

<https://doi.org/10.35336/VA-2021-3-e1-e4>

## ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РОССИИ: РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

**С.Г.Канорский**

**ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, Краснодар, ул. имени Митрофана Седина, 4.**

*В статье рассматриваются результаты опроса врачей Российской Федерации с целью изучения подходов к лечению фибрилляции предсердий в реальной клинической практике и сопоставления полученных результатов с действующими клиническими рекомендациями. Представлены некоторые новые данные, способные изменить рекомендации в будущем; обсуждаются возможные причины врачебных ошибок и пути их исправления.*

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий; антиаритмические препараты; пероральные антикоагулянты; катетерная абляция

**Конфликт интересов:** С.Г.Канорский заявляет о получении гонораров за лекции и консультации от компании «Вилар».

**Рукопись получена:** 18.08.2021 **Принята к публикации:** 19.08.2021

**Ответственный за переписку:** Канорский Сергей Григорьевич, E-mail: kanorskysg@mail.ru

С.Г.Канорский - ORCID ID 0000-0003-1510-9204

**Для цитирования:** Канорский СГ. Лечение фибрилляции предсердий в России: работа над ошибками. *Вестник аритмологии*. 2021;28(3): e1-e4. <https://doi.org/10.35336/VA-2021-3-e1-e4>.

## ATRIAL FIBRILLATION TREATMENT IN RUSSIA: WORK ON BUGS

**S.G.Kanorskii**

**Kuban State Medical University, Russia, Krasnodar, 4 Mitrofan Sedina str.**

*The article discusses the results of a survey of doctors in the Russian Federation with the aim of studying approaches to the treatment of atrial fibrillation in real clinical practice and comparing the results obtained with the current clinical guidelines. Some new data are presented that could change the recommendations in the future; possible causes of medical errors and ways to correct them are discussed.*

**Key words:** atrial fibrillation; antiarrhythmic drugs; oral anticoagulants; catheter ablation

**Conflict of Interests:** S.G.Kanorskii reports receiving consultation fee and speaker honoraria from «Vilar».

**Received:** 18.08.2021 **Accepted:** 19.08.2021

**Corresponding author:** Sergey Kanorskii, E-mail: kanorskysg@mail.ru

S.G.Kanorskii - ORCID ID 0000-0003-1510-9204

**For citation:** Kanorskii SG. Atrial fibrillation treatment in Russia: work on bugs. *Journal of Arrhythmology*. 2021;28(3): e1-e4. <https://doi.org/10.35336/VA-2021-3-e1-e4>.

В журнале «Вестник аритмологии» №2 за 2021 год в разделе «В помощь практическому врачу» опубликована статья Ю.В.Шубика и соавторов «Лечение фибрилляции предсердий в России: реальная клиническая практика и рекомендации» [1], которая, несомненно, должна привлечь внимание врачей, оказывающих помощь пациентам с фибрилляцией предсердий (ФП). Авторы провели опрос врачей по инициативе секции «Нарушения сердечного ритма» Российского кардиологического общества и Правления Всероссийского научного общества аритмологов. Работа выполнялась с целью изучения подходов к лечению ФП в реальной клинической практике и сопоставления полученных результатов с действующими

клиническими рекомендациями. Актуальность исследования обусловлена публикацией утвержденного Министерством Здравоохранения Российской Федерации документа «Фибрилляция и трепетание предсердий. Клинические рекомендации 2020» [2], подготовленного экспертами с учетом основных положений рекомендаций Европейского общества кардиологов [3]. В ближайшее время врачам потребуется привести свою практическую работу в соответствие с национальными рекомендациями.

Применявшийся авторами статьи опросник включал 32 вопроса по важнейшим направлениям лечения ФП в широкой клинической практике. Критерии оценки качества оказания помощи при ФП не просто

соответствовали международным стандартам, а были адаптированы к условиям работы врачей в России и призваны выявить типичные ошибочные их действия. В опросе приняли участие 326 врачей из 66 регионов нашей страны, 73,3% из них работали кардиологами, что дало возможность установить ряд закономерностей и «национальных особенностей» лечения ФП.

