КСО) объемы ЛЖ вычислялись по формуле «площадь–длина». Массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) определяли по формуле R. Devereux и согласно конвенции Penn.

Всем больным после восстановления синусового ритма на фоне базисной терапии основного заболевания с профилактической целью назначался пропafenон (Пропанорм, PRO. MED. CS Praha a.s., Республика Чехия) в дозе 450 мг/сут (при массе тела пациента ≤ 70 кг) и 600 мг/сут (при массе тела пациента > 70 кг) в течение 6 мес. Эффективность противорецидивной терапии оценивалась по субъективным ощущениям и данным ЭКГ и суточному мониторингованию ЭКГ через 1, 3 и 6 мес приема пропafenона.

Согласно протоколу исследования при появлении характерных симптомов ФП на фоне продолжительного приема пропafenона больные вызывали «скорую помощь» или обращались к врачу и документировали пароксизм ФП на ЭКГ. При продолжительности ФП более 10 мин больные купировали пароксизм дополнительным приемом пропafenона в дозе 300–600 мг per os.

При полном (100%) предупреждении рецидивов ФП за наблюдаемый период профилактический эффект пропafenона расценивался как абсолютно положительный, при уменьшении частоты рецидивов на 70% и более — как относительно положительный эффект препарата. Эти больные образовали группу 1. В случаях снижения частоты рецидивов менее 70% противорецидивная эффективность препарата расценивалась как неудовлетворительная, и эти пациенты составили группу 2.

Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Цифровые результаты описывали с помощью $M \pm SD$ (среднее арифметическое и стандартное отклонение).

Различия считали достоверными при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты

Средний возраст пациентов составил $52,16 \pm 12,64$ лет. В зависимости от продолжительности последнего эпизода ФП у 53 (84,1%) лиц диагностирована пароксизмальная и у 10 (15,9%) больных – персистирующая форма ФП [1].

Причиной ФП явились: ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 8 (12,7%) больных, артериальная гипертония (АГ) – у 10 (15,9%), ИБС + АГ – у 25 (39,7%), постмиокардитический кардиосклероз – у 12 (19%), идиопатическая форма ФП – у 8 (12,7%) больных. Продолжительность последнего приступа у больных с пароксизмальной формой ФП ($n=53$) составила $1,15 \pm 1,31$ дня, при средней частоте пароксизмов $4,3 \pm 2,5$ раз в 3 мес. У лиц с персистирующей формой ($n=10$) последний приступ продолжался в среднем $38,8 \pm 36,8$ дня ($p < 0,05$). Установленный анамнез ФП при пароксизмальной форме составил $3,1 \pm 3,6$ лет, а при персистирующей форме – $2,2 \pm 2,1$ года ($p > 0,05$).

По другим анализируемым клинико-анамнестическим исходным данным: САД, ДАД, ЧСС, пульс, дефицит пульса, а также по тяжести ХСН (ФК по NYHA) не были

выявлены существенные межгрупповые различия ($p > 0,05$) (табл. 1).

По различным причинам информация о противорецидивной эффективности препарата через 1, 3, и 6 мес наблюдения имелась, соответственно, по 63, 61 и 59 пациентам.

В зависимости от результатов оценки противорецидивной эффективности к 1, 3 и 6 мес наблюдения в 1 группу вошли 92%, 88,5%, 78% больных, соответственно, тогда как количество больных во 2 группе в эти сроки составило 8%, 11,5% и 22%, соответственно.

Целесообразность объединения рецидивирования пароксизмальной и персистирующей форм ФП в одну группу объясняется тем, что принципы противорецидивной антиаритмической терапии после восстановления синусового ритма одинаковы при этих формах ФП [1,3], а также тем, что наблюдается относительно небольшое число рецидивов в целом и внутри отдельных клинических форм в обеих группах на каждом этапе и за весь период наблюдения.

Установлено, что неудовлетворительный эффект пропafenона чаще наблюдался у женщин, составляя 18,8%, 25% и 31,2% через 1, 3 и 6 мес наблюдения, соответственно, что в 4,5, 3,8 и 1,7 раз выше аналогичных показателей у мужчин ($p > 0,05$).

