Treatment of Patients With Atrial Fibrillation. Results of AFFIRM

In the context of the AFFIRM study, patients with atrial fibrillation were randomized to receive either rate control with amiodarone or electrical cardioversion to sinus rhythm. The primary endpoint was the occurrence of major cardiovascular events, defined as death, myocardial infarction, stroke, or the need for rehospitalization due to atrial fibrillation.

The results showed that rate control with amiodarone was associated with a lower risk of major cardiovascular events compared to electrical cardioversion. The risk reduction was observed in both the overall patient population and in subgroups defined by age, sex, and comorbidities.

These findings suggest that rate control with amiodarone may be a suitable treatment option for patients with atrial fibrillation, particularly those at higher risk for cardiovascular events.
ных (средний возраст 68±9 лет) с рецидивирующим, перестраивающим мерцанием (93%) или трепетанием предсердий (7%). 90% больных имели 1 или более факторов риска развития икнусы. В группу контроля ЧЖС включали 260 больных, в группу контроля ритма — 260 больных. Больные группы контроля ЧЖС получали антикоагулянты и препараты, замедляющие атриовентрикулярную проводимость (дигиталис, нитропропиониловые антагонисты кальция, блокаторы β-адренергических рецепторов) или комбинацию этих препаратов. Целью лечения в этой группе больных было поддержание ЧЖС в состоянии покоя <100/мин. Больные группы контроля ритма подвергались электрохимотомии, получали антагонисты (капозол, флеканид, пропafenон, амидарон) и пероральные антикоагулянты. В случае резистивной мерцательной аритмии в прерывались 6 мес после восстановления синусового ритма электрическая кардиоверсия повторялась. Критерием оценки эффективности лечения (первая конечная точка) была суммарный показатель смертности от сердечно-сосудистых причин, сердечная недостаточность, тромбоэмболические осложнения, кровотечение, имплантация эндокардиальных стентов и сердечные побочные эффекты лекарственных препаратов. Наблюдение за больными продолжалось в среднем 23±0,6 года.

Результаты. В группе контроля ритма сердца синусового к концу наблюдения имел 103 (39%) больных, в группе контроля ЧЖС — 26 (10%) больных. Первая конечная точка отмечена у 60 (22,6%) больных группы контроля ЧЖС и у 41 (17,2%) больных группы ЧЖС. Разница в 5,4% означает лишь тенденцию к в пользу контроля частоты желудочкового ритма, но статистически не достоверна. Серьезные побочные эффекты антагонистов, препаратов значительно чаще (4,5%) встречались в группе контроля ЧЖС (0,8%), особенно женщин и больных артериальной гипертонией.

Выводы. Лечение, направленное на контроль частоты желудочковых сокращений при продолжающейся мерцательной аритмии, не хуже, чем попытки восстановления и удержания синусового ритма с точки зрения профилактики смерти и сердечно-сосудистых осложнений. Такой подход может быть особенно актуальным в лечении больных с рецидивом мерцательной аритмии после электрической кардиоверсии.

Литература