Стратегии контроля ритма, а не частоты желудочковых сокращений, при пароксизмальной ФП отдали предпочтение 80% врачей. Столь высокий показатель может быть связан с выраженностью клинических проявлений у больных с пароксизмальной ФП, обращающихся за медицинской помощью. Попытка устранить высоко симптоматичные рецидивы ФП соответствует положению рекомендаций Европейского общества кардиологов [3], отводящих пациенту центральную роль в принятии решений по выбору тактики лечения. Кроме того, в рандомизированном исследовании EAST-AFNET 4 (n=2789) ранний контроль синусового ритма с помощью антиаритмических препаратов IC и III классов или, реже, катетерной аблации за период наблюдения 5,1 года снижал риск суммы событий (смерть от сердечно-сосудистых причин, инсульт, госпитализация с обострением сердечной недостаточности или острым коронарным синдромом) на 21% (p=0,005), смерти от сердечно-сосудистых причин на 28% и инсульта на 35% по сравнению со стандартной терапией [4]. Результаты этого исследования представлялись одновременно с рекомендациями Европейского общества кардиологов по ФП, поэтому не повлияли на их содержание, но убедительно свидетельствуют в пользу стратегии контроля синусового ритма. Между тем результаты EAST-AFNET 4, по-видимому, способны воспроизводиться только у пациентов, соответствующих критериям включения в это проект, то есть с недавно (до 1 года) диагностированной ФП. При существовании ФП более 1 года прогностический эффект проведения стратегии контроля синусового ритма может не реализоваться [5]. В этой связи очевидна необходимость раннего выявления ФП в популяции.

Значительно более частое назначение пропранолола, в сравнении с аллапинином® (лаптаконитина гидробромидом) и этацизином® (диэтиламинпропионилэтоксикарбониламинофенотиазином), для предупреждения рецидивов ФП у больных без органической кардиальной патологии можно объяснить активной политикой продвижения препарата, имеющего ограничения и противопоказания, присущие всем препаратам IC класса. Рассматривая частые субъективные побочные эффекты аллапинина® и этацизина® (головкружение, головная боль, атаксия, диплопия) в качестве причины более редкого их назначения, следует отметить, что они нивелируются при переводе пациентов на лаптаконитина гидробромид замедленного высвобождения (аллафорте®), который может применяться не 3, а 2 раза в сутки, что является дополнительным преимуществом. Назначение амиодарона пациентам без структурной патологии сердца или с ее наличием, но без клинически значимой сердечной недостаточности, вероятно, обусловлено желанием получить макси-

мальный антиаритмический эффект, к сожалению, без должного внимания к выраженной экстракардиальной токсичности препарата, нарастающей по мере продолжения его приема.

Назначение препаратов IC класса не рекомендовано больным с ФП на фоне структурного поражения сердца, в том числе при наличии хронической сердечной недостаточности, при снижении фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) до  $\leq 40\%$ , а также при гипертрофии миокарда (толщина стенок левого желудочка  $\geq 15$  мм, по данным эхокардиографии), так как препараты данной группы способны потенцировать возникновение жизнеугрожающих желудочковых аритмий [2]. Исходя из приоритета безопасности перед эффективностью терапии антиаритмическими препаратами [3] это требование действующих рекомендаций необходимо неукоснительно соблюдать. Основанием для дискуссии о ближайших перспективах могут являться результаты недавнего субанализа исследования EAST-AFNET 4, в котором терапия раннего контроля ритма с помощью антиаритмических препаратов или катетерной аблации у пациентов с ФП и сердечной недостаточностью оказалась безопасной, снижала риск сердечно-сосудистых событий [6]. В субанализ были включены 798 пациентов (средний возраст 71,0 год) с хронической сердечной недостаточностью II-III функциональных классов по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации и сохраненной ( $\geq 50\%$ , в среднем  $61 \pm 6,3\%$ ), промежуточной (40-49%, в среднем  $44 \pm 2,9\%$ ) или сниженной ( $< 40\%$ , в среднем  $31 \pm 5,5\%$ ) ФВ ЛЖ. При ФВ ЛЖ  $\geq 40\%$  для контроля синусового ритма применялись препараты IC и III классов,  $< 40\%$  - только амиодарон. В группе раннего контроля синусового ритма по сравнению с группой обычного лечения сумма событий (смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, инсульт, госпитализация по поводу обострения сердечной недостаточности или острого коронарного синдрома) встречалась на 26% (p=0,03) реже вне зависимости от статуса сердечной недостаточности ( $p_{\text{взаимодействия}} = 0,63$ ). По мнению авторов исследования, поскольку клиническая польза наблюдалась по всему спектру подтипов сердечной недостаточности, все такие пациенты должны рассматриваться в качестве кандидатов для терапии контроля синусового ритма в течение года после постановки диагноза ФП. Однако это положение не соответствует действующим рекомендациям по лечению ФП.