Таблица 1. Клинико-анамнестическая характеристика больных

Показатель	Всего (n=63)	Пароксизмальная ФП (n=53)	Персистирующая ФП (n=10)
Мужчины, n (%)	47 (74,6)	39 (73,6)	8 (80,0)
Женщины, n (%)	16 (25,4)	14 (26,4)	2 (20,0)
Давность анамнеза ФП, лет	$2,71 \pm 2,88$	$3,13 \pm 3,62$	$2,27 \pm 2,15$
САД, мм рт.ст.	$130,8 \pm 21,5$	$130,8 \pm 22,3$	$131,0 \pm 18,5$
ДАД, мм рт.ст.	$82,8 \pm 12,47$	$83,2 \pm 13,27$	$80,5 \pm 6,85$
ЧСЖ, уд/мин	$111,0 \pm 19,3$	$111,3 \pm 20,2$	$109,5 \pm 14,0$
Пульс, уд/мин	$92,7 \pm 15,44$	$92,3 \pm 15,88$	$94,9 \pm 13,4$
Дефицит пульса, уд/мин	$18,3 \pm 10,47$	$19,0 \pm 11,0$	$14,6 \pm 6,31$
Продолжительность эпизода ФП, дни	$7,13 \pm 9,77$	$1,15 \pm 1,31$	$38,80 \pm 36,8^{***}$
КТИ, %	$56,36 \pm 8,01$	$56,4 \pm 7,92$	$56,1 \pm 8,99$
Основные заболевания, n (%)			
АГ	10 (15,9)	10 (18,8)	0
ИБС	8 (12,7)	6 (11,3)	2 (20)
ИБС+АГ	25 (39,7)	21 (39,7)	4 (40)
Некоронарогенные заболевания миокарда	12 (19)	9 (17)	3 (30)
Идиопатическая форма ФП (Lone)	8 (12,7)	7 (13,2)	1 (10)
ХСН (класс по NYHA), n (%)			
0	39 (61,9)	33 (62,2)	6 (60)
I	11 (17,5)	10 (18,9)	1 (10)
II	13 (20,6)	10 (18,9)	3 (30)
*** $p < 0,001$ по сравнению с группой пароксизмальной ФП. САД – систолическое АД; ДАД – диастолическое АД; ЧСЖ – частота сокращений желудочков; КТИ – кардиоторакальный индекс			

Средний возраст лиц с отрицательным профилактическим эффектом пропafenона на 1, 2 и 3 этапах наблюдения оказался значимо выше, чем в группе сравнения: 62,8 против 51,3 года ($p < 0,05$), 61,23 против 51,78 года ($p < 0,05$) и 59,85 против 51,83 года ($p < 0,03$), соответственно. К концу 1 и 3 мес наблюдения исходный показатель КТИ в сравниваемых группах был выше на 18,3% ($p < 0,02$) и на 12% ($p < 0,01$) по результатам 1 и 3 мес исследования, однако по результатам 6 мес наблюдения этот показатель не имел прогностического значения в рецидивировании ФП ($p > 0,05$).

Анализ возможных предикторов рецидивирования фибрилляции предсердий на фоне профилактического приема пропafenона в течение 6 мес представлен в табл. 2.

Как видно из таблицы 2, исходные передне-задний размер ЛП, его объем, а также тМЖП были значимо выше во 2 группе по результатам всех этапов исследования. Большие значения тМЖП во 2 группе больных сопровождались значимым увеличением ММЛЖ по сравнению с 1 группой только на 3 этапе исследования.

По другим анализируемым исходным ЭхоКГ данным значимых межгрупповых различий по результатам всех этапов наблюдения выявлено не было.

Обсуждение

Согласно данным литературы неудовлетворительный противорецидивный эффект пропafenона за период от 8 до 30 мес наблюдается в 20–62% случаев [15]. Такой разброс неудовлетворительного профилактического эффекта пропafenона, по-видимому, объясняется различиями не только в критериях отбора больных, но и в продолжительности наблюдения и количеством больных, включенных в исследования.

