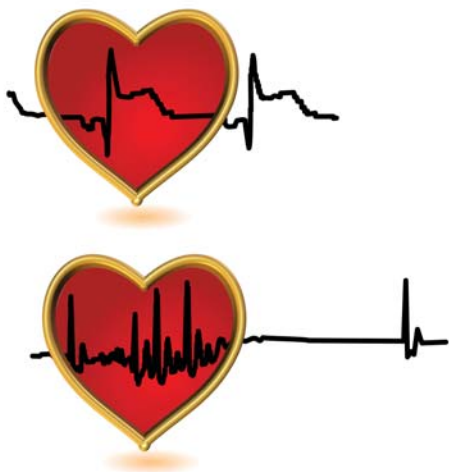


# Дигоксин и мерцательная аритмия



В 2002 г. были обнародованы результаты международного открытого рандомизированного исследования AFFIRM (Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management), посвященного сравнительному изучению двух стратегий лечения мерцательной аритмии: контроля ритма (КР) и контроля частоты (КЧ).

В исследовании приняли участие 4060 больных (39,3% — женщины), средний возраст которых составил  $69,7 \pm 9$  года. У 70,8% больных выявлена артериальная гипертензия, у 38,2% — ишемическая болезнь сердца

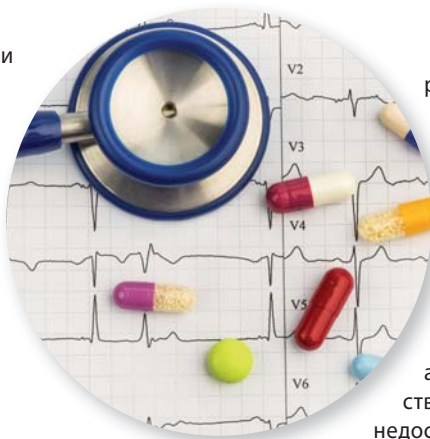
В группе КР применяли амиодарон, флекаинид, морицизин, прокаинамид, пропafenон, хинидин, соталол, дофетилид или комбинацию этих препаратов.

В группе КЧ для снижения частоты сердечных сокращений использовали верапамил, дилтиазем и дигоксин или их комбинацию.

Согласно результатам AFFIRM частота эмболических осложнений и количество смертей в обеих группах были практически одинаковыми. Однако пациенты группы КР чаще нуждались в госпитализации, а улучшения качества жизни у них не наблюдалось.

Последние два обстоятельства, по мнению авторов исследования, «вызывают сомнения в целесообразности стратегии «контроля ритма» у больных с мерцательной аритмией [1].

В 2012 г. были опубликованы результаты субанализа исследования AFFIRM, согласно которым у больных с мерцательной аритмией применение дигоксина ассоциируется со значительным повышением смертности от всех причин, сердечно-сосудистой смертности и смертности от аритмий [2], причем независимо от пола пациентов.



Комментируя результаты субанализа, доктор Клауди Элай (Claude Elayi), член исследовательской группы, отметила, что, по ее мнению, «применение дигоксина у пациентов с мерцательной аритмией без сопутствующей сердечной недостаточности в качестве терапии первой линии является неоправданным».

Но не прошло и года, как в специальной литературе появились сообщения о новом субанализе все того же исследования AFFIRM, результаты которого кардинально отличались от результатов предыдущего субанализа: данные нового исследования свидетельствовали о том, что смертность при применении дигоксина не повышается [3]. Причина различий заключалась в том, что для расчета были использованы разные методы статистической обработки.

В первом субанализе применяли временно-зависимый индикатор лечения (time-dependent treatment indicator), во втором — пропорциональную балльную шкалу (propensity of score matching), предложенную Розенбаумом и Рубином.

При использовании временно-зависимого индикатора лечения предполагается, что изменение в терапии в процессе наблюдения за пациентом происходит случайным образом. Но такой подход, мягко говоря, не совсем корректен, ведь назначение дигоксина может быть связано с ухудшением клинического состояния больного.

В то же время использование пропорциональной балльной шкалы позволяет определить, с чем связана более высокая смертность пациентов, принимающих дигоксин: с эффектами самого дигоксина или с тем, что его назначали пациентам, находящимся в более тяжелом состоянии. Поэтому именно результаты второго субанализа вызывают доверие специалистов.

**Ламара Львова, канд. биол. наук**

## Литература

1. Wyse D.G, Waldo A.L., DiMarco J.P. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation // N Engl J Med. — 2002, Vol. 347, No. 23: 1825–1833.
2. Whitbeck M.G., Charnigo R.J., Khairy P. et al. Increased mortality among patients taking digoxin-analysis from the AFFIRM study // Eur Heart J. — 2012, Nov 27. [Epub ahead of print].
3. Gheorghade M., Fonarow G.C., van Veldhuisen D.J. et al. Lack of evidence of increased mortality among patients with atrial fibrillation taking digoxin: findings from post hoc propensity-matched analysis of the AFFIRM trial // Eur Heart J. — 2013, Apr 16.