Антиаритмические препараты IC класса в настоящее время не могут быть назначены пациентам с ишемической болезнью сердца из-за опасений развития угрожающей жизни желудочковой аритмии [2]. При этом ясно, что речь идет о документально подтвержденной патологии в первую очередь в виде ишемии миокарда, перенесенном инфаркте миокарда. При ишемической болезни сердца без инфаркта миокарда или клинически очевидной ишемии, влияние препаратов IC класса остается не изученным. В небольшом рандомизированном исследовании (n=96) участвовали больные с ФП без типичной стенокардии напряжения, инфаркта миокарда и коронарной реваскуляризации в анамнезе, ишемии  $> 10\%$  левого желудочка (по данным

позитронно-эмиссионной томографии), без снижения ФВ ЛЖ <50%. В группе лечения антиаритмическими препаратами IC класса по сравнению с другой антиаритмической фармакотерапией наблюдалась тенденция к улучшению выживаемости ( $p=0,44$ ) [7]. По мнению авторов этой работы целесообразно проведение крупного исследования безопасности препаратов IC класса у больных с ФП без выраженной ишемии и инфаркта миокарда в анамнезе.

В отечественной клинической практике распространена гипердиагностика ишемической болезни сердца, основанная лишь на возрасте пациента и наличии у него ФП. Следует помнить, что наиболее частой основной патологией у больных с ФП является артериальная гипертензия, которая встречалась, например, в крупных рандомизированных исследованиях фазы III прямых пероральных антикоагулянтов против варфарина в 79-94% случаев. Клинический опыт позволяет утверждать, что толщина стенки левого желудочка  $\geq 15$  мм (признак структурного поражения сердца) редко встречается у пациентов с ФП на фоне гипертонической болезни, что позволяет назначать им препараты IC класса согласно действующим рекомендациям [2, 3].

Все еще достаточно ограниченное применение для купирования персистирующей ФП высокоэффективного отечественного антиаритмического препарата III класса рефралона®, выявленное в результате опроса, требует активного информирования кардиологов о выдающихся результатах его применения [8]. Можно полагать, что препарат будет применяться гораздо шире при условии централизованного обеспечения им кардиологических отделений стационаров.

Проведенный опрос показал, что контроль частоты желудочковых сокращений при ФП с учетом ФВ ЛЖ не вызывает затруднений у практикующих врачей.

У участвовавших в опросе специалистов сформировались собственные представления о результативности катетерной изоляции устьев легочных вен при ФП. С одной стороны ожидаемая эффективность процедуры соответствовала данным литературы, с другой - необходимость применения антиаритмических препаратов и даже их комбинаций более 6 месяцев после

катетерной аблации, по-видимому, свидетельствовала о частом рецидивировании ФП. Целесообразность длительной «гибридной» терапии находится в стадии изучения, при этом в небольшом рандомизированном исследовании ( $n=147$ ) уже показано, что прием антиаритмических препаратов до 12 месяцев после катетерной аблации способен снизить риск рецидива предсердной тахикардии в 8 раз [9]. Поэтому через месяцы после катетерной аблации ФП по усмотрению врача медикаментозную антиаритмическую терапию можно прервать, прекратить или продолжить в зависимости от симптомов и статуса ритма [3].