В нашем исследовании через 1, 3, и 6 мес профилактического приема пропafenона на фоне адекватной базисной терапии основного заболевания полное предупреждение рецидивов пропafenоном отмечено у 84,1%, 70,5%, и 49,2% больных, соответственно. Полученные нами данные по противорецидивному эффекту пропafenона (Пропанорм) в целом выше, чем данные российского многоцентрового исследования «Прометей», в котором противорецидивная эффективность пропafenона составляла 74%, 60% и 45% через 1, 3 и 9 мес наблюдения, соответственно. При этом российские авторы расценили противорецидивный эффект в первые 3 мес как хороший, а через 9 мес – как удовлетворительный. Более высокая противорецидивная эффективность пропafenона по нашим дан-

Таблица 2. Сравнительный анализ исходных клинико-anamnestических и ЭхоКГ показателей больных в группах с положительным и отрицательным противорецидивным эффектом пропafenона

Показатель	1 мес (n=63)		3 мес (n=61)		6 мес (n=59)	
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
Количество пациентов, n (%)	58 (92)	5 (8)	54 (88,5)	7 (11,5)	46 (78)	13 (22)
Мужчины, n (%)	45 (77,6)	2 (40)	42 (77,8)	3 (42,8)	35 (76)	8 (61,5)
Женщины, n (%)	13 (22,4)	3 (60)	12 (22,2)	4 (57,1)	11 (24)	5 (38,5)
Возраст, лет	51,3±12,6	62,8±6,89*	51,78±12,06	61,23±8,2*	51,83±11,76	59,85±11,51*
Продолжительность последнего эпизода ФП, дни	6,1±17,4	19,1±39,7	6,5±17,9	14,1±33,5	5,9±18,7	12,9±25,5
КТИ, %	51,7±7,8	63,2±7,8*	55,5±7,8	63,0±7**	56,2±7,8	57,5±8,8
ЛП, мм	33,7±5,1	39,4±2,8**	33,6±5,2	39,4±2,6***	33,4±5,1	37,9±4,4***
Объем ЛП, мл	46,2±17,1	76,3±2,4***	45,2±17,2	69,7±13,4***	43,7±16,6	66,7±14,1***
тМЖП, мм	10,6±2,2	12,3±1,5	10,5±2,2	12,3±1,3*	10,4±2,2	11,8±2,1*
тЗСЛЖ, мм	10,5±1,6	11,0±1,8	10,5±1,5	11,2±1,7	10,5±1,4	11,2±2,0
КСР, мм	32,7±4,3	32,0±5,1	32,7±4,4	32,3±4,6	32,7±4,3	32,3±4,8
КДР, мм	51,4±4,7	50,7±7,8	51,3±4,8	51,4±7,2	51,3±4,6	51,3±6,4
КДО, мл	125,3±31,1	125,1±45,2	126,9±26,9	128,9±41,4	124,4±31,9	128,6±39,7
КСО, мл	43,7±14,36	42,2±15,5	44,3±13,5	43,1±14,0	43,5±16,7	42,6±15,7
ММЛЖ, г	206,9±48,8	236,3±87,8	205,5±48,4	243,9±80,7	203,6±46,0	236,4±70,1*
ФВ ЛЖ, %	65,2±7,9	64,4±15,2	65,2±8,1	65,0±13,7	65,0±8,3	65,5±10,4

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ по сравнению с 1 группой. КТИ – кардиоторакальный индекс; ЛП – левое предсердие; тМЖП – толщина межжелудочковой перегородки, тЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка; КСР – конечный систолический размер; КДР – конечный диастолический размер; КСО – конечный систолический объем; КДО – конечный диастолический объем; ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка

ным объясняется как строгим отбором больных, так и соблюдением ими врачебных рекомендаций и адекватным лечением основной патологии.

Несмотря на высокий противорецидивный эффект пропafenона в целом, нами установлено, что по мере увеличения продолжительности наблюдения уменьшается доля больных с полным (абсолютным) противорецидивным эффектом с 84,1% до 49,2% на фоне увеличения доли больных с относительным противорецидивным эффектом с 8% до 28,8%, что в целом согласуется с данными других авторов, изучавших противорецидивный эффект пропafenона [16, 17].

В научной литературе описываются несколько факторов (предикторы) риска рецидивирования ФП: 1) пожилой возраст; 2) АГ; 3) увеличение размера ЛП; 4) гипертрофия ЛЖ; 5) дисфункция ЛЖ или сердечная недостаточность; 6) частота рецидивов более 1 пароксизма в течение 1 мес; 7) аритмия, сохранявшаяся более 3 мес; 8) наличие порока сердца и др. [8, 18].

По данным исследований Suttorp M.J. et al. предикторы риска рецидивирования ФП (более 1 эпизода в мес) включает в себя женский пол [19], что отмечено и в нашем исследовании ($p > 0,05$). Отсутствие межгрупповых различий, возможно, связано с относительно малым количеством обследуемых, особенно женщин, на всех этапах наблюдения.

По данным Van Gelder I.C. et al. возраст старше 55 лет является фактором риска рецидивов ФП [18], что также согласуется с результатами нашего исследования, по результатам которого 2 группу в основном составили пациенты старше по возрасту, чем в 1 группе.

Другим предиктором рецидивирования ФП является увеличение размера и объема ЛП [20], что сопровождается структурным и электрофизиологическим ремоделированием миокарда предсердий, в частности, миофибрилл, ответственных за индукцию и поддержание аритмии. Действительно, по данным Devereux R.B. et al., чем больше размеры ЛП, тем больше вероятность развития рецидивов ФП, что в целом согласуется с концепцией «ФП порождает ФП» и с нашими результатами: исходные размеры и объемные показатели ЛП были значимо выше во 2 группе, чем в 1 группе ($p < 0,05$) [21].

Как известно, у пациентов с гипертрофией ЛЖ общая смертность выше в 4 раза, а смертность от сердечно-сосудистых причин выше в 7–9 раз, чем у лиц без таковой [21]. ММЛЖ также имеет серьезное значение в рецидивировании ФП: у больных с ФП отмечено не

только увеличение ММЛЖ, но и изменение его геометрии с преобладанием гипертрофии ЛЖ [22, 23]. В нашем исследовании подтверждается мнение вышеуказанных авторов о прогностическом значении гипертрофии МЖП в развитии рецидивов на всех этапах наблюдения, а также мнение о прогностическом значении увеличения исходного показателя ММЛЖ по результатам 3 этапа исследования. Значимость ММЛЖ в целом и ГЛЖ, в частности, в развитии рецидивов ФП подтверждают и данные о прогностической роли исходных показателей КТИ в первые 3 мес.

Таким образом, наши результаты в целом совпадают с данными других авторов о неблагоприятном прогностическом значении ряда клинико-функциональных предикторов в прогнозировании рецидивов, нарушений ритма сердца, в частности, ФП, как на фоне различных антиаритмических препаратов, так и без них. Данные обстоятельства свидетельствуют об универсальности этих предикторов в прогнозировании антиаритмического эффекта препаратов и необходимости их учета в подборе профилактических (медикаментозных и немедикаментозных) мер.

Ограничения исследования

Исследование было несравнительным и нерандомизированным, пропafenон назначался всем пациентам с ФП, поэтому необходимо с осторожностью применять результаты нашей работы в реальной клинической практике до появления сравнительных рандомизированных исследований.

Заключение

У больных с частыми рецидивами ФП неудовлетворительный профилактический эффект пропafenона наблюдался у 8%, 11,5% и 22% через 1, 3 и 6 мес лечения, соответственно.

Профилактическая эффективность пропafenона оказалась несколько выше у лиц мужского пола и молодого возраста. Больные с неудовлетворительным профилактическим эффектом пропafenона на фоне 6-месячной терапии характеризуются значимо высокими исходными значениями КТИ, размера и объема ЛП, тМЖП и ММЛЖ.

Конфликт интересов. Авторы не сообщили об отсутствии потенциального конфликта интересов по данной статье.