Большое количество образовательных мероприятий для врачей, посвященных применению прямых пероральных антикоагулянтов при ФП, способствовали значительному прогрессу в этой области лечения пациентов. Однако в ходе опроса выяснилось, что 19,3% врачей не назначают антикоагулянты, восстанавливая синусовый ритм при ФП продолжительностью не более 48 часов. Такие действия являются ошибочными в соответствии с российскими и европейскими рекомендациями [2, 3]. Тот факт, что в фокусном обновлении американских рекомендаций по ФП 2019 года [10] для пациентов с длительностью ФП <48 часов и показателем  $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$  0 баллов у мужчин или 1 балла у женщин рассматривается возможность проведения кардиоверсии без антикоагулянтной терапии, не может являться оправданием.

Проведенная Ю.В.Шубиком и соавторами работа заслуживает высокой оценки, поскольку наглядно демонстрирует сохраняющиеся недостатки в оказании медицинской помощи больным с ФП в отечественной клинической практике. Далее требуются определение причин обнаруженных врачебных ошибок и разработка мероприятий, направленных на их исправление в ближайшем будущем. Первый шаг, который легко осуществим и должен оказать положительный эффект, - это рассылка электронной версии опубликованной статьи возможно большему количеству врачей. Второй шаг - проведение дополнительных образовательных и организационных мероприятий с последующим мониторингом отмечающихся изменений в повседневной работе врачей с больными ФП.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шубик ЮВ, Медведев ММ, Михайлов ЕН, Гасимова НЗ, Гиляров МЮ. Лечение фибрилляции предсердий в России: реальная клиническая практика и рекомендации. *Вестник аритмологии*. 2021;28(2): 55-63. [Shubik YuV, Medvedev MM, Mikhaylov EN, Gasimova NZ, Gilyarov MYu. Management of atrial fibrillation in Russia: real clinical practice and current clinical guidelines. *Journal of Arrhythmology*. 2021;28(2): 55-63 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.35336/VA-2021-2-55-63>.
2. Аракелян МГ, Бокерия ЛА, Васильева ЕЮ, и др. Фибрилляция и трепетание предсердий. Клинические рекомендации 2020. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(7): 4594. [Arakelyan MG., Bockeria LA., Vasilieva EYu, et al. 2020 Clinical guidelines for Atrial fibrillation and atrial flutter. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(7): 4594. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4594>.
3. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021;42(5): 373-498. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>.
4. Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, et al. EAST-AFNET 4 Trial Investigators. Early Rhythm-Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2020;383(14): 1305-1316. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2019422>.
5. Kim D, Yang PS, You SC, et al. Treatment timing and

- the effects of rhythm control strategy in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ*. 2021;373:n991. <https://doi.org/10.1136/bmj.n991>.
6. Rillig A, Magnussen C, Ozga AK, et al. Early Rhythm Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation and Heart Failure. *Circulation*. 2021 Jul 30. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056323>. *Online ahead of print*.
7. Pantlin PG, Bober RM, Bernard ML, et al. Class 1C antiarrhythmic drugs in atrial fibrillation and coronary artery disease. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2020;31(3): 607-611. <https://doi.org/10.1111/jce.14335>.
8. Миронов НЮ, Юричева ЮА, Владзяновский ВВ, и др. Опыт клинического применения отечественного антиаритмического препарата III класса для медикаментозной кардиоверсии фибрилляции и трепетания предсердий: результаты многоцентрового исследования. Часть 1: методология исследования и оценка эффективности. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2021;17(2): 193-199. [Mironov NY, Yuricheva YA, Vlodyanovskiy VV., et al. Safety and Effectiveness of Pharmacologic Conversion of Atrial Fibrillation and Flutter: Results of Multicenter Trial. Part I: Study Rationale, Design and Assessment of Effectiveness. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2021;17(2): 193-199. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2021-03-05>.
9. Duytschaever M, Demolder A, Philips T, et al. Pulmonary vein isolation With vs. without continued antiarrhythmic Drug treatment in subjects with Recurrent Atrial Fibrillation (POWDER AF): results from a multicentre randomized trial. *Eur Heart J*. 2018;39(16):1429-1437. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx666>.
10. January CT, Wann LS, Calkins H, et al. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*. 2019;140(2): e125-e151. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000665>.