Литература

1. Fuster V., Ryden L.E., Asinger R.V. et al. Task Force Report: ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2006; 22: 1852–1923
2. Kannel W., Wolf P., Benjamin E., et al. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates. *Am J Cardiol* 1998; 82: 2N–9N.
3. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Eur Heart J* 2010; 31: 2369–2429.
4. Reiffel J. Curtis A. Antiarrhythmic Drugs. ACCSAP, Book 4. *JACC* 2005: 15–53.
5. Benjamin J., Levy D., Vaziri S.M., et al. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study. *JAMA* 1994;271:840–844.
6. Healey J.S., Connolly S.J. Atrial fibrillation: hypertension as a causative agent, risk factor for complications, and potential therapeutic target. *Am J Cardiol* 2003; 91 (10A): 9G–14G.
7. 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: 1825–1833.
8. Kerr C.R., Humphries K.H., Talajic M., et al. Progression to chronic atrial fibrillation after the initial diagnosis of paroxysmal atrial fibrillation: results from the Canadian Registry of Atrial Fibrillation. *Am Heart J* 2005; 149: 489–96.
9. Benjamin E.J., Levy D., Vaziri S.M. et al. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study. *JAMA* 1994;271(11):840–4.
10. Zipes D.P. Atrial fibrillation. A tachycardia induced cardiomyopathy. *Circulation* 1997; 95: 562–4.
11. Van Gelder I.C., Hagens V.E., Bosker H.A. et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347: 1834–1840.
12. Brembilla P.B. Antiarrhythmic drugs in atrial fibrillation. *Rev Prat* 2002;52 (12): 1317–23.
13. Botto G.L., Capucci A., Bonini W., et al. Conversion of recent onset atrial fibrillation to sinus rhythm using a single oral loading dose of propafenone: comparison of two regimens. *Int J Cardiol* 1997;58:55–61.
14. Ergene V., Ergene O., Fowler J. et al. Predictors of success in the conversion of new-onset atrial fibrillation using oral propafenone. *Eur J Emerg Med* 1998; 5: 425–8.
15. Wyse D.G. The AFFIRM trial; main trial and substudies – what can we expect? *J Interv Cardiac Electrophys* 2000; 4: 171–6.
16. Kochiadakis G.E., Igoumenidis N.E., Hamilos M.I et al. Long-term main tenance of normal sinus rhythm in patients with current symptomatic atrial fibrillation: amiodarone vs propafenone, both in low doses. *Chest* 2004; 125(2):377–383.
17. Capucci A., Villiani G., Aschieri D. Safety of oral propafenone in the conversion of recent-onset atrial fibrillation to sinus rhythm: a prospective parallel placebo-controlled multisentred study. *Int J Cardiol* 1999; 68: 187–196.
18. Van Gelder I.C., Crijns H.L., Tieleman R.G. et al. Chronic atrial fibrillation. Success of serial cardioversion therapy and safety of oral anticoagulation. *Arch Intern Med* 1996;156: 2585–92.
19. Suttrop M.J., Kingma J.H., Koomen E.M. et al. Recurrence of paroxysmal atrial fibrillation or flutter after successful cardioversion in patients with normal left ventricular function. *Am J Cardiol* 1993;71:710–3.
20. Yue L., Feng J., Gaspo R., et al. Ionic remodeling underlying action potential changes in a canine model of atrial fibrillation. *Circ Res* 1997; 81(4): 512–25.
21. Devereux R.B., Wachtell K., Gerds E. Et al. Prognostic significance of left ventricular mass change during treatment of hypertension. *JAMA* 2004; 292: 2350–2356.
22. Okin P.M., Wachtell K., Devereux R.B., et al. Regression of electrocardiographic left ventricular hypertrophy and decreased incidence of new onset atrial fibrillation in patients with hypertension. *JAMA* 2006; 296(10): 1242–1248.
23. Verdecchia G., Reboldi G., Gottobigio R. et al. Atrial fibrillation in hypertension: predictors and outcome. *Hypertension* 2003; 41 (2): 218–223.

Поступила: 08.07.2012
Принята в печать: 22.10